



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



EDILÉIA MARCELA DUTRA

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS GESTORES E TRABALHADORES SOBRE
A OPERACIONALIZAÇÃO DO PRIMEIRO CICLO NUMA REGIÃO DE SAÚDE
DO CEARÁ

SOBRAL – CE

2014

EDILÉIA MARCELA DUTRA

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS GESTORES E TRABALHADORES SOBRE A
OPERACIONALIZAÇÃO DO PRIMEIRO CICLO NUMA REGIÃO DE SAÚDE DO
CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú e da Rede Norte Nordeste de Formação em Saúde da Família, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maristela Inês Osawa Vasconcelos.

SOBRAL – CE

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Biblioteca Central

D978p

Dutra, Ediléia Marcela

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: percepção dos gestores e trabalhadores sobre a operacionalização do primeiro ciclo numa região de saúde do Ceará / Ediléia Marcela Dutra . – 2014.

127 f. : il. (color.).

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde, Rede Norte Nordeste de Formação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Sobral (CE), 2014.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maristela Inês Osawa Vasconcelos.

1. Avaliação em saúde 2. Estratégia saúde da família 3. Atenção básica à saúde 4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica I. Título.

CDD: 362.82098131

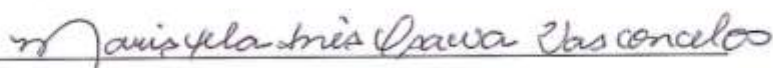
EDILÉIA MARCELA DUTRA

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA: Percepção de gestores e trabalhadores sobre a operacionalização do
primeiro ciclo numa região de saúde do Ceará

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Saúde da Família da
Universidade Estadual Vale do Acaraú/ Rede
Norte Nordeste de Formação em Saúde da
Família como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Saúde da Família.
Linha de Pesquisa: Gestão da Atenção Básica

Aprovada em: 13/06/14

BANCA EXAMINADORA



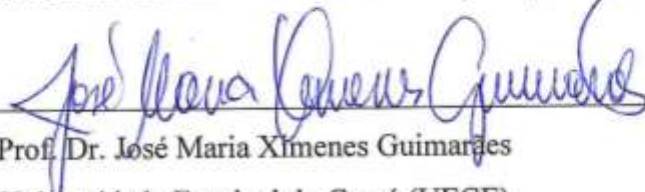
Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos (Orientadora)

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Profa. Dra. Maria Socorro Araújo Dias

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

Tudo o que construímos nesse mundo tem a colaboração de outras pessoas. Assim, estes agradecimentos são uma forma de reconhecer a contribuição de todos aqueles que, de algum modo, colaboraram para a concretização desse desafio.

A Deus, que no seu infinito amor não me desamparou, em alguns momentos desta caminhada, me senti carregada em seus braços.

Aos meus pais, Pedro (*in memoriam*) e Socorro, que, com seu exemplo de simplicidade e honestidade, me ensinaram o valor da vida e o respeito pelo próximo.

Ao meu esposo Lázaro, pelo amor, cumplicidade, companheirismo e compreensão. Que Deus o mantenha exatamente como é. Sem seu apoio, esse desafio não teria sido possível!

Aos nossos filhos, Pedro e Lia, pelos beijos e abraços nas saídas e chegadas, remédio para as minhas tristezas.

Ao amigo Evaldo, por dividir os momentos de alegrias e angústias durante esta empreitada. A sua amizade certamente me fortalece pessoal e profissionalmente.

Aos colegas de trabalho, fonte de aprendizado e inspiração para um trabalho com qualidade e ética.

Aos colegas e professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú, pelo alto nível das discussões, pelo aprendizado mútuo e, sobretudo, pela amizade e momentos de convivência.

À Prof.^a Dr.^a Maristela, a quem admiro por sua competência intelectual e humana, pelas oportunidades e ensinamentos compartilhados.

Aos professores Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias e Dr. José Maria Ximenes Guimarães, pela valiosa colaboração teórico-metodológica durante a elaboração e concretização da pesquisa.

Aos sujeitos da pesquisa, que gentilmente aceitaram desta participar, pela confiança depositada, permitindo que alcançássemos nossos objetivos.

À Ana Caroline, por sua valiosa colaboração na transcrição das entrevistas dos sujeitos da pesquisa.

RESUMO

A garantia da qualidade da atenção à saúde é um dos principais desafios do SUS. Para avaliar a qualidade dos serviços da atenção básica, o Ministério da Saúde implantou no ano de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), uma nova modalidade de avaliação associada ao incremento de recursos financeiros mediante padrões de referências pactuados entre os entes federados. O objetivo desta pesquisa foi analisar a operacionalização do primeiro ciclo do PMAQ no âmbito dos municípios que compõem a 12ª região de saúde – Acaraú no Estado do Ceará, na perspectiva dos gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados aconteceu de outubro a dezembro de 2013 por meio de entrevistas semiestruturadas com secretários municipais de saúde, coordenadores municipais da atenção básica e trabalhadores da ESF dos municípios que conformam a 12ª região de saúde no Estado do Ceará. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú e a coleta de dados se deu após a aprovação do projeto de pesquisa. Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo e as categorias que emergiram dos discursos foram articuladas com a literatura. Os entrevistados compreendem o PMAQ como programa indutor de mudanças, instrumento de responsabilização dos agentes envolvidos, programa de avaliação da atenção básica, programa verticalizado e como programa de financiamento da atenção básica. A análise da implementação do primeiro ciclo do programa apontou os elementos facilitadores e dificultadores desse processo nos municípios. Embora as mudanças ocorridas durante o primeiro ciclo do PMAQ não tenham abrangido de modo uniforme equipes e municípios, o PMAQ trouxe contribuições à organização do processo de trabalho dos gestores e trabalhadores, à infraestrutura das UBS com melhorias nas condições de trabalho e de atendimento à população, assim como nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, sinalizando para posturas dialógicas e participativas entre esses agentes. Considera-se que passos importantes foram dados no sentido de promover o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica na 12ª região de saúde – Acaraú, a partir da adesão e implementação do PMAQ, avançando na institucionalização da avaliação como instrumento da gestão da atenção básica. Recomenda-se a revisão das estratégias adotadas durante o primeiro ciclo do PMAQ a fim sanar as falhas e dificuldades e potencializar as mudanças advindas com o programa.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Estratégia saúde da família. Atenção básica à saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

ABSTRACT

The quality assurance of health care is a major challenge of the Brazilian Unified Health System (SUS). To assess the quality of primary care services, the Ministry of Health applied in 2011, the National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ). A new modality of assessment associated with the increase of financial resources by reference standards agreed between the federal states. The aim of this research was to analyze the operationalization of the first cycle of PMAQ among the municipalities of the Twelfth Health Region – Acaraú, in the state of Ceará, in the perspective of the managers and workers of the Family Health Strategy (ESF). This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, which data collection took place from October to December in 2013 through semi-structured interviews with municipal health secretaries, municipal coordinators of primary care and ESF workers of the municipalities from the Twelfth Health Region in the state of Ceará. The study was submitted to the Ethics Committee in research of the State University Vale do Acaraú (UEVA) and the data collection took place after the approval of the research project. The data were analyzed by the method of content analysis and the categories that emerged from the discourses were articulated with the literature. The people who were interviewed understand the PMAQ as an inducer of changes programme, a tool of accountability of the agents involved, programme of primary care evaluation, as a vertical programme and funding for primary care programme. The analysis of the implementation of the first cycle of the programme pointed out the difficult and facilitator aspects in the municipalities. Although the changes occurred during the first cycle of PMAQ did not have covered in a uniform way teams and municipalities, PMAQ brought contributions to the organization of the work process of the managers and workers, also to the infrastructure of UBS with improvements in work conditions and in service to the population, as well as in the relations between managers, workers and users, pointing to dialogical and participatory attitudes between these agents. It is considered that some important steps have been taken to promote Access and improving the quality of primary care in the Twelfth Health Region – Acaraú, since the participation in and implementation of PMAQ, improving the institutionalization of evaluation as a tool of primary care management. It is recommended to review the strategies adopted during the first cycle of PMAQ, with the intention to remedy the failures and difficulties and enhance the changes after the program.

Key words: Health evaluation, family health strategy, primary health care, National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral – 2014.....	52
Quadro 1 – Distribuição da população e estabelecimentos de saúde dos municípios da Região de Saúde de Acaraú.....	52
Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por município.....	54
Quadro 3 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	54
Quadro 4 – Discursos dos secretários municipais de saúde.....	57
Quadro 5 – Discursos dos coordenadores municipais de saúde.....	57
Quadro 6 – Discursos dos trabalhadores de saúde.....	58
Quadro 7 – Discursos dos gestores e trabalhadores da atenção básica por núcleo de sentido.....	58
Quadro 8 – Distribuição dos núcleos de sentido, por categorias empíricas da pesquisa	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
GAA	Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
EQSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	Ferramenta de Avaliação da Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Aproximação com o objeto de estudo.....	11
1.2	Contextualização do objeto de estudo.....	12
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Geral.....	19
2.2	Específicos.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde: aspectos conceituais, antecedentes históricos e modalidades adotadas no Brasil.....	20
	3.1.1 Aspectos conceituais.....	20
3.1.2	Antecedentes históricos.....	24
3.1.2.1	A Atenção Primária a Saúde no mundo.....	24
3.1.2.2	A Atenção Básica no Brasil.....	25
3.1.3	Estratégia Saúde da Família (ESF).....	28
3.2	Avaliação em saúde na Atenção Básica: aspectos conceituais e metodológicos da avaliação.....	30
3.2.1	Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação.....	30
3.2.2	Avaliação da Atenção Básica.....	35
3.2.2.1	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB).....	37
3.2.2.1.1	<i>Fases de implantação do PMAQ.....</i>	<i>41</i>
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	50
4.1	Natureza da pesquisa.....	50
4.2	Período da pesquisa.....	51
4.3	Local da pesquisa.....	51
4.4	Sujeitos da pesquisa.....	53
4.5	Instrumento de coleta de dados.....	55
4.6	Análise dos dados.....	56
4.7	Aspectos legais e éticos da pesquisa.....	58
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	60
5.1	Do que trata o PMAQ? Percepção dos gestores e trabalhadores da atenção básica à saúde.....	60

5.2	Da adesão à implementação do PMAQ: potencialidades, limites e desafios	73
5.3	Contribuições do PMAQ na perspectiva dos gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.....	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS.....	107
	APÊNDICES.....	115
	APÊNDICE A – Roteiro da entrevista.....	116
	APÊNDICE B – Síntese dos discursos dos gestores e trabalhadores da atenção básica por núcleo de sentido.....	117
	APÊNDICE C – Carta de Anuência.....	123
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	124
	ANEXO – Parecer consubstanciado do CEP/UVA.....	125

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

Desde que concluída a graduação em Enfermagem, em 2003, atuamos no campo da atenção básica. Inicialmente na assistência, como enfermeira da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde trabalhamos até o ano de 2007 e, a partir de 2008, na gestão da atenção básica da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, atuando na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) – Acaraú, órgão da gestão estadual responsável por implementar as políticas de saúde, assessorar na organização dos serviços, orientar, planejar, acompanhar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde, promover a articulação inter-institucional, gerenciar o sistema de referência e contra-referência no âmbito regional e executar outras atividades e ações de competência estadual (CEARÁ, 2010) junto aos municípios que conformam a região de saúde de Acaraú, constituída por Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos.

Como enfermeira responsável pela atenção básica em nível regional, apoiamos a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) de 2010 a 2011 e, a partir do ano de 2012, a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O apoio ao primeiro ciclo avaliativo do programa PMAQ foi realizado por meio de acompanhamento, monitoramento e apoio técnico junto aos gestores da saúde e trabalhadores da equipe da ESF dos municípios que conformam a região de saúde.

Em 2012, tivemos a oportunidade de nos inserir na primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, modalidade em rede, tendo a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA) como instituição nucleadora. As experiências no campo de prática profissional levaram-nos a uma aproximação com a temática da avaliação da atenção básica e influenciaram a escolha pelo objeto desta pesquisa.

Ao final do primeiro ciclo avaliativo do PMAQ, inquietou-nos saber que percepções estes agentes tiveram sobre o programa, quais as dificuldades vivenciadas, bem como o que facilitou a sua operacionalização e quais as contribuições deste programa para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica.

Compreender as expectativas, valores e opiniões dos agentes implicados diretamente com o PMAQ foram muito úteis para fornecer subsídios que possibilitem fazer uma análise das dificuldades, possibilidades de sucesso e pontos de (não) adesão e resistência

a essa prática avaliativa. Estas informações certamente vão instrumentalizar a nossa atuação, em que vislumbramos a possibilidade de contribuir para minimizar os obstáculos à institucionalização da avaliação da atenção básica, por meio de discussões em âmbito regional e municipal com vistas ao desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento destes obstáculos, ao mesmo tempo em que vai ao encontro da proposta do mestrado profissional, uma vez que este está alicerçado no princípio de que os serviços de saúde são locais de produção de conhecimento e propõe o fomento do conhecimento metodológico, o desenvolvimento do potencial analítico e a capacidade de reflexão crítica dos profissionais da ESF sobre o seu campo de atuação, relacionando com a mudança no modelo assistencial para a plena implementação do Sistema Único de Saúde-SUS (REDE NORTE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2012).

1.2 Contextualização do objeto de estudo

Ao se analisar a história das políticas de saúde no Brasil, percebe-se que esta é permeada por avanços e retrocessos. Sem dúvida a principal conquista foi a implantação do SUS na Constituição de 1988 e a definição da atenção básica como principal meio para promover o acesso universal da população aos serviços de saúde com qualidade.

A implantação do SUS é um capítulo dessa história que tem como finalidade superar as políticas excludentes de privação do acesso às ações e aos serviços de saúde. Nesse sentido, o SUS é sem dúvida um avanço, produto das lutas e reivindicações da Reforma Sanitária Brasileira por um modelo de sistema de saúde que fosse universal e que atendesse as necessidades da população brasileira (AZEVEDO, 2007).

O SUS foi regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142, ambas aprovadas no ano de 1990, consagrando o direito à saúde expressa nos princípios fundamentais da política de saúde brasileira, como o da universalidade de acesso aos serviços de saúde, o da integralidade da assistência, o da participação da comunidade e o da descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Para que esses princípios, no entanto, fossem concretizados, era necessário promover uma mudança profunda no modelo assistencial até então hegemônico, historicamente marcado pela “medicalização” dos problemas, mercantilização da saúde e da doença, valorização do saber médico, privilégio da Medicina curativa, estímulo ao consumismo médico e participação passiva e subordinada dos consumidores, a assistência era compreendida por uma visão biologicista e voltada para a doença da pessoa (PAIM, 2009).

Com efeito, influenciado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em Alma-Ata e por experiências em curso em algumas cidades do Brasil, o modelo assistencial adotado para a organização do SUS foi baseado na Atenção Primária à Saúde-APS (MENDES, 2012). Esta decisão política convergia com diversas experiências no País e no Mundo, ao evidenciarem que sistemas de saúde organizados com base na APS eram mais efetivos, apresentando custos mais baixos, maior qualidade dos serviços e alto grau de satisfação do usuário (ALMEIDA; MACINKO, 2006; MENDES, 2012). Assim, apostou-se em reorganizar a rede de assistência à saúde por meio de uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira aos cuidados primários em saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A APS é o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002). Para essa autora, a APS aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação; integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas aos problemas de saúde; e é responsável por organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados a promoção, manutenção e melhora da saúde.

No Brasil, a expressão adotada oficialmente para designar este nível de atenção foi Atenção Básica, que, no País, assumiu características diferentes da APS adotada em outros Estados. A Atenção Básica, portanto, é definida como 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, reabilitação, redução de danos e 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, 2011a). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, e ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da rede de atenção à saúde.

No Brasil, o desenvolvimento da atenção básica à saúde foi impulsionado pela ESF, lançada pelo MS, em 1994, inicialmente com o nome de Programa Saúde da Família (PSF). A ESF desenvolve-se com uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários

de saúde, podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011a).

A equipe da ESF trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população do território (BRASIL, 2005a). Estas características propiciam o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e confiança entre profissionais e famílias, facilitando a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde de pessoas e famílias na comunidade, possibilitando inclusive o desenvolvimento de ações intersetoriais com potencial para atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 2005b). Nas características inovadoras da ESF inclui-se a ênfase em reorganizar os serviços da atenção básica centrando-os na família e na comunidade, integrando assistência com promoção da saúde e as ações preventivas (PAIM *et al.*, 2011).

A ampliação da ESF pelo País ocorreu rapidamente representando um indicativo de sua efetividade. No Estado do Ceará, houve ampla adesão à ESF, assim como tinha sido abrangente e pioneira a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que deu significativa contribuição para o desenvolvimento do PSF nacionalmente (MENDES, 2012).

Cabe destacar o fato de que existem outras modalidades de equipes de atenção básica implantadas no País, como equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), equipes de atenção básica para populações específicas: Equipes de Consultórios de Rua e Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, bem como equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além das equipes tradicionais sem foco na família (BRASIL, 2011a). A ESF representa, no entanto, o modelo hegemônico de APS adotado no País (MENDES, 2012), se destacando como território estratégico de intervenção para a construção do SUS, pois absorve grande parte da demanda por serviços de saúde, constituindo-se como uma das principais portas de entrada no SUS (ALMEIDA; MELO, 2010).

Atualmente as equipes de atenção básica garantem cobertura a mais de 100 milhões de brasileiros e está acessível a praticamente toda a população. São aproximadamente 38 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mais de 600 mil profissionais atuando em todos os municípios do País (BRASIL, 2013a).

Este panorama implica apreciável ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e significativo incremento das atividades preventivas em favor dos grupos sociais que estão em maior risco de adoecer e morrer (SERAPIONE; SILVA, 2011). Nesse sentido, as

equipes de atenção básica, principalmente a ESF, impactam positivamente os indicadores de saúde, especialmente pela associação entre o uso de serviços ofertados na ESF com melhorias na redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, amplamente atribuível à redução no número de mortes por doenças diarreicas e por infecções do aparelho respiratório, melhorias na notificação de estatísticas vitais e redução em internações hospitalares potencialmente evitáveis (PAIM *et al.*, 2011).

Apesar desses avanços, entretanto, o problema da qualidade dos serviços de atenção básica prestados à comunidade ainda representa um aspecto crítico. Isto pode ser evidenciado quando se consideram dificuldades no recrutamento e retenção de médicos com formação adequada para atuação na atenção básica; variação acentuada na qualidade da prestação de serviços; integração precária e fragmentada dos serviços de atenção básica com os outros níveis de atenção do sistema de saúde; dificuldades de expansão em grandes centros urbanos e manutenção de suporte financeiro adequado (MENDES, 2011).

Com efeito, surge à necessidade do desenvolvimento e implementação de processos avaliativos na atenção básica, os quais forneçam aos gestores e profissionais de saúde informações que possam subsidiar a tomada de decisões, com o intuito de adotar medidas voltadas para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população.

A avaliação definida como atividade que consiste fundamentalmente em emitir 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, permite que os distintos agentes envolvidos estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam constituir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Sua institucionalização em todos os níveis do sistema de saúde é importante para desenvolver uma cultura de reflexão sobre as ações realizadas, com suporte em informações fornecidas, levando a um processo decisório baseado em evidências comprovadas (BODSTEIN, 2009).

Entendida como ação crítico-reflexiva contínua, a avaliação em saúde deve ser desenvolvida sobre a organização, o funcionamento, os processos e práticas de trabalho da gestão e do serviço e, em especial, sobre os resultados, e contribui efetivamente para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde com qualidade, para o alcance da resolubilidade e satisfação do usuário (BRASIL, 2006a). Seu propósito, além de dar amparo aos processos decisórios, é servir de suporte para o (re)direcionamento das

práticas profissionais e melhorar uma intervenção em seu decorrer, caracterizando-se, em última análise, como ferramenta da gestão (SERAPIONE; SILVA, 2011).

Sua aplicação, no entanto, é realizada de forma incipiente nos serviços de saúde, revelando-se isolada das práticas de saúde, pois não se disseminou como meio para a apropriação e o acompanhamento de problemas nas unidades de saúde como também para intervir na organização dos serviços e das práticas em saúde (ALMEIDA; MELO, 2010).

Ademais, ainda há pouco interesse dos gestores em saber os efeitos e impactos produzidos por suas políticas e projetos, e pouco conhecimento dos profissionais sobre métodos avaliativos (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Estudo realizado no Estado do Ceará, por Vasconcelos, Bosi e Pontes (2008) verificou que a avaliação não interferia na dinâmica de funcionamento da gestão, caracterizando-se por avaliações pontuais, geralmente encomendadas pelos financiadores, em que os resultados chegavam apenas a ser informadas a um gestor local, algumas vezes na forma de publicações, sem qualquer pretensão de formular um juízo de valor sobre a capacidade de intervir e melhorar o sistema de saúde.

Esse estudo apontou alguns determinantes desse quadro: ênfase nos resultados financeiros que a avaliação pode trazer, especialmente para seus financiadores; dificuldade de compreensão, pelos agentes envolvidos no processo, sobre os objetivos e finalidades da avaliação; processos avaliativos verticalizados, sem integrar os agentes locais à discussão e formulação da proposta avaliativa; entendimento da avaliação como algo presente nos serviços, mas com fins diversos do sentido de dinamizar o serviço e facilitar a execução das ações no serviço de saúde como ferramenta da gestão (VASCONCELOS; BOSI; PONTES, 2008).

Reconhecendo a necessidade da institucionalização dos processos avaliativos como eixo central de melhoria da atenção básica, o MS empreende esforços na tentativa de qualificar a atenção no SUS. Criou a Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) do Departamento da Atenção Básica (DAB), estruturada em torno de um conjunto de iniciativas voltadas, entre outros, para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde (BODSTEIN *et al.*, 2006). Desde então, são desenvolvidas propostas de avaliação da atenção, dentre as quais se destacam os estudos de linha de base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), a Ferramenta de Avaliação da Atenção Básica (PCATool) e o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ, lançado em 2011, surge como parte de um sistema de avaliação para a qualificação do SUS e é expresso como a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento da atenção básica no País, institucionalizando a proposta de avaliação como premissa da qualidade e fomentando processos de melhoria contínua da qualidade (BRASIL, 2011b).

O PMAQ representa uma prioridade para o Governo Federal e a principal política do MS voltada para a avaliação da atenção básica. Uma prova disso é o elevado investimento financeiro do MS para o desenvolvimento desta iniciativa, vinculando parte importante dos recursos à implantação de padrões que indicam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

No âmbito municipal o PMAQ também é prioridade dos gestores da saúde e profissionais da atenção básica. Em 2011, quando se iniciou o primeiro ciclo do PMAQ no Ceará, ocorreu adesão significativa em quase a totalidade (92,9%) dos municípios do Estado, e parte considerável (49,2%) das equipes da ESF (BRASIL, 2011c). Esse panorama representa a sua aceitabilidade e potencial para promover uma melhoria do acesso e da qualidade dos serviços da atenção básica nos municípios cearenses.

O PMAQ está dividido em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização, que se complementam e conformam um ciclo contínuo para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011b).

As estratégias de desenvolvimento do PMAQ, denominadas autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, são propostas como táticas de indução aos processos de melhoria e aperfeiçoamento das ações, capazes de deflagrar movimentos de mudança concreta entre os atores envolvidos, sejam eles gestores, profissionais de saúde e comunidade (BRASIL, 2011b).

Analisando-se este programa, percebe-se uma preocupação com os agentes locais implicados no seu desenvolvimento. A valorização desses agentes no processo avaliativo é considerada por Furtado (2001) como aspecto necessário para o êxito da avaliação. Para esse autor, os processos avaliativos que incluem os diversos pontos de vista, experiências e valores dos grupos implicados são potencialmente mais adequados, viabilizando e ampliando a utilização dos seus resultados.

Reforçando a afirmação desse autor, Tanaka e Tamaki (2012) asseveram que a tomada de decisão, por si, não é capaz de resolver os problemas, pois somente com a execução das ações decorrentes da decisão é que esse objetivo poderá ser atingido. Assim,

para esses autores, há de se considerar não só os responsáveis pela tomada de decisão, mas também todos aqueles que participam ou serão afetados pelas ações decorrentes da avaliação.

Ante o exposto, considerando o PMAQ um programa recente, que concluiu o primeiro ciclo avaliativo, é necessário incorporar a escuta dos agentes atores envolvidos como meio para promover adequações, direcionamentos e melhorias no programa. Uma forma de promover essa escuta é dar a oportunidade aos gestores e trabalhadores que vivenciaram esse processo de externar suas percepções sobre o PMAQ, expondo suas opiniões, expectativas e dificuldades.

Com efeito, configura-se como objeto desta pesquisa a operacionalização do PMAQ no âmbito da região de saúde de Acaraú, na perspectiva dos agentes implicados nesse processo avaliativo. As questões que norteiam esta pesquisa buscam responder sobre: quais as percepções dos gestores municipais de saúde e trabalhadores das equipes da ESF sobre o PMAQ? Quais as potencialidades e dificuldades de operacionalização segundo estes agentes? E em que o PMAQ contribui para melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica na visão desses agentes?

Assim, esta pesquisa poderá contribuir para melhorias nessa avaliação, apontando as percepções dos gestores municipais de saúde e trabalhadores das equipes da ESF sobre o PMAQ. Tais informações poderão levar a adequações nos próximos ciclos avaliativos do PMAQ ao se considerar a visão desses agentes sobre o processo, suas impressões e dificuldades. Poderá ainda, contribuir para identificar as potencialidades desse programa, reafirmando dispositivos já utilizados, como também apontar as contribuições que o PMAQ promove para a atenção básica no âmbito dos municípios estudados. Por fim, a pesquisa poderá contribuir para a literatura sobre essa temática.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a operacionalização do primeiro ciclo do PMAQ no âmbito dos municípios que compõem a 12ª região de saúde – Acaraú, no Estado do Ceará, na perspectiva dos gestores municipais da atenção básica e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específicos

- a) Conhecer as percepções dos gestores municipais da atenção básica e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre o PMAQ;
- b) Identificar as dificuldades e potencialidades na operacionalização do primeiro ciclo do PMAQ apontadas por esses agentes;
- c) Verificar as contribuições advindas com a implantação do PMAQ para a atenção básica dos municípios que conformam a 12ª região de saúde – Acaraú.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde: aspectos conceituais, antecedentes históricos e modalidades adotadas no Brasil

3.1.1 Aspectos conceituais

Existe frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. Para Mello, Fontanella e Demarzo (2009) essa discussão ganha contornos especiais no Brasil em virtude da oficialização pelo Governo Federal, da expressão “Atenção Básica”, no entanto, ressalta que há crescente utilização do termo “Atenção Primária à Saúde”, podendo ser adotadas como sinônimas, sem que isto se torne um problema conceitual.

Em 2011, o MS, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), afirmou a equivalência entre as expressões "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde", associando a ambas os princípios e diretrizes expressos nessa política (BRASIL, 2011a). Neste sentido, trazemos a seguir alguns dos conceitos mais adotados para expressar Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica.

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, um marco histórico da APS no mundo, a APS foi definida como atenção à saúde essencial, baseada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, que exerce uma função central no sistema de saúde e representa o primeiro elemento de um *continuum* de atenção à saúde, orientado por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, com foco na proteção e promoção da saúde (OMS, 1978).

Atualmente, a APS é conceituada como atenção à saúde exercida por serviços de primeiro contato do usuário, família ou comunidade com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionados a atuar sobre afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Segundo essas autoras, o conceito de APS ainda não está uniformizado, no entanto, é possível identificar quatro linhas principais de interpretação: a) programa focalizado e seletivo, com elenco restrito de serviços; b) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato; c) serviço abrangente e integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde para atuar no enfrentamento de necessidades individuais e coletivas e d) filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O conceito de APS elaborado por Starfield é bastante aceito no mundo, inclusive no Brasil, cuja operacionalização permite identificar o grau de orientação à APS e, a partir daí, proceder à comparação entre sistemas de saúde ou tipos de serviços por meio da associação entre a presença dos atributos da APS e a efetividade da atenção (OLIVEIRA, 2007).

O conceito proposto por Starfield (2002) se baseia em atributos ou elementos classificados em estruturais- acessibilidade, elenco de serviços, população adscrita e continuidade; processuais- utilização dos serviços e reconhecimento das necessidades de saúde da população; e de desempenho – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, cuja presença caracteriza a APS abrangente. Starfield (2002) definiu esses atributos ou características da APS conforme descrição a seguir.

A acessibilidade envolve a localização da unidade de saúde próxima de onde vivem as pessoas usuárias do serviço de saúde, os horários e dias em que a unidade de saúde está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos de acessibilidade.

O elenco de serviços é o “pacote” de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis. Implica que as unidades de saúde devem estabelecer arranjos organizacionais para que o usuário receba todos os cuidados de que necessite, incluindo os serviços que a unidade de saúde oferece, assim como encaminhamentos para consultas especializadas, em nível secundário, serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários.

A definição da população adscrita inclui o quanto o serviço de saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto as pessoas da população sabem que são consideradas parte dela.

A continuidade consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. O quanto a unidade de saúde oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelas pessoas indica a extensão da continuidade da atenção. A continuidade pode ser concretizada por meio de mecanismos diversos: um profissional que atende o usuário ou um prontuário que registra o atendimento prestado.

A utilização dos serviços refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde. A utilização pode ser iniciada pelo usuário, ou por orientação de um profissional de saúde ou, ainda, como resultado de uma exigência administrativa.

O reconhecimento de um problema ou de uma necessidade é a etapa que precede o diagnóstico. O reconhecimento de um problema subentende consciência da existência de situações que exijam atenção num contexto de saúde.

A atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde, ou seja, representa o primeiro serviço a ser procurado, exceto em casos de urgência. Para ser considerado um serviço de primeiro contato, é fundamental que os usuários em potencial o percebam como acessível, refletindo na sua utilização.

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção e seu uso ao longo do tempo. Para tal, o vínculo entre a população e a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o usuário tenha acesso a todos os serviços de saúde de que necessite, mesmo que alguns não possam ser oferecidos dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção.

A coordenação da atenção pressupõe a existência de algum tipo de continuidade, assim como o reconhecimento de problemas anteriores ou novos. Isto inclui o encaminhamento e acompanhamento do usuário em outros serviços. Para tal, o serviço provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o usuário recebe nos diversos níveis de atenção.

Nesta concepção, os serviços de APS devem ser orientados para a comunidade, centrar-se na família e ter competência cultural, constituindo-se nos atributos derivativos da APS (STARFIELD, 2002), definidos por essa autora conforme descrito a seguir:

- a) A orientação comunitária implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e considerado pelos profissionais do serviço de APS;
- b) O enfoque familiar pressupõe o reconhecimento do contexto familiar, relacionando-o aos determinantes do processo saúde-doença, assim como considerando-o no manejo e enfrentamento dos problemas de saúde;
- c) A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais dos diversos grupos populacionais que podem não ser evidenciadas em razão das características étnicas, raciais ou características culturais especiais.

No Brasil, a APS refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, que, durante a implementação

do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Atenção Básica é conceituada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como 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 e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando o dinamismo existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver as necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade e coordenação do cuidado, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011a).

De acordo com a PNAB, a atenção básica tem como fundamentos e diretrizes:

- I. Possuir território adscrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação de saúde, nos condicionantes e nos determinantes da saúde da coletividade;
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde.
- III. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
- IV. Coordenar os vários aspectos da integralidade, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o na rede de atenção;

- V. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2011a).

3.1.2 Antecedentes históricos

3.1.2.1 A Atenção Primária a Saúde no mundo

A primeira proposta governamental de organização do primeiro nível de atenção data de 1920, no Reino Unido, por meio de um texto, conhecido como Relatório Dawson, tratando da organização do sistema de saúde, em que foi recomendada a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde para a cobertura de toda a população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Nesse relatório a atenção à saúde foi organizada de forma regionalizada e hierarquizada em três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (STARFIELD, 2002).

O cenário mundial da década de 1950 não foi favorável à implantação da APS no mundo, o que ocorreu prioritariamente nos países do bloco comunista, especialmente na China, onde se destacou, desde a década de 1960, o modelo denominado de “médicos dos pés descalços”, com atuação de profissionais de saúde treinados, que promoveram a integração das ações da Medicina tradicional chinesa com a Medicina ocidental, privilegiando ações preventivas em detrimento das ações curativas (LUPPI *et al.*, 2011).

Na década de 1970, destaca-se a atuação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, no ano de 1973, iniciou discussão que culminou, em 1978, com a Conferência Internacional sobre APS, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão (LUPPI *et al.*, 2011). A Declaração de Alma-Ata estabeleceu a doutrina da APS, fundamentando várias propostas e programas na área da saúde e exercendo influência na expansão da APS no Mundo (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Nesse documento, a APS foi considerada a chave para alcançar, em todo o Mundo, um nível aceitável de saúde que fizesse parte do desenvolvimento social e inspirada em um espírito de justiça. A APS deveria ser organizada em todos os países, desde os mais desenvolvidos até os de menor desenvolvimento, embora pudesse adotar diversos formatos segundo as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais (OMS, 1978).

Após Alma-Ata, predominou nos países em desenvolvimento uma APS seletiva e focalizada, recebendo várias críticas por não abordar os determinantes do adoecimento (LUPPI *et al.*, 2011). A discussão sobre a saúde, contudo, se ampliou e seus ideais como: a compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos assim como a necessidade de instituir políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e legislação, foram disseminados como necessários à redução das desigualdades sociais e para o alcance da equidade em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Atualmente, se observa um movimento de renovação da APS no mundo. Em 2003, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) aprovou uma resolução estimulando os Estados-membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS, e em 2005, publicou um documento intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, no qual se posiciona a favor do estabelecimento de sistemas de saúde, com cuidados orientados para a qualidade, a promoção e a prevenção, à intersetorialidade, à participação social e à responsabilização, defendendo a necessidade de alcançar uma atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integral (OPAS. OMS, 2005).

Em 2008, a OMS, em seu Relatório Mundial de Saúde, intitulado: "Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca", reconheceu a APS como coordenadora do sistema de saúde em todos os níveis de atenção e propôs uma APS centrada na pessoa, respondendo a necessidades de saúde individuais e coletivas, estabelecendo relação duradoura, garantindo uma atenção integral e contínua, com responsabilização sobre as pessoas da comunidade ao longo de todos os ciclos vitais e que promova a autonomia e participação social, assim como o enfrentamento dos determinantes da saúde (OMS, 2008).

3.1.2.2 A Atenção Básica no Brasil

A adesão a proposições de atenção primária à saúde entrou no debate da agenda de reforma setorial do Brasil em meados da década de 1970, influenciada e acompanhando o movimento internacional, embora, desde a década de 1920, o País tenha implantado serviços que apresentavam características compatíveis com a atenção primária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O período até a década de 1970 foi marcado pelo início da organização da APS por meio da criação dos centros de saúde como equipamentos de saúde pública, destacando-se, neste período, algumas iniciativas como a criação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) voltados para a atenção a agravos específicos de saúde pública (LUPPI *et al.*, 2011).

Neste período, teve início um processo de mudanças, marcadas, sobretudo, pela força popular, abrindo espaço para o desenvolvimento do Movimento Sanitário, que progressivamente ampliou suas propostas com base no princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado (ANDRADE, 1997). Neste contexto, a reorganização dos serviços básicos se inscreve no projeto da Reforma Sanitária Brasileira, defendendo a unificação do sistema de saúde e a valorização da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em março de 1986, ocorreu a VI Conferência Nacional de Saúde, para a qual confluíram todo o movimento encetado durante a década de 1970, constituindo-se em um instrumento determinante de dois processos: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, substituindo as Ações Integradas de Saúde, e pela elaboração da nova Constituição Federal, no Congresso Nacional (MENDES, 1999).

Na Constituição Federal de 1988, foram criadas as bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolubilidade, humanização do atendimento e participação social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Destacam-se, no período de 1998 a 1990, a publicação, no Texto Constitucional, dos princípios e diretrizes do SUS e a aprovação das Leis Orgânicas de Saúde, Leis 8.080/90 e 8.142/90, que possibilitaram o aparato institucional de gestão da política de saúde (LUPPI *et al.*, 2011). De acordo com estes autores, com o advento do SUS, foi iniciada a descentralização das ações e a municipalização da APS, agora denominada de Atenção Básica à Saúde.

Paralelamente a essa municipalização da APS, desenvolviam-se experiências de modelos de cuidados primários em várias partes do País, influenciando experiências posteriores: o modelo em Defesa da Vida, na Universidade Estadual de Campinas; as Ações Programáticas em Saúde, elaboradas por professores da Universidade de São Paulo; os Sistemas Locais de Saúde e seus distritos sanitários propostos pela OPAS; o médico de família, da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói; e a Medicina geral e Comunitária, em Porto Alegre (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; MENDES, 2012).

Todas estas propostas foram importantes e representaram opções bem-sucedidas com base no modelo de APS, no entanto, não se institucionalizaram como políticas públicas no contexto nacional, vindo a ocorrer no final de 1993, com a criação do Programa Saúde da Família-PSF (LUPPI *et al.*, 2011; MENDES, 2012).

O PSF recebeu influências dos modelos brasileiros de APS, como também dos modelos canadense, cubano e inglês, contudo, teve suas origens mais significativas no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, como

parte de um programa emergencial de combate à seca (MENDES, 2012). Segundo esse autor, este programa teve grande repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil, razão pela qual foi estendido a todo o País, pelo MS, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Posteriormente, o PACS foi incorporando outras ações de saúde e integrado às unidades básicas do município sob a supervisão de enfermeiros (LUPPI *et al.*, 2011). Sua operacionalização começou a gerar demanda por serviços de saúde e, percebendo isso, o município cearense de Quixadá agregou Agente Comunitário de Saúde (ACS), médicos e enfermeiros generalistas, formando uma equipe com atuação sobre populações adscritas e organizada em famílias (MENDES, 2012).

Esse modelo serviu de base para que o MS lançasse o Programa Saúde da Família (PSF), que se materializou com a Portaria MS n.º 692, de dezembro de 1993 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). De acordo com Andrade, Barreto e Coelho (2013), o objetivo do MS ao lançar o PSF era criar elos de diálogo entre os serviços de saúde e a comunidade, aumentar a cobertura de ações primárias em saúde e mudar a lógica predominante no sistema de saúde, que se baseava na atenção médico-hospitalar.

A expansão do PSF ocorreu em 1996 com a Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/1996, que deliberou a forma de financiamento da Atenção Básica por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), componentes fixo e variável (LUPPI *et al.*, 2011; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Segundo esses autores, o PAB fixo passou a ser repassado do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, com valor fixo *per capita*, para ser alocado na atenção básica dos municípios, enquanto o PAB variável era destinado a programas estratégicos, entre os quais o PSF e o PACS, estimulando a sua implantação e disseminação nos municípios brasileiros.

Essas medidas abriram espaço para o debate em torno da necessidade de organização e gerenciamento dos serviços em nível municipal, intensificando a municipalização da saúde, cuja implementação, por meio do PSF, passou a ser considerada estratégica para a consolidação do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 1997, o MS reconhece a Saúde da Família como estratégia para a atenção básica, passando a ser denominada de Estratégia Saúde da Família-ESF (LUPPI *et al.*, 2011). A adoção da Saúde da Família como estratégia deu à APS, no Brasil, um caráter mais abrangente, como modelo para a Atenção Básica, que deveria estar articulada aos demais níveis de atenção e orientar a reestruturação do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A ESF torna-se a principal estratégia do MS para reorientação do modelo assistencial

em saúde, visando à reorganização das práticas na atenção primária (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

Em 2006, o MS instituiu a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria 648/2006, ampliando o escopo e a concepção da Atenção Básica ao incorporar os atributos da APS: atuação no território, cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde da comunidade e cuidado individual e familiar ao longo do tempo, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde (LUPPI *et al.*, 2011).

Em 2011, com o intuito de revisar as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e da ESF, o MS revisou a PNAB, mediante a publicação da Portaria 2.488/2011. Além da ESF e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), a PNAB amplia e incorpora no escopo da Atenção Básica outras modalidades de Equipes de Atenção Básica, como Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas: Equipes de Consultórios na Rua e Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, incorporando também as equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Programa Saúde na Escola ao elenco de equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2011a). A PNAB reafirma, contudo, que a ESF é adotada pelo MS e pelos gestores estaduais e municipais como estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica no País.

Nesse mesmo ano, é publicado o Decreto Federal n.º 7.508, que regulamenta a Lei n.º 8.080/90, no tocante à organização e ao planejamento do SUS, à assistência à saúde e a articulação interfederativa. Nesse documento, a atenção primária é oficializada como uma das portas de entrada às ações e serviços de saúde no SUS, juntamente com as unidades de atenção às urgências e emergências, os centros de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto. Ademais, coloca a atenção primária como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e serviços que compõem a rede regionalizada e hierarquizada de saúde (BRASIL, 2011d).

3.1.3 Estratégia Saúde da Família (ESF)

De acordo com Mendes (2012), a consolidação da ABS no Brasil se caracterizou pela instituição e expansão da saúde da família, por meio da ESF, que, apesar de conviver com modelos alternativos, especialmente o modelo tradicional sem foco na família, representa o modelo hegemônico de APS no País.

A ampliação da ESF ocorreu rapidamente pelo Brasil e atualmente abrange mais de 33.000 equipes, presentes em 97% dos municípios brasileiros, que atendem cerca de 105.000.000 de pessoas, o que representa uma cobertura a 54,84% da população brasileira (BRASIL, 2013b).

Dada a sua magnitude, é considerada como prioritária para a consolidação da atenção básica no País por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolubilidade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011a).

A ESF se estrutura com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, constituindo-se como a principal porta de entrada e o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, de modo a viabilizar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o acolhimento de todas as demandas e necessidades de saúde do território (BRASIL, 2011a).

A definição de território é uma das principais características da ESF, com delimitação geográfica do território de atuação da equipe e da população, pela qual assume responsabilidade sanitária (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013). Para esses autores, a adscrição da clientela é um processo interdependente à definição do território, que se operacionaliza por meio do cadastramento familiar e possibilita a constituição de vínculos e de relações de afetividade e confiança entre os profissionais de saúde e a população adscrita, potencializando a ESF como coordenadora das ações e como promotora da integralidade do cuidado.

A ESF tem como foco a unidade familiar e sua operacionalização se dá por meio de ações de Promoção da Saúde, de prevenção e atenção às doenças, recuperação, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde, mediante práticas de cuidado e gestão das equipes de Saúde da Família, planejadas com base no perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir nos fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2009).

O trabalho na ESF é desenvolvido por equipe multiprofissional constituída minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011a). Ainda podem fazer parte da equipe multiprofissional, eventualmente, outros profissionais de saúde (MENDES, 2012). De acordo com esse autor, um grande diferencial da ESF é a incorporação do ACS à equipe de saúde, porque cria as possibilidades de estabelecer vínculos e de uma atuação profissional mais

próxima das pessoas e suas famílias, das organizações e movimentos sociais do território (MENDES, 2012).

Cada equipe de ESF deve ser responsável pela atenção integral e contínua de, no máximo, 4.000 pessoas, sendo recomendada uma média de 3.000 pessoas por equipe e em áreas mais vulneráveis em que é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor do que o recomendado, 2.000 pessoas por equipe (BRASIL, 2013c). Já o ACS deve acompanhar, no máximo, 750 pessoas residentes em território rural ou urbano (BRASIL, 2011a).

As equipes da ESF têm como atribuições, além daquelas específicas de cada categoria profissional: realizar o cuidado da saúde da população adscrita, no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS), em domicílio e em espaços comunitários, conforme necessidade de saúde da população local; participar do acolhimento dos usuários, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando a constituição de vínculo; participar da territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; manter atualizado o cadastramento das famílias e das pessoas no sistema de informação e utilizar, de forma sistemática, os dados para análise situacional, subsidiando o planejamento local; realizar busca ativa e notificar doenças de notificação compulsória e de outros agravos importantes; realizar reuniões em equipe para planejamento e avaliação das ações; acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas; garantir o registro das atividades no sistema de informação da atenção básica; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe; realizar ações de Educação em Saúde; participar das atividades de educação permanente; manter a coordenação do cuidado, mesmo quando for necessária a atenção em outro ponto de atenção e estimular a participação e o controle social (BRASIL, 2011a).

3.2 Avaliação em saúde na Atenção Básica: aspectos conceituais e metodológicos da avaliação

3.2.1 Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação

Avaliar é uma ação inerente ao ser humano, que cotidianamente julga o valor e a utilidade de um ou mais elementos que o cerca. A avaliação representa prática tão antiga quanto a consciência humana, no entanto, tal como é conhecida hoje começou a se desenvolver somente com a revolução científica dos séculos XVI e XVII (SERAPIONE; LOPES; SILVA, 2013).

Desde então, avanços teóricos e a introdução de métodos e técnicas à avaliação levaram ao seu enriquecimento tanto teórico quanto metodológico, destacando-se cinco períodos que demarcam diversos estádios da avaliação (HARTZ, 2009).

A primeira geração da avaliação, que se estabeleceu de 1910 a 1930, foi caracterizada pela aplicação de instrumentos de medida, desenvolvendo-se por meio de atividades de coleta sistemática de dados e análise quantitativa (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). No campo da saúde, a avaliação surgiu vinculada aos avanços da Epidemiologia e da Estatística, sendo utilizada para testar diversas intervenções, direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação (HARTZ, 2009).

A avaliação de segunda geração, de 1930 a 1960, distingue-se do modelo de avaliação até então adotado pela descrição e mudança na abordagem do avaliador, que além de realizar a coleta de dados e medir a intervenção, passou a descrever os programas, compreender sua estrutura e seu conteúdo, identificando forças e fragilidades para afirmar se respondiam aos objetivos propostos e recomendar melhorias (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A avaliação de terceira geração, que se inicia nos anos 1960 e vai até o final dos anos 1980, surgiu do reconhecimento das limitações da abordagem descritiva e identificação da negligência de um aspecto importante da avaliação, o julgamento (FIGUEIRÓ; NAVARRO; FRIAS, 2010). Desde então, este passa a fazer parte integrante da avaliação e o avaliador passa a assumir o papel de juiz, utilizando-se da medida e da descrição para fundamentar seu julgamento (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Já a quarta geração começa a se manifestar em 1980 e se caracteriza por uma avaliação inclusiva e participativa, propondo um processo de negociação entre os agentes envolvidos na intervenção em que o pesquisador-avaliador também está situado como parte e não apenas como juiz (HARTZ, 2009). Sua característica essencial, contudo, e ao mesmo tempo inovadora, além de valorizar os diversos agentes, é promover o envolvimento e participação da comunidade, especialmente dos beneficiários, em todas as fases do processo avaliativo (SERAPIONE; LOPES; SILVA, 2013).

Para Hartz (2009), as interações que ocorrem com os agentes desempenham papel não somente na produção de resultados e julgamentos, mas também na produção do conhecimento como consequência da avaliação. Esses pressupostos apontam para a emergência da quinta geração de avaliação, também chamada de emancipadora, que combinada às anteriores, implica a ampliação do poder dos participantes (HARTZ, 2009).

Corroborando com esta autora, Dubois, Champagne e Bilodeau (2011) acentuam que o diálogo, a reflexão crítica e a compreensão mútua dos agentes sobre os diversos pontos de vista que existem sobre a intervenção promovem uma ampliação da participação desses agentes e aumentam as chances de utilização de seus resultados.

Numa perspectiva conceitual, a avaliação é um termo que exprime diversos significados. Serapione, Lopes e Silva (2013) após análise das diversas definições encontradas na literatura internacional, apontaram três elementos presentes na maioria das definições examinadas: formulação de juízo de valor sobre uma determinada intervenção, ênfase na sistemática e rigor dos procedimentos de coleta de dados e como ferramenta indispensável para a tomada de decisão.

Neste sentido, o conceito adotado por Champagne *et al.* (2011, p. 44) reúne os elementos consensuais na avaliação:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um julgamento 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 [...] estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

No campo da saúde, a avaliação se delimita no âmbito das políticas e programas sociais, podendo ter objetos diversos, desde um procedimento específico, até um sistema de saúde, cada um com distintas características, objetivos e estratégias, exigindo diferentes processos de avaliação (HARTZ, 2009). Uma intervenção, qualquer que seja, pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A avaliação normativa consiste em julgar uma intervenção, comparando-se os recursos empregados, os serviços produzidos e os resultados obtidos com critérios e normas pre-estabelecidas (FIGUEIRÓ; NAVARRO; FRIAS, 2010). Para Dubois, Champagne e Bilodeau (2011), ela se inscreve em um processo de verificação de conformidade dos componentes da intervenção. Neste sentido, a avaliação normativa tem forte componente gerencial e está imersa no pragmatismo cotidiano, sendo frequentemente utilizada pelos responsáveis pelo programa ou intervenção (FURTADO, 2006). Ademais, desenvolve uma abordagem sistêmica sobre o objeto com base na proposta de Donabedian (1966 *apud* SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010) e sistematizada na tríade estrutura, processo e resultado.

Já a pesquisa avaliativa é um procedimento que consiste em fazer um julgamento da intervenção, adotando-se métodos científicos para analisar e compreender a pertinência, a

lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, assim como estabelecer as relações de causalidade entre os diversos componentes da intervenção (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). É classificada por esses autores em seis tipos: análise estratégica, análise lógica, análise de produtividade, análise de rendimento, análise dos efeitos e análise da implantação.

Outra distinção que se faz em avaliação é quanto à abordagem, que pode ter caráter formativo ou somativo (FURTADO, 2006). Para esse autor, a avaliação somativa destina-se à tomada de decisão com base no produto final, a qual associa uma forte crítica de que não considera elementos na avaliação. Ainda segundo o autor, a avaliação formativa tem como finalidade o aperfeiçoamento do programa ou serviço, por meio do diagnóstico de suas fragilidades, assim como das potencialidades, apresentando-se como mais relevante, principalmente nos primeiros anos após sua implantação. Para Figueiró, Navarro e Frias (2010), a avaliação formativa de programas e serviços contribui para identificar precocemente os problemas, assim como garantir o seu desenvolvimento conforme planejado.

A avaliação deve ser concebida como ferramenta indispensável à formulação de uma ação, sua implementação e melhoria (MONNIER; CONAN; ALLEN, 1992 *apud* DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). Assim suposto, a avaliação expressa várias dimensões: a de feição cognitiva relaciona-se com a produção de informações; a de perfil normativa refere-se à emissão de um julgamento; a de teor instrumental ou utilitária quando visa a melhorar uma situação, e a dimensão democrática, quando visa a provocar debates (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Quanto aos objetivos da avaliação, estes são classificadas em oficiais e oficiosos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Em consonância com esses autores, são objetivos oficiais da avaliação: auxiliar no planejamento e elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico), fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu curso (objetivo formativo), determinar os efeitos ao final de uma intervenção e decidir pela sua permanência, modificação ou interrupção (objetivo somativo), usar a avaliação para deflagrar a modificação de uma situação problemática com vistas ao bem-estar coletivo (objetivo transformador) e contribuir para o progresso do conhecimento (objetivo fundamental).

Os objetivos oficiosos, geralmente implícitos, mas não menos importantes, variam de acordo com os agentes envolvidos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Dessa forma, de acordo com os autores, os administradores ou decisores podem demandar uma avaliação para protelar uma decisão, legitimar uma decisão, ampliar seu poder e controle e para satisfazer os organismos financiadores; os avaliadores podem adquirir mais conhecimentos na área,

ampliar seu prestígio e poder, obter uma promoção ou promover uma ideia que para eles tenha grande relevância; os usuários podem almejar mudanças nos serviços ou reduzir sua dependência; os demais agentes podem ter objetivos implícitos, mas que também podem influenciar a avaliação.

Não só os objetivos e tipos de avaliação variam, mas também os avaliadores podem ser distintos e ter diversos papéis na avaliação. De acordo com Figueiró, Frias e Navarro (2010), os avaliadores podem ser externo, interno ou misto. Segundo estes autores, o avaliador externo não pertence nem é vinculado à instituição responsável pelo programa ou serviço, foco da avaliação, enquanto o avaliador interno faz parte da organização que abriga o programa ou serviço e está em contato frequente com os agentes que implementam a intervenção. Já o avaliador misto é uma combinação dos anteriores.

Ainda em relação aos aspectos metodológicos, a avaliação pode adotar métodos qualitativos e/ou quantitativos. A utilização de outra abordagem depende do objeto a ser avaliado, sendo que a combinação das duas abordagens é reconhecida como a maneira mais adequada de avaliar os objetos de forma ampla (CALVO; HENRIQUE, 2006). Reforçando essa ideia, Patton (1999 *apud* SERAPIONE; LOPES; SILVA, 2013), anota que o uso dos dois métodos na avaliação é considerado estratégico, potencializando sua capacidade de análise, sobretudo de aspectos complementares do mesmo fenômeno.

A variedade dos desenhos de avaliação depende também de critérios usados no processo de análise, sendo mais utilizadas no setor saúde a relevância ou pertinência, a efetividade, a eficiência, a acessibilidade, a aceitabilidade, a humanização e a qualidade (SERAPIONE; LOPES; SILVA, 2013).

Quanto à utilização dos resultados, Serapione, Lopes e Silva (2013) enfatizam que a avaliação não deve estar dissociada da tomada de decisão, tratando-se de uma ferramenta importante para aprimorar os programas com vistas a responder as necessidades daqueles que os utilizam.

Para Almeida e Mello (2010), a importância da avaliação encontra-se na possibilidade de contribuir para definir metas e objetivos para os programas e serviços, refletir sobre o cotidiano destes no campo da política, da economia, da gestão e dos processos de trabalho, além de possibilitar a participação e comprometimento dos sujeitos sociais com o sistema de saúde.

Apesar de suas contribuições para a melhoria dos programas e serviços, a avaliação em saúde ainda representa um grande desafio a ser superado, apresentando-se de forma incipiente no sistema de saúde brasileiro, embora se observem movimentos concretos

em direção a sua institucionalização, especialmente no campo da atenção básica (FELISBERTO; ALVES; BEZERRA, 2010).

3.2.2 Avaliação da Atenção Básica

Na perspectiva de Bodstein (2002), o foco dos estudos avaliativos centrados nos princípios finalísticos do SUS revelam a necessidade de articulação dos princípios propostos no arcabouço jurídico constitucional, entre eles a Política Nacional da Atenção Básica, com o cotidiano dos serviços de saúde.

A ESF é considerada espaço para a implantação do modelo de atenção da vigilância à saúde com grande potencial para aprofundar os princípios e fundamentos do SUS (MERHY; ONOCKO, 2007).

A grande expansão dos serviços da atenção básica, principalmente pela ampliação no número de equipes da ESF, trouxe para o sistema de saúde novos desafios, dentre eles o da qualidade dos serviços, justificando, dessa forma, a avaliação desse âmbito de atenção.

A avaliação da Atenção Básica pode contribuir para (re)direcionar a execução das ações, podendo ser utilizada por todos os agentes envolvidos no planejamento e execução dessas ações (ALMEIDA; MELLO, 2010). De acordo com Campos (2006), a avaliação da atenção básica aponta possibilidades do seu uso como ferramenta da gestão, contribuindo para a tomada de decisões cotidianas no âmbito dos serviços. Para esse autor, a avaliação da atenção básica também pode contribuir para o controle social, dado que seus resultados podem ser compartilhados com a população, que deveria participar da tomada de decisão local.

A avaliação da atenção básica, contudo, assume, historicamente, caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão, desenvolvendo-se de forma aleatória, assistemática e esporádica e quase sempre focada na produção dos serviços, no quantitativo de recursos materiais e de pessoal para atender às demandas induzidas pelos âmbitos hierarquicamente superiores do SUS, sem articulação com o diagnóstico das necessidades de saúde da população brasileira (FELISBERTO, 2004).

Com vistas a superar esse desafio o MS criou, em 2005, a Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) da Atenção Básica, com a principal atribuição de coordenar e definir critérios, mecanismos e fluxos para a avaliação da atenção básica no País (HENRIQUE; CALVO, 2008). Em torno da CGAA, foram implantadas algumas práticas avaliativas na atenção básica com destaque para os estudos de linha de base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), a Avaliação para Melhoria da

Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), a Ferramenta de Avaliação da Atenção Básica (PCATool) e o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PROESF, concebido em 2003, surgiu como proposta de fortalecimento e reorganização da atenção básica a partir da ESF, incorporando processos sistemáticos de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2003). Está estruturado em três componentes de atuação: apoio à conversão e expansão da ESF, dirigido aos municípios com população acima de 100.000 habitantes; desenvolvimento de recursos humanos da ESF e monitoramento e avaliação, ambos dirigidos a estados e municípios, independentemente do porte populacional. A AMQ integra o componente III do PROESF, juntamente com os Estudos de Linha de Base e os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005c).

Os estudos de linha de base do PROESF, realizados desde 2005, constituíram um diagnóstico do padrão epidemiológico e da organização dos serviços da atenção básica, e seus resultados são vistos como subsídios importantes para o PROESF e para a conversão do modelo assistencial no País (BODSTEIN *et al.*, 2006).

A AMQ, lançada em 2005, propõe uma metodologia de avaliação que se fundamenta na autogestão com vistas ao desenvolvimento de processos de melhoria contínua da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2005c). Por meio de cinco instrumentos de autoavaliação, a AMQ dá aos agentes envolvidos com a atenção básica a possibilidade de avaliá-la de modo a identificar pontos críticos, acompanhar a implantação e o desenvolvimento da qualidade da ESF de maneira incremental e permanente e assim promover seu aprimoramento técnico, gerencial e científico (BRASIL, 2006b).

A AMQ tinha como principais diretrizes: ser de livre adesão pelos gestores municipais; a avaliação é realizada pelos próprios executores do programa, ou seja, é um processo autoavaliativo; a operacionalização do sistema, tanto para a alimentação do banco de dados como para a emissão de relatório, se dá de forma virtual; não promove incentivos ou sanções financeiras relacionados aos resultados; permite o acompanhamento do histórico das avaliações pelas instâncias da gestão da atenção básica; e se articula com os planos estaduais de monitoramento e avaliação da atenção básica (BRASIL, 2006b).

No Ceará, houve ampla adesão dos municípios à AMQ, no entanto, a fase de desenvolvimento, com a continuidade das ações necessárias ao ciclo avaliativo, não ocorreu como se esperava. Somente em 2010, se deu o desenvolvimento da AMQ na maioria dos municípios cearenses, principalmente, em decorrência do esforço do governo estadual, que atrelou a liberação de recursos do Fundo Estadual de Combate à Pobreza a adesão e

desempenho na AMQ, sendo um forte indicativo de que a falta de financiamento pode ser um dos motivos da sua descontinuidade nos municípios do Ceará.

Uma iniciativa mais recente de avaliação da atenção básica, também apoiada pelo MS, foi o PCATool, lançado em 2010, validado para a língua portuguesa (BRASIL, 2010). Este instrumento foi proposto por Starfield (2002), e contém parâmetros universais de avaliação com base nas características nucleares da APS: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação, além das características derivativas da APS: centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural. Por meio deste instrumento, é possível identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento, como para a execução das ações na atenção básica (BRASIL, 2010).

O PMAQ, que representa a mais nova proposta do MS para o monitoramento e avaliação da atenção básica no País, será apresentado em seguida, em item separado, dada a sua importância para esse estudo.

3.2.2.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB)

Uma das principais diretrizes atuais do MS é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados, como forma de garantir a ampliação do acesso e da qualidade da atenção em saúde a toda a população (BRASIL, 2012b). Surge como parte de um sistema de avaliação para a qualificação do SUS, que tem como objetivo mensurar os resultados das políticas de saúde desenvolvidas pelo sistema público de saúde, com destaque para o componente da atenção básica, com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir transparência da gestão, assim como dar visibilidade aos resultados alcançados, fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2013a).

Dentre os esforços empreendidos pelo MS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado por meio da Portaria nº 1.654 do MS, publicada em 19 de julho de 2011, foi produto do esforço do MS juntamente com os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País (BRASIL, 2011b).

No “Saúde Mais Perto de Você”, modo como o MS se refere ao conjunto de iniciativas da nova PNAB, o PMAQ é considerado como a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento da atenção básica, institucionalizando a proposta de avaliação como premissa da qualidade e fomentando uma permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas da gestão, cuidado e participação (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ tem como principal 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, 2011b). Ademais, seus objetivos específicos são:

- I. Ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias que promovam o acesso e a melhoria da qualidade dos serviços e ações da atenção básica;
- II. Fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da atenção básica;
- III. Promover maior conformidade das UBS com os princípios e diretrizes da atenção básica, 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 atenção básica, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;
- V. Melhorar a qualidade da alimentação dos sistemas de informação e fortalecer o seu uso como ferramenta de gestão da atenção básica;
- VI. Institucionalizar uma cultura de avaliação da atenção básica no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VII. Estimular o foco da atenção básica 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, 2011b).

Para Andrade, Barreto e Coelho (2013), esses objetivos foram pensados a partir da identificação das fragilidades da atenção básica assim como do reconhecimento de que

precisa ser fortalecida para alcançar maior efetividade. Com o PMAQ, o MS pretende superar os principais desafios à qualificação da atenção básica: rede física precária, ambiência pouco acolhedora das UBS, condições inadequadas de trabalho para os profissionais, necessidade de qualificar o processo de trabalho das equipes de atenção básica, pouca integração das equipes com as outras redes assistenciais, instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, incipiência dos processos de gestão, sobrecarga de trabalho das equipes, baixa integralidade e resolubilidade das práticas e financiamento insuficiente e inadequado (BRASIL, 2011b).

Considerando todos esses desafios, assim como os avanços alcançados pela PNAB nos últimos anos, o PMAQ foi estruturado em sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento.

- I. Construir parâmetro de comparação entre as equipes de atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II. Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de atenção básica;
- III. Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV. Envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;
- V. Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- VI. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e
- VII. Caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2011b).

Para o alcance de seus objetivos, o PMAQ promoveu uma mudança profunda no financiamento da atenção básica, atrelando parte expressiva do repasse de recursos à implantação de padrões que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos

trabalhadores (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012). Para Pinto (2012), esta medida foi o início de importantes e persistentes mudanças no processo de trabalho das equipes.

Seu potencial em promover tais mudanças se relaciona com a criação do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável, que possibilitou aos municípios até dobrar o incentivo mensal repassado pelo MS à equipe de atenção básica (PINTO, 2012). Para esse autor, a indução financeira não estimula apenas a gestão municipal, mas também as equipes de atenção básica, pois o PMAQ estimula a adoção de lógicas de premiação e remuneração baseada em resultados e desempenho, significando dizer que, dependendo da negociação entre gestores e trabalhadores, a equipe poderá ter ganhos reais na sua remuneração vinculados a mudanças no trabalho.

Ademais, o PMAQ avalia dimensões relacionadas à garantia de melhores condições de trabalho, apontando para adequada ambiência das UBS, garantia de infraestrutura, instalações, equipamentos e insumos necessários ao processo de trabalho das equipes, assim como aborda a qualidade do vínculo profissional e das relações de trabalho, direcionando para a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, maior estabilidade do vínculo e na existência de carreira, elementos que são da governabilidade da gestão municipal e que interessam às equipes, provocando uma negociação entre gestores e equipes sobre as condições e regras deste processo (PINTO, 2012).

Cabe ressaltar que o PMAQ não pode ser compreendido fora do contexto de efetiva valorização e de definição do papel da atenção básica no conjunto da rede de atenção à saúde (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012). Para esses autores, o PMAQ está articulado a outros três amplos movimentos da saúde pública deste País, conforme descritos a seguir.

A regulamentação da Lei n.º 8.080, por meio do Decreto n.º 7.508, que institui as regiões de saúde como parte da rede interfederativa, destacando a atenção básica como elemento essencial, ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e serviços da rede, reconhecendo claramente seu papel de porta de entrada e primeiro contato (BRASIL, 2011d), em que o PMAQ atua criando as condições concretas para que a atenção básica garanta e coordene a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

O segundo movimento que dá sustentação e ao qual o PMAQ está articulado é o redesenho da governança sistêmica e do financiamento do SUS, conforme o Decreto n.º 7.508, que traz a possibilidade de instituir formas de incentivo de acordo com o cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011d). Cabe ressaltar que o PMAQ responde pelo componente do novo financiamento da atenção básica

levando em consideração a contratualização de compromissos, o monitoramento de indicadores e o alcance de resultados.

O terceiro movimento é o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos da gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2011f, 2013b). O PMAQ é parte integrante dessa iniciativa que reúne também diversas outras iniciativas, como o Índice de Desempenho do SUS, todas coerentes com os objetivos do programa (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

3.2.2.1.1 Fases de implantação do PMAQ

Operacionalmente, o PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2011b, e, 2012b, c).

a) Adesão e contratualização

A primeira fase consiste na etapa de adesão formal ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as EAB e os gestores municipais, e destes com o MS (BRASIL, 2011b). Este processo implica a gestão de recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados, envolvendo a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012c).

Em 2011, ano em que se iniciou o primeiro ciclo do PMAQ, podiam aderir ao programa às equipes da ESF, assim como as de atenção básica organizadas em outras modalidades e parametrizadas de acordo com os critérios estabelecidos no programa (BRASIL, 2011b). O município podia aderir com até 50% de suas equipes de ESF, devendo elencar prioridades de participação adicional entre as demais (BRASIL, 2011b). Dessa forma, todas as equipes de atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal, em várias modalidades, puderam aderir ao PMAQ.

Em 2011, foi expressivo o quantitativo de equipes que aderiram ao PMAQ. Fizeram adesão 17.432 equipes em 3.935 municípios brasileiros, superando as expectativas do

MS para um programa novo, de adesão voluntária, que exigia uma série de compromissos e exigências (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Em 2013, por ocasião do início do segundo ciclo do PMAQ, a adesão foi universalizada para a totalidade das equipes de atenção básica: Saúde da Família, Saúde Bucal e equipes parametrizadas, ampliando a adesão para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e para os Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2013a).

A adesão é voluntária e pressupõe um processo inicial de pactuação entre equipes e gestores, que deve anteceder a formalização da adesão dos municípios com MS (BRASIL, 2011b). O caráter voluntário da adesão está associado à ideia de que a qualificação do serviço e a mudança das práticas somente poderão ser concretizadas em ambientes onde os trabalhadores e gestores se sintam motivados e se percebam essenciais para o seu êxito (BRASIL, 2011b).

Para Pinto, Sousa e Florêncio (2012), esse é um dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos agentes e amplia as possibilidades de constituição de ambientes participativos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam e se comprometem com os objetivos comuns. Para esses autores, a adesão e a contratualização individualizada por equipes de atenção básica introduziram um dispositivo concreto para o reconhecimento de pessoas que devem ser responsabilizadas pelo conjunto de ações capazes de promover as mudanças esperadas com o PMAQ.

Para aderir ao PMAQ, cada equipe de atenção básica assinou um termo de compromisso, no qual se comprometeu em seguir diretrizes organizantes do processo de trabalho, observar as regras de funcionamento do programa, implantar dispositivos de acesso, co-gestão, autoavaliação, planejamento e avaliação, ser monitorada a partir de 47 indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), além de submeter-se a um processo de avaliação que inclui a autoavaliação, o desempenho em 24 indicadores e a avaliação *in loco* realizada por avaliadores externos (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A adesão dos gestores municipais incluiu o cadastramento das equipes de atenção básica e assinatura de termo de compromisso no qual pactuava a aplicação dos recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável, a realização de ações de melhoria das condições de trabalho das equipes de atenção básica, a estruturação da gestão da atenção básica, assegurando condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do programa e envolvendo-a no apoio institucional às equipes de atenção básica (BRASIL, 2011b).

Ressalta-se que os indicadores monitorados pelo PMAQ foram eleitos com base na possibilidade de acesso e limitados àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do SIAB, tendo em vista que este era o único sistema que permitia a alimentação e acompanhamento das equipes de modo individualizado (BRASIL, 2011b). Os 47 indicadores selecionados foram subdivididos em sete áreas estratégicas, a saber: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle do *Diabetes Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Bucal, Produção Geral, Tuberculose e Hanseníase e Saúde Mental. Estes indicadores foram ainda classificados em indicadores de desempenho, vinculados à avaliação externa e utilizados para a classificação das equipes de atenção básica e indicadores de monitoramento, a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados obtidos por parte de cada equipe (BRASIL, 2011b).

Cabe destacar o fato de que estes indicadores privilegiam as principais áreas estratégicas da atenção básica: pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão e do diabetes, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis, assim como estão relacionados com iniciativas e programas estratégicos do MS, a saber: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Urgência e Emergência, buscando uma sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas da gestão do SUS (BRASIL, 2011b).

Contraditoriamente, no segundo ciclo do PMAQ, a adesão das equipes, inclusive daquelas que aderiam ao programa pela primeira vez, foi limitada à indicação do gestor municipal (BRASIL, 2013a).

Outra modificação no segundo ciclo do programa se relaciona com os compromissos assumidos pelos gestores e equipes, em que era necessária a adesão à Rede Cegonha, à ampliação de redes de conectividade nas UBS por meio do e-SUS e às ações de controle do tabagismo, por meio da adesão opcional ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2013a).

Após concluir a etapa de adesão e contratualização, o município passou a receber mensalmente 20% do valor integral do Componente de Qualidade do PAB Variável por equipe participante (BRASIL, 2011e). Esse repasse segue até a realização da avaliação externa e conclusão de certificação da equipe, quando esse percentual será vinculado ao desempenho alcançado pelas equipes de atenção básica, podendo ser suspenso, mantido ou ampliado para 60% ou 100% (BRASIL, 2011e).

b) Desenvolvimento

A segunda fase do PMAQ é compreendida como a etapa na qual se daria o desenvolvimento de ações, empreendidas fundamentalmente pelas equipes de atenção básica e gestão municipal, com o apoio da gestão estadual e MS e relacionadas aos compromissos assumidos (BRASIL, 2011b). Esta fase está organizada em quatro estratégias consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, produzindo, assim, melhorias contínuas na qualidade da atenção básica, quais sejam: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2012c).

A fase de desenvolvimento tem na autoavaliação seu ponto de partida, sendo entendida como um dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É por meio da autoavaliação que os sujeitos e grupos implicados avançam na análise de seu processo de trabalho e na identificação e reconhecimento dos problemas, bem como na formulação das estratégias e de intervenção para superá-los, visando à melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho (BRASIL, 2012c), produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento (BRASIL, 2011b).

O PMAQ busca contribuir com a produção dessas mudanças, situando a autoavaliação como instrumento que estimula o coletivo a colocar seu processo de trabalho em análise e a pensar modos de mudá-lo para superar os problemas e alcançar objetivos pactuados por este coletivo (BRASIL, 2011b). Com isso, o PMAQ busca contribuir também para a superação de aspectos negativos, frequentemente associados com a avaliação, como a punição e eliminação daqueles que não alcançaram determinados resultados.

Ressalte-se que a autoavaliação proposta pelo PMAQ deve ser realizada entre pares, coletivamente, considerando todos os agentes envolvidos com a atenção básica e, ante os resultados da autoavaliação, deverão ser identificadas as situações que precisam ser revistas e ou modificadas (BRASIL, 2012c).

Para subsidiar as equipes a realizar a autoavaliação, o MS disponibilizou uma ferramenta denominada de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, ao processo e aos resultados das ações da atenção básica, configurando-se como um instrumento de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que amplia as possibilidades de laborar soluções com origem na identificação de problemas (BRASIL, 2012c). Trata-se de uma ferramenta extensa que se propõe abordar múltiplas dimensões da atenção básica, cujo

papel é o de estimular o diálogo do grupo para que ele possa eleger os problemas e pactuar as ações conforme suas prioridades e interesses, disposição e capacidade de ação (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para que a autoavaliação se fortaleça como permanente, o PMAQ orienta que ela seja acompanhada do monitoramento dos indicadores contratualizados e propostos pelo programa, tendo entre seus objetivos: orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipe de atenção básica e gestor municipal; subsidiar a definição de prioridades e programação das ações e fortalecer o protagonismo dos diversos atores, ao revelar as fragilidades e os sucessos motivando-os ao enfrentamento dos desafios (BRASIL, 2011b).

Por meio do monitoramento dos indicadores do PMAQ, constatam-se a preocupação e a valorização do Departamento de Atenção Básica/MS com as informações produzidas pelas equipes de atenção básica e com a sua utilização no cotidiano do trabalho. O uso dessas informações constitui elemento essencial para a gestão do cuidado, considerando que, para a organização do processo de trabalho, são necessários o cadastramento domiciliar e a elaboração de um diagnóstico situacional, que oriente o planejamento e a programação das ações de maneira pactuada, sendo preciso ainda, que as ações implantadas sejam acompanhadas e avaliadas sistematicamente (BRASIL, 2011b).

Para o MS, o acompanhamento sistemático das informações produzidas pelas equipes de atenção básica permitirá a verificação do alcance de resultados dos indicadores contratualizados, sendo esperado que esses resultados reflitam o esforço das equipes de atenção básica e da gestão com a melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011b).

O PMAQ sugere que a educação permanente seja incutida na prática concreta dos serviços de saúde, pois o redirecionamento do modelo assistencial impõe a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços e profissionais de saúde, cujas mudanças no processo de trabalho passam a exigir de seus agentes (gestores, trabalhadores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia, contribuindo para o estabelecimento de práticas transformadoras em saúde, propiciando uma aproximação entre a concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2011b). Nesta perspectiva, o PMAQ propõe uma educação permanente, além de sua dimensão pedagógica, como uma estratégia da gestão, com grande potencial para provocar mudanças, na micropolítica do cotidiano dos serviços, próxima dos efeitos das práticas de saúde na vida dos usuários e como um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2011a).

A inclusão da educação permanente como uma das dimensões estruturantes do PMAQ está associada à necessidade de se estimular a problematização do cotidiano pelas equipes de atenção básica e gestores locais, buscando ampliar sua capacidade de análise e de intervir diante de suas demandas concretas (BRASIL, 2011b). Para o MS um caminho para potencializar o desenvolvimento dessas competências é vincular processos de educação permanente às estratégias de apoio institucional, aumentando as opções para enfrentamento das dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

No contexto do PMAQ, o apoio institucional é compreendido como função gerencial, que busca reformular o modo tradicional de se fazer gestão em saúde. Para isso, pressupõe o esforço de transformar as relações de supervisão e os modelos da gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, a publicização, a autonomia, a emancipação e o compromisso dos trabalhadores e gestores, com base em relações contínuas e solidárias entre apoiador e equipe (BRASIL, 2011b).

Para o MS, o apoio institucional deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano, e deve ainda operar como forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, com o intuito de fortalecê-los, reconhecendo e potencializando seus esforços (BRASIL, 2011b).

Nesta perspectiva, a constituição do papel de apoiador e de apoiado se sustenta no encontro de distintas experiências dos sujeitos e requer a conciliação de arranjos fixos de organização do processo de trabalho com a variabilidade dos problemas e dos saberes e práticas que podem resolvê-los (OLIVEIRA, 2011).

Em síntese, para se imprimir as mudanças necessárias e pretendidas na realidade concreta, as equipes de atenção e gestão devem estabelecer pactos e ações, disparar movimentos que articulem avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento dos resultados, numa excelente oportunidade de superar modos de ação, que, fragmentados, perdem grande parte de sua potência (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

c) Avaliação externa

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa, quando é realizado o levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade da atenção básica e para reconhecimento e valorização dos esforços e resultados das equipes de atenção básica e dos gestores municipais na qualificação da atenção básica (BRASIL, 2012b).

A avaliação externa ocorrida no primeiro ciclo se dividiu em duas dimensões: certificação de desempenho das equipes de atenção básica e da gestão municipal participante do PMAQ e avaliação não relacionada ao processo de certificação, ressaltando-se o censo das UBS do País (BRASIL, 2011b).

Os instrumentos da avaliação externa foram organizados em quatro módulos conforme o método de coleta de dados: observação da UBS, entrevista com o profissional de saúde e verificação de documentos na UBS, entrevista com o usuário na UBS e um módulo *on-line*, que informado pela gestão municipal e pela equipe de atenção básica, complementa os demais módulos (BRASIL, 2012b). Por meio destes instrumentos, é realizado um levantamento de informações sobre a estrutura das UBS, o processo de trabalho das equipes, os resultados mais imediatos da atenção básica e a avaliação da satisfação do usuário, possibilitando a análise das condições de acesso e de qualidade das equipes de atenção básica (BRASIL, 2011b).

Cabe ressaltar que o MS conta com o apoio de instituições de ensino e/ou pesquisa para desenvolver os trabalhos de campo, com a aplicação dos variados instrumentos avaliativos, no próprio local de atuação das equipes de atenção básica (BRASIL, 2011b).

Para a certificação dessas equipes e das gestões municipais, a avaliação produziu um escore que, conforme as regras da Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011, alteradas pela Portaria n.º 866, de 03 de maio de 2012 (BRASIL, 2012e), determinou o percentual do componente de qualidade do PAB variável a ser repassado mensalmente ao Fundo Municipal de Saúde pelo MS (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). O escore leva em consideração três componentes: realização da autoavaliação, independente dos resultados alcançados, representando 10% do total do escore; desempenho nos 24 indicadores contratualizados, representando 20% do total do escore; e os 70% restantes dependem dos resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação externa (BRASIL, 2011b).

Na certificação das equipes, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação entre elas, o PMAQ adota uma estratificação dos municípios, que leva em consideração aspectos sociais, econômicos e demográficos e estão distribuídos em seis estratos, possibilitando que o desempenho das equipes de atenção básica seja comparado com equipes de municípios do mesmo estrato (BRASIL, 2011b). São indicadores utilizados para a estratificação: Produto Interno Bruto *per capita*, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2011b).

Ao final da certificação, as equipes de atenção básica serão classificadas em desempenho insatisfatório, regular, bom e ótimo (BRASIL, 2011e). Esta classificação leva em consideração critérios a seguir:

- I. Insatisfatório: quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos e assumidos na contratualização no PMAQ e as diretrizes e normas para a organização da atenção básica previstas na PNAB;
- II. Regular: quando o resultado alcançado for menor do que a média do desempenho das equipes em seu estrato;
- III. Bom: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;
- IV. Ótimo: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio padrão à média do desempenho das equipes em seu estrato (BRASIL, 2011e).

O desempenho alcançado pelas equipes de atenção básica determinará os valores a serem transferidos para o município: suspensão do repasse dos 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável, para desempenho insatisfatório; manutenção dos 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável, quando o desempenho for regular; ampliação de 20% para 60% do Componente de Qualidade PAB Variável, quando desempenho for bom e ampliação de 20% para 100% do Componente de Qualidade do PAB Variável, quando o desempenho for ótimo (BRASIL, 2011e).

Para proceder à avaliação não relacionada ao processo de certificação, o PMAQ adota, em todos os instrumentos da avaliação externa, questões que objetivam o levantamento de informações para subsidiar e orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Ademais, cabe destacar o fato de que, junto ao processo de avaliação externa do PMAQ, foi realizado um censo para avaliar a estrutura das UBS, inclusive das equipes e municípios que não aderiram ao PMAQ, proporcionando um diagnóstico da atenção básica no País por meio do conhecimento de suas realidades e singularidades, contribuindo para o planejamento e elaboração de estratégias adequadas às diferenças dos territórios e maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2012b).

d) Recontratualização

A quarta e última fase do PMAQ consiste na recontratualização, constituída por uma repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores, em que, com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade e iniciando um outro ciclo (BRASIL, 2012b). Esta fase estimula a institucionalização de um processo cíclico e sistemático baseado em resultados, em que será possível identificar tendências que nortearão novas estratificações, além de permitir uma comparação não somente com as demais equipes, mas também assente em uma visualização de sua evolução com suporte na comparação consigo mesma (BRASIL, 2011b).

Ao final do primeiro ciclo do PMAQ, foram avaliadas 17.304 mil equipes de atenção básica, o que representa 52,3% das equipes de todo o País, cujos resultados mostraram que 16,5% das equipes avaliadas foram classificadas como equipes muito acima da média, 37,2% como equipes acima da média, 44,1% como equipes medianas ou abaixo da média e 2,2% foram desclassificadas por não cumprirem os requisitos mínimos do programa, revelando um panorama geral de como se encontram os serviços de atenção básica no Brasil (MELO; PROENÇA, 2012).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, que inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas destinadas à construção da realidade e a potencialização da criatividade do pesquisador (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2011). Neste sentido, segue a descrição do caminho percorrido nesta pesquisa.

4.1 Natureza da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, com foco nas percepções de gestores, coordenadores da atenção básica e profissionais da ESF sobre o PMAQ.

As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a elaborar hipóteses (GIL, 2010). Para Leopardi (2001), este tipo de pesquisa permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, levando-o a uma aproximação com o fenômeno estudado e possibilitando explorar e aprofundar seu conhecimento sobre uma realidade específica.

As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, com vistas a sua interpretação (COSTA; COSTA, 2011). Para Gil (2010), estão incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população.

A abordagem qualitativa se ocupa com um nível da realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2011). Para esses autores, esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e com base na realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Como ensina Richardson (2009), a pesquisa qualitativa preocupa-se em revelar as convicções subjetivas dos sujeitos, para o qual tem primazia explicativa sobre o conhecimento teórico. Tenta-se com este tipo de investigação compreender um fenômeno na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, emoções, sentimentos e desejos (LEOPARDI, 2001).

4.2 Período da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de março de 2013 a abril de 2014. A coleta de dados efetivou-se nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2013, após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa.

4.3 Local da pesquisa

A regionalização é a diretriz do SUS que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006a).

O Ceará assumiu a regionalização da saúde em sua organização, conformando-se em quatro macrorregiões de saúde e 22 microrregionais de saúde, onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde (CEARÁ, 2013). Estas últimas foram denominadas no Decreto n.º 7.508/11 de regiões de saúde e são definidas como

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, que se delimita a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011d, p. 1).

A pesquisa foi realizada no âmbito dos municípios que compõem a 12ª região de saúde-Acaraú, constituída pelos municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos.

Localizada no litoral oeste do Ceará, a região de saúde de Acaraú apresenta uma população estimada em 219.650 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) e tem como município-pólo Acaraú, para onde confluem as referências dos outros municípios da região de saúde e onde estão sendo implantados os pontos das redes de atenção à saúde na região, em nível de atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar de média complexidade.

Figura 1 – Mapa da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral – 2014



Fonte: Ceará (2010).

No quadro a seguir, apresentaremos os municípios que conformam a região de saúde de Acaraú com as respectivas populações e principais estabelecimentos que compõem o sistema local de saúde.

Quadro 1 – Distribuição da população e estabelecimentos de saúde dos municípios da Região de Saúde de Acaraú

Município	População	EACS	ESF	EQSB ¹	NASF	CAPS	CEO ²	Policlínica	Hospital Geral
Acaraú	60.137	02	21	11	02	01	01	01	01
Bela Cruz	31.804	-	09	05	01	01	01	-	01
Cruz	23.344	-	08	05	01	01	01	-	01
Itarema	39.494	-	14	08	01	01	-	-	01
Jijoca	18.292	-	07	06	01	-	01	-	-
Marco	25.944	-	08	07	01	01	-	-	01
Morrinhos	21.561	03	06	02	-	-	-	-	01
Total	219.650	05	63	44	07	05	04	01	06

Fonte: Brasil (2014) e IBGE (2010).

¹ Equipe de Saúde Bucal (EQBS).

² Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Cabe ressaltar que todos os municípios da região de saúde de Acaraú adotam a ESF como modelo de organização da atenção primária. Portanto, as atividades realizadas seguem as determinações do Ministério da Saúde, sendo orientadas por ações de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, controle da hipertensão arterial sistêmica e do Diabetes Mellitus, atenção à tuberculose e hanseníase, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e demais ações norteadas pelas necessidades do território, por meio de consultas, visitas domiciliares, procedimentos, reuniões e atividades com a comunidade no território.

4.4 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os secretários municipais de saúde, os coordenadores municipais de atenção básica e os trabalhadores das equipes da ESF que aderiram ao PMAQ no primeiro ciclo avaliativo.

A escolha desses sujeitos foi intencionalmente determinada por nós e se justifica por serem, no âmbito municipal, os atores responsáveis pelo desenvolvimento das etapas necessárias à implantação do PMAQ por meio da adesão, autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional, solicitação e resposta à avaliação externa e reconstrutualização.

Considerando que cada município da pesquisa possui apenas um secretário de saúde, foram eleitos a participar da pesquisa os sete secretários de saúde. O mesmo se aplicou para o coordenador da atenção básica que, semelhante ao secretário de saúde, os municípios possuem apenas um coordenador da atenção básica. No grupo de trabalhadores, considerando o quantitativo de 39 equipes contratualizadas no primeiro ciclo do PMAQ (BRASIL, 2011c), a população era bastante numerosa, sendo necessária a adoção de alguns critérios para seleção da amostra. O primeiro critério adotado foi ser trabalhador responsável pela equipe. Considerando ainda a necessidade de obter uma representatividade de todos os municípios envolvidos na pesquisa, adotamos outro critério realizar a pesquisa com os trabalhadores de um terço das equipes contratualizadas no PMAQ em cada município. Após a adoção deste critério obtivemos um quantitativo de 14 trabalhadores da ESF. No âmbito de cada município o critério para seleção do trabalhador foi: permanência na mesma ESF ou na mesma UBS.

Assim, estimamos no início da busca um quantitativo de 28 sujeitos, sendo sete secretários de saúde, sete coordenadores municipais da atenção básica e 14 trabalhadores da ESF. Após o contato com os sujeitos e convite para participar da pesquisa, tivemos a recusa de um secretário de saúde. A ausência de um dos secretários de saúde, que estava viajando durante o período de coleta de dados, inviabilizou a sua participação na pesquisa, reduzindo para cinco o

quantitativo de secretários de saúde na amostra. Nos demais grupos, não houve recusa dos sujeitos em participar da pesquisa. Partindo do exposto, a pesquisa foi realizada com cinco secretários de saúde, sete coordenadores de atenção básica e 14 trabalhadores da ESF, totalizando 26 sujeitos. No quadro a seguir trazemos a distribuição desses sujeitos, por município.

Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por município

Município	Secretário de Saúde	Coordenador da atenção básica	Trabalhador da ESF	Total
Acaraú	01	01	04	06
Bela Cruz	-	01	02	03
Cruz	01	01	02	04
Itarema	01	01	02	04
Jijoca	01	01	01	03
Marco	01	01	02	04
Morrinhos	-	01	01	02
Subtotal	05	07	14	26

Fonte: Elaboração própria usando os indicadores da investigação.

Esses sujeitos foram caracterizados de acordo com o sexo, a idade, formação e tempo de atuação na Atenção Básica, conforme o Quadro 3, onde observamos que a idade dos sujeitos variou de 26 a 54 anos e que a maioria, 20 dos 26 sujeitos, era do sexo feminino. Relativamente à formação dos sujeitos, a maioria, 23 dos 26 sujeitos, eram enfermeiros, dois eram pedagogos e um era terapeuta ocupacional. Quanto ao tempo de atuação na atenção básica, este variou de dois a 27 anos.

Quadro 3 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

(continua)

Identificação	Idade	Sexo	Formação	Tempo na AB
S1	29 anos	M	Enfermeiro	07 anos
S2	46 anos	M	Enfermeiro	08 anos
S3	52 anos	F	Pedagoga	10 anos
S4	50 anos	F	Pedagoga	17 anos
S5	33 anos	M	Enfermeiro	08 anos
C1	35 anos	M	Enfermeiro	13 anos
C2	38 anos	F	Enfermeira	15 anos
C3	28 anos	F	Enfermeira	03 anos

Quadro 3 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

(conclusão)

Identificação	Idade	Sexo	Formação	Tempo na AB
C4	32 anos	F	Enfermeira	08 anos
C5	31 anos	F	Enfermeira	03 anos
C6	31 anos	F	Terapeuta Ocupacional	05 anos
C7	33 anos	M	Enfermeira	05 anos
T1	33 anos	M	Enfermeiro	10 anos
T2	36 anos	M	Enfermeiro	07 anos
T3	30 anos	F	Enfermeira	03 anos
T4	54 anos	F	Enfermeira	09 anos
T5	31 anos	F	Enfermeira	03 anos
T6	33 anos	F	Enfermeira	07 anos
T7	34 anos	M	Enfermeiro	11 anos
T8	29 anos	F	Enfermeira	02 anos
T9	34 anos	F	Enfermeira	08 anos
T10	32 anos	F	Enfermeira	05 anos
T11	32 anos	F	Enfermeira	05 anos
T12	35 anos	F	Enfermeira	07 anos
T13	26 anos	F	Enfermeira	02 anos
T14	52 anos	F	Enfermeira	27 anos

Fonte: Elaboração própria usando os indicadores da investigação.

Os sujeitos foram caracterizados de acordo com as iniciais do grupo que representam e em seguida enumerados. Por exemplo, o secretário de saúde um foi representado como S1, o secretário de saúde dois foi representado como S2 e assim sucessivamente. A mesma operação foi realizada para os coordenadores da atenção básica, que foram caracterizados pela letra C e para os trabalhadores, pela letra T, conforme observamos no quadro acima.

Esclarecemos que, na realidade da pesquisa, o secretário de saúde conta com a colaboração do coordenador da atenção básica para dividir responsabilidades, delegando algumas atribuições inerentes ao PMAQ. Neste sentido, para fins desta pesquisa, o coordenador da atenção básica também é chamado gestor da atenção básica.

4.5 Instrumento de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro contemplando questões relacionadas à caracterização dos sujeitos,

como: idade, sexo, formação e tempo na atenção básica e questões que abordam a percepção dos atores locais sobre o PMAQ, o processo de implementação do PMAQ nos municípios, as dificuldades vivenciadas durante a implementação do PMAQ, as potencialidades do PMAQ e suas contribuições para a atenção básica (APÊNDICE A).

A entrevista foi aplicada por nós junto aos sujeitos da pesquisa, individualmente, previamente agendada de acordo com a disponibilidade deles. Foi solicitada autorização para gravação de áudio. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 34 minutos. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra. Durante esta etapa contamos com a colaboração de uma acadêmica de Enfermagem, que realizou a transcrição das entrevistas. Posteriormente, procedemos a uma escuta das entrevistas para revisão da transcrição realizada.

A entrevista é uma técnica de coleta de dados que se dá no encontro entre pessoas, por meio da interação verbal, da conversa, do diálogo e da troca, como recurso para produzir um conhecimento sobre algo (VERGARA, 2009). Para essa autora, a entrevista é útil quando se busca captar os significados, os sentimentos, a realidade experimentada pelo sujeito, as reações, enfim, a subjetividade inerente a todo ser humano.

A entrevista tem a vantagem essencial de permitir um diálogo mais aprofundado e rico, em que os atores sociais podem expressar opiniões, desejos e expectativas e de apresentar os fatos em sua complexidade, captando não apenas as respostas aos questionamentos, mas também os sentimentos dos sujeitos pesquisados (LEOPARDI, 2001).

A entrevista semiestruturada baseia-se no uso de um guia com perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante a entrevista, no entanto, permite inclusões, exclusões, mudanças nas perguntas, explicações ao entrevistado, o que lhe dá um caráter de flexibilidade, permitindo ao entrevistador encontrar e seguir pistas e novos temas, que surgem no momento da entrevista (TOBAR; YALOUR, 2001).

4.6 Análise dos dados

Para compreender os sentidos presentes ou subjacentes nos discursos dos sujeitos, adotamos a análise de conteúdo, conforme proposta por Minayo (2010), com ênfase em eixos temáticos, por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre as pessoas.

Para a autora, a ideia de tema está ligada a uma afirmação sobre determinado assunto e abrange uma gama de relações que podem ser graficamente apresentadas por meio de

uma palavra, de uma frase, de um resumo. Consoante Minayo (2010, p. 316), fazer uma análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

Nesta perspectiva, sistematizamos a análise dos dados seguindo alguns passos operacionais propostos por Minayo (2010) e descritos a seguir:

- a) **Ordenação dos dados** – o primeiro contato com os dados brutos da pesquisa se iniciou pela transcrição literal e leitura geral das entrevistas. Posteriormente procedemos à organização dos dados contemplados nas entrevistas em diferentes conjuntos de acordo com o grupo de sujeitos a qual pertencia, a saber: secretário municipal de saúde, coordenador municipal da atenção básica e trabalhador de saúde;
- b) **Classificação dos dados** – inicialmente procedemos à leitura flutuante e exaustiva de cada entrevista. Esse processo permitiu uma aproximação com os significados das falas dos sujeitos, emergindo os núcleos de sentido.

Posteriormente, baseado numa adaptação do modelo proposto por Assis *et al.* (1998), os discursos foram recortados e dispostos em quadros construídos com o objetivo de sistematizar a síntese dos discursos. Para cada grupo de entrevistados foi elaborado um quadro como apresentamos nos modelos abaixo:

Quadro 4 – Discursos dos secretários municipais de saúde

Núcleos de Sentidos	Entrevista 1	Entrevista 2 (...)	Entrevista 5	Síntese Horizontal
Núcleo de sentido 1				
Núcleo de sentido 2 (...)				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Quadro 5 – Discursos dos coordenadores municipais de saúde

Núcleos de Sentidos	Entrevista 1	Entrevista 2 (...)	Entrevista 7	Síntese Horizontal
Núcleo de sentido 1				
Núcleo de sentido 2 (...)				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Quadro 6 – Discursos dos trabalhadores de saúde

Núcleos de Sentidos	Entrevista 1	Entrevista 2 (...)	Entrevista 14	Síntese Horizontal
Núcleo de sentido 1				
Núcleo de sentido 2 (...)				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Após essa operação, realizamos a leitura dos conteúdos possibilitando a construção das sínteses verticais e horizontais dos discursos em cada núcleo de sentido. Em seguida, agrupamos as sínteses horizontais de cada grupo de sujeito em um quadro e realizamos novamente a leitura dos conteúdos, a partir da qual elaboramos a síntese geral dos discursos dos sujeitos, conforme o quadro a seguir:

Quadro 7 – Discursos dos gestores e trabalhadores da atenção básica por núcleo de sentido

Núcleos de Sentidos	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Síntese Horizontal
Núcleo de sentido 1				
Núcleo de sentido 2 (...)				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

A elaboração desta síntese possibilitou confrontarmos os núcleos de sentido entre os grupos de sujeitos da pesquisa e a construção das categorias empíricas, com base nas convergências, divergências, diferenças e complementaridades, caracterizando o sentido das representações dos discursos sobre o objeto de estudo com direcionamento para sistematizar a análise.

Os núcleos de sentido com as respectivas evidências extraídas das falas dos sujeitos estão no Apêndice B.

- c) **Análise final dos dados** – nesta etapa, foi realizada a análise dos dados, tendo como referência as categorias empíricas que emergiram dos discursos. Neste sentido, com apoio no material das entrevistas, buscamos compreendê-las, articulando-as com o referencial teórico e nossa experiência sobre o objeto de estudo.

4.7 Aspectos legais e éticos da pesquisa

O campo da pesquisa, como qualquer outro em que haja a participação de seres humanos, constitui ambiente de comunicação em que as diferenças devem somar em vez de se fazerem distantes (LEOPARDI, 2001). Para essa autora, contudo, é necessário que os pesquisadores assumam atitudes éticas, permitindo, assim, que a busca pelo conhecimento seja um percurso para a criação.

Como forma de manifestar uma posição ética durante esta pesquisa, foi solicitado aos secretários municipais de saúde a autorização para realizá-la na instituição por meio da carta de anuência (APENDICE C).

A pesquisa foi conduzida dentro dos preceitos legais e éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos, da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e equidade, segundo o estabelecido na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). Segundo esse dispositivo, o respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com o consentimento livre e esclarecido dos participantes, manifestando sua anuência à participação na pesquisa.

Nesta perspectiva, foi adotado um consentimento livre e esclarecido, em que a pesquisadora abordamos os sujeitos, prestando informações sobre a pesquisa e solicitando a sua participação. Foi assegurado ao sujeito a sua vontade em contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, sendo informado de que a recusa em participar não traria qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde ou com os pesquisadores e que tendo aceitado participar da pesquisa, se por algum motivo, durante o andamento desta, resolvesse desistir, poderia retirar o seu consentimento. Ademais, os sujeitos foram informados de que a entrevista não era identificável e que os resultados não seriam divulgados, de forma a guardar absoluto sigilo e privacidade. A entrevista foi realizada em ambiente previamente combinado com o sujeito, a fim de minimizar os riscos de constrangimento ao respondê-la.

Em caso de aceitação em participar da pesquisa, foi adotado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APENDICE D) com todos os sujeitos, como forma de expressar seus direitos, a justificativa, os objetivos e procedimentos da pesquisa. O TCLE foi elaborado em duas vias, assinadas pelo sujeito assim como por nós, sendo uma via entregue ao sujeito. O TCLE contém nosso contato telefônico e eletrônico como também do Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela autorização da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os resultados e/ou achados da pesquisa para fins que possam beneficiar a sociedade.

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e o início da coleta de dados foi condicionado à autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), que se deu em outubro de 2013, por meio do parecer de número 419.031 (ANEXO).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, discutimos os resultados da pesquisa. O caminho metodológico adotado permitiu uma aproximação com os significados das falas dos sujeitos, possibilitando desvelar os núcleos de sentidos. Emergiram das falas seis núcleos de sentido, a saber: percepção sobre o PMAQ, finalidades do PMAQ, facilidades durante a implementação do PMAQ, dificuldades durante a implementação do PMAQ, críticas ao PMAQ e contribuições do PMAQ.

Com base nesses núcleos de sentido, foram construídas três categorias empíricas:

- a) Do que trata o PMAQ? Percepção de gestores e trabalhadores da atenção básica;
- b) Da adesão a implementação do PMAQ: potencialidades, limites e desafios;
- c) Contribuições do PMAQ na perspectiva dos gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

No quadro a seguir, apresentamos as categorias empíricas da pesquisa com os respectivos núcleos de sentido:

Quadro 8 – Distribuição dos núcleos de sentido, por categorias empíricas da pesquisa

Categorias empíricas	Núcleos de sentido
Do que trata o PMAQ? Percepção de gestores e trabalhadores da atenção básica à saúde	Percepção sobre o PMAQ
	Finalidades do PMAQ
Da adesão à implementação do PMAQ: Potencialidades, limites e desafios	Facilidades durante a implementação do PMAQ
	Dificuldades durante a implementação do PMAQ
	Críticas ao PMAQ
Contribuições do PMAQ na perspectiva de gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família	Contribuições do PMAQ

Fonte: Elaboração própria usando os indicadores da investigação.

5.1 Do que trata o PMAQ? Percepção dos gestores e trabalhadores da atenção básica à saúde

Nesta parte do capítulo, discutimos a categoria “Do que trata o PMAQ? Percepção dos gestores e trabalhadores da atenção básica à saúde”, em que analisamos as diversas percepções desses sujeitos sobre o PMAQ. Com base na literatura, analisamos esta categoria empírica a seguir.

Os processos avaliativos são desenvolvidos em variados contextos, nos quais as propostas de ação devem incorporar, além dos preceitos técnicos e políticos necessários à operacionalização de procedimentos e atividades, a rede simbólica e afetiva onde se conformam significados, relevâncias e valores dos envolvidos na avaliação (FURTADO, 2001; FELICIANO, 2005). É comum que as ações dos envolvidos na implantação de políticas de saúde sejam pautadas por pressupostos e interesses, sendo capazes de modificar o desenho original dessas políticas (BODSTEIN, 2002).

Neste sentido, considerando o PMAQ um programa recente, é imprescindível conhecermos a visão dos atores envolvidos.

A partir do aprofundamento teórico sobre o PMAQ, percebemos nas suas diretrizes uma preocupação dos formuladores em valorizar os atores locais, onde a escuta ativa dessas pessoas deve se conformar como um instrumento de aperfeiçoamento do programa. Acreditamos que, após vivenciarem o primeiro ciclo de avaliação do PMAQ, esses atores tenham elementos consistentes para elaborar suas concepções sobre o programa, sendo um momento oportuno para explorá-las.

Partindo desta premissa, ao abordarmos os gestores municipais, os coordenadores e os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família dos municípios da região de saúde de Acaraú acerca da percepção sobre o PMAQ, encontramos evidências de que o programa é percebido como indutor de mudanças na atenção básica, representando uma resposta do Ministério da Saúde aos diversos problemas que persistem na atenção básica, como vemos nas falas a seguir:

[...] eu acho que o Ministério da Saúde tem a certeza ou a ideia de que realmente a atenção básica ela não acontece como deveria acontecer, daí eles se preocuparam em implantar o PMAQ (S3).

O PMAQ veio pra fazer as intervenções daquilo que estava com deficiência, procurar identificar os problemas críticos e junto ao profissional de saúde que está na ponta e ao gestor que cuida da parte de infraestrutura melhorar a situação (T7).

Assim, inferimos a ideia de que uma das finalidades do programa, a de induzir mudanças na atenção básica, foi capturada pelos sujeitos indo ao encontro do que é explicitado nos documentos institucionais, como pode ser observado nas seguintes falas:

[...] é uma estratégia para induzir mudanças tanto nas condições e nos modos de funcionamento das equipes de saúde da família e da unidade básica de saúde (C2).

O PMAQ foi idealizado justamente com o propósito de dar esse suporte de qualidade da assistência (S1).

É uma forma muito boa do Ministério de tentar melhorar o acesso ao serviço de saúde e a qualidade do serviço (T4).

Para os sujeitos, o PMAQ representa uma possibilidade real para produzir essas mudanças, dentre as quais se destaca nas falas a possibilidade de promover uma reorganização do processo de trabalho desenvolvido pela atenção básica:

[...] a ideia é salutar porque ela estimula a equipe de saúde a não ficar na mesmice e sim a trabalhar uma ação de forma qualitativa, de forma atendendo uma sistemática de trabalho de qualidade (S3).

O PMAQ veio até pra dar um *up*, pra gente tentar organizar o serviço (C3).

Eu acho que a maior potencialidade é de organização de serviços porque a gente trabalha mais organizada (T1).

Na compreensão de Machado (2013), o PMAQ pode contribuir para a reorganização do processo de trabalho das equipes e da gestão, incorporando conceitos importantes ao cotidiano da atenção básica, como: apoio institucional, autoavaliação, levantamento de necessidades e sua priorização, avaliação e monitoramento dos indicadores.

O PMAQ busca estimular a implantação de dispositivos provocadores de mudanças no processo de trabalho, incentivando, por exemplo, a implantação do acolhimento, a constituição de uma agenda de trabalho compartilhada por todos os membros da equipe, o desenvolvimento de ferramentas da gestão do cuidado, uma dinâmica cotidiana de planejamento e avaliação, entre outros dispositivos de qualificação do processo de trabalho (PINTO, 2012).

A indução de tais mudanças não garante, por si, sua concretização. Neste sentido, como nos alerta Pinto (2012), o PMAQ pode ser apreendido por uma lógica burocrática, formal e subordinada aos poderes já instituídos na atenção básica, sendo necessária a mobilização dos atores envolvidos, especialmente os trabalhadores.

Concretamente, as ações necessárias à reorganização do processo de trabalho das equipes foram vistas como algo que exigiu esforço, imprimindo ao PMAQ uma concepção de algo laborioso, trabalhoso, mas necessário para a organização do serviço.

É muito trabalho. Não era pra ser tão trabalhoso, porque na verdade já era pra gente tá trabalhando daquela forma, organizada. Só que na verdade a gente não tava (C4).

Foi muito trabalho, muito trabalho mesmo, na questão de organização do serviço, da unidade (T9).

O PMAQ busca mobilizar os profissionais por meio de indução financeira do programa, garantia de melhores condições de trabalho e de padrões considerados como de valorização do trabalhador (BRASIL, 2011b; PINTO, 2012).

O PMAQ também é percebido como um programa que pode contribuir para melhorias na infraestrutura das unidades básicas de saúde- UBS e nas condições de trabalho dos profissionais, de acordo com a fala dos sujeitos:

[...] o PMAQ é também tentar melhorar a estrutura porque a gente sabe a realidade dos postos de saúde (T11).

[...] ele visa a satisfação do profissional, ele visa o plano de cargos e carreiras, ele visa adequação do ambiente, se o ambiente é bom, se é confortável, se tem carro disponível, se é informatizado, ele visa isso. É muito bom pro profissional (T3).

Por meio de seus padrões e indicadores, o PMAQ aponta para uma adequada ambiência das UBS, para a garantia de infraestrutura, instalações, equipamentos e insumos necessários ao processo de trabalho das equipes, assim como padrões relacionados à qualidade do vínculo e das relações de trabalho (BRASIL, 2012c).

O PMAQ configura-se também, na opinião dos sujeitos deste estudo, como indutor de mudanças no foco das ações da equipe da atenção básica, valorizando as características e necessidades do território, com ênfase para a prevenção de doenças e a promoção da saúde, conforme podemos observar nas falas:

[...] o PMAQ instiga mesmo nas equipes é trabalhar a promoção da saúde e a prevenção, é tanto que eles perguntam lá se você tem grupo disso, se trabalha a prevenção disso e daquilo, então assim as equipes de saúde da família geralmente o foco é muito curativo apesar de não ser essa a ótica do serviço e a gente esquece de trabalhar promoção e prevenção. O PMAQ veio para instigar isso aí, acho que é a maior potencialidade do projeto que é pegar o profissional e dizer trabalhe promoção, trabalhe prevenção (T2).

[...] o PMAQ é o direcionamento para o atendimento porque você acaba esquecendo muita coisa, você não foca, então ele acaba direcionando um pouco o atendimento, quais são as prioridades ou não, buscar melhorias para sua área, explorar o potencial da área porque cada equipe é diferente, eu posso trabalhar em uma área que tem certa demanda e a outra já tem outro público, outro perfil, então eu acho que dá pra direcionar o atendimento (T11).

O foco central da ESF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial, em concordância com os princípios do SUS, transmitindo uma nova forma de agir nos processos de trabalho dos profissionais e no dia a dia das UBS (BRASIL, 2011a). Nessa direção, propõe um deslocamento do eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas, considerando o contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde (SARTI *et al.*, 2012).

Tendo como referência os princípios da atenção básica, o PMAQ procura estimular a mudança do modelo de atenção com o entendimento de que as condições do contexto e a atuação dos diversos atores podem produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e de gerenciar o cuidado (BRASIL, 2011b). Neste sentido, não poderíamos deixar de ressaltar a pertinência e relevância do PMAQ para o fortalecimento desse nível de atenção, como bem ressalta esse coordenador da atenção básica:

Eu acho que o PMAQ tem muito a acrescentar. É uma política extremamente importante e que tem que ser valorizada porque só tem a fortalecer a atenção primária (C4).

A possibilidade de o PMAQ trazer diversas melhorias para a atenção básica e para os atores nela envolvidos nos parece ser um fator que contribui para a sua aceitabilidade, motivando gestores e trabalhadores à adesão e implantação do programa nos municípios. Essa visão pode ser confirmada nas seguintes falas:

Eu quero que o Ministério permaneça com o programa porque também é uma forma da gente estar sempre se organizando, se estruturando, procurando melhorar cada vez mais a atenção básica, a saúde do usuário, acho que é uma maneira de ajudar o município (S3).

Esse processo ele tem grande valia pra melhorar o serviço da atenção básica (T4).

Outra opinião que PMAQ imprimiu nos sujeitos que participaram desse processo se relaciona com a sua dimensão avaliativa. Para eles, o PMAQ é um julgamento de valor sobre a atenção básica, em que o município é certificado de acordo com o desempenho alcançado por suas equipes e pela gestão da atenção básica. Nas falas a seguir, visualizamos essa ideia:

[...] no final o município ia ser certificado de um conceito que podia ser de regular a ótimo (C1).

O município vai ser avaliado, dependendo do seu resultado ele vai ser certificado (C2).

É inerente a uma avaliação fazer julgamento sobre o programa ou serviço avaliado (CHAMPAGNE *et al.*, 2011), no entanto é fundamental que os critérios adotados para subsidiá-lo sejam conhecidos por todos os atores envolvidos. Pelo exposto, inferimos que os atores locais conheciam os critérios adotados pelo PMAQ, como observamos nesta fala:

[...] a gente sabia de uma forma geral como é que esse processo ia se dar e o que ia ser avaliado (C3).

Outro conceito atribuído ao PMAQ pelos sujeitos se refere a sua capacidade de coletar informações, possibilitando conhecer e ter um diagnóstico sobre a atenção básica, como observamos nas seguintes falas:

[...] então era uma forma da gente conhecer realmente como era que estava o nosso processo de trabalho (C3).

Eu vejo como uma potencialidade realmente a questão da autoavaliação e da avaliação externa para ver como aquele município está (T13).

Ele vem avaliar como é que o município está e mostrar a partir daqueles dados o que é que precisa melhorar, o que está faltando (T11).

Este conhecimento é possível por meio dos processos decorrentes do PMAQ, que à visualização dos pontos fortes e frágeis da atenção básica. Após a identificação, algumas destas fragilidades puderam ser alvo de intervenções, convergindo com uma abordagem formativa da avaliação, como nos traz Furtado (2006). Para esse autor, a avaliação formativa permite uma intervenção sobre o serviço ou programa avaliado durante a implementação, contribuindo para o seu aperfeiçoamento. A seguir trazemos falas que expressam essa ideia:

[...] a partir do momento que detectávamos que havia necessidade da aquisição de equipamentos, nós estávamos também a procura de fazer a aquisição de equipamentos, a partir do momento que ele tinha dificuldade de se locomover, nós estávamos procurando dar transporte, a partir do momento que eles sentiam a necessidade de conectividade, nós estávamos disponibilizando internet (S2).

Ao utilizar os dados produzidos durante a avaliação e transformá-los em ação concreta para a solução das lacunas identificadas, compreendemos que o PMAQ é elevado a um nível desejável às avaliações, que é se conformar em um instrumento da gestão.

Com efeito, considerando o que nos ensinam Vasconcelos, Bosi e Pontes (2008), a respeito de que o objetivo principal de uma avaliação em serviços ou programas de saúde consiste em subsidiar o processo de decisão, inferimos que o PMAQ já conseguiu atingir seus objetivos.

Ainda na perspectiva do PMAQ como dimensão avaliativa da atenção básica, ao estabelecer uma gama de padrões de qualidade, utilizados em parte no momento da autoavaliação e no todo, na avaliação externa (BRASIL, 2011b), o PMAQ sinaliza para uma situação desejada, ou seja, ele institui o que se espera de uma equipe de atenção básica. Por

consequente, o PMAQ passa a ser uma referência, na qual gestores e trabalhadores se baseiam para reorganizar o seu processo de trabalho e padronizar as UBS.

Neste sentido, os sujeitos deste estudo atribuem ao PMAQ uma capacidade de normatizar as ações e as condições necessárias ao trabalho, convergindo com uma avaliação normativa, de acordo com Figueiró, Navarro e Frias (2010). Consoante o pensamento desses autores, a avaliação normativa se baseia em comparar os recursos, as ações e resultados obtidos com normas previamente estabelecidas. As falas a seguir nos revelam esse ponto de vista:

O PMAQ ele te dita, digamos regras que você pode estruturar fazer o esqueleto da tua unidade, proporcionando que cada coisa aconteça como deveria acontecer (S1).

O PMAQ veio para servir de norteador, para mostrar o caminho correto. Para que a gente possa atingir uma melhor atenção ao usuário a gente tem que percorrer uma determinada trilha e o PMAQ ele veio pra nos mostrar esse caminho, pra abrir os nossos olhos (T7).

Apesar de o PMAQ ter sido formulado pelo Ministério da Saúde, com a participação de representantes dos estados e municípios (BRASIL, 2011b), os atores locais não se sentiram partícipes desse processo, confluindo para o que nos trazem Moraes e Iguti (2013), onde os parâmetros do programa foram determinados pelos documentos oficiais sem qualquer possibilidade de participação desses atores na sua formulação.

Assim, introduzimos outra concepção atribuída ao PMAQ, de programa verticalizado. Para os sujeitos, o PMAQ foi instituído pelo Governo Federal de forma vertical para os municípios. A seguir, trazemos as falas que convergem para essa compreensão:

A avaliação é uma coisa vertical que vem do Ministério da Saúde e que tem que ser daquele jeito e que os municípios tem que se adequar, eu acho que deveria melhorar isso. Melhorar esse modelo de avaliação (P14).

A percepção inicial foi de um programa que tava trazendo benfeitorias, melhorias, mas que não tinha sido discutido com os executores, com a quem ia tá realizando, colocando o programa pra funcionar (C5).

Vasconcelos, Bosi e Pontes (2008) nos alertam para as consequências que este tipo de avaliação pode trazer. Para esses autores, embora a avaliação seja aplicada junto ao público-alvo, não apresenta as respostas necessárias para melhorar o programa de saúde.

Os sujeitos, no entanto, reconhecem a dificuldade de elaborar uma avaliação de porte nacional, considerando a grande variedade de contextos do País e se baseiam nessa dificuldade para justificar as razões pelas quais a avaliação foi instituída de forma vertical. A seguir, trazemos uma fala que expressa esse entendimento:

Os programas quando eles são escritos ou elaborados pelo Ministério da Saúde, é lógico que eles tentam captar a maior diversidade de coisas possíveis para colocar dentro do programa, mesmo porque o Brasil é um país de regiões muito diferentes, o que acontece no sul não acontece aqui. Os programas, eu creio que se não existem coisas meio verticalizadas elas não acontecem, e acho que se viesse meio solto para o município elaborar da sua maneira ou conforme as suas necessidades iam ficar uma coisa que não funcionaria. Esse tipo de coisa é o tipo de situação que tem que vir verticalizada; mandou de lá, executa aqui. [...] de forma geral eu acho que não teria que mudar nada, acho que tem que ser dessa forma mesmo, verticalizado (S1).

Contraditoriamente, os sujeitos também o concebem como um programa que tenta inovar, estimulando uma avaliação participativa, aproximando-se de uma avaliação de quarta geração, como expressa Hartz (2009). De acordo com essa autora, a avaliação de quarta geração se caracteriza por ser inclusiva e participativa, propondo negociação entre os atores envolvidos na intervenção. Na fala deste coordenador da atenção básica, podemos depreender esse entendimento sobre o PMAQ:

Ele veio com essa nova proposta de negociação e contratualização (C2).

Promover a participação de todos os atores no processo, no entanto, é concebido como um desafio para os que estão à frente na condução do processo avaliativo, imperando muitas vezes a manutenção de práticas verticalizadas já instituídas. A seguir, trazemos falas que convergem para essa compreensão:

Em relação ao PMAQ em si eu acredito que foi muito mais a forma como se deu já do Ministério da Saúde para os municípios, a reprodução desse modelo, que é a forma vertical. Por mais que seja por adesão, por mais que seja voluntária, que seja discutido, na prática a gente vem trazendo as práticas anteriores a esse modelo, anteriores a proposta, que ah! é adesão, vamos discutir, vamos planejar, isso funciona muito pouco (C5).

Foi verticalizado. A proposta, é aquela questão, a proposta é boa, documentação a gente tá aqui e tem a adesão vamos conversar, vamos ver se funciona, mas na hora realmente, na prática é diferente. A gente só reproduz o que vem sendo realizado há muito tempo (C6).

O PMAQ também foi apreendido pelos sujeitos como fiscalização, aproximando-se da percepção de programa verticalizado, fortemente relacionado com avaliação punitiva, causando receio nesses sujeitos. Na sequência, as falas dos que expressam essa concepção:

De primeiro momento quando a coordenação do município que eu trabalhava falou do PMAQ, de certa forma, eu como profissional, eu senti um pouco de receio e de medo porque quando fala em avaliar a melhoria da atenção, aí acabou que eu fiquei meio receosa. [...] quando falaram: chegou o PMAQ no município, eu confesso que eu fiquei morrendo de medo, me tremendo. Porque o povo já fala: fiscalização (T8).

[...] como era uma novidade para o município e para muitos gestores, eles entenderam que a fiscalização, a cobrança, a exigência do programa de qualidade da assistência era assim, poxa eu não estou com uma estrutura adequada, alguém vem fiscalizar aí eu vou ter medo de depois ter problema com a devolução de recurso (S2).

[...] tava todo mundo com muito medo. Tudo que se fala vai ser avaliado e por alguém de fora causa certo receio (C2).

Como podemos ver, os sujeitos relacionam essa concepção com a fase da avaliação externa. Por outro lado, após vivenciarem o primeiro ciclo do PMAQ, alguns sujeitos evidenciam mudanças na impressão inicial que tiveram sobre o programa, o que entendemos como desconstrução da ideia de PMAQ como fiscalização, dando espaço para a reflexão sobre o processo avaliativo e sua aceitação como um instrumento que veio para contribuir para melhoria das ações desenvolvidas na atenção básica. A seguir, ilustramos essa inferência com as falas:

No primeiro momento foi medo, mas depois de conhecer realmente o que seria o PMAQ, qual era a estratégia do PMAQ, a intenção do PMAQ, aí não. Aí nos aliviou mais um pouquinho sim (T3).

Agora que eu já tive a experiência de uma primeira avaliação eu estou bem tranquila, até mesmo porque é um programa que não veio pra lhe corrigir, pra lhe criticar negativamente, mas pra sugerir e pra trazer melhoras (T5).

Bom, na verdade, assim que a gente soube que iria participar desse processo, a gente imaginou que fosse muito ligado à fiscalização, ficou aquela tensão, que vão avaliar o trabalho, o que a gente tá fazendo, mas pela fiscalização mesmo. Depois que a gente foi percebendo, que eu fui percebendo que não tinha nada disso, que era mais pra realmente pra ver como era que tava fazendo, como era o modo de trabalho, de prestação de serviço mesmo, pra melhorar (T10).

Outro conceito atribuído ao PMAQ se relaciona com avaliação como instrumento de responsabilização dos atores envolvidos na atenção básica. Começamos a desenvolver esse pensamento trazendo o objeto da avaliação que, para os sujeitos, se refere às ações e os papéis desempenhados pelos que atuam na atenção básica, como observamos nas falas a seguir:

É a questão da gente trabalhar a avaliação e o monitoramento em todos os níveis tanto no nível gestor como no nível de atenção básica, de equipe (C1).

A avaliação não é só dos profissionais que estão lá na ponta, mas de todo mundo que está envolvido (C2).

Nessa linha de pensamento, para os sujeitos, ao avaliar as ações desenvolvidas na atenção básica, o PMAQ avalia também a atuação dos atores, principalmente gestores e trabalhadores de saúde, imprimindo-lhes uma responsabilização, como é evidenciado nessas falas:

Seria também uma forma da equipe, uma ferramenta da equipe tá cobrando da gestão melhoria pra equipe poder dar qualidade no seu serviço (C1).

A contribuição que o PMAQ trouxe com essa autoavaliação, com a avaliação externa, com tudo isso, foi que dessa forma tem algo ali de documento pra tá cobrando (C6).

Eu percebo que não somente a gente se sente avaliado, se sente cobrado, mas a própria gestão se sente muito bem cobrada também, se sente muito em vigília, sente muito que os olhos estão em cima deles (T7).

Foi uma responsabilidade muito grande porque quando você assina um documento e você afirma alguma coisa nesse documento, você tem que mostrar resultados (T8).

Para os sujeitos, ao incluir os diversos atores na avaliação, o PMAQ transmite-lhes uma mensagem de que as responsabilidades devem ser compartilhadas entre eles. Trazemos a seguir uma fala com o teor desta afirmação:

A avaliação não é feita só da equipe, mas ela também é feita de um conjunto de atores que estão envolvidos nesse processo do PMAQ com responsabilidades compartilhadas (C2).

Compreendemos que esta diretriz do programa foi intensamente fortemente apreendida pelos sujeitos que participaram do primeiro ciclo do PMAQ, convergindo com a análise feita por Moraes e Iguti (2013), em que é possível perceber a exigência de um compromisso ético-político dos atores envolvidos por meio de padrões de qualidade que possam induzir esse compromisso, uma vez que serão cobrados.

Em relação aos padrões exigidos no PMAQ, os sujeitos concordam quanto à responsabilidade da atenção básica em atendê-los, no entanto, apesar de terem esse entendimento, reconhecem que não vinham sendo desenvolvidos de forma adequada na prática cotidiana. A seguir, falas ilustrativas dessa ideia:

O que o PMAQ exige é tão somente as ações que tem que ser desenvolvidas no dia a dia na nossa atenção básica e que infelizmente não é desenvolvida (S3).

O PMAQ não veio para buscar nada de novo não, só veio pra fazer com que seja cumprido, tudo que o PMAQ cobra já deveria estar sendo feito pela atenção básica (C2).

Esse programa na verdade ele não é uma novidade, ele não veio pra exigir e nem pra implantar nenhum serviço novo. Na verdade ele veio mesmo pra institucionalizar tudo que a gente já fazia (C1).

Como mencionamos anteriormente, o PMAQ emprega estratégias que levam os gestores e trabalhadores a refletirem o seu processo de trabalho, levando os atores a

reconhecerem as fragilidades e lacunas na atenção básica, assim como sinaliza para intervenções a fim de superá-las.

Outro conceito atribuído pelos sujeitos se refere ao PMAQ como programa de financiamento da atenção básica. Esta concepção é muito intensa nos discursos, especialmente na fala dos gestores, entenda-se, os secretários municipais de saúde, que se referem ao PMAQ como um programa criado com a finalidade de financiar a atenção básica. A seguir, trazemos as falas que nos mostram esse entendimento:

O programa de qualidade da atenção básica foi institucionalizado, idealizado pelo Ministério da Saúde para dar um suporte a atenção básica, já que talvez não havia uma forma de compensar esses municípios em termos financeiros dos recursos (S2).

Todos nós sabemos que não existe um recurso, o recurso não é suficiente para se ter uma qualidade, uma saúde de qualidade no município, não tem recurso pra isso. Agora o Ministério ele pôde visualizar isso aí e eu acho que é uma forma que o Ministério da Saúde tá usando pra ajudar o município (S3).

[...] não resta dúvida de que o PMAQ é uma outra forma de custeio, de financiamento da atenção básica né? (S5).

Entre os coordenadores e trabalhadores da atenção básica esse sentido também é atribuído ao PMAQ, como evidenciam essas falas:

A questão de incremento financeiro pra tá desenvolvendo as ações que já é pra gente estar desenvolvendo, que é obrigação do município (C5).

Tem coisa que a secretaria de saúde não consegue realizar porque falta dinheiro. Se você vai melhorar a vida do profissional, se você vai melhorar um consultório, se você vai melhorar compra de remédio, próprio carro da equipe, você depende de dinheiro e com as verbas adicionais do PMAQ, não deixa de ser um ponto positivo, senão um dos principais. Não era pra ser o principal, mas acaba se tornando um ponto muito forte (T1).

Ele é uma verba extra que pode ser usado na atenção básica (T6).

O que ele traz de bom é porque com tudo isso entra recurso (T13).

A possibilidade de ampliar os recursos financeiros da atenção básica pode ter sido um dos motivos que levaram profissionais e gestores a aderir e implantar o programa no município. Esse motivo também foi encontrado por Machado (2013), para a adesão da gestão municipal ao PMAQ. A seguir, trazemos falas que indicam essa inferência:

O gestor quando vê a possibilidade no fim do túnel de angariar algum recurso extra a sua gestão, ele vai fazer todo o possível para que isso aconteça. Qualquer coisa que venha a contribuir para você aumentar o seu orçamento você tem que pegar (S1).

Foi uma proposta boa do Ministério da Saúde em termos de dar um incremento no financiamento e a gente achou por bem aderir. [...] É uma forma de adesão meio que forçada, mesmo que seja uma adesão voluntária, mas que só vai trazer benefícios ao município, apesar de que, aí eu falo em todos os casos, não só do PMAQ, na verdade quando se adere é aquela euforia: Ah! vai vir dinheiro, vai vir dinheiro e não se analisa todo o processo, o que vai vir por trás (C5).

Com os recursos advindos do PMAQ os atores intencionam viabilizar as ações da atenção básica de forma adequada, principalmente no que se refere à infraestrutura das UBS. Esta intencionalidade é expressa nas falas a seguir:

Ele te dá recurso pra você melhorar a infraestrutura (C4).

Por esse dinheiro ser destinado a parte de reforma, compra de equipamento, aquisição de equipamentos e tudo, pra gente foi bom. Porque nós não tínhamos como dispor de recursos pra isso e nosso dinheiro só dava pra pagar praticamente a folha (S5).

[...] de você conseguir viabilizar para as equipes coisas que às vezes você não conseguiria proporcionar com recursos próprios do município, ou com o incentivo vindo do Ministério da Saúde, acho que essa é a grande chave do programa (S1).

Ante a importância e a necessidade desse recurso para viabilizar melhorias na atenção básica dos municípios, os sujeitos se preocupam com a continuidade do programa, como bem expressa esse gestor:

Meu medo maior desses programas é que eles são hoje e amanhã acabam, entendeu? O PMAQ pode chegar daqui a dois anos e o governo federal dizer: não a gente não quer mais, não vai existir mais esse programa. Que esse programa pode ser uma chuva de verão, o meu medo é esse (S5).

Isso nos leva a inferir que existe por parte dos gestores uma desconfiança com relação à continuidade do programa no cenário nacional. A seguir, os gestores reafirmam e complementam essa ideia:

[...] se ele vai ser permanente ou não ninguém sabe, porque é um programa, então ele pode mudar de configuração, ele pode mudar de estrutura, ele pode daqui a algum tempo incorporar à atenção básica como já anteriormente havia as especificidades regionais, elas não se encontram mais no cenário, elas incorporaram ao PAB fixo (S2).

Meu medo é que ele venha a parar, mas acredito que não, daqui a pouco ele vira, eu creio, quero pensar que ele vai virar um dos componentes do recurso de custeio como o Saúde da Família, o ACS, o Saúde Bucal, aqueles indicadores do PAB variável. (S5).

Ilustrando o potencial que o financiamento tem de interferir no desenvolvimento dos processos avaliativos, nos reportamos ao que ocorreu em relação à AMQ no Ceará, onde,

embora tivesse havido uma ampla adesão a essa política, somente após a indução financeira do governo estadual, ela foi implementada pelos municípios.

Ao final desta categoria, constatamos que gestores e trabalhadores da atenção básica compreenderam o PMAQ de variadas formas. Os discursos dos sujeitos convergiram, se complementaram, mas também, em alguns momentos, foram contraditórios, evidenciando cinco ideias centrais ou modos de perceber o PMAQ: como indutor de mudanças na atenção básica, como dimensão avaliativa da atenção básica, como programa verticalizado, como instrumento de responsabilização dos atores envolvidos e como programa de financiamento da atenção básica.

5.2 Da adesão à implementação do PMAQ: potencialidades, limites e desafios

5.3 Contribuições do PMAQ na perspectiva dos gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família

Nesta seção, discutimos a categoria: Contribuições do PMAQ na perspectiva dos gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, onde analisamos as mudanças que o PMAQ produziu na atenção básica dos municípios da pesquisa. Emergiu das falas dos sujeitos um núcleo de sentido que se refere às contribuições advindas com o PMAQ, a partir do qual foi elaborada essa categoria empírica, analisada desde agora:

Interrogados sobre as contribuições que o PMAQ trouxe para a atenção básica, gestores e trabalhadores relataram uma diversidade de contribuições advindas com esse programa. Ressaltamos, entretanto o fato de que, em virtude da diversidade de características e do nível de organização das equipes e da gestão da atenção básica, os estádios de implantação destas mudanças variaram entre as equipes e entre os municípios. Descrevemos, então, as contribuições abstraídas das falas dos sujeitos, o que não significa dizer que todas as equipes e municípios gozam deste estado de evolução.

Foi unanimidade entre os entrevistados o fato de que o PMAQ contribuiu para a reorganização do processo de trabalho das equipes e da gestão da atenção básica, como é possível comprovar nas falas:

Uma das contribuições foi despertar o município, o gestor, as equipes pra questão da organização dos serviços (S3).

Ele (o PMAQ) cumpriu o que prometeu porque muitas melhorias foram feitas, isso é visível, é notável e implementou também todo o processo de trabalho não só das equipes de saúde da família, como também do processo de trabalho da coordenação da atenção básica (C2).

Foi uma melhoria grande que trouxe pras equipes porque melhorou bastante o processo de trabalho (T5).

Detalhando estas mudanças, optamos por iniciar esta discussão abordando a autoavaliação, cujo processo, ao mesmo tempo em que se configurou uma mudança no cotidiano das equipes, também se conformou em um meio para a concretização de outras mudanças na atenção básica.

A autoavaliação foi mediada por um instrumento contendo um conjunto de padrões que aborda a gestão municipal, a gestão da atenção básica, a UBS e o perfil, a atenção à saúde e o processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2012c). A discussão e análise destas dimensões levaram os atores envolvidos a uma reflexão das práticas e das condições existentes na atenção básica, de modo a visualizar seus pontos frágeis. Cabe aqui ressaltar, como nos ensina Lopes (2013), que a reflexão sobre a prática é um considerável indutor da reorganização dos processos de trabalho das equipes da atenção básica. Esse processo de análise é relatado nas falas a seguir:

A própria equipe fez uma reflexão do seu processo de trabalho porque muita coisa na autoavaliação é algo que a equipe refletindo tem condição de melhorar com planejamento adequado dá pra melhorar e isso foi feito. Nesta autoavaliação, além dele fazer a equipe refletir ele dá algumas sugestões de como isso deveria ser trabalhado (T5).

Veio também trazer esses momentos de reflexão dentro da equipe, que vai gerar uma organização do serviço e do processo de trabalho da equipe, [...] permitir que aquele município conheça as suas fragilidades e o que ele tem de bom pra ele possa se adequar e melhorar (T13).

Os momentos da autoavaliação promoveram o encontro dos membros da equipe que, além de responderem ao instrumento da autoavaliação, realizaram também um planejamento coletivo das intervenções sobre os padrões considerados problemáticos:

[...] a gente se reuniu em equipe, os agentes de saúde, auxiliar de enfermagem, médico, enfermeiro, dentista da equipe, o auxiliar de saúde bucal, [...] a gente fez tipo um diagnóstico da área como que tava, quais os programas que a gente trabalhava, quais os grupos e tinha muita coisa que pedia tanto de estrutura da unidade, como de processo de trabalho que a gente não fazia. Com base nessa autoavaliação agente fez tipo um plano de intervenção semelhante ao que se trabalhava na AMQ (T2).

A equipe da secretaria de saúde foi na unidade e fez uma reunião com a equipe toda, então a gente expôs os indicadores e pra cada indicador nós fomos fazendo a matriz de intervenção: colocava o problema e a maneira que nós acharíamos que iria

melhorar aquele indicador (T9).

À vista do exposto, reafirmamos o potencial que a autoavaliação tem de interrogar o instituído, colocar em análise o processo, as relações e as condições de trabalho dos atores envolvidos, ampliando a sua participação e chamando-os a fazer parte das decisões, de modo a aumentar as possibilidades de mudanças na atenção básica (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para subsidiar o planejamento e o monitoramento das intervenções, algumas equipes sentiram a necessidade de realizar um diagnóstico situacional com reconhecimento da população do território de atuação das equipes:

Então o primeiro processo foi conhecer a população: quais eram as gestantes, quais eram os nomes delas, onde elas estavam distribuídas; foi conhecer esses grupos por nome, por faixa etária, pra a partir daí implantar o processo de trabalho porque apesar do processo ser colocado em todas as equipes, cada área tem a sua realidade (C4).

Na percepção de Serapione (2002), a análise situacional oferece base para compreender os principais problemas e permite estabelecer as prioridades da comunidade. Para esse autor, a análise de situação é um processo que objetiva identificar e coletar, mediante as múltiplas fontes, informações de saúde numa determinada área.

Nesse sentido, as equipes lançaram mão dos sistemas de informação para obter dados sobre o território. Essas ações deram visibilidade ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), não só como sistema de coleta de dados, mas também como fonte de informações para uma análise acerca da situação de saúde e de organização da atenção básica. A seguir trazemos as falas que convergem para esta afirmação:

Cada equipe todo mês ela realiza essa avaliação da sua área, quer dizer, cada equipe tem ali na sua unidade todos esses dados e nunca parou pra perceber isso. Foi preciso o PMAQ aparecer pra cada um tomar conhecimento de tudo aquilo que ele tava informando pra secretaria, é tudo que ele tem na unidade, são dados que ele teria um maior conhecimento da sua área e que ele teria como intervir em muitas coisas que não tavam indo bem (C1).

A partir do momento que se coletava esses dados fazíamos reuniões constantes com as equipes de saúde da família e a gente ia pontuar por equipe como a situação de cada um estava, com isso começou a despertar nesses profissionais que eles precisariam observar melhor os seus dados, que não bastava só eles coletarem dados, mas estar ciente do que entregar e de como estava a situação daquela equipe de Saúde da Família (S2).

A partir do PMAQ, a gente recebia a cada dois meses o que a gente fazia de produção de SIAB e assim a gente poderia tá mais ou menos comparando. Pra gente foi muito bom, eu ver digamos, consultas de pré-natal, se eu tenho tantas gestantes e esse mês eu só fiz isso de pré-natal o que tá faltando, ou então eu estou com muita gestante adolescente ou tem muitas crianças que não fazem puericultura, então isso

foi muito bom pra gente porque a gente não tinha esse controle (T3).

Partindo do exposto, vemos que o PMAQ estimulou as equipes e a gestão da atenção básica a repensar o fazer cotidiano e os resultados alcançados, de forma a identificar e implementar estratégias de intervenção para o enfrentamento e correção dos dados considerados problemáticos, com vistas à melhoria dos processos de trabalho ampliando as possibilidades de resultados satisfatórios.

Com efeito, concordamos com o MS, quando acentua que os sistemas de informação fornecem elementos importantes que auxiliam na adoção de medidas de controle de doenças, bem como no planejamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando a tomada de decisões (BRASIL, 2008).

Os dados provenientes do SIAB também foram utilizados para subsidiar o monitoramento dos indicadores de saúde, adotado como prática sistemática das equipes, que encontraram vários modos de o fazer, como observamos aqui:

Nós tínhamos uma planilha mensal, mês a mês com os indicadores. Funcionava assim: todo mês a gente via que porcentagem tínhamos feito daquele indicador em comparação ao que seria a meta ideal, isso era feito mensalmente (T9).

[...] de uma forma geral foram implantadas as salas de situação e o próprio ato de tá escrevendo os indicadores mês a mês, mesmo sendo deflagrada pela necessidade da avaliação externa, foi uma oportunidade de tá avaliando. Foi um exercício (C5).

Esclarecemos que a sala de situação a que se refere essa coordenadora da atenção básica é uma espécie de painel localizado nas UBS, geralmente em pontos visíveis à população e onde podem ser registradas informações sobre o território e sobre a atuação da equipe. Essas informações geralmente são atualizadas mensalmente pelos trabalhadores da equipe e comportam dados demográficos da população, como número de pessoas e de famílias, sexo e idade da população adscrita, dados de produção da equipe, como acompanhamento de grupos prioritários e condições de saúde da população, como, por exemplo, principais agravos à saúde e número de hospitalizações por condições sensíveis à atenção básica. Neste sentido, ressaltamos a pertinência da adoção desse instrumento, não só como meio de monitoramento dos indicadores de saúde e de vigilância epidemiológica da equipe, mas também como meio de comunicação entre a equipe e a população, empoderando a comunidade sobre a realidade do território e se conformando como uma estratégia de fortalecimento da participação social.

No dia a dia das equipes de ESF, são necessários diversos tipos de instrumentos para registro das ações desenvolvidas pelas equipes, acompanhamento da população, consulta

da equipe, dentre outros. Antes da implantação do PMAQ, entretanto, alguns desses instrumentos inexistiam ou eram subutilizados pelos trabalhadores, que sentiram a necessidade de construí-los e de utilizá-los de forma sistemática. Os sujeitos descrevem, então, essas mudanças:

[...] a gente começou a ter alguns registros na unidade que a gente não tinha [...]. Outra coisa, pra gente ter mais atenção com aqueles registros que a gente já tinha, mas não dava a atenção devida, deixava desatualizado e o PMAQ veio também para reavivar na gente que tem que ter cuidado com esses registros (T2).

[...] eu não tinha livro do idoso, dos pacientes do CAPS, de adolescente e nem de mulher em idade fértil, eu logo providenciei e hoje se você chegar aqui você vai ver todos esses livros. Então, pra mim foi um aprendizado. Se você me perguntasse antes quantas mulheres eu tinha, não saberia lhe responder, hoje se você me fizer a mesma pergunta eu vou saber (T14).

[...] todos os impressos, livro de visita, livro de gestante, então todos os impressos ficaram muito bem elaborados e eles são realizados de forma rotineira e não serviram só pra aquele momento da avaliação externa, mas pra essa equipe sim, ele (o PMAQ) conseguiu implantar uma mudança no processo de trabalho (C5).

Os instrumentos a que se referem os sujeitos são ferramentas que facilitam a coordenação e a longitudinalidade do cuidado pela equipe de atenção básica (BRASIL, 2012c). Assim pressupondo, depreendemos que, por meio da indução destas mudanças, o PMAQ contribuiu para o fortalecimento da capacidade de cuidado da equipe de saúde.

A necessidade de elaborar esses instrumentos, assim como a premência de responder outras solicitações que surgiram durante o primeiro ciclo do PMAQ, como, por exemplo, planejamento do trabalho da equipe, discussão dos indicadores da autoavaliação, monitoramento dos indicadores de saúde avaliados pelo PMAQ, promover a educação permanente da equipe, dentre outros, culminou no encontro entre os trabalhadores da atenção básica, trabalhadores de outros serviços e a gestão. Adiante está a descrição desses momentos:

[...] nessas reuniões a gente elaborou os protocolos trabalho, de visita domiciliar, de pré-natal. A gente passou em todas as unidades que tinham aderido e o enfermeiro daquela equipe mostrava a unidade todinha, os documentos, os livros, de puericultura, de hipertensos e diabéticos, como tava sendo organizado. [...] essas reuniões serviam pra isso, elaborar e planejar o processo de trabalho (T5).

A gente começou fazer oficinas onde a gente falou sobre a autoavaliação e a montagem da matriz de intervenção, a gente fez o apoio para cálculo e avaliação dos indicadores, discutiu sobre os princípios e diretrizes da atenção básica, fez um treinamento sobre a nova portaria da atenção básica, foi feito um treinamento sobre acolhimento para os profissionais de nível médio com o apoio da 12ª regional e do NUAP. Teve também um treinamento pra acolhimento para os profissionais de nível superior do município com o apoio do NASF e do CAPS, a gente fez treinamento com os profissionais sobre a utilização do SIAB, não só para o preenchimento das fichas como também como utilizar os dados do SIAB, a gente preparou o pessoal para a avaliação externa (C2).

Nas falas dos sujeitos, observamos a diversidade de experiências concretizadas na atenção básica influenciadas pelo PMAQ. Esses momentos promoveram a troca de experiência e de saberes entre os atores envolvidos, configurando oportunidades para promover sua qualificação. A qualificação do trabalhador torna as ações mais resolutivas, promovendo um melhor desempenho técnico, com amparo no desenvolvimento de novas habilidades e competências, bem como a organização do processo de trabalho a ser realizado na atenção básica (BRASIL, 2012c). Esses momentos foram oportunidades de ofertar o apoio institucional às equipes, potencializando processos mais autônomos e compartilhados de trabalho. Ademais, esses momentos favoreceram o estreitamento com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com outros serviços de âmbito municipal, como o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), por exemplo.

Essa aproximação foi evidenciada nas falas dos sujeitos, que contaram com o apoio do NASF para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, como observamos a seguir:

Eu acho que na minha equipe a principal mudança foi estreitar as relações com o NASF que já era muito boa, mas ficou melhor pra gente buscar trabalhar mais a questão da promoção (T2).

O NASF tem por objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão na ESF, comprometendo-se com a promoção de mudanças e de atitudes na atuação dos trabalhadores da atenção básica, por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação, cura, educação permanente dos trabalhadores, além de humanização dos serviços e promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009). Neste sentido, entendemos que, ao promover este estreitamento das equipes de ESF com o NASF o PMAQ pode contribuir para a ampliação da abrangência e da resolubilidade das ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica.

No contexto da ESF, as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde são comumente desenvolvidas por meio de atividades de educação em saúde direcionadas para grupos populacionais. Estes grupos são constituídos, levando em consideração os ciclos de vida e as condições de saúde da população, como, por exemplo, grupo de gestante, grupo de idosos, dentre outros. Na realidade deste estudo, no entanto, algumas equipes não tinham os grupos implantados e operacionalizados rotineiramente. Ademais, alguns grupos

populacionais, como os portadores de transtornos mentais e as crianças menores de dois anos, não eram acompanhados sistematicamente pelas equipes de atenção básica. Com o PMAQ, esse panorama foi objeto de modificações, como observamos a seguir:

O que mais eles apontaram como sendo muito importante e que eles não faziam de jeito nenhum era o controle dos usuários do serviço público e que eles tinham que ter o controle de quais destes estavam no CAPS, a atenção voltada para a saúde mental, porque eles achavam assim, ah! tá lá no CAPS não é meu mais não, a gente até discutiu sobre isso, porque se ele tá no meu território ele nunca vai deixar de ser meu. [...] e hoje em dia isso já é rotina (C6).

A gente conseguiu melhorar alguns programas como a puericultura que o índice era baixíssimo, depois aumentou bastante, chegou a 60% das crianças em acompanhamento de puericultura (T5).

[...] depois que a gente implementou algumas exigências do programa, como grupo de gestantes, de idosos, atendimento às pessoas obesas, fumantes, nada disso a gente tinha. Então agora a gente tá começando a implementar e tá tendo uma proximidade maior com a comunidade. Não é que a gente dissesse: não, a gente não atende. A gente atendia o obeso, o fumante, mas quando essa pessoa procurava o posto. [...] tá deixando de ser um atendimento por demanda, pra ser um atendimento preventivo, e um atendimento comunitário ao invés de individual (T1).

Com respaldo nessas manifestações, vemos que o PMAQ contribuiu para a ampliação do acesso desses grupos populacionais a ações preventivas e assistenciais desenvolvidas pela atenção básica, assim como favoreceu o cuidado integral desses usuários. O acompanhamento desses grupos populacionais pela equipe remete a uma ampliação da sua responsabilização pelo território, com priorização dos grupos considerados mais vulneráveis e em consonância com o princípio da equidade. Nesta linha de raciocínio, entendemos que o PMAQ contribui para a reorientação do modelo assistencial, modificando o foco das ações das equipes, que passaram a valorizar mais as necessidades da população adscrita.

Para realizar o acompanhamento dos usuários com transtornos mentais, as equipes necessitaram de apoio do CAPS. Em decorrência dessa necessidade, foi realizado o matriciamento em saúde mental pelos trabalhadores do CAPS junto às equipes da ESF:

Nós tivemos que fazer todo um levantamento na área de todas as pessoas com problemas mentais, saber quem dessas pessoas fazia tratamento e quem não fazia, quem poderia estar sendo acompanhado na unidade e quem não poderia. A gente viu a parte de saúde mental que a gente sentia muita dificuldade; os médicos sentiam muita dificuldade. Então houve um matriciamento (T9).

Então tinha um matriciamento de saúde mental onde o Dr. (nome do médico), médico do CAPS, ia uma vez por mês. Eram lançados casos clínicos, casos reais, ele pegava um caso da sede, outro mês ele pegava um caso da (nome da localidade). Ele pegou um caso nosso da (nome da unidade), foi discutido, nós tiramos dúvidas, eu e a médica, né? O que a gente podia tá abordando (T10).

Com base no que expusemos, parece claro que o matriciamento em saúde mental foi deveras pertinente, podendo contribuir para o encorajamento dos trabalhadores em desenvolver o cuidado em saúde mental, pois, como assinala o Ministério da Saúde, a dificuldade dos trabalhadores em lidar com o sofrimento psíquico dos usuários é um dos principais entraves da implantação desse tipo de cuidado na atenção básica, sendo recomendado um trabalho compartilhado entre a equipe de atenção básica e os trabalhadores da saúde mental (BRASIL, 2009).

Outra ação que também era deficiente em algumas equipes e citada pelos sujeitos como contribuição advinda do PMAQ foi a realização de visita domiciliar pelo profissional médico:

Outra coisa que era um pouco difícil de ser feita e que a gente já está conseguindo fazer é a visita domiciliar médica, porque o enfermeiro já faz isso na sua rotina, mas o médico não, e agora a visita domiciliar médica já está sendo realizada (T7).

A visita domiciliar é uma ferramenta de abordagem à família e à comunidade e constitui atividade comum aos membros da equipe de Saúde da Família, como forma de capacitar os profissionais para o conhecimento da realidade de vida da população, assim como o estabelecimento de vínculos com ela, visando a identificar os fatores de risco e atender as distintas necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infraestrutura das comunidades e o atendimento familiar (BRASIL, 2006c). Nesta direção, entendemos que o PMAQ contribuiu para a ampliação do acesso dos usuários incapazes ou com dificuldades para se locomover ao cuidado médico, favorecendo o estabelecimento de vínculos e maior conhecimento deste trabalhador sobre o território de atuação da equipe. Demais disso, favorece o compartilhamento das responsabilidades pelo território evitando a sobrecarga dos outros trabalhadores da equipe de saúde.

Outra contribuição advinda com o PMAQ se relaciona com organização do fluxo de atendimento e qualificação do acolhimento à demanda espontânea dos usuários nas UBS. Ajuntamos na sequência as falas que nos mostram essa contribuição:

[...] às vezes na correria do dia-a-dia acaba que a gente chega e não tem como fazer o acolhimento. Foi uma das coisas que a gente implantou. E aí quando a gente entrou em consenso com a equipe, a gente via que o nosso acolhimento não tava 100%. E através disso, a gente fez a matriz de intervenção, como que a gente poderia fazer esse acolhimento daquelas pessoas que não estavam agendadas, que chegavam depois. A gente acolhia, explicava direitinho e saía todo mundo satisfeito (T8).

A gente organizou a demanda porque antes nós atendíamos simplesmente demanda espontânea total (T9).

[...] nós fomos reordenando toda a sistemática de fluxo como também de atendimento das equipes ESF, tanto das equipes inseridas no PMAQ como também das demais (S2).

Uma das principais características da atenção básica é a proximidade com o cotidiano da vida das pessoas em seus territórios, com grande potencial para atender a necessidades de saúde, pois as UBS são os serviços de maior descentralização e capilaridade do sistema de saúde (BRASIL, 2012f). Nesse sentido, ao promover uma reorganização nos serviços de saúde da atenção básica, o PMAQ amplia a capacidade da equipe em garantir o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos, promovendo o acolhimento dos usuários, a vinculação e a responsabilização da equipe pela atenção às suas necessidades de saúde.

Outra contribuição advinda do PMAQ foi promover uma aproximação entre a gestão da atenção básica e as equipes de ESF. Essa aproximação, de acordo com os sujeitos da pesquisa, ocorreu desde que houve mudanças na reorganização do processo de trabalho da gestão da atenção básica, que realizou visitas às unidades e encontros com os trabalhadores para discussão sobre o trabalho. Nas falas a seguir observamos a descrição destas ações:

Uma das coisas que o PMAQ orienta na autoavaliação é a questão desse trabalho junto às equipes. Lá pergunta se o coordenador tem um cronograma de visitas às unidades, isso era uma coisa que eu não fazia e eu passei a fazer. (...) a gente fez várias visitas de supervisão. Nestas visitas eu procurava não só supervisionar, mas orientar de acordo com o que eu estava vendo e de acordo também com as matrizes de intervenção, [...] aí eu já ia avaliando se já tinha feito alguma coisa, se não tinha, por quê (C2).

O que mudou foi com relação a encontros [...], então quando a gente tira esses momentos pra conversar e começa a discutir como está a sua área, tem como se ajudar, tem como melhorar. Melhorou muito em relação ao conhecimento das dificuldades daquela área específica, da gestão conhecer a realidade da atenção básica, poder perceber quais eram as dificuldades e as limitações, porque aqueles indicadores que eram cobrados não podiam melhorar, ou se podia melhorar como é que a coordenação podia ajudar (T6).

O PMAQ ele ajudou muito para aproximação direta com a equipe. Uma coisa é a gente tá dentro da secretaria e a equipe tá lá, outra coisa é a gente ir mais na unidade, observar diretamente, eu acho que essa aproximação, de ver realmente o problema isso foi uma coisa positiva, deu uma aproximação bem maior com as equipes (C3).

Partindo do exposto, percebemos que essa aproximação levou a gestão da atenção básica a conhecer a realidade em que as equipes trabalhavam, os recursos de que as equipes dispunham e as dificuldades a que estavam expostas, compelindo a gestão a apoiá-las em vistas a superar essas dificuldades.

Em um dos municípios da pesquisa, ocorreu o redimensionamento das funções da gestão da atenção básica com a implantação de apoiadores para as equipes de ESF. Com tal mudança houve modificação no processo de trabalho da gestão da atenção básica visando ao acompanhamento permanente das equipes. O que vimos discutindo é evidenciado nestas falas:

Estamos trabalhando com apoiadores da atenção básica (S3).

Entendemos essas mudanças como avanço significativo na organização do processo de trabalho da atenção básica, como forma de potencializar o trabalho das equipes de ESF. Com base no que propõe o Ministério da Saúde, porém, percebemos a necessidade de modificações no papel desempenhado pelos apoiadores municipais da atenção básica, com vistas a evoluírem a uma condição de se inscreverem na complexidade do trabalho em saúde, buscando transformar as situações paralisantes em situações produtivas (BRASIL, 2012c).

A despeito de municípios onde o processo de implantação do PMAQ se deu de forma verticalizada, ocorreram experiências com a elaboração coletiva de decisões, aproximando-se de uma gestão participativa. Nestas falas, os sujeitos descrevem tais experiências:

O mais importante de tudo que eu pude perceber nos profissionais foi aquela coisa do profissional ele ter aquele momento de gerir junto com o município, de decidir algumas coisas (C1).

[...] a gente deixou para cada equipe fazer o gerenciamento do seu recurso. De que forma? Escolhendo quais as prioridades para cada equipe naquele dado momento. Por exemplo, quando se decidiu que o gargalo era transporte, não fui eu quem decidiu comprar os carros, foram as equipes que falaram que os carros eram prioridade nesse momento (S1).

A gestão participativa, de acordo com o Ministério da Saúde, pode contribuir para a elaboração coletiva de caminhos e estratégias, favorecendo uma corresponsabilização dos gestores, trabalhadores e usuários pelos resultados alcançados na atenção básica (BRASIL, 2012g). A adoção deste tipo de gestão potencializa a motivação, amplia a capacidade de reflexão e aumenta a autoestima dos trabalhadores, assim como fortalece o empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social (BRASIL, 2004). Com tais ideias, entendemos que a cogestão deve ser adotada na gestão da atenção básica, seja na gestão da clínica, seja na da saúde coletiva (CAMPOS, 2006), estimulando relações mais dialógicas, democráticas e cooperativas.

Nesta linha de pensamento, de acordo com os sujeitos da pesquisa, o PMAQ induziu as equipes da atenção básica a ampliar os canais de comunicação com os usuários,

disponibilizando caixas de sugestões, reclamações e críticas nas UBS. Vejamos as opiniões:

[...] a gente começou a implementar algumas coisas que não tinham, particularmente na unidade onde eu trabalhava, por exemplo, a caixinha de sugestão para sugestões, reclamações, críticas e etc. (T2).

[...] ele proporcionou agora também aos usuários mais uma porta de entrada para o usuário tentar se meter na organização do serviço que é ofertado pra ele, dele participar, porque tudo isso já existia, é princípio do SUS, mas que a gente sabe que na verdade, eu percebi que aquela simples caixa que era colocada na unidade de saúde era um meio do usuário ele dizer o que ele tava achando daquele serviço (C1).

A disponibilização destes instrumentos nas UBS promove o acolhimento das queixas, necessidades, reclamações e sugestões dos usuários, cujas demandas devem ser analisadas criticamente pela equipe, de modo a ampliar a sua compreensão sobre a realidade de vida da população, fortalecendo vínculos e estimulando práticas dialógicas e reflexivas na atenção básica (BRASIL, 2012c). Então, compreendemos que o PMAQ contribuiu para ampliação dos mecanismos de participação social disponíveis na atenção básica, no entanto, não percebemos nas falas dos sujeitos a intenção de utilizar as demandas recebidas como substrato para a reorganização do processo de trabalho da equipe, levando-nos a pensar que estes atores ainda não se apoderaram desse instrumento para orientar as mudanças necessárias na atenção básica.

No âmbito da gestão, mais especificamente, percebemos que o PMAQ também estimulou o secretário de saúde a adotar mecanismos de participação social. No depoimento de um dos secretários de saúde, é notória uma sensibilização em implantar o planejamento participativo na saúde por meio de fóruns locais de saúde:

[...] existe as especificidades de cada localidade, então o que é muito importante pra uma localidade, não tem a mesma importância em outra. Daí a importância de ouvir a comunidade e de trazer a comunidade pra participar. Aqui, uma das nossas metas do nosso planejamento é os fóruns locais, envolver a comunidade, envolver o conselho municipal, a questão do controle social e eu acho que isso é interessante. A gente está cheio de ideias [...]. Sabia que isso aí, todo esse planejamento que nós fizemos vem do PMAQ, é fruto do PMAQ (S3).

Com base na nossa experiência, esclarecemos que os fóruns locais de saúde são operacionalizados por meio de encontros entre a gestão municipal da saúde e os usuários em espaços descentralizados e próximos do local onde residem para discussão das suas necessidades de saúde. Posteriormente, essa discussão é retomada em uma assembleia geral com os representantes das comunidades, eleitos nos fóruns descentralizados, onde elegem as prioridades para a população do município, com vistas a subsidiar o planejamento em saúde. Entendemos que esses fóruns locais são estratégias importantes para o fortalecimento da participação social, assim

como para o planejamento em saúde, de forma a torná-lo mais coerente com as necessidades de saúde da população, sendo oportuna e necessária a sua concretização.

Outra contribuição advinda com o PMAQ, de acordo com os sujeitos da pesquisa, se refere às melhorias na infraestrutura das UBS, aquisição de equipamentos e insumos, e por sua vez, melhorias nas condições de trabalho e de atendimento à população. As falas a seguir evidenciam essas mudanças:

[...] procuramos dar o acesso aos deficientes que não tinha, procuramos melhorar a parte de equipamentos, dar este conforto, tipo climatização dessas unidades, então eu acho que foi um ganho muito grande pra população e para o profissional também pois passou a melhorar a forma deles trabalharem (S4).

[...] o nosso pior gargalo era transporte das equipes. Então nós fizemos um projeto para comprar os carros pra facilitar o transporte das equipes para que eles tenham uma condição de trabalho adequado (S1).

Melhoria nas condições de trabalho dos profissionais, sem dúvida, teve uma grande melhoria na infraestrutura das unidades, aquisição de mais equipamentos, móveis, insumos e medicamentos. Teve a questão da informatização das equipes com acesso à internet (C2).

[...] sinalizaram o posto, fizeram um banner padronizado da sala de situação para todos os postos, confeccionaram mapas (T11).

Na unidade que eu trabalho a farmácia era junto com a sala de vacina e aí a gente pode colocar separado. A gente colocou a farmácia mesmo, toda padronizada, do jeito que o Ministério da Saúde exigia (T5).

De acordo com o MS, a estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e insumos são indispensáveis para o acolhimento, a humanização do atendimento, a organização do processo de trabalho e a atenção ao usuário (BRASIL, 2012c). De posse desse entendimento, raciocinamos que o PMAQ favorece a existência das condições necessárias para o desenvolvimento das ações na atenção básica, ampliando as possibilidades de satisfação dos trabalhadores e dos usuários com o serviço prestado.

A despeito dos municípios que não cumpriram os acordos realizados durante o primeiro ciclo de avaliação do PMAQ, de acordo com os sujeitos entrevistados, alguns municípios implantaram o incentivo de remuneração aos trabalhadores da atenção básica:

Nós tivemos a implantação do incentivo financeiro para premiar alguns profissionais das equipes pelo desempenho deles na busca dessa melhoria (C2).

[...] dentista e enfermeiros dos PSFs que estão participando do PMAQ estão recebendo o incentivo (C6).

Nós também estabelecemos gerencia por unidade, dando uma gratificação que era gradativa, ela começou com meio salário e ela seria gradativa pra crescente no sentido de que conforme as coisas fossem evoluindo, ela iria tendo o benefício (S1).

A implantação de incentivo de remuneração às equipes representa o reconhecimento e valorização do trabalho desempenhado pela equipe, potencializando a satisfação do profissional com o trabalho e melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários (BRASIL, 2012c). Com base nos depoimentos dos sujeitos, no entanto, vê-se que apenas alguns trabalhadores da equipe foram beneficiados com o incentivo financeiro. Alertamos para o fato de que este tipo de conduta pode ensejar um descontentamento nos demais membros da equipe, podendo até mesmo interferir nos resultados alcançados na atenção básica. Ademais, observamos intensiva relação do incentivo financeiro com o cargo de gerência e condução do PMAQ na equipe, sem definição de metas e resultados a serem cumpridos. Com base no exposto e considerando que os resultados alcançados na atenção básica são frutos do trabalho de todos os trabalhadores da equipe, entendemos que deve ocorrer uma modificação na forma de distribuição desse incentivo financeiro, de modo a beneficiar os demais trabalhadores da equipe de saúde, assim como definir claramente as metas e resultados a serem alcançados pela atenção básica.

Apreendemos nas falas dos sujeitos desta pesquisa uma diversidade de contribuições que o PMAQ trouxe para a atenção básica dos municípios. Concretamente, estes contributos modificaram os modos de operar a atenção básica, principalmente por meio da reorganização do processo de trabalho da gestão e da equipe de saúde, as condições de funcionamento do serviço, com melhorias na infraestrutura das UBS, assim como nas relações entre os atores locais, sejam gestores, trabalhadores e usuários, estimulando relações dialógicas e participativas na atenção básica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante esta pesquisa, buscamos responder quais foram as percepções que os gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família tiveram sobre o PMAQ, que fatores potencializaram ou dificultaram a sua implantação nos municípios e quais contribuições este programa trouxe para a atenção básica.

A pesquisa mostrou que trabalhadores e gestores da atenção básica perceberam o PMAQ de formas diversas. Entre estas percepções, emergiu a ideia de PMAQ como um programa indutor de mudanças na atenção básica, o que nos parece contribuir para a sua aceitabilidade, motivando gestores e trabalhadores da atenção básica a aderirem e implantarem o programa nos municípios.

O PMAQ também foi apreendido com base na sua dimensão avaliativa, possibilitando um levantamento de informações para subsidiar o julgamento de valor e a tomada de decisão, representando uma referência na qual os sujeitos se baseiam para reorganizar o processo de trabalho em saúde e para normatizar as UBS.

Apesar de incorporar a negociação, a pactuação e o comprometimento dos atores envolvidos, o PMAQ foi percebido como programa verticalizado, pela forma como se deu do gestor federal para o municipal e dos gestores municipais da atenção básica para os trabalhadores, e, nesta linha de raciocínio, foi percebido também como uma fiscalização. No entanto, ficou evidente durante a pesquisa que a experiência do primeiro ciclo do PMAQ abriu espaço para uma ideia de avaliação que vem para qualificar a atenção básica.

O PMAQ também foi percebido como instrumento de responsabilização dos gestores e trabalhadores da atenção básica, convocando-os ao compartilhamento de responsabilidades. Ademais, o PMAQ também foi visto como um programa de financiamento da atenção básica, induzindo gestores e trabalhadores a aderirem e implantarem o PMAQ nos municípios.

Ficou evidente, no decurso da pesquisa, uma relação entre a percepção que gestores e trabalhadores tiveram sobre o programa e algumas atitudes adotadas por esses atores no período de sua implementação, corroborando o que exprime Bodstein (2002), ao assinalar ser comum que as ações dos envolvidos durante a implantação de uma política de saúde sejam pautadas pelos pressupostos dos atores envolvidos. Então, tendo em vista o êxito do PMAQ, reafirmamos a necessidade de valorizar as concepções dos atores locais envolvidos, de modo a considerar não só os interesses e pontos de vista de seus formuladores e condutores, mas também os dos executores desse programa.

Durante a análise de como se deu a operacionalização do primeiro ciclo do PMAQ nos municípios, constatamos que o processo inicial de implantação do programa foi facilitado pela atuação da CRES junto aos municípios da região de saúde destacando-se como órgão estratégico na implantação deste programa. No entanto, o apoio institucional durante as fases do programa e o acompanhamento do gestor estadual não foi suficiente para atender as necessidades dos gestores municipais e trabalhadores da ESF. Neste sentido, recomendamos que o PMAQ estimule o protagonismo dos gestores estaduais, especialmente daqueles que atuam nas CRES, no que se refere ao apoio institucional e acompanhamento dos municípios adscritos, assim como no desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A disponibilização pelo MS de manuais e de um sistema de gestão do programa também facilitou a implantação do PMAQ nos municípios, disponibilizando informações que facilitaram a compreensão dos atores locais sobre o programa e a execução das ações necessárias a sua implementação. No entanto, o apoio institucional do governo federal foi considerado insuficiente frente às necessidades de gestores municipais e trabalhadores da ESF.

A pesquisa evidenciou falhas no processo inicial de adesão e pactuação entre gestores e trabalhadores, com centralização das decisões na gestão. Por outro lado, a pesquisa também mostrou que a fase de desenvolvimento do programa se deu de forma mais participativa em que ficou evidente o protagonismo dos trabalhadores de saúde, no entanto os usuários dos serviços não foram envolvidos nesse processo. Neste sentido, recomendamos aos municípios a adoção de estratégias para ampliar a participação dos usuários dos serviços nas discussões sobre o PMAQ, como forma de garantir uma maior adequação da atenção básica às necessidades de saúde desses sujeitos, sendo os Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, espaços privilegiados para fortalecer a participação e o controle social.

A análise de como foram desenvolvidos os quatro dispositivos recomendados pelo PMAQ – autoavaliação, monitoramento dos indicadores, apoio institucional e educação permanente – a partir da adesão ao programa evidenciou o protagonismo do coordenador da atenção básica, no entanto a sobrecarga deste ator limitou a sua atuação frente ao desenvolvimento do programa. Neste sentido, sugerimos o redimensionamento dos recursos humanos existentes na gestão municipal da atenção básica e a implantação de apoiadores institucionais às equipes de ESF. No contexto da equipe de saúde, a implementação do PMAQ foi centrado no enfermeiro, em que recomendamos estimular a co-responsabilização entre os trabalhadores, evitando a sobrecarga de alguns e estimulando o maior envolvimento de outros.

A pesquisa mostrou que a educação permanente em saúde na atenção básica é insipiente e não corresponde às necessidades locais. Com base nesses achados e considerando a educação permanente uma política estratégica para a formação das competências necessárias à atuação na atenção básica, recomendamos o fortalecimento dessa política de saúde com vistas a transformação as práticas em saúde.

A pesquisa evidenciou que a metodologia adotada durante a avaliação externa, o despreparo e a postura do avaliador, embora quanto a este último tenha havido divergências, não corresponderam plenamente às expectativas dos atores locais, sendo aspectos criticados nesta fase do programa. Diante do exposto, sugerimos a revisão dos instrumentos e estratégias adotados na avaliação externa de forma a torná-los claros a avaliadores e avaliados, assim como alinhados as necessidades locais.

A pesquisa também apontou falhas na comunicação dos resultados da avaliação, que demoraram a ser publicados e não foram amplamente acessados pelos gestores e trabalhadores da ESF, dificultando e postergando a sua utilização. Ademais, as equipes não tiveram os resultados detalhados da sua avaliação, dificultando o reconhecimento dos pontos frágeis que necessitam de aperfeiçoamento para melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica. Com base nestes achados, recomendamos a divulgação dos resultados da avaliação em tempo hábil, acompanhado de estratégias para discussão desses resultados e definição de intervenções para superação das situações problemáticas.

A finalização do primeiro ciclo coincidiu com o período de eleições municipais, que associado à rotatividade dos trabalhadores e gestores e à improvisação das ações comprometeram a continuidade das ações implantadas durante o primeiro ciclo de avaliação. O não cumprimento, pelos gestores municipais, dos acordos em dar incentivo financeiro aos trabalhadores gerou resistência durante a reconstrutualização, trazendo dificuldades durante esta fase do programa.

Embora as mudanças ocorridas durante o primeiro ciclo do PMAQ não tenham abrangido de modo uniforme equipes e municípios, a análise das contribuições advindas com o PMAQ evidenciou mudanças no cotidiano de gestores, trabalhadores e usuários.

A pesquisa mostrou que as equipes de atenção básica adotaram a autoavaliação como meio de reflexão do trabalho, levando à identificação de problemas e ensejando momentos de planejamento das intervenções. O monitoramento dos indicadores da atenção básica também foi adotado pelas equipes de ESF, dando visibilidade ao sistema de informação e subsidiando uma análise situacional do território.

As equipes passaram a adotar instrumentos de registros das ações desenvolvidas, facilitando a coordenação e longitudinalidade do cuidado e fortalecendo a sua capacidade de

gestão. A construção desses instrumentos, dentre outras ações provenientes do PMAQ levou a momentos de trocas de experiências e saberes, representando oportunidades de qualificação dos atores envolvidos assim como para desenvolver o apoio institucional.

As equipes implantaram os grupos de Educação em Saúde para populações específicas, como gestantes, idosos obesos e fumantes e passaram a acompanhar usuários até então não acompanhados sistematicamente como crianças menores de dois anos e portadores com transtorno mental. Ademais, algumas equipes implantaram a visita domiciliar médica e o acolhimento à demanda espontânea. Consideramos que estas ações, sem dúvida, ampliam o acesso às ações preventivas e assistenciais desenvolvidas na atenção básica e favorecem o cuidado integral dos usuários.

O PMAQ também contribuiu para uma maior articulação entre as equipes de ESF e o NASF, que apoiou no desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde. Assim como com o CAPS, resultando em apoio matricial às equipes de ESF. Esta aproximação representa possibilidades de fortalecimento das equipes de ESF, podendo contribuir para a ampliação da abrangência e resolutividades das ações.

A partir de mudanças na organização do processo de trabalho da gestão da atenção básica houve também uma aproximação entre a gestão e as equipes de ESF e maior conhecimento da realidade vivida pelas equipes, levando a gestão a conhecer as condições e os problemas existentes no território, compelindo a apoiá-las com vistas a superar essas dificuldades. Em um dos municípios houve o redimensionamento da gestão da atenção básica com a implantação de apoiadores municipais. A pesquisa também mostrou uma mudança na postura da gestão municipal, evidenciada por meio de experiências de construção coletiva das decisões, aproximando-se de uma gestão participativa.

As equipes implantaram mecanismos de escuta dos usuários ampliando os canais de comunicação, no entanto, não visualizamos uma intencionalidade dos sujeitos em adotá-los para a reorientação de suas práticas. Este movimento também acompanhou a gestão municipal de saúde que se mostrou sensibilizada a adotar o planejamento participativo por meio de fóruns locais de saúde.

A pesquisa também mostrou melhorias na infraestrutura das UBS, por meio de aquisição de equipamentos e insumos, melhorias nas condições de trabalho e de atendimento à população. Ademais, alguns municípios implantaram o incentivo de remuneração aos trabalhadores da atenção básica. Por meio destas mudanças o PMAQ amplia as possibilidades de satisfação de trabalhadores e usuários com a atenção básica.

A partir do exposto, consideramos que passos importantes foram dados no sentido de promover o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica na região de saúde de Acaraú, a partir da adesão e implementação do primeiro ciclo do PMAQ, avançando na institucionalização da avaliação como instrumento de gestão da atenção básica.

Pretendemos socializar os achados da pesquisa com gestores e trabalhadores de saúde dos municípios da região de saúde de Acaraú como tentativa de induzir a reflexão desses atores e assim provocar uma reorientação dos rumos e estratégias adotadas durante o primeiro ciclo avaliativo do PMAQ.

Por fim, considerando os compromissos de um Mestrado Profissional em Saúde, a construção desta pesquisa contribui, sem dúvida, para agregar valores ao nosso processo de trabalho, com vistas a uma atuação qualificada, crítica e transformadora junto aos municípios da região de saúde de Acaraú.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006. 215 p.

ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, p. 75-80, jan./dez. 2010.

ANDRADE, L. O. M. **Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde a luz das Normas Operacionais Básicas**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. e amp. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; COELHO, L. C. A. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z., SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 601-621.

ASSIS, M. M. A.; MIRON, V. L.; WETZEL, C.; ALMEIDA, M. C. P. de; NASCIMENTO, M. Â. A. do. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 18, p. 67-74, jan./jun. 1998.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. 177 f. Dissertação (mestrado em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1336-1345, 2009. Suplemento 1.

_____. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, jan. 2002.

BODSTEIN, R.; FELICIANO, K.; HORTALE, V. A.; LEAL, M. do C. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/PROESF): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em: 30 abr. 2014.

_____. 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): manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. Brasília, 2013a. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 13 fev. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013.** Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Brasília, 2013c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/normas-mensais/legislacoes/gm/120873-2355.html>>. Acesso em: 17 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 13 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você - acesso e qualidade. **Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Documento síntese para avaliação externa. Brasília, 2012b.

_____. 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, 2012c. 134 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 866, de 3 de maio de 2012. Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento síntese para avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Ministério da Saúde, 2012e. 55 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, 2012f. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 2).

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 13, n. 33, set./dez. 2012g.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>> Acesso em: 24 mai. 2012.

_____. 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):** manual instrutivo. Brasília, 2011b. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.812, de 29 de novembro de 2011. Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011e.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool- PCATool- Brasil**. Brasília, 2010. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, 2009. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27; Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília 2006c. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17; Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. 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, 2005a. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade – qualificação da Estratégia Saúde da Família.

Informe da Atenção Básica, ano VI, n. 29, maio/jun. 2005c. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo29.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Brasília, 2004. 14 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **PROESF Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Brasília, 2003.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 fev. 2013.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-819, abr. 2008.

_____. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA J. T.; TRAEBERT, J. L. **A Odontologia e a estratégia saúde da família**. Tubarão: Unisul, 2006. p. 115-139.

CAMPOS, G. W. de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. e amp. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. L. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Fortaleza, 4 maio 2010. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

CECCIN, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 2 out. 2013.

COSTA, M. A. F.; COSTA, M. F. B. **Projeto de pesquisa: entenda e faça**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

DUARTE, V. R. C. **A sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. 2013. 34 f. Especialização (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais – *Campus Conselheiro Lafaiete*, 2013.

DUBEUX, L. S.; ALBUQUERQUE, K. M., SOUZA, M. B. C. P., BEZERRA, L. C. A. Comunicação dos resultados: um desafio para o uso das lições aprendidas com a avaliação. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 131-142.

DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-39.

FELICIANO, K. V. O. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, p. 83-S92, dez. 2005. Suplemento 1.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da avaliação. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 143-160

FIGUEIRÓ, A. C.; NAVARRO, L. M.; FRIAS, P. G. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. e amp. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 715-739.

_____. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 1100 p.

HARTZ, Z. M. de A. Avaliação em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>>. Acesso em: 2 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 3 maio 2013.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LOPES, E. A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais**. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília. 2013

LUPPI, C. G. *et al.* Atenção primária à saúde/ atenção básica. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs.) **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec/ Cealag, 2011. p. 816.

MACHADO, G. A. B. **Organização do processo de trabalho vivenciada pelas Equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. 2013. 45 f. Especialização (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MELO, L.; PROENÇA, D. Pesquisas de satisfação: a vez e a voz dos usuários do SUS. **Rev. Bras. Saúde da Família**, Brasília, v. 13, n. 33, p. 31-37, set/dez. 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 512.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 300.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul./set. 2013.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma agenda agregada**. 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-ata.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2012.

_____. **Relatório mundial de saúde 2008**: cuidados de saúde primários agora mais do que nunca. Genebra, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2012.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. J. (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2009.

_____. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. e amp. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 767- 782.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; LIGIA BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: THE LANCET. **Saúde no Brasil**. Salvador, 2011. (Séries). Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2012.

PINTO, H. A. Informe Técnico Institucional. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1131/1044>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. [S.l.: s.n.], 2012. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Artigo_PMAQ_Revista_02-07.-Final-docx1.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

REDE NORTE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA. Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família. **Caderno do Aluno**. Ceará, Maranhão, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, 2012.

RICHARDSON, R. J. (Org.). **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ROSENSTOCK, K. I. V. **A percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba – Campos I, João Pessoa, 2011.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 15-28.

SAMPAIO, J.; CARVALHO, E. M. F. de; PEREIRA, G. F. C.; MELLO, F. M. B. de. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, 2011.

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

SERAPIONE, M. **Análise de situação nos sistemas locais de saúde**. Fortaleza: ESP Ceará, 2002.

SERAPIONE, M.; SILVA, M. G. C. da. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, nov. 2011.

SERAPIONE, M.; LOPES, C. M. N.; SILVA, M. G. C. da. Avaliação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 736.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172 p.

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

VERGARA, S. C. **Métodos de coleta de dados no campo**. São Paulo: Atlas, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

A. Caracterização dos sujeitos

1. Sexo: () feminino () masculino
2. Idade: ____ anos
3. Formação: _____
4. Tempo na Atenção Básica: ____ anos

B. Sobre a operacionalização do PMAQ

1. Qual foi a sua percepção sobre o primeiro ciclo do PMAQ?
2. Descreva como se deu cada etapa do PMAQ (1. adesão e contratualização, 2. Desenvolvimento – Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio institucional, 3. Avaliação externa e 4. Recontratualização).
3. Quais as potencialidades que você percebe no PMAQ?
4. Que dificuldades a equipe vivenciou no processo de implementação do PMAQ?
5. Quais as principais contribuições/mudanças que o PMAQ trouxe para a atenção básica do seu município?

APÊNDICE B – Síntese dos discursos dos gestores e trabalhadores da atenção básica por núcleo de sentido

(continua)

Núcleos de Sentido	Gestores municipais	Coordenadores da Atenção Básica	Trabalhadores
Percepção sobre o PMAQ	O PMAQ é percebido como um programa de financiamento da AB, para viabilizar a ESF de forma adequada, motivando o gestor a aderir ao programa. Veio para trazer melhorias na qualidade da ESF, entre as quais a infraestrutura das UBS e as condições de trabalho dos profissionais. O PMAQ é uma estratégia do MS para resolver os problemas da AB. É um programa que aponta os problemas da AB e que induz os atores a melhorar o que já vem sendo realizado. O PMAQ normatiza a AB. É um programa verticalizado, porém defende que se não fosse dessa forma o mesmo não seria viável. O PMAQ não incorpora novas atribuições à AB, no entanto cobra ou exige que as atribuições da AB sejam cumpridas. O gestor manifesta preocupação com a continuidade do programa.	O PMAQ é percebido como um programa que oferece um suporte financeiro para a AB. Programa que pode contribuir para a melhoria do acesso e a qualidade da AB e para o fortalecimento da AB. É uma estratégia do MS para induzir mudanças nas condições e modos de funcionamento das equipes da AB. Normatiza o trabalho na AB. É uma fiscalização. É concebido como avaliação punitiva, gerando sentimentos como receio e medo. É um programa verticalizado. Não incorpora novas atribuições à AB, no entanto cobra ou exige que as atribuições da AB sejam cumpridas. É concebido como instrumento de gestão. Programa que dá trabalho para executar. Certifica o município de acordo com o seu desempenho na avaliação; É um programa vai existir durante um período de tempo, colocando em dúvida a sua continuidade.	O PMAQ é percebido como programa que financia a AB. Programa que veio para produzir mudanças nos modos de atuação da equipe da AB. Programa que pode contribuir para a melhoria da qualidade e do acesso à AB. O PMAQ normatiza a AB. É uma fiscalização associado à avaliação punitiva gerando sentimentos como medo, ansiedade e receio nos profissionais, concepção esta que foi sendo desconstruída após o primeiro ciclo, passando a ser concebido como programa que veio para contribuir para a melhoria da AB. Programa verticalizado. É um instrumento de responsabilização da gestão da AB e da equipe. É um instrumento de gestão. O PMAQ traz mais trabalho à AB.
Síntese Horizontal do Núcleo de Sentido Percepção sobre o PMAQ	O PMAQ é percebido como um programa de financiamento da AB, cujo recurso pode viabilizar a ESF de forma adequada, motivando o gestor a aderir ao programa. Programa que veio para induzir mudanças nos modos e funcionamento da AB entre as quais na infraestrutura das UBS e as condições de trabalho dos profissionais. Programa que pode viabilizar melhorias na qualidade e no acesso da ESF. É uma estratégia do MS para resolver os problemas da AB. Programa que permite identificar os problemas da AB permitindo intervenções para melhorar o que já vem sendo realizado. O PMAQ normatiza a AB. É uma fiscalização sendo associado à avaliação punitiva gerando sentimentos como medo, ansiedade e receio nos atores, concepção que foi sendo desconstruída, passando a ser visto como programa que veio para contribuir para a melhoria da AB. Programa verticalizado, porém defende que se não fosse dessa forma o mesmo não seria viável. Instrumento de responsabilização da gestão e da equipe. É compreendido como instrumento de gestão. O PMAQ traz mais trabalho à AB. Certifica o município de acordo com o seu desempenho na avaliação. É um programa vai existir durante um período de tempo, colocando em dúvida a sua continuidade.		

(continuação)

Núcleos de Sentido	Gestores municipais	Coordenadores da Atenção Básica	Trabalhadores
Potencialidades do PMAQ	O PMAQ tem o potencial de provocar mudanças na organização do processo de trabalho das equipes com vistas à qualificação. Tem o potencial de melhorar as condições de trabalho e de melhorar o atendimento à população.	O PMAQ tem o potencial de levar os profissionais e gestores a identificar os problemas e fragilidades. A partir desse diagnóstico os atores são compelidos a atuar sobre esses problemas. Tem potencial de reorganizar o processo de trabalho. Possibilita realizar melhorias na infraestrutura das UBS. Induz a implantação de processos de negociação na AB.	O PMAQ tem o potencial de levar o profissional a refletir o processo de trabalho na AB, como consequência expor as fragilidades e potencialidades subsidiando a tomada de decisão. Tem a potencialidade de promover a reorganização do processo de trabalho na AB e de trazer melhorias na infraestrutura das UBS, como climatização e transporte, por exemplo, e melhorias nas condições de trabalho.
Síntese Horizontal do Núcleo de Sentido Potencialidades do PMAQ	O PMAQ tem o potencial de levar os profissionais e gestores à identificação dos problemas e fragilidades subsidiando a tomada de decisão. O PMAQ tem o potencial de provocar mudanças na organização do processo de trabalho e na infraestrutura das UBS, como climatização e transporte, por exemplo, melhorando as condições de trabalho. Induz mudanças na gestão tentando implantar processos de negociação na AB.		
Facilidades durante o processo de implementação do PMAQ	Facilitaram a implantação do PMAQ no município: momentos de socialização de informações e de sensibilização junto aos gestores pela regional de saúde; momentos de sensibilização e socialização de informações com os profissionais; disponibilização pelo MS de sistema de informação, manual explicativo sobre o programa, instrumento de autoavaliação e da avaliação externa; momentos para monitoramento dos indicadores junto às equipes; empenho e proatividade dos atores.	Facilitaram a implantação do PMAQ no município: Momentos de sensibilização e socialização de informações com os gestores pela regional de saúde; Momentos de sensibilização e socialização de informações com os profissionais, para discussão sobre o programa, indicadores da autoavaliação e dos indicadores do PMAQ; planejamento da implantação do PMAQ no município; disponibilidade de um manual explicativo sobre o PMAQ; monitoramento dos indicadores do PMAQ com disponibilização da série histórica dos indicadores das equipes e acompanhamento da matriz de intervenção; postura do coordenador da atenção básica, que ficou à disposição das equipes, socializando informações, esclarecendo dúvidas, conduzindo os momentos de discussão e realizando os encaminhamentos necessários ao andamento do serviço; momentos de educação permanente, embora esses momentos fossem insuficientes; envolvimento e empenho dos profissionais e da gestão.	Facilitaram a implantação do PMAQ: momentos de sensibilização e socialização de informações com os profissionais; o modo como se deu a adesão variou entre os municípios, enquanto houve equipes que aderiam de forma voluntária ao PMAQ, em outras a adesão ao PMAQ não foi pactuada, foi feita de forma impositiva pelo gestor; houve resistência do profissional em aderir ao PMAQ; critérios para adesão: equipe completa e boa infraestrutura das UBS; momentos de discussão dos padrões da autoavaliação entre a gestão e os profissionais; momentos para discussão dos indicadores e estratégias de como atingi-los; oficina de monitoramento de indicadores com as equipes; houve momentos de Educação Permanente, porém com poucos avanços, era de forma pontual; planejamento realizado em equipe, no entanto não houve um acompanhamento e a execução desse planejamento.

(continuação)

Núcleos de Sentido	Gestores municipais	Coordenadores da Atenção Básica	Trabalhadores
Síntese Horizontal do Núcleo de Sentido Facilidades durante o processo de implementação do PMAQ	Vários fatores facilitaram a implantação do PMAQ nos municípios: socialização de informações junto aos gestores pela regional de saúde; momentos de sensibilização e socialização de informações com os profissionais, para discussão sobre o programa, indicadores da autoavaliação e dos indicadores do PMAQ; planejamento da implantação do PMAQ no município; o modo como se deu a adesão variou entre os municípios, enquanto houve equipes que aderiam de forma voluntária ao PMAQ, em outras a adesão ao PMAQ não foi pactuada, foi feita de forma impositiva pelo gestor; houve resistência do profissional em aderir ao PMAQ; critérios para adesão: equipe completa e boa infraestrutura das UBS; empenho e proatividade dos atores; interesse dos gestores em conhecer o programa, disponibilização pelo MS de sistema de informação, manual explicativo sobre o programa, instrumento de autoavaliação e de avaliação externa; monitoramento dos indicadores do PMAQ junto às equipes com disponibilização da série histórica dos indicadores das equipes e acompanhamento da matriz de intervenção; postura do coordenador da atenção básica, que ficou à disposição das equipes, socializando informações, esclarecendo dúvidas, conduzindo os momentos de discussão e realizando os encaminhamentos necessários ao andamento do serviço; momentos de educação permanente, embora esses momentos fossem insuficientes, era de forma pontual; envolvimento e empenho dos profissionais e da gestão; planejamento realizado em equipe, no entanto não houve um acompanhamento e a execução desse planejamento.		
Dificuldades durante a implementação do PMAQ	Dificuldades em adquirir equipamentos e realizar as mudanças necessárias nas UBS; Resistência dos profissionais na reconstrução devido o não cumprimento dos acordos entre gestão e profissionais em relação a dar um incentivo financeiro para os profissionais; pouca sensibilização com os gestores municipais; Falta de empenho e envolvimento dos profissionais; dificuldade em seguir o planejamento.	Insuficiência de recursos humanos na gestão da AB fragilizando o apoio institucional, a avaliação e o monitoramento sistemático, dificultando desenvolver a Educação Permanente em Saúde (EP), centralizando as responsabilidades na coordenação da AB e sobrecarregando o coordenador da AB; Dificuldade de adquirir equipamentos e realizar as mudanças necessárias nas UBS; Descontinuidade das ações implantadas devido eleições municipais, rotatividade de profissionais, sendo necessário implantar novamente os processos de melhoria na reconstrução; resistência dos profissionais na reconstrução devido o não cumprimento dos acordos entre gestão e profissionais em relação a dar um incentivo financeiro para os profissionais; Insuficiência de oficinas e treinamentos revelando um apoio institucional frágil dos entes estadual e federal com o município; Pouca sensibilização com os gestores municipais; Falta de acompanhamento dos municípios pelos outros entes: estadual e federal; Apoio insuficiente do às demandas das equipes; difi-	Dificuldade em realizar mudanças na estrutura física e aquisição de equipamentos; descontinuidade das ações; apoio insuficiente às demandas das equipes; insuficiência de recursos humanos na gestão da AB fragilizando o apoio institucional; dificuldades em reorganizar o serviço de acordo com as exigências do PMAQ; dificuldades em utilizar de forma sistemática todos os registros exigidos; resistência dos profissionais na reconstrução porque os acordos de dar um incentivo financeiro para os profissionais não foi cumprida; poucos momentos de EP, de forma pontual, às vezes processos individuais, não era sistemático no município, insuficiente para atender a necessidade da equipe; sobrecarga da gerência da unidade; desmotivação da equipe.

(continuação)

Núcleos de Sentido	Gestores municipais	Coordenadores da Atenção Básica	Trabalhadores
		culdade de executar do planejamento; resistência dos enfermeiros em aderir ao primeiro ciclo do PMAQ; sobrecarga dos enfermeiros.	
Síntese Horizontal do Núcleo de Sentido Dificuldades durante a implementação do PMAQ	Dificuldades vivenciadas durante o primeiro ciclo do PMAQ: Insuficiência de recursos humanos na gestão da AB fragilizando o apoio institucional, a avaliação e o monitoramento sistemático, dificultando desenvolver a EP, centralizando as responsabilidades na coordenação da AB e sobrecarregando o coordenador da AB; falta de acompanhamento dos municípios pelos outros entes: estadual e federal; pouca sensibilização dos gestores municipais; insuficiência de oficinas e treinamentos revelando um apoio institucional frágil dos entes estadual e federal com o município; poucos momentos de EP, que era de forma pontual, às vezes processos individuais, não era sistemático no município, insuficiente para atender a necessidade da equipe; dificuldades em adquirir equipamentos e realizar as mudanças necessárias nas UBS; dificuldades em reorganizar o serviço de acordo com as exigências do PMAQ; resistência dos profissionais na reconstrutualização devido o não cumprimento dos acordos entre gestão e profissionais em relação a dar um incentivo financeiro para os profissionais; Resistência dos enfermeiros em aderir ao primeiro ciclo do PMAQ; sobrecarga dos enfermeiros; descontinuidade das ações implantadas devido eleições municipais, rotatividade de profissionais, sendo necessário implantar novamente os processos de melhoria na reconstrutualização; Falta de empenho e envolvimento dos profissionais; Dificuldade em seguir o planejamento.		
Críticas ao PMAQ	Despreparo dos avaliadores externos; a avaliação externa não consegue avaliar a qualidade do processo de trabalho, apenas se tinha ou não os itens; falhas na avaliação: o resultado não foi justo.	Implantação do programa em período de eleições municipais; a adesão foi induzida porque está atrelada ao recebimento de recursos financeiros; postura autoritária e despreparo dos avaliadores externos; a avaliação externa não dá conta de avaliar a qualidade do processo de trabalho, apenas se tinha ou não os itens; demora e pouca divulgação dos resultados da avaliação, dificultando o acesso ao resultado; algumas equipes não conheciam o resultado da avaliação do primeiro ciclo, outras equipes tiveram acesso à nota da equipe, no entanto esperavam um resultado detalhado com explicitação das fragilidades e onde poderia melhorar.	Algumas equipes não conheciam o resultado da avaliação do primeiro ciclo, outras equipes tiveram acesso à nota da equipe, no entanto esperavam um resultado detalhado com explicitação das fragilidades e onde poderia melhorar; não houve uma discussão dos resultados com os profissionais; a avaliação externa não dá conta de avaliar a qualidade do processo de trabalho, apenas se tinha ou não os itens; a avaliação externa não considera ações em processo de implantação; despreparo dos avaliadores externos; postura autoritária dos avaliadores externos; apesar do PMAQ vir com uma postura de maior participação dos sujeitos e ambientes de co-gestão na prática se deu de forma verticalizada.
Síntese Horizontal do Núcleo de Sentido Críticas ao PMAQ	Os atores apresentaram várias críticas ao PMAQ: implantação do programa em período de eleições municipais; a adesão foi induzida pelo incentivo financeiro; a avaliação externa não consegue avaliar a qualidade do processo de trabalho, apenas se tinha ou não os itens e não considera ações em processo de implantação; postura autoritária e despreparo dos avaliadores externos; demora e pouca divulgação dos resultados da avaliação, dificultando o acesso ao resultado; algumas equipes não conheciam o resultado da avaliação do primeiro ciclo, outras equipes tiveram acesso à nota da equipe, no entanto esperavam um resultado detalhado com explicitação das fragilidades e onde poderia melhorar; não houve uma discussão dos resultados com os profissionais; apesar do PMAQ vir com uma postura de maior participação dos sujeitos e ambientes de co-gestão na prática se deu de forma verticalizada.		

(continuação)

Núcleos de Sentido	Gestores municipais	Coordenadores da Atenção Básica	Trabalhadores
Contribuições do PMAQ	As equipes implantação do acolhimento nas UBS; organização do fluxo de atendimento; monitoramento e análise de indicadores da AB; implantação de protocolos e registros; promoveu um processo de reflexão nas equipes mostrando como estava a atuação da equipe e evidenciando as fragilidades do processo de trabalho das equipes, direcionando a atuação da gestão sobre essas fragilidades; melhorias na infraestrutura das UBS (aquisição de carros e equipamentos, melhoria na estrutura física das UBS, conectividade, climatização); melhorias nas condições de trabalho; melhoria na remuneração dos profissionais; definição de prioridades junto com as equipes de ESF; sensibilização do gestor para implantação dos fóruns locais com o objetivo de subsidiar o planejamento participativo; redimensionamento dos recursos humanos com a implantação de apoiadores na AB em um município.	As equipes realizaram um diagnóstico situacional do território antes de iniciar a reorganização do processo de trabalho; as equipes construíram e passaram a usar sistematicamente impressos, registros e livros de acompanhamento de grupos; houve uma maior integração com os outros serviços da rede de atenção Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); as equipes e gestão da AB realizaram uma reflexão sobre o processo de trabalho na AB, identificando fragilidades e potencialidades; a equipe realizou um planejamento das intervenções sobre os padrões considerados problemáticos e passíveis de resolubilidade pela equipe; houve a troca de experiência entre as equipes; implantação da sala de situação na UBS; utilização do SIAB no monitoramento dos indicadores do PMAQ; maior mobilização e articulação entre os profissionais da equipe, entre as equipes e entre as equipes e a coordenação da AB; análise periódica do processo de trabalho na AB; a coordenação da AB implantou um cronograma de visitas às UBS/ equipes; melhorias nas condições de trabalho dos profissionais; melhorias na infraestrutura das UBS; melhoria na remuneração dos trabalhadores; definição de prioridades junto com as equipes de ESF; aproximação da gestão dos problemas das equipes e UBS; maior apoio da gestão às equipes que estavam no PMAQ.	As equipes realizaram das intervenções sobre os indicadores problemáticos da equipe; o PMAQ provocou uma reflexão sobre o processo de trabalho na AB, apontando as fragilidades e levando-as ao planejamento das intervenções; uso do sistema de informação para monitoramento dos indicadores; as equipes construíram e passaram a usar sistematicamente impressos, registros e livros de acompanhamento de grupos; realizaram acompanhamento das crianças com consultas de puericultura; realização da visita domiciliar médica; implantação do acolhimento na AB e sistematização do atendimento; houve um estreitamento das relações da equipe com o NASF; as equipes passaram a realizar ações de promoção de saúde; houve troca de experiência e maior articulação-interação-comunicação entre as equipes; mudanças nas práticas dos profissionais, que manifestam preocupação com a qualidade, em trabalhar com foco na comunidade, não está cometendo os mesmos erros, as mesmas falhas; melhorias na infraestrutura das UBS (transporte, climatização, estrutura física); melhorias no salário dos profissionais; o PMAQ reforçou a necessidade da EP no município; houve matriciamento em saúde mental; mudanças nas práticas de gestão na AB; implantação de mecanismos de controle social; o PMAQ fortaleceu o apoio institucional à equipe, com aproximação da gestão da realidade das equipes da AB; melhoria no apoio da gestão às equipes; criação da figura do apoiador em um município.

(conclusão)

Síntese Horizontal do Núcleo de Sentido Mudanças na AB	O PMAQ provocou uma reflexão sobre o processo de trabalho na AB, apontando as fragilidades e levando a gestão a as equipes ao planejamento das intervenções sobre os indicadores problemáticos da equipe. As equipes realizaram um diagnóstico situacional do território, para isso usaram o sistema de informação, que também foi usado para o monitoramento e análise dos indicadores. As equipes construíram e passaram a usar sistematicamente impressos, registros e livros de acompanhamento de grupos; realizaram acompanhamento das crianças com consultas de puericultura; implantaram a visita domiciliar médica; implantaram o acolhimento e sistematização do atendimento; realizaram ações de promoção de saúde; implantaram a sala de situação na UBS; implantaram mecanismos de participação e controle social. Houve sensibilização dos profissionais, que manifestam preocupação com a qualidade, em trabalhar com foco na comunidade, não está cometendo os mesmos erros, as mesmas falhas. Houve troca de experiência e maior articulação-interação-comunicação entre as equipes; estreitamento das relações da equipe com o NASF; maior integração com o CAPS, resultando em apoio matricial em saúde mental. O PMAQ reforçou a necessidade da EP no município. A coordenação da AB implantou um cronograma de visitas às UBS/ equipes. O PMAQ fortaleceu o apoio institucional à equipe, com aproximação da gestão da realidade das equipes da AB. Houve o redimensionamento dos recursos humanos com a implantação de apoiadores na AB em um município. O PMAQ promoveu mudanças nas práticas de gestão na AB, com definição de prioridades junto com as equipes de ESF e sensibilização do gestor para implantação dos fóruns locais com o objetivo de subsidiar o planejamento participativo. O PMAQ provocou melhorias na infraestrutura das UBS (estrutura física, aquisição de insumos e equipamentos, transporte, climatização, conectividade). Houve melhorias nas condições de trabalho e na remuneração dos profissionais.
--	--

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

APÊNDICE C – Carta de Anuência

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Percepção dos gestores e trabalhadores sobre a operacionalização do primeiro ciclo numa região de saúde do Ceará** que será realizada pela mestranda **Ediléia Marcela Dutra**, orientada pela Prof.^a **Maristela Inês Osawa Vasconcelos**, concordo em autorizar a realização da coleta de dados por meio de documentos que retratem sobre o primeiro ciclo do PMAQ no município e entrevista ao gestor municipal de saúde, coordenador da atenção básica e profissionais de saúde responsáveis pelas equipes da ESF, nesta Instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2013

Secretário Municipal de Saúde de _____

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sobral, ____ de _____ de 2013

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: percepção dos gestores e trabalhadores sobre a operacionalização do primeiro ciclo numa região de saúde do Ceará** que tem como objetivo principal de analisar a operacionalização do primeiro ciclo do PMAQ no âmbito dos municípios que compõem a 12ª região de saúde – Acaraú na perspectiva de gestores municipais da atenção básica e profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista contendo perguntas abertas que abordam sobre suas percepções referentes ao PMAQ, as dificuldades e facilidades encontradas durante a implementação primeiro ciclo avaliativo e as contribuições advindas com este programa.

Qualquer outros esclarecimentos poderão ser obtidos com a pesquisadora por meio do telefone (88) 99264420, ou pelo e-mail leiadutra@hotmail.com. e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, responsável pela autorização da pesquisa, por meio do telefone: (88) 3677-4255 e e-mail: cep@uvanet.br

Assinatura do entrevistador**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

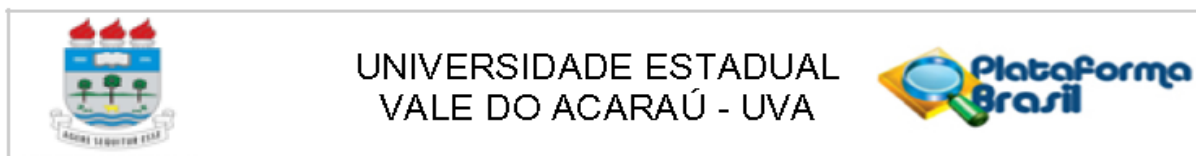
Declaro que tomei conhecimento do estudo **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: percepção dos gestores e trabalhadores sobre a operacionalização do primeiro ciclo numa região de saúde do Ceará**, realizado pela pesquisadora Ediléia Marcela Dutra e orientada pela Prof.^a Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação da entrevista. Estou ciente de que a qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da pesquisa.

Sobral, ____ de _____ de 2013

Ciente: _____

Assinatura do Sujeito

ANEXO – Parecer consubstanciado do CEP/UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA NACIONAL PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA- PMAQ: PERCEPÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DO PRIMEIRO CICLO NUMA REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

Pesquisador: Ediléia Marcela Dutra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 190304 13.7.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 419.031

Data da Relatoria: 02/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva e documental, com abordagem qualitativa com foco nas percepções de gestores, coordenadores da atenção básica e profissionais da ESF sobre o PMAQ. A pesquisa será realizada no âmbito dos municípios que compõem a 12ª Região de Saúde-Acaraú, que é constituída pelos municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos. Os sujeitos da pesquisa serão os gestores municipais de saúde e os profissionais das equipes da ESF que aderiram ao PMAQ no primeiro ciclo avaliativo, iniciado em novembro de 2011, por ocasião da adesão ao programa e concluído em abril de 2013, por ocasião da reconstrutualização e início do segundo ciclo avaliativo. A pesquisa terá como fonte de dados, documentos como atas, registros em livros de reuniões e outros documentos existentes nos municípios, que retratem sobre o primeiro ciclo do PMAQ. Para extrair as informações destas fontes de dados será utilizado um roteiro para levantamento de dados das fontes documentais. Ademais a coleta dos dados será realizada por meio de entrevista utilizando-se um roteiro semi-estruturado. A análise dos dados será realizada por meio da técnica de análise de conteúdo categorial temática de Bardin (2011).

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

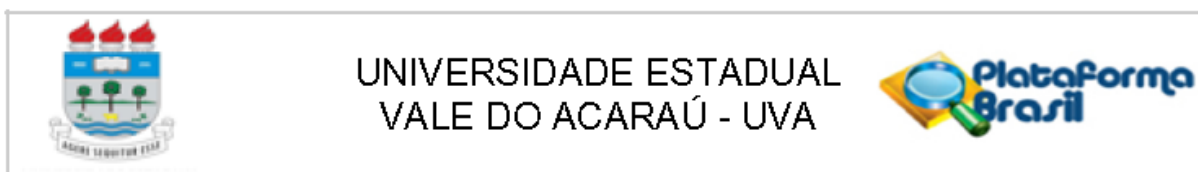
UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 419.031

Objetivo da Pesquisa:

Projeto com o objetivo principal de analisar a operacionalização do primeiro ciclo do PMAQ no âmbito dos municípios que compõem a 12ª região de Saúde-Acaraú na perspectiva de gestores municipais da atenção básica e profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta como riscos o constrangimento dos sujeitos ao responder a entrevista e como benefícios poderá contribuir para melhorias no Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ, principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento da atenção básica no país, a partir das percepções dos gestores municipais de saúde e profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família- ESF. Tais informações poderão levar a adequações nos próximos ciclos avaliativos do PMAQ ao considerar a visão desses atores, suas dificuldades e impressões sobre o PMAQ.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto apresentando boa contextualização, bem como relevante aprofundamento sobre a Avaliação em Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto incluiu os Termos de apresentação obrigatórias conforme exigências éticas.

Recomendações:

Recomendamos a aprovação do Projeto de Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou o projeto de pesquisa APROVADO.

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 419.031

SOBRAL, 09 de Outubro de 2013

Assinador por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com