



**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**



**EVALDO EUFRÁSIO VASCONCELOS**

**ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA  
12ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ: AUTOAVALIAÇÃO DAS EQUIPES DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SOBRAL – CE**

**2014**

EVALDO EUFRÁSIO VASCONCELOS

ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 12ª  
REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ: AUTOAVALIAÇÃO DAS EQUIPES DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Inês Osawa Vasconcelos.

SOBRAL – CE

2014

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**  
**Universidade Estadual Vale do Acaraú**  
**Biblioteca Central**

V331a      Vasconcelos, Evaldo Eufrásio.  
                Acesso e qualidade da atenção básica à saúde dos municípios da 12ª  
                Região de Saúde do Ceará: autoavaliação das equipes da Estratégia Saúde da  
                Família / Evaldo Eufrásio Vasconcelos . – 2014.  
                116 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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Inês Osawa Vasconcelos.

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

CDD: 362.1098131

EVALDO EUFÁSIO VASCONCELOS

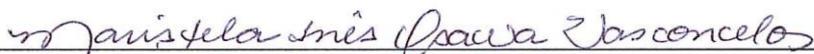
ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS  
DA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ: AUTOAVALIAÇÃO DAS EQUIPES DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

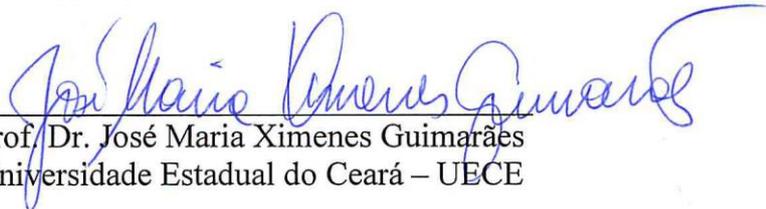
Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF e Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

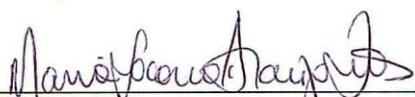
Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Aprovado em: 13/06/2014

BANCA EXAMINADORA

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos - Orientadora  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

  
Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Socorro de Araújo Dias  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

## AGRADECIMENTOS

Um sonho sempre desejado, mas muito distante, se torna realidade. E não foi do dia à noite, muito menos sozinho, pois muitos contribuíram para esta realização e, por isso, quero agradecer.

Primeiramente, a Deus, a quem sempre louvo, peço perdão e entrego a minha vida.

Aos meus parentes, pela admiração e apoio que sempre recebi.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela, minha orientadora, pela confiança, paciência, ideias e saberes que me conduziram nesse processo. Pessoa simples, radiante e por mim admirada.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Socorro Dias, pelas contribuições na pré-qualificação, qualificação e a presença na banca da defesa. Sempre me ajudando a entender melhor o caminho a seguir, mas, se não fosse por isso, seria pela grande admiração que tenho por seu profissionalismo.

Ao Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimaraes: a você, não somente um agradecimento, mas um reconhecimento, primeiro por ter despertado em mim o gosto pela pesquisa e me fazer pensar que também seria capaz de experimentar um processo desses. Segundo, pela admiração do seu profissionalismo e da sua competência sempre tão presentes, além da amizade sincera estabelecida durante os anos de solidão amapaense. Muito obrigado.

À colega de turma, de trabalho, de estudo, de ajuda, de viagens, de sofrimento, de sonho, de parceria... Sozinho teria sido muito difícil-Ediléia.

Aos coordenadores da 12<sup>a</sup> CRES Acaraú, Dr. Lázaro e Socorro Chaves, pelo apoio, liberação e o incentivo aos estudos.

Aos colegas da Regional de Saúde, pelo apoio, ajuda e as palavras de incentivo.

Aos amigos Jarlinda, Paizinha e Gabriel, pelo acolhimento e os bons momentos vividos juntos nas noites sobralenses, quando foram possíveis.

## RESUMO

Em 2011, foi instituído o produto de uma importante negociação e pactuação das três esferas da gestão do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que buscava principalmente induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB. O estudo teve como objetivo analisar o acesso e a qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios integrantes da 12ª Região de Saúde do Ceará que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica quando da autoavaliação. Trata-se de um estudo de abordagem quantiqualitativa. Ocorreu na 12ª Região de Saúde do Ceará, no período de agosto 2012 a abril de 2014, tendo como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturado, bem como o banco de dados das AMAQ respondida por 27 ESF na região de saúde. Os achados qualitativos foram submetidos à análise temática de Minayo, mostrados em quadro síntese e categorias empíricas. Os dados quantitativos foram expressos em tabelas e analisados com base na estatística simples descritiva. Os principais achados qualitativos que emergiram da autoavaliação foram exibidos em três categorias empíricas mediante seus núcleos de sentidos: a ideia de (des)conhecimento do PMAQ, a concepção dos sujeitos sobre a autoavaliação e o caminho para se desenvolver a autoavaliação. Tudo isso resultou na formulação de consensos sobre a autoavaliação. Foram percebidas a (des)continuidade e a fragilidades da autoavaliação, identificaram-se seus sujeitos e suas autonomias, bem como a corresponsabilização na autoavaliação, as finalidades da autoavaliação, institucionalidade e os feitos desse processo. Na parte quantitativa, foi possível conhecer a classificação de cada dimensão da AMAQ, bem assim suas subdimensões, e em cada uma delas os padrões avaliados como problemáticos e que dificultam o acesso e a qualidade dos serviços prestados na atenção básica. Considera-se que a AMAQ pode ser uma potente ferramenta no diagnóstico da situação local da equipe e, assim, permite fazer intervenções em seus padrões negativos na busca pela garantia do acesso, da qualidade e dos processos de trabalho das equipes da ESF. Pode-se dizer, a análise mostrou que a autoavaliação se tornou um instrumento de grande valia para a melhora da qualidade das ações das equipes, ao permitir que elas façam um diagnóstico dos seus pontos negativos e positivos. Cada gestor e cada equipe podem, com origem na identificação desses padrões, avaliá-los e traçar estratégias de garantia do acesso e da qualidade dos serviços, tomando medidas para melhorá-los. Os resultados proporcionaram reflexão acerca do planejamento, gestão e qualificação da Atenção Básica à Saúde ante esse novo programa, que busca instituir uma cultura avaliativa requerida no campo da saúde.

**Palavras chave:** Estratégia Saúde da Família. Autoavaliação em saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

## ABSTRACT

In 2011, the result of an important negotiation and agreement of the three SUS (the acronym for the National Health System in Brazil) management spheres was established, the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care (PMAQ), which aimed mainly to induce the increasing access and improving quality of the AB. The study aimed to analyze the access and the quality of the Family Health Strategy in municipalities member of the 12th Health Region of Ceará that joined the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care when the self-assessment. This is a study of quantiquantitative approach. It occurred in the 12th Health Region of Ceará, from August 2012 to April 2014, with a semi structured interview script as its data collection tool, as well as the database of AMAQ, answered by 27 ESF in the Health Region. The qualitative findings were submitted to thematic analyses, shown in the table synthesis and empirical categories. The Quantitative data were expressed in tables and analyzed using simple descriptive statistics. The main qualitative findings as results of the self-assessment were displayed in three empirical categories through their groups of meaning: the idea of (un) knowledge of PMAQ, the concept of the subjects about the self-assessment and the way to develop It. All of these resulted in the formulation of consensus about self-assessment. It was perceived the (dis)continuity and weaknesses of the self-assessment. We identify their subjects and their autonomy, as well as co-responsability in the self-assessment, self-assessment purposes, institutions and acts of this process. In the quantitative part, It was possible to know the classification of each dimension of AMAQ, as well as its sub-dimensions, and in each of them the standards assessed as problematic and that make the access and quality of the services provided in primary care more difficult. It is considered that AMAQ can be a powerful tool in diagnosis of the local team situation and thus allows interventions in their negative patterns in the search for ensuring access, quality and work processes of the Family Health System (FHS) teams. It can be said that the analyses showed that the self-assessment has become a valuable tool for improving the quality of the work of the teams, by allowing them to make a diagnosis of its positive and negative points. Each manager and each team can, based on the identification of these patterns, evaluate them and trace assurance strategies of access and quality of services, applying measures to improve them. The results provided reflection on the planning, management and qualification of the primary health care, in light of this new program, which seeks to establish an evaluation culture required in the health field.

**Keywords:** Family Health Strategy. Self-assessment in health. National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1 – Elementos estruturais e atributos da APS.....</b>	<b>21</b>
<b>Quadro 2 – Estrutura do Instrumento AMAQ-AB.....</b>	<b>45</b>
<b>Quadro 3 – Caracterização dos municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará.....</b>	<b>50</b>
<b>Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos participantes do estudo, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>52</b>
<b>Quadro 5 – Confronto dos depoimentos dos coordenadores da AB, PMAQ, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>55</b>
<b>Quadro 6 – Síntese horizontal dos Núcleos de Sentidos dos discursos dos coordenadores da atenção básica da 12ª Região de Saúde – Acaraú – Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>58</b>
<b>Quadro 7 – Associação das Categorias Empíricas com respectivos núcleos de sentidos</b>	<b>60</b>
<b>Figura 1 – Desenho do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade.....</b>	<b>42</b>
<b>Figura 2 – Mapa da 12ª Região de Saúde do Ceará.....</b>	<b>50</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Elenco da síntese dos indicadores do PMAQ.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabela 2 – Distribuição das subdimensões da dimensão Gestão Municipal, do 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabela 3 – Padrões avaliados negativamente na subdimensões Gestão do trabalho, AMAQ, 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>78</b>
<b>Tabela 4 – Distribuição das subdimensões da dimensão Gestão da Atenção Básica, do 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>80</b>
<b>Tabela 5 – Padrões avaliados negativamente na dimensão Gestão da Atenção Básica, AMAQ, 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>81</b>
<b>Tabela 6 – Classificação das ESF na dimensão Unidade Básica de Saúde para o 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>83</b>
<b>Tabela 7 – Padrões avaliados negativamente na dimensão Unidade Básica de Saúde, AMAQ, 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>84</b>
<b>Tabela 8 – Classificação das ESF na dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, para o 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>86</b>
<b>Tabela 9 – Padrões avaliados negativamente na dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, AMAQ, 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014.....</b>	<b>88</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AISs	Ações Integradas de Saúde
AMAQ	Autoavaliação do Programa de 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
Bloco AB	Bloco de Financiamento de Atenção Básica
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ELB	Estudos de Linha de Base
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do SUS
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCCS-SUS	Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Plano Nacional de Saúde

PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RENASES	Rede Nacional dos Serviços de Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SES	secretarias estaduais de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
USF	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>A atenção primária à saúde e a reorganização do sistema de saúde brasileiro..</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Estratégia saúde da família: reorganizadora da APS e coordenadora da rede cuidados.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3</b>	<b>Acesso aos serviços de saúde no Brasil.....</b>	<b>28</b>
<b>2.4</b>	<b>Avaliação dos serviços de saúde.....</b>	<b>32</b>
<b>2.5</b>	<b>Avaliação da atenção básica no Brasil.....</b>	<b>37</b>
<b>2.6</b>	<b>O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).....</b>	<b>40</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>47</b>
<b>3.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento do estudo.....</b>	<b>48</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3</b>	<b>Período do estudo.....</b>	<b>51</b>
<b>4.4</b>	<b>Informantes chave/fontes de informação.....</b>	<b>51</b>
<b>4.5</b>	<b>Técnicas de coleta de dados: entrevista e análise documental.....</b>	<b>52</b>
<b>4.6</b>	<b>A exploração e a coleta de dados.....</b>	<b>53</b>
<b>4.7</b>	<b>Técnicas de análise dos dados.....</b>	<b>54</b>
<b>4.7.1</b>	<b>Análise qualitativa.....</b>	<b>54</b>
<b>4.7.1.1</b>	<b>Ordenação dos dados.....</b>	<b>54</b>
<b>4.7.1.2</b>	<b>Classificação dos dados.....</b>	<b>55</b>
<b>4.7.1.3</b>	<b>Análise final dos dados.....</b>	<b>55</b>
<b>4.7.2</b>	<b>Análise quantitativa.....</b>	<b>56</b>
<b>4.8</b>	<b>Aspectos legais e éticos da pesquisa.....</b>	<b>56</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
<b>5.1</b>	<b>1º parte: apresentação e discussão dos resultados qualitativos.....</b>	<b>58</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Autoavaliação em saúde: concepções e práticas na ESF.....</b>	<b>60</b>
<b>5.1.2</b>	<b>O sujeito na autoavaliação em saúde: possibilidades de construção de autonomia e corresponsabilidades.....</b>	<b>67</b>

<b>5.1.3</b>	<b>A autoavaliação na atenção básica a saúde: intencionalidades e efeitos no contexto do PMAQ.....</b>	<b>72</b>
<b>5.2</b>	<b>2º parte: apresentação e discussão dos resultados quantitativos.....</b>	<b>75</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Dimensão gestão municipal.....</b>	<b>76</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Dimensão gestão da Atenção Básica.....</b>	<b>80</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Dimensão unidade básica de saúde.....</b>	<b>82</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Dimensão perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde.....</b>	<b>85</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>103</b>
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	104
	APÊNDICE B – Carta de anuência.....	105
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	106
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Pós-Informado.....	107
	APÊNDICE E – Comprovação de submissão de Artigo para Revista Saúde em Debate.....	108
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>109</b>
	ANEXO A – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ).....	110
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP/UVA.....	114

## 1 INTRODUÇÃO

No final dos anos 1980, inicia-se, no Brasil e na América Latina, a terceira geração das reformas do setor saúde, conhecido como processo de Reforma Sanitária. No cenário brasileiro, o movimento de reestruturação do modelo de atenção à saúde foi impulsionado pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, após experiência bem-sucedida do Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Em de 1998 ocorreu a ampliação/implementação do PSF, o qual passou a constituir uma estratégia para a reorganização do sistema de saúde brasileiro, tomando a Atenção Primária como porta de entrada preferencial para o usuário do SUS. Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e pela organização do sistema de saúde no Brasil. Compõe parte do conjunto de prioridades políticas expressas pelo Ministério da Saúde (MS) e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo como desafio ampliar suas fronteiras de atuação, visando à universalização do acesso aos serviços básicos de saúde, à integralidade das ações e a uma maior resolubilidade da atenção, superando, assim, as profundas iniquidades de acesso e da qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2000a).

Verifica-se que a ESF avançou em cobertura nos municípios brasileiros, no entanto esta expansão nem sempre correspondeu à mudança no modelo de atenção (GIOVANELLA *et al.*, 2009). Dentre os limites para a consolidação das diretrizes da ESF, vários autores apontam os relacionados às práticas profissionais e da gestão (GIL, 2006), a falta de integração do sistema e coordenação dos cuidados (GIOVANELLA *et al.*, 2009) e pouco investimento na produção e inovação tecnológica aplicada ao monitoramento e avaliação dos resultados da ESF (SOUSA; HAMANN, 2009).

Malgrado a expansão de cobertura das equipes no Território Nacional, foi desenvolvido um projeto cujos objetivos principais são incentivar e ampliar o número de equipes, formar profissionais para o trabalho na estratégia e fortalecer o monitoramento e a avaliação nessas localidades. O Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do MS, voltada para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) no País (BRASIL, 2006c). Na realidade da ESF contudo, ainda persistem na atualidade problemas referentes à sua operacionalidade e à qualidade da atenção prestada.

Desse modo, ao se considerar que a ESF se expande, inclusive nos grandes centros urbanos, possibilitando a reafirmação dos princípios do SUS mediante seu acelerado

crescimento, emerge a necessidade do desenvolvimento e implementação de processos avaliativos que forneçam aos gestores e profissionais informações sobre a qualidade da atenção, as quais possam subsidiar a tomada de decisões com vistas à adoção de medidas voltadas para a melhoria da qualidade do atendimento prestado à população (SILVA; CALDEIRA, 2011).

Assim, percebe-se a necessidade do uso de mecanismos de avaliação, que pode ser considerada como um componente das práticas presentes em diversos campos do espaço social. O significado da avaliação em programas sociais se relaciona à determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou do produto (HARTZ; SILVA, 2005).

Em suas muitas dimensões: a avaliação também pode consistir em

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

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde considera os componentes dos programas ou serviços de saúde, tendo, na maioria das vezes, como modelo clássico a proposição de Donabedian (1978 *apud* GUIMARÃES, 2012), que se baseia em três componentes do cuidado em saúde: 1. Estrutura – são as condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá; 2. Processo no qual ocorre a inter-relação do prestador com o receptor de cuidados; dinâmica do cuidado; e 3. Resultados – relaciona-se ao produto final da assistência prestada, à mudança do estado de saúde do paciente, que pode ser atribuída a esse cuidado. Considera, ainda, aspectos como a satisfação de padrões e expectativas em relação aos serviços.

Reconhecendo a existência de tal necessidade, o MS empreende esforços com vistas a qualificar a atenção e a gestão em saúde no SUS. A avaliação dos serviços de saúde é um desafio para muitos gestores, na busca de estratégias que subsidiem a tomada de decisão com vistas à efetividade do direito à saúde. Especificamente no âmbito da atenção básica, o MS implementa estratégias de avaliação, as quais estão centradas fundamentalmente no acesso e qualidade da qualidade da atenção.

Em 2005, o MS lançou uma proposta de avaliação formativa específica para a ESF, dirigida aos gestores e profissionais com base na autoavaliação e apontando padrões de

referência para organização dos serviços. Constitui a **Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família-AMQ** (BRASIL, 2005a). A AMQ é um modelo de autoavaliação, participativo e de adesão voluntária, capaz de identificar os pontos passíveis de melhorias na ESF, e pretende promover a cultura de avaliação e gestão da qualidade (BRASIL, 2006a). Nesse sentido, a utilização da AMQ no contexto da ESF em municípios de pequeno porte, pioneiros na implantação, foi um grande desafio pelos padrões de excelência que ela continha. Soma-se a isso o fato de a AMQ não ser obrigatória e não trazer nenhum incentivo financeiro (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011), fazendo com que ela não produzisse os efeitos esperados na avaliação da ESF; uma estratégia que não conseguiu institucionalizar a cultura da avaliação na AB.

Em 2011, foi instituído pela Portaria de Nº 1.654 GM/MS, do dia 19 de junho de 2011, o produto de uma importante negociação e pactuação das três esferas da gestão do SUS, que contou com vários momentos, nos quais MS e gestores municipais e estaduais foram representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), desenhando-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Teve como objetivo principal induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, 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. Para tentar alcançar os objetivos propostos o PMAQ, busca promover profunda mudança no financiamento da Atenção Básica, vinculando parte importante dos recursos à implantação de padrões que indicam a ampliação do acesso aos serviços, à melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores (BRASIL, 2011a).

Cabe ressaltar o fato de que, nos documentos oficiais que tratam sobre o PMAQ, a qualidade é conceitualmente entendida como elaboração social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos, os quais atribuem significado às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos. Em certo momento, é definida como o grau de atendimento aos padrões estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos agentes (BRASIL, 2012b). Autores como Uchimura e Bosi (2002) ainda consideram a complexidade e a relatividade inerentes ao conceito de qualidade, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade. Já o acesso aqui

pode ser entendido como “porta de entrada”, o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade (JESUS; ASSIS, 2010).

A operacionalização do PMAQ está organizada em quatro fases, que se complementam e se conformam num ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o MS, numa reunião que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. O desenvolvimento faz parte da segunda fase do PMAQ, e consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de AB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover melhoria do acesso e da qualidade da AB. Esta fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A terceira fase do PMAQ refere-se à avaliação externa, no âmbito da qual se realiza um conjunto de ações, para analisar a situação de como se encontram o acesso e a qualidade das equipes de Atenção Básica, que participam do programa. A quarta fase ocorre após a certificação da AB. Será baseada no desempenho de cada equipe durante a avaliação, visando a uma nova contratualização de indicadores e compromissos, na qual se concretiza o ciclo de avaliação da qualidade previsto pelo programa. Para tal certificação, é considerado o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores (BRASIL, 2011a, 2012b).

Para fins deste estudo, toma-se como objeto a etapa da Autoavaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), mediada por um instrumento autoavaliativo respondido por profissionais e gestores de saúde. Concomitantemente as equipes elaboram um plano de ação, em que são priorizados problemas e estabelecidas estratégias de intervenção para a superação dos problemas identificados.

A autoavaliação estimula o coletivo a submeter seu processo de trabalho a análise e a pensar modos de mudá-lo para superar problemas e alcançar objetivos pactuados por este mesmo coletivo. Trata-se de uma providência que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões, constituindo-se como ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2012b).

Quando um coletivo se permite vivenciar uma avaliação, quando deflagra uma autoavaliação, o resultado se traduz em uma transformação e esta, por sua vez, potencializa o alcance dos resultados esperados, ou seja, a qualificação da gestão e da atenção à saúde.

O objetivo dessa estratégia é também possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados autoavaliativos.

Portanto, a operacionalização desta pesquisa parte das seguintes questões: como ocorreu a autoavaliação do acesso e qualidade da AB nos municípios circunscritos à 12ª Região de Saúde? Quais os agentes envolvidos? Os agentes seguiram os passos sugeridos no roteiro orientador para a autoavaliação do PMAQ? A autoavaliação possibilitou a reorganização e qualificação do trabalho? Quais os principais problemas que dificultam o acesso e a qualidade dos serviços na estratégia Saúde da Família?

Destaca-se o fato de que a eleição do objeto de estudo decorre da inserção deste pesquisador no campo empírico, atuante como técnico da vigilância à saúde, na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), junto aos Municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Jijoca de Jericoacoara, Itarema, Marco e Morrinhos, desempenhando funções de apoio técnico e supervisão na AB. Soma-se a este fato a pertinência da investigação assinada na análise do cenário sanitário do Brasil, no qual o MS, na perspectiva de materializar os objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), busca implantar estratégias de melhoria do acesso e qualificação dos serviços públicos de saúde, particularmente na AB. Observam-se ainda, para justificar este ensaio, que se configuram como meta do atual governo questões relacionadas ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, onde estes se expressam, em primeiro lugar na agenda do MS. Por fim, justifica-se pela possibilidade de auxiliar os municípios na ampliação de sua capacidade de análise e intervenção na atenção e na gestão em saúde.

Situando este experimento no âmbito da avaliação de serviços de saúde, acredita-se que ele tem o potencial de contribuir para a reflexão crítica acerca do trabalho, do modelo de atenção e da gestão na AB, além de fornecer subsídios para a tomada de decisão, por parte dos trabalhadores e gestores, podendo, assim, evidenciar de maneira objetiva as potencialidades e limitações da AB, conduzindo, pois, as mudanças necessárias para a melhoria do trabalho em equipe e a favor dos usuários. Convém assinalar o fato de que a ampliação do financiamento da ESF está vinculada ao desempenho das equipes, sob mensuração dos indicadores de qualidade, objeto de avaliação na proposta do PMAQ, como estratégia de indução da melhoria do acesso e da qualidade da AB. Demanda-se também, conhecer as contribuições de quando se deflagra uma autoavaliação e, com isso, os resultados esperados na transformação do trabalho com vistas à melhoria do acesso de qualidade da atenção à saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A atenção primária à saúde e a reorganização do sistema de saúde brasileiro

Minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e alcance de um ótimo nível de saúde, representa uma das principais metas de todo o sistema de saúde. Construir as bases da atenção primária, adotando os princípios da Organização Mundial de Saúde (OMS), é propor sistemas de atenção dirigidos por valores da dignidade humana direcionados para a Promoção da Saúde, com centro nas pessoas e foco na qualidade e financiamento sustentável, de cobertura universal e acesso equitativo (STARFIELD, 2002).

Ainda segundo a autora, outra meta dos serviços de saúde é aperfeiçoar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. Requer conhecimento acumulado, subspecialização, enfoque nas enfermidades e uso de desenvolvidas tecnologias. É improvável, contudo, que produza uma atenção básica altamente efetiva, pois a especialização direcionada ao tratamento da enfermidade não pode maximizar a saúde, porque a prevenção e a promoção de um ótimo funcionamento transcendem as enfermidades específicas.

Questionamentos dos modelos verticais de assistência à saúde em países em desenvolvimento, como o combate às endemias, doenças transmissíveis e outras, levaram a OMS a aprofundar a crítica ao modelo biomédico de atenção à saúde. A libertação de colônias africanas e a democratização da América Latina intensificaram a modernização, com ênfase nos valores locais, onde foi privilegiado um modelo de atenção à saúde distinta do padrão estadunidense hegemônico. Aconteceram críticas à especialização progressiva e ao elitismo médico, ganhando destaque a articulação das práticas populares e a democratização do conhecimento médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Embora muito falada atualmente, a Atenção Primária teve difusão atribuída ao **Relatório Dawson**, elaborado pelo ministro de saúde do Reino Unido que, em 1920, a associou com a ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados, mas foram necessários mais de 50 anos para que alguns de seus princípios fossem postos em prática em todo o mundo (CONIL, 2008).

As experiências com “médicos descalços chineses”, leigos que combinavam cuidados preventivos e curativos, alopatia e medicina tradicional e atuavam em regiões rurais,

difundido mundialmente, bem como o relatório do Ministério da Saúde canadense, que mostrava a importância da prevenção das doenças e Promoção da Saúde, assumido como responsabilidades governamental, conhecido como **Relatório Lalonde**, levaram a China a propor a OMS uma conferência de atenção primária (MATTA; MOROSINI, 2008).

Os autores ainda expressão haver sido assim que a OMS e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) organizaram a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), sediada no Casaquistão, na cidade de Alma-Ata, em 1978, e propuseram um acordo e uma meta entre seus Estados membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, por via da APS. Essa política internacional ficou conhecida como Saúde para Todos no Ano 2000. Desde então, a Atenção Primária foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo efetivo, primeira componente de uma permanente de assistência sanitária, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação.

A Declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.

Esta Declaração foi um marco, em termos de “imagem-objetivo”, para o reordenamento dos sistemas de saúde no mundo, capazes de privilegiar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo (ASSIS *et al.*, 2007).

Segundo a Declaração de Alma-Ata, atenção primária foi definida como

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

A ideia de atenção primária expressada na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação

com outros setores, com vistas ao desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. Ainda nessa concepção, para Giovanella e Mendonça (2008) a APS representa o primeiro nível de contato com os sistemas de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Não se restringe, contudo, ao primeiro nível, integrando uma permanente assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção e a cura e a reabilitação.

A atenção primária representa o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, concede atenção para todas as condições, exceto as mais comuns ou raras e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. Este compartilha, também, características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade de custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe. A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Para a autora, a atenção primária difere dos demais níveis de atenção, por exprimir várias características: lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias; necessita de serviços preventivos; é menos hierárquica em sua organização e lida com uma variedade mais ampla de problemas. É reconhecido o papel da atenção primária como um sistema de atenção que oferece atendimento acessível e aceitável aos pacientes; assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde, integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde; controla de forma racional a tecnologia da atenção secundária e dos medicamentos e aumenta a relação custo-efetividade dos serviços por denotar as seguintes características: é geral, é acessível, é integrada, continuada, por equipe, é holística, é pessoal, é orientada para a família, é dirigida para a comunidade, é coordenada, confidencial e defensora.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a médica Barbara Starfield, pesquisadora estadunidense, utilizou uma abordagem para caracterizar a atenção primária, definindo os atributos essenciais para os serviços de atenção primária. Essa abordagem, reconhecida por especialistas e também difundida no Brasil, considera como características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidades longitudinais pelo paciente com a continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; garantia de cuidado integral, considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e

sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas (Quadro 1).

**Quadro 1 – Elementos estruturais e atributos da APS**

<b>Elementos estruturais da APS</b>	<b>Atributos da APS</b>
<p><b>Acessibilidade</b> Envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual entende os horários e dias em que estão abertos para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.</p>	<p><b>ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO</b> Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema novo ou episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato a menos que seus usuários em potencial percebam-na como acessível e isto se reflita na sua utilização. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual).</p>
<p><b>Variedade de serviços</b> Pacote de serviços disponíveis para a população bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis.</p>	<p><b>A LONGITUDINALIDADE</b> Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveriam ser refletidos em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.</p>
<p><b>Definição da população eletiva</b> Inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidades e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são consideradas parte dela.</p>	<p><b>A INTEGRALIDADE</b> Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentre delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para o manejo definitivo para problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar, e outros serviços comunitários. Embora cada unidade de atenção primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes como para a equipe, bem como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades.</p>
<p><b>Continuidade</b> Consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende o paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente.</p>	<p><b>A COORDENACAO</b> Requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meios de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual). Por exemplo, o estado de problemas observados em consultas anteriores ou problemas pelos quais ouve algum encaminhamento para outros profissionais, deveriam ser avaliados nas consultas subsequentes. Este reconhecimento de problema será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas. Assim, tanto a continuidade quanto o reconhecimento são necessários para avaliar a coordenação da atenção.</p>

Fonte: Starfield (2002).

A atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, serviço de inaugura o contato do paciente com o sistema de saúde, direcionado a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, é em geral denominada de Atenção Primária à Saúde. Giovanella e Mendonça (2008) ainda lembram que a Atenção Primária também é chamada de serviços ambulatoriais, principalmente nos países europeus, sendo integrada a um sistema de saúde de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde, também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolubilidade.

Surgiram assim, no contexto internacional, três interpretações principais da APS: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Essas três decodificações dos cuidados primários são encontradas, em vários países e, até mesmo, convivem num mesmo país, em igual (MENDES, 2012).

Grande dificuldade na definição precisa da APS está na ambiguidade do termo primário que pode conotar algumas significações distintas: simples ou básico, ponto de primeiro contato, lugar de triagem, expressão principal da atenção à saúde etc. Não há dúvidas, porém de que a expressão primária foi conotada para expressar o atributo essencialíssimo da APS, o do primeiro contato (MENDES, 2011).

Enquanto a difusão da ideia da Atenção Primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados para a população mais pobre, passou a ser ideiação hegemônica pelas agências internacionais de fomento, o Brasil passou a utilizar a diação Atenção Básica para designar atenção primária no SUS, buscando assim diferenciar as políticas proposta pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No Brasil a APS tem larga história no sistema público de atenção à saúde e pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento ao longo de vários anos. Mendes (2012) define sete ciclos que resumem a história da APS no Brasil, aqui habitualmente chamada de atenção básica:

- a) O primeiro ciclo surgiu, na segunda década do século XX, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo. Provavelmente, esses centros sofreram a influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. Eles tinham uma população adscrita, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, focalizavam na promoção da saúde e na prevenção das doenças e faziam um corte nítido entre o campo da saúde pública e campo da atenção médica;

- b) O segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O SESP, criado como parte do esforço de guerra, num convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller e inspirado no modelo sanitário americano, foi pioneiro na criação de unidades de APS que articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais e algumas ações verticais de saúde pública;
- c) O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sepiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade;
- d) O quarto ciclo, nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma-Ata, em 1978. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. Deu-se, então, uma forte expansão da APS no país, por meio de um amplo programa de medicina simplificada;
- e) O quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AISs) para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, e com isso, parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). As AISs foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e, em 1988, a nova Constituição Federal criou o SUS, adotando como uma de suas diretrizes, a descentralização;

- f) O sexto ciclo representa a instituição do SUS que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios. A assunção pelos municípios das responsabilidades de APS gerou uma enorme expansão da APS no SUS;
- g) No sétimo ciclo, a implantação do PSF significou o desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira. Pela primeira vez, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão da APS uma dimensão qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de Medicina familiar.

A estratégia de APS como política pública, discutida e implantada em muitos países, aqui no Brasil é conceituada e oficialmente denominada de Atenção Básica à Saúde, filia-se à ideia proposta pela Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), hoje com suas bases fortemente consolidadas pela Estratégia Saúde da Família, que será objeto de estudo do próximo item.

## **2.2 Estratégia saúde da família: reorganizadora da APS e coordenadora da rede cuidados**

No Brasil, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e, portanto, para a reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), é o Programa Saúde da Família-PSF (BRASIL, 2000a).

Em 1994, como nova estratégia de desenvolvimento do SUS e eixo central para promover a extensão de cobertura, foi criado o Programa Saúde da Família. O lançamento do PSF representa a proposição do mais largo alcance na história do País, posta em prática para ordenar os recursos desse sistema, a fim de que responda de maneira apropriada às necessidades da população. O PSF, estratégia priorizada pelo MS para organizar a atenção básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde, de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (NÓBREGA-THERRIEN; ALMEIDA, 2006).

O PSF tem como antecessor o PACS. Nos seus primeiros anos de existência foi marcado por inquietações e críticas à sua proposta. Posteriormente, num sucessivo acréscimo de proposições, normatizações, modalidades de incentivo (financiamento) e consolidação de

práticas inovadoras e exitosas em vários municípios brasileiros, passou a ser considerado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, desde a Atenção Básica. Tem como pressupostos a implementação dos princípios do SUS, e, portanto, caráter substitutivo, ao buscar um novo modelo de atenção, baseado na Promoção da Saúde. Tem como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família (USF), a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2001).

Primeiramente, foi implantado como PSF, entretanto, essa condição foi questionada em razão de sua dinâmica de trabalho que fugia à dos programas convencionais. No ano de 1997, conseqüentemente, foi definida como estratégia, por sinalizar o caminho possível para o alcance dos princípios do SUS como a reorganização da assistência à saúde e conseqüente impacto no sistema como um todo (RIBEIRO; PIRES; BLANCK, 2004).

A ESF é uma proposta de reorganização da AB, que proporciona em um território definido a atenção integral e contínua à saúde das pessoas e da comunidade, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para enfrentar os desafios do alcance universal da equidade, da melhoria da qualidade e da humanização do cuidado, a ESF organiza-se em seis princípios básicos, definidos pelo caráter substitutivo – integralidade e intersetorialidade; territorialização; equipe multiprofissional; responsabilização e vínculo; e estímulo à participação da comunidade e ao controle social (BRASIL, 2006).

A existência de tais princípios e o monitoramento de seu cumprimento permitiram estabelecer as bases e critérios de eleição para a definição de padrões de qualidade que pudessem ser aplicados nos processos de avaliação. Já os municípios deveriam cumprir regras quando da implantação da ESF, que foram previamente estabelecidas, dentre as quais se destacam: a participação dos gestores, profissionais de saúde, das organizações comunitárias e da população em geral; a aprovação por parte do Conselho Municipal de Saúde; a elaboração de um projeto de implantação; a identificação de áreas prioritárias; a composição das equipes; a cobertura assistencial por equipe de Saúde da Família; o mapeamento e o diagnóstico das áreas e microáreas de atuação; a implantação e alimentação de sistema de informação; o processo de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais; o planejamento local das atividades; a programação das atividades, incluindo um elenco de metas de desempenho e cobertura preestabelecidas; a organização de métodos e rotinas de trabalho; a educação permanente (BRASIL, 2000c).

A implantação, no Brasil, do PSF se deu pelo interesse em experiências internacionais de assistência integral às famílias, desenvolvidas, principalmente, em quatro

países: Inglaterra, Suécia, Canadá e Cuba. Entre estes, destaca-se Cuba que, desde 1984, desenvolve a Medicina familiar, a prevenção de agravos, integração da vigilância epidemiológica e sanitária, pesquisa, produção própria de vacinas e vacinação sistemática da população. Além disso, investe em práticas educativas, na promoção da saúde e na formação e educação permanente dos profissionais (VIANA; DAL POZ, 1998).

Assim, o Brasil implantou, em 2006, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com a Portaria n.º 648 de 28/03/06, e já revisada por meio da Portaria n.º 2.488, de 22/10/11. Ela declara expressamente que a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica no Brasil é o Saúde da Família, além de definir princípios e diretrizes comuns a às estratégias de organização da atenção básica, ao mesmo tempo em que considera e inclui as especificidades locais e regionais (BRASIL, 2011b).

Na PNAB, a Atenção Básica 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, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012c, p. 19).

A PNAB resulta da experiência acumulada por um conjunto de agentes envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Conceitua-se a ESF como modelo de Atenção Primária, desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e da participação social. A ESF é considerada modelo de APS focalizado na unidade familiar e constituído operacionalmente na esfera comunitária (BRASIL, 2012c).

A PNAB exprime ainda claramente as responsabilidades comuns aos entes federados bem como as atribuições que lhes são específicas. Informa que as ações da Atenção Básica devem ser realizadas em unidades básicas de saúde com equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. Cada integrante da equipe tem atribuições definidas.

Uma Atenção Básica fortalecida e ordenadora das redes de atenção é nova proposta da PNAB, que atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das redes de atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais redes de atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um conjunto maior de modelagens de equipes para as populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de EAB para a população de rua (consultórios na rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS fluviais e ESF para as populações ribeirinhas, ampliou as ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), implantou os polos da Academia da Saúde, criou as equipes do Melhor em Casa ampliando em muito as ações do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e fortaleceu o Telessaúde (BRASIL, 2012c).

A garantia oferecida na política para o financiamento da atenção básica deve ser tripartite. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de AB descritas na Rede Nacional dos Serviços de Saúde (RENASES) e em seus planos de saúde.

Na ESF, o principal sistema de informação é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) criado pelo MS, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), produtor dos relatórios que permitem às equipes conhecer a realidade social e sanitária da população acompanhada, avaliar os serviços oferecidos e readequá-los sempre que necessário para melhorar a qualidade da assistência. Atualmente SIAB está em fase de transição, com a proposta do MS de implantar um sistema informatizado para a Atenção Básica. O SUS informatizado, e-SUS mostra-se como o novo sistema, o SIS-AB.

Sem dúvida, a implantação do PSF implica apreciável ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e significativo incremento das atividades preventivas em favor dos grupos sociais em maior risco de adoecer e morrer (SERAPIONI; SILVA, 2011).

O financiamento, no entanto, ainda insuficiente para o setor, a complexidade da gestão e a operacionalização de um sistema nacional de saúde em um país continental com três esferas de governo, a insuficiência e inadequação da força de trabalho em saúde, particularmente da categoria médica, a infraestrutura precária das unidades básicas de saúde, entre outras razões, foram empecilhos importantes para que alguns problemas pudessem ser superados, como taxas ainda elevadas de mortalidade por câncer de colo uterino (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

Mendes (2012) aponta ainda que a baixa valorização política, econômica e social do PSF, a institucionalização incipiente, a baixa densidade tecnológica, a fragilidade dos sistemas de apoio diagnósticos, a carência de equipes multiprofissionais, a fragilidade dos sistemas de informação clínica, os problemas gerenciais, a fragilidade do controle social, os problemas educacionais, entraves nas relações de trabalhos e as fragilidades dos modelos de atenção à saúde como causa de desgastes ocorridos na ESF nos últimos anos. Por outro lado, o autor acentua que a garantia da coordenação das redes de atenção pela ESF por meio do fortalecimento dessa estratégia é um imperativo para sustentação do SUS.

Sem dúvidas, esse modelo contribui para o reordenamento dos saberes e fazeres no cotidiano da APS, porquanto é insuficiente para mudá-lo, considerando que são necessárias opções que aprofundem o papel do sujeito político e da reforma, além do resgate da clínica, compondo uma atenção que articule a epidemiologia, o planejamento em saúde, a clínica e a gestão dos serviços, envolvendo saberes e práticas interdisciplinares, democráticas e horizontais (ASSIS; JESUS, 2012).

### **2.3 Acesso aos serviços de saúde no Brasil**

O acesso aos serviços de saúde é objeto de análise na literatura internacional, principalmente no contexto de crise econômica que se instalou na última década, demarcando a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso é considerado um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2006c), no entanto, é um conceito complexo que varia no entendimento de vários estudiosos, inclusive na sua terminologia. Alguns utilizam o termo

acesso, outros o vocábulo acessibilidade, sendo eles muitas vezes empregados de forma ambígua e intercalados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Starfield (2004 *apud* ASSIS; JESUS, 2012), destaca que a acessibilidade constitui elemento estrutural necessário para que se atinja a atenção ao primeiro contato, à medida que possibilita a chegada das pessoas aos serviços. Representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetivam a busca e a obtenção do cuidado.

Já para Frenk (1985 *apud* AMARAL *et al.*, 2012), a acessibilidade pode ser definida não só como o grau de ajustamento entre as características dos recursos de atenção à saúde, mas também como as características das populações, no processo de busca e obtenção da atenção em saúde.

Acessibilidade a serviços de saúde, segundo Travassos e Castro (2008), refere-se às características destes que permitem que sejam facilmente utilizados pelos usuários potenciais, constituindo assim uma temática importante da avaliação em saúde, por tratar da disponibilidade e distribuição social destes recursos.

Para Donabedian (1988 *apud* ASSIS; JESUS, 2012), acessibilidade é algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento em certo lugar, podendo ser distinta em duas classes: a sócio-organizacional e a geográfica. A primeira refere-se aos aspectos estruturais (funcionamento) dos serviços que interferem na relação destes com os usuários, por exemplo, o tempo de espera para o atendimento. São recursos de caráter não espacial que facilitam ou obstaculizam os esforços do cliente para obter atenção. A segunda pode ser medida pela distância e pelo tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros.

Por isso, Travassos e Martins (2004) assinalam que a mencionada definição avança na abrangência do conceito, já que a ele se acrescenta a adequação dos profissionais e dos recursos às necessidades da população.

As várias abordagens de análise sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que: acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995) adotam como abordagem teórica quatro dimensões explicativas – política, econômica, técnica e simbólica – na tentativa de articular o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada, culminando em quatro modelos teóricos – a dimensão econômica – modelo economicista – é referente à relação entre oferta e demanda; dimensão técnica –

modelo sanitaria-planetador – respeitante à planificação e organização da rede de serviços; dimensão política – modelo sanitaria-politista – referente ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e a dimensão simbólica – modelo das representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde. Referem-se, também, às dimensões específicas do acesso como: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade.

Para Cecílio *et al.* (2012), quando se trata do acesso da população aos serviços de saúde, a AB pensada tanto como a **porta de entrada** do sistema, como o **primeiro nível de contato da população** com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade. Para Starfield (2004), é a AB que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

Em todo o mundo, a persistência de barreiras na busca e utilização dos serviços enseja oportunidades diferenciadas entre os grupos sociais na obtenção do cuidado em saúde, que muitas vezes caracterizam situações de injustiça social; ou seja, pessoas com condições socioeconômicas mais favoráveis fazem maior e melhor uso dos serviços de saúde, e a redução dessas desigualdades sociais é um desafio atual, tanto nos países industrializados e desenvolvidos, como em Estados dependentes e periféricos, independentemente do modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Na reflexão de Assis, Villa e Nascimento (2003), no contexto brasileiro, a temática em discussão mostra que é mais um exemplo de que a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação: não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a Lei. Apesar de a Carta Magna Brasileira de 1988 assegurar a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS. A garantia na legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na formulação do SUS, para se concretizar o direito à saúde, sendo necessário ter como alicerce um modelo social fundamentado na "solidariedade humana e na igualdade social".

Ainda no Brasil, consoante Oliveira *et al.* (2012), estudos sobre a temática, conduzidos desde a década de 1980, evidenciam tanto desigualdades marcantes na utilização de serviços de saúde entre as várias regiões, estados e no interior dos municípios, como demonstram avanços resultantes de iniciativas de organização voltadas para a melhoria do acesso e acolhimento, que tendem a reduzir os obstáculos e barreiras e a facilitar a utilização destes pelos usuários.

Para Mendes *et al.* (2012), todavia, o acesso aos serviços de saúde no Brasil é relatado na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência. Essas dificuldades podem estar associadas tanto às características do atendimento quanto às barreiras organizacionais e geográficas, o que contribui, na maioria das vezes, para a procura, pelos cidadãos, de planos privados de saúde. Na prática, ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Atualmente se observa na realidade brasileira que, em algumas regiões, a assistência à saúde ainda está muito restrita aos serviços de atenção secundária, o que compromete a acessibilidade da população em face da demanda reprimida nesses locais. No intuito de melhorar o acesso da população à saúde, as unidades de Saúde da Família, por meio dos serviços no nível primário de atenção, objetivam estar qualificadas para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde (AMARAL *et al.*, 2012).

Em razão da importância da AB como porta de entrada ao sistema de saúde, o PSF representa importante instrumento para a reorganização do modelo assistencial, inclusive pelo seu potencial para reduzir as desigualdades sociais na utilização de serviços. O PSF oferta à população ações e recursos de saúde de maneira a mais adequada do que as unidades básicas de saúde focados em ações programáticas, atividades domiciliares e articulação com a comunidade, garantindo, assim, o acesso mais fácil e ampliado aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

No que se refere à AB, o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar os serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende; bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não). Ao se considerar a possibilidade do atendimento à saúde ser dividida em fases, o acesso aos serviços será havido como a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde, envolvendo algumas questões, como: disponibilidade ou não do serviço, a distância, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma se responsabilizam pelos problemas da população, a quem e como devem prestar serviço (STARFIELD, 2004 *apud* ASSIS; JESUS, 2012).

Segundo Oliveira *et al.* (2012), os principais problemas relacionados ao acesso consideraram duas dimensões: sócio-organizacional (tempo de espera para a marcação de

consulta e para o atendimento, facilidade na realização de exames, aquisição de medicamentos, tempo de agendamento da consulta, horário de funcionamento do serviço, escuta dos profissionais da recepção, dificuldade de atendimento à demanda espontânea, escuta dos profissionais de nível superior e identificar o nome do Agente Comunitário de Saúde-ACS) e geográfica (distância da casa ao serviço, ladeiras, escadarias, custo com transportes) sendo estes considerados atributos essenciais para a garantia da qualidade na atenção básica.

Diversos estudos ressaltam a importância de promover melhorias na organização dos serviços de saúde voltados para a garantia da acessibilidade e a integralidade do cuidado (LOUVISON *et al.*, 2008); e os resultados obtidos de pesquisa sobre a utilização de serviços de saúde e seus determinantes são de grande relevância pela possibilidade de orientar a formulação de políticas públicas que objetivem equidade na utilização destes serviços, bem como avaliação dos seus efeitos (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Para Assis e Jesus (2012), as desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos. Apesar da realidade cruel do acesso aos serviços de saúde, de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível conquistar um estado de consciência cidadã, derrotar o conformismo social, por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade, e, finalmente, garantir o acesso universal e equitativo como elaboração social no atendimento às necessidades da população.

Assim, a igualdade de acesso e a integralidade da atenção constituem dimensões constitutivas da universalização dos direitos, tarefa fundamental das políticas sociais (MACHADO *et al.*, 2012).

## **2.4 Avaliação dos serviços de saúde**

A preocupação em se avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde cresce nos últimos anos. Este fenômeno é consequência da ampliação na oferta dos serviços e do aumento considerável dos custos com a incorporação crescente de tecnologia para o diagnóstico e tratamento de enfermidades. Além da questão econômica, os serviços precisam responder às novas necessidades e problemas de saúde decorrentes dos eventos de transição demográfica e epidemiológica (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

Ainda segundo os autores, a avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetro e atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a elaboração dos instrumentos a serem utilizados na avaliação, que, segundo Danabedian, expresse duas vertentes

principais, a primeira das quais se baseia no modelo sistêmico que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado, ao passo que a segunda se arrima em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecidos como sete pilares da qualidade – efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

A avaliação é uma prática ainda incipiente no sistema de saúde brasileiro, embora ocorra e aumente em importância nas ações individuais e coletivas e na definição de políticas, permeando os programas e fortalecendo profissionais e gestores em seus atos e decisões (FELISBERTO; ALVES; BEZERRA, 2010).

Ao abordar a avaliação de programas sociais, Silva e Brandão (2003) apontam, também, para a necessidade de um esforço em aproximar as pessoas da avaliação, no sentido de torná-las mais próximas deste objeto, procurando entender o papel da avaliação no desenvolvimento de uma organização como decurso de aprendizagem que pode apoiar pessoas, organizações e grupos sociais a fazer escolhas mais conscientes em relação aos rumos de suas iniciativas. Esses autores lembram que a avaliação oferece a possibilidade de criação de espaços de reflexão sobre a prática, podendo desconstituir ideias vigentes ou estabelecer sentidos comuns em relação a conceitos e discursos, e enfatizam a necessidade de uma busca constante por atribuir sentido aos processos avaliativos; os esforços em desenvolver formas metodológicas adequadas para a investigação; a preocupação em conduzir esses processos pautados em princípios éticos e a necessidade de estabelecer capacidade avaliativa.

Já se sabe a importância de realizar avaliações no âmbito do sistema de saúde, mas a avaliação não surge de um momento para outro, é sim o resultado do desenvolvimento de uma elaboração e de uma reelaboração que envolvem e integram inúmeras influências. Sua história distingue quatro períodos ao longo do tempo e a feitura da avaliação se torna mais informada e sofisticada a cada dia (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Para esses autores, a avaliação pode ser classificada em primeira, segunda, terceira e quarta geração, conforme é descrito a seguir.

A primeira geração avaliadora se estabelece das décadas de 1910 a 1930, refere-se à elaboração e aplicação de instrumentos de **medidas**, tendo origem nas medições de Coeficiente de Inteligência para classificação de crianças e determinação do progresso escolar. O avaliador era o técnico responsável por identificar os instrumentos de medida e, na ausência desses, elaborar novos testes. Os objetos de avaliação eram os estudantes. Esse modelo de avaliação ainda pode ser encontrado em organizações públicas e privadas, principalmente no setor da educação.

A segunda geração encontrou o seu auge por volta de 1942, com a publicação dos estudos de Ralph Tyler, nos quais foi denominada de **descrição** e assinala o nascimento da avaliação de programas. O avaliador passa a ter o papel de descritor. A nova modalidade surge da necessidade de avaliar a adequação de novos currículos escolares com relação aos objetivos de aprendizagem esperados e se esses estavam funcionando como pretendido.

Em 1967, Stake, ao identificar o fato de que os avaliadores estavam negligenciando outra face da avaliação, o **juízo**, este passou a ser considerado como a terceira geração. Esperava-se dos avaliadores mais do que descrição de atitudes, contextos e realizações, algo que referisse o mérito do objeto sob avaliação e para tal se deveria julgar com base em padrões externos para ajudar na tomada de decisão. Desde então, e em distintas extensões, o juízo passou a ser parte integrante das avaliações e o avaliador assumiu o ofício de juiz, retendo ainda os papéis anteriores com suas funções técnicas e descritivas.

Com estudos publicados por Guba e Lincoln, em 1989, surgiu a quarta linhagem da avaliação, designada avaliação responsiva construtivista: responsiva, pela referência à definição do foco da avaliação, em que os parâmetros e limites são determinados interativamente em processos negociados envolvendo os interessados; e construtivista, quanto ao modo de fazer, em que, metodologicamente, se rejeita o controle e a abordagem experimental. Adota-se um procedimento (que inclui os programas e os resultados das avaliações) em que as múltiplas realidades são formadas/negociadas na interação do observador com o observado (processo hermenêutico/dialético).

A avaliação de quarta geração leva sempre em conta abordagens e métodos elaborados precedentemente, mas permite ao mesmo tempo preencher suas lacunas e alcançar um grau de complexidade superior. Ela se torna, desse modo, um instrumento de negociação e de fortalecimento do poder (*empowerment*). Nessa nova abordagem, a avaliação não é um campo reservado aos especialistas, pelo contrário, ela é aberta a todos os participantes da ação social, inclusive aos grupos marginalizados e pouco favorecidos da sociedade (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Esses autores ainda exprimem que a avaliação de quarta geração marca o fim do debate acrimonioso que grassava nas Ciências Sociais entre os partidários dos métodos qualitativos e aqueles que defendiam os métodos quantitativos. Eles concordam em dizer que somente as abordagens pluralistas permitem abordar corretamente o campo da investigação social.

A quinta geração avaliativa já é apresentada por Hartz (2009), e é chamada de “emancipadora”. Combina as anteriores, mas a ela implica a vontade explícita de aumentar o poder dos participantes em decorrência de avaliação. Essa abordagem, como as demais, se

compromete com a melhoria das políticas públicas, mas também a ajudar os grupos sociais a ela relacionados a melhor compreender os próprios problemas e as possibilidades de modificá-los ao seu favor.

Falta expressar o modo agora como os teóricos conceituam avaliação. As definições são inúmeras. Retoma-se, pois, a definição do autor que parece considerar as múltiplas dimensões da prática avaliativa:

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

Ainda para esses autores, são objetivos oficiais da avaliação:

- a) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- b) fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);
- c) determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);
- d) utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo (objetivo transformador); e
- e) construir para o progresso dos conhecimentos, para elaboração teórica (objetivo fundamental).

Para avaliar intervenções, podemos lançar mão de dois tipos de estudos avaliativos: apreciação normativa e a pesquisa avaliativa, conforme exprimem Champagne *et al.* (2011). Para eles, a apreciação normativa baseia-se na comparação de todos os componentes da intervenção no que diz respeito a critérios e normas. Consiste em emitir um julgamento sobre uma intervenção, comparando, por um lado, os recursos empenhados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas. Trata-se de medir o grau de conformidade dos componentes da intervenção em relação a um ou a diversos referenciais de critérios e de normas. Em suma, a apreciação normativa consiste em medir as diferenças entre os componentes da intervenção e critérios e normas de referência de mesma natureza.

Ainda segundo os autores, a pesquisa avaliativa objetiva analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de adequação entre os distintos componentes de uma intervenção. Mais especificamente, tem por objetivo analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações entre a intervenção e o contexto em que se desenrola, sendo possível, assim, avaliar a pertinência da relação entre o problema de saúde e os objetivos de uma intervenção; a coerência entre os objetivos e as atividades de uma intervenção; ou ainda a adequação entre os recursos investidos e os efeitos de uma intervenção. A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises que recorrem a métodos de pesquisa diversos: a análise estratégica permite apreciar a pertinência da intervenção; a análise lógica examina a coerência (o mérito e a validade operacional); a análise de produção se interessa pela produtividade e pelos determinantes da qualidade dos processos; a análise dos efeitos verifica a eficácia; a análise da eficiência atesta a eficiência global da intervenção; e a análise da implantação observa as interações entre a intervenção e o contexto de implantação na produção dos efeitos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Não só os objetivos e tipos de estudos variam, mas também os avaliadores podem ser distintos e ter vários papéis na avaliação. Os avaliadores podem ser internos, externos ou dos dois tipos com relação ao objeto da avaliação. A escolha do tipo de avaliador deve ser feita a fim de melhor alcançar os objetivos pretendidos para a avaliação.

Para Figueiró, Fria e Navarro (2010), um **avaliador externo**, ou a equipe de avaliação externa, não faz parte da organização que abriga a intervenção a ser avaliada e é contratada para conduzir a avaliação do programa. Ele em geral é solicitado quando se pretende realizar uma avaliação somativa ou algum tipo de pesquisa avaliativa. Já o *avaliador interno* faz parte da organização responsável pelo programa e está em contato frequente com os implementadores da intervenção.

A avaliação também pode, segundo as funções que deve cumprir, ser classificada em “somativa” ou “formativa”. A avaliação “formativa” visa a fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, enquanto a avaliação do tipo “somativa” fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos (LIMA; SILVA, 2011).

A avaliação também possui várias dimensões. Primeiro uma dimensão cognitiva: a avaliação visa a produzir informações científicas, válida e socialmente legítimas. Segundo, a avaliação tem dimensão normativa quando visa a emitir um julgamento. Terceiro, ela tem

uma dimensão instrumental ou utilitária quando seu escopo é melhorar uma situação. Finalmente, a avaliação tem uma dimensão democrática, quando tem por objetivo debates. Essas dimensões refletem o fato de que a avaliação se assenta em uma tríplice legitimidade – científica, política e social (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

## **2.5 Avaliação da atenção básica no Brasil**

A avaliação, no contexto da atenção primária à saúde, pode e deve utilizar-se de uma metodologia participativa e problematizadora. Dessa perspectiva, a avaliação possui a capacidade de se tornar intenso instrumento de formação dos múltiplos agentes envolvidos com os programas e serviços de saúde. Ao fornecer informações pertinentes sobre a adequação das estruturas e processos a padrões previamente definidos e dados referentes ao contexto social e político no qual o programa está inserido, os sujeitos podem intervir na realidade, buscando transformá-la. Essa dialética entre avaliação, intervenção e transformação da realidade possibilita a aquisição de conhecimentos práticos e teóricos, empoderando os agentes a exercer com crescente efetividade e eficiência seus papéis sociais (SARTI *et al.*, 2008).

No Brasil, nas últimas décadas, diversas pesquisas acadêmicas vêm sendo realizadas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados, propondo a institucionalização da avaliação no sistema de saúde (FELISBERTO, 2006).

Hartz (2002) enfatiza a exigência da definição de uma “política de avaliação para a avaliação de políticas” com um mínimo de diretrizes: os propósitos e recursos atribuídos à avaliação (estrutura); a localização e abordagens metodológicas da(s) instância(s) de avaliação (prática) bem como as relações estabelecidas com a gestão e a tomada de decisão (utilização). Para a autora, à medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas com maior vulnerabilidade ou alto risco, a avaliação de programas necessários para determinar estratégias de maior efetividade é consensualmente tida como indispensável.

A avaliação das ações de saúde ocupa lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão (BOSI; UCHIMURA, 2007). Sendo assim, institucionalizar a avaliação adquire um sentido de incorporação à rotina das organizações de saúde, sendo entendida como uma demanda interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas e/ou programas (FELISBERTO, 2004).

A institucionalização da avaliação constituiu um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade. Para Hartz (2002), institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às da gestão das intervenções programáticas.

Em síntese, a institucionalização da avaliação na Atenção Básica visa ao desenvolvimento da capacidade avaliativa dos diversos agentes envolvidos com a ESF, desde a indução de pesquisas avaliativas nos vários níveis do sistema de saúde, proporcionando uma adequada produção de informação que municie o processo decisório na Atenção Básica em busca de uma melhor qualidade da assistência. Para isso, tornam-se fundamentais a articulação e a integração das ações de forma intersetorial, contando com a cooperação técnica dos gestores, profissionais de saúde e instituições de ensino (BRASIL, 2005b).

No Brasil, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde são desenvolvidas de forma progressiva nas últimas décadas, tanto no âmbito das pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados (BOSI; UCHIMURA, 2007).

O Ministério da Saúde compreende, também, que a institucionalização da avaliação deve estar vinculada à elaboração de uma política de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS, da qual a política de monitoramento e avaliação da Atenção Básica deve fazer parte, sendo muito importante, em sua formulação, o envolvimento dos diversos agentes (profissionais de saúde, usuários do sistema, gestores, técnicos e pesquisadores), a definição clara de suas responsabilidades e as formas de financiamento dos processos de avaliação (BRASIL, 2005b).

Em 2003, foi desencadeada ampla discussão com o objetivo de mobilizar agentes importantes na constituição de uma política nacional de monitoramento e avaliação para a atenção básica. Criou-se, assim, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB). O movimento da CAA/DAB foi responsável pela elaboração do planejamento interno da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, que envolveu gestores e técnicos de setores diversos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

Outro importante passo para a cultura de institucionalizar práticas avaliativas na atenção básica foram as ações propostas e desenvolvidas no Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), no que concerne ao Componente III – Monitoramento e Avaliação, com a inclusão da proposta de Fortalecimento da Capacidade

Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação e o aumento dos recursos financeiros que se caracterizam como elementos direcionados a dar corpo à superação daquele desafio identificado para a definição da política, constituindo fatores estruturadores da sustentabilidade para estabelecer a capacidade avaliativa em saúde para o SUS (FELISBERTO, 2004). Ainda segundo esse autor, a proposição aqui ressaltada passa a constituir eixo estruturante do delineamento da política de avaliação para a atenção básica no País, toma corpo com a formação pelas secretarias estaduais de Saúde (SES), dos planos estaduais para fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Os Estudos de Linha de Base (ELB) realizados no Brasil, desde 2005, fazem parte das iniciativas desenvolvidas pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Trata-se de um projeto que objetivou fazer um diagnóstico do padrão epidemiológico e da organização dos serviços, principalmente relativos à Atenção Básica. Esta pesquisa constituiu o marco inicial, na "linha de base" de um estudo de seguimento das mudanças ocorridas ao longo do tempo, tanto nos padrões sanitários quanto na organização da assistência nessas áreas cobertas pela investigação. Junto com outras iniciativas no âmbito do SUS, os ELB aparecem como um componente importante para institucionalizar a avaliação em saúde no País (BODSTEIN *et al.*, 2006).

A Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, apoiando-se no componente de monitoramento e avaliação do PEOESF, expressas várias metodologias avaliativas para subsidiar a tomada de decisão, principalmente por parte de gestores, na busca constante da qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Vários instrumentos ou propostas de avaliação da Atenção Básica são exibidos pelo Departamento de Atenção Básica do MS nos últimos dez anos, buscando institucionalizar a prática da avaliação como busca constante da melhoria e da qualidade da atenção prestada. Servem de exemplos o (PCATool), o **AMQ** e o **PMAQ**.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) traz originalmente, versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield *et al.*, o PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian. Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Desse modo, em razão da ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS

no Brasil, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, atenção em APS. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (BRASIL, 2010).

Já a proposta da AMQ é unir elementos de avaliação normativa e de melhoria contínua da qualidade em um projeto de avaliação interna de qualidade, ou seja, pelos próprios agentes da Atenção Básica na contextura municipal. A abordagem em qualidade em saúde empregada na feitura do marco teórico e dos instrumentos de avaliação é a já abordada tríade de Donabedian – estrutura, processo e resultado – embora enfatize os indicadores de processo, em especial os de trabalho, alegando-se serem indicadores mais pertinentes por oferecerem maiores oportunidades de intervenção no contexto local. A metodologia empregada pela proposta da AMQ é a aplicação de instrumentos de autoavaliação pelos agentes da Atenção Básica, como gestores, coordenadores de unidades de saúde e profissionais, integrantes das equipes de saúde, com o objetivo de qualificar a ESF do município em seus diversos componentes, municiando o agente em duas decisões para a qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2005c).

A mais nova metodologia de monitoramento e avaliação da Atenção Básica é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que será delineado na próxima seção, pela representatividade que tem para este estudo.

## **2.6 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**

Uma das principais diretrizes atuais do MS é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população, tendo diversificados esforços sido empreendidos na busca de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de AB ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos do País. Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, que nos últimos anos, está com uma cobertura estimada de mais da metade da população brasileira pela ESF e agora, com o “Saúde Mais Perto de Você”, o modo como se refere, tanto ao conjunto de iniciativas da nova PNAB, quanto à Rede de Unidades Básicas de

Saúde (UBS), ganha um grande destaque o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ (BRASIL, 2012b).

Para Pinto, Sousa e Florêncio (2012), o PMAQ, é um movimento articulado a outros três mais amplos do MS, tendo sido formulado junto com eles e se antecipado um pouco na implantação. Observando como o PMAQ se propõe induzir e avaliar papéis e ações da AB como parte das redes prioritárias, resta claro que ele pretende ser uma estratégia que sintetiza tanto o esforço de afirmação da AB como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, quanto a criação das condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade do cuidado nas linhas de cuidado priorizadas nas redes. O segundo movimento que dá sustentação ao PMAQ está articulado ao redesenho do Decreto Presidencial n.º 7.508, de 29 de junho de 2011, e o terceiro movimento é o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde. O PMAQ é parte ainda do esforço que reúne também outras iniciativas, como o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), que está coerente com os objetivos do programa.

O Decreto Presidencial n.º 7.508, que trata do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), traz a possibilidade de avançar num modo de financiamento mais completo e adequado às singularidades dos contextos e especificidades locais e regionais. O Decreto reporta-se a “avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços”, em “responsabilidades assumidas” pelo ente envolvendo pactuação de “indicadores e metas de saúde”, “estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde”, “critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente” e diz ainda que o “Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011b).

É por isso que Pinto, Koerner e Silva (2012) mostram que o desenho do novo financiamento da PNAB, implantado em 2011, guarda coerência e é aderente ao que pretende ser implantado com o COAP e seus instrumentos. Destaca-se o fato de que o PMAQ responde justamente pelo componente do novo financiamento da AB que leva em conta a “contratualização” de compromissos, o monitoramento de indicadores e o alcance de resultados.

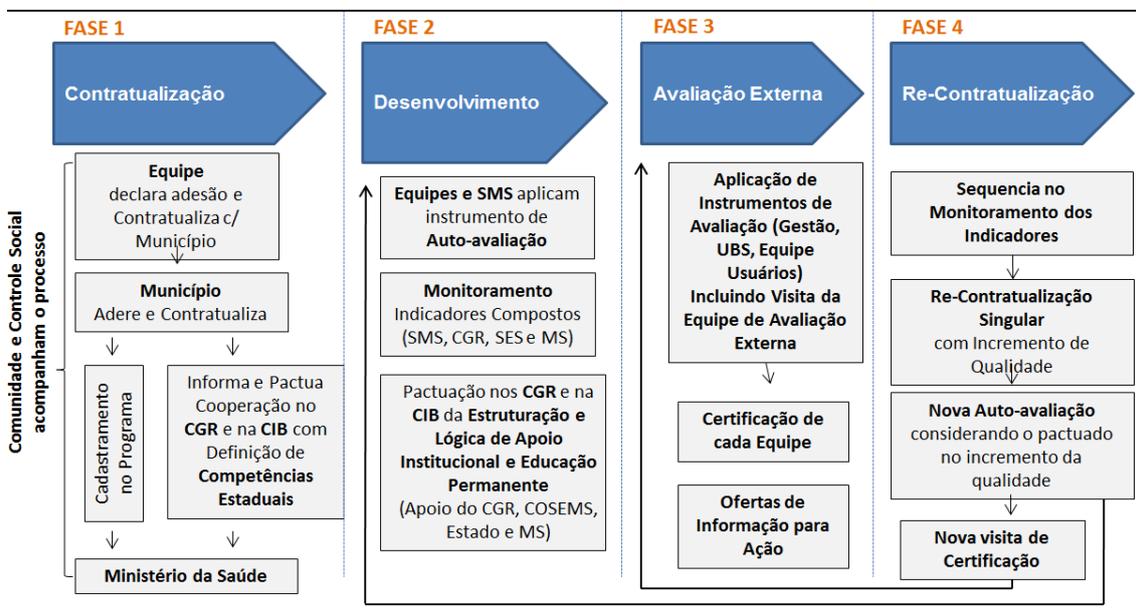
O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012b).

A amplitude e ousadia dos objetivos do PMAQ podem ser percebidas ao se ler suas diretrizes expostas na Portaria n.º 1.654:

- I – construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da 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 saúde da 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 saúde de atenção básica e os usuários num 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 saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (BRASIL, 2011a).

O PMAQ está organizado em quatro fases, que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade. A primeira é chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda de “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta, que na verdade representa o começo de um novo ciclo, denomina-se “Recontratualização” (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

**Figura 1 – Desenho do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**



Fonte: Revista Brasileira Saúde da Família.

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a “contratualização” de compromissos e indicadores a serem firmados entre as

equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num movimento que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social. No momento de adesão ao programa, entre os compromissos a serem “contratualizados” pelas equipes de Atenção Básica e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de indicadores que foram eleitos com suporte na possibilidade de acesso a informações que possam ter como grau mínimo de agregação as EAB (BRASIL, 2012b).

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012b).

Há uma aposta em quatro estratégias nessa fase: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

A autoavaliação, objetivo maior deste estudo, é tida como “ponto de partida da fase de desenvolvimento”, propondo que se inicie pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento. Espera-se que funcione como um dispositivo que provoque o coletivo a interrogar o instituído, a situar sob análise seu processo, relações e condições de trabalho. Se aposta na ampliação da capacidade de autoanálise para que se amplie também a capacidade de cogestão daquele coletivo organizado para a produção, de modo que consiga negociar e planejar modos de superar problemas e alcançar objetivos desejados e pactuados. Considerando o exposto, o MS oferece o instrumento autoavaliativo: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). A ferramenta AMAQ foi constituída com base na revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. A elaboração do instrumento foi norteada pelos princípios e diretrizes da Atenção Básica no Brasil, pressupondo-se que todos os gestores municipais e equipes de Atenção Básica possam utilizá-lo (BRASIL, 2012a).

O instrumento AMAQ foi elaborado considerando ainda as seguintes diretrizes:

- I - refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;
- II - ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão

municipal e equipes de Atenção Básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;  
 III - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;  
 IV - refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica; e  
 V - possibilitar a quantificação das respostas auto avaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de qualidade. (BRASIL, 2012b).

Para que a autoavaliação se fortaleça como um algo permanente a orientar a tomada de decisões, o PMAQ propõe que ela seja enriquecida pelo monitoramento dos indicadores propostos pelo programa que teriam entre seus objetivos “orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre EAB e gestor municipal” e “subsidiar a definição de prioridades e programação de ações” (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

**Tabela 1 – Elenco da síntese dos indicadores do PMAQ**

Área de Estratégia	Natureza do Uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da Mulher	6	1	7
2. Saúde da Criança	6	3	9
3. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica	4	2	6
4. Saúde Bucal	4	3	7
5. Produção Geral	4	8	12
6. Tuberculose e Hanseníase	0	2	2
7. Saúde Mensal	0	4	4
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>47</b>

Fonte: Manual Instrutivo do PMAQ.

A escolha desses indicadores (Tabela 1), num total de 47 obedeceu a três critérios: ficou restrito àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por esse ser o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento das equipes de maneira individualizada; priorizaram-se indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto pela Saúde e utilizados na composição do IDSUS e buscou-se articular com as prioridades definidas pelas três esferas de governo. A imagem que o documento sugere é a de um coletivo que faz uso permanente da autoavaliação e do monitoramento para se apropriar do processo de trabalho e de seus resultados, ampliando assim a motivação e a satisfação com ele e a capacidade de diálogo e ação compartilhada com a gestão e a comunidade (BRASIL, 2012b).

Segundo Pinto (2012), a AMAQ valoriza estratégias de apoio institucional, de planejamento e avaliação conjunta, provoca a gestão a sentar junto com as equipes, identificando e compartilhando problemas e soluções, planejando modos de superar os desafios definidos como prioritários.

Em síntese, é possível dizer que as equipes de atenção e gestão, com a tarefa de imprimir mudanças na realidade concreta, deverão constituir pactos e ações, disparar movimentos que articulem avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento de resultados numa excelente oportunidade de superar modos de ação que, fragmentados, perdem grande parte de sua potência (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

As competências da gestão e da equipe de atenção básica na AMAQ são traduzidas por meio da classificação em dimensões e subdimensões mostradas no Quadro 2.

**Quadro 2 – Estrutura do Instrumento AMAQ-AB**

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde
		C - Gestão do Trabalho
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional
		F - Educação Permanente
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação – M&A
	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos
		I - Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde.	J - Perfil da Equipe
		K - Organização do Processo de Trabalho
		L - Atenção Integral à Saúde
		M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Fonte: AMAQ/AB.

A terceira fase é o momento de realizar a Avaliação Externa, que consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB e para reconhecimento e valorização dos esforços e resultados dessas EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB. Essa avaliação produzirá um escore que, conforme as regras da Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011, resultará numa certificação que, por sua

vez, determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao Fundo Municipal de Saúde pelo MS. Vale destacar o fato de que, em todos os módulos da avaliação externa, há questões que serão utilizadas para a certificação das equipes e outras que objetivam o levantamento de informações para orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde. Esse diagnóstico, portanto, tem a pretensão de: viabilizar a certificação de todas as EAB do PMAQ; realizar o censo de todas as UBS do Brasil, aderidas ou não ao PMAQ; conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da AB no Brasil [...] contribuindo para o planejamento e elaboração de estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2012d).

A quarta fase é de conexão, de reprocessamento, de reinício, de “recontratualização”. Segundo o programa, a cada ciclo novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população. Aponta-se também para a combinação entre elenco de padrões singulares nacionais e “pacotes” específicos de padrões que poderiam ser escolhidos pelas EAB conforme suas prioridades e necessidades (BRASIL, 2012b).

Para Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a quarta fase é aquela em se pretende conectar tudo aquilo que foi desenvolvido durante as fases anteriores e aquelas que virão, desde uma retroalimentação em que os avanços e entraves servem como balizadores para a “recontratualização” e seguimento da permanente qualificação da Atenção Básica.

Por isso, na visão de Pinto (2012), o PMAQ pode ser capturado por uma lógica absolutamente burocrática, formal e subordinada aos poderes já instituídos nas diversas relações. Ao provocar estes agentes, contudo, ao questionar o instituído, ao provocar a dinâmica e resultados produzidos por estas relações, ele abre espaço para um fazer instituinte que é condição necessária para a mudança e para os resultados desta em termos de maior participação dos usuários, melhores condições de trabalho e maior investimento no desenvolvimento dos trabalhadores e melhoria efetiva do acesso e da qualidade da atenção aos cidadãos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Analisar o acesso e a qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios integrantes da 12ª Região de Saúde do Ceará que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com suporte na autoavaliação.

#### **3.2 Específicos**

- a) Descrever o processo vivenciado pelos municípios para proceder à autoavaliação das equipes da ESF na perspectiva dos coordenadores da ABS;
- b) conhecer a ideia de autoavaliação no contexto do PMAQ dos coordenadores de atenção básica da 12ª Região de Saúde;
- c) identificar as dificuldades que comprometem o acesso e a qualidade da ESF, desde a autoavaliação dos profissionais e gestores da Atenção Básica na 12ª Região de Saúde no 1º e 2º ciclos do PMAQ; e
- d) estratificar as equipes de ESF em relação ao acesso e à qualidade para cada dimensão e subdimensões do instrumento da AMAQ.

## **4 METODOLOGIA**

A metodologia, conforme Minayo (2006), pode ser entendida como o caminho que leva o pesquisador à abordagem da realidade e consta do processo por meio do qual os fenômenos se desenvolvem. Ainda como ensina a autora, é o principal instrumento no campo das teorias sociais. Ela se comporta como o caminho de abordagem da realidade. Constitui-se como ferramenta indispensável para a realização do conhecimento no campo das Ciências Sociais.

### **4.1 Delineamento do estudo**

Este é um estudo exploratório, descritivo e documental com abordagem quali-quantitativa. Para Leopardi (2001), a pesquisa exploratória permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema, visando a ensejar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.

No estudo descritivo, o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la. Demanda a narração do que acontece, está interessado em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los (RUDIO, 2008).

Já a pesquisa documental é um procedimento metodológico que têm o documento como objeto de investigação, o qual pode ser escrito e não escrito, tais como filmes, vídeos, slides, fotografias ou pôsteres (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Neste tipo de pesquisa, os documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos, que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (FIGUEIREDO, 2007).

A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 2009). O uso de métodos quantitativos se justifica quando se tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática (MINAYO, 2010).

Em se tratando também de um estudo acerca de fenômenos sociais, a abordagem qualitativa é apontada por Serapioni (2000) como a mais adequada, em razão da sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito. Por conseguinte, é um método que possibilita a descoberta de nexos e

explicação de significados. Desse modo, apto para se apreender os aspectos subjetivos, os quais não estão aparentes na realidade expressa.

A abordagem qualitativa tenta compreender a natureza de um fenômeno social e deve ser utilizada quando se quer captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social (RICHARDSON, 2009). Para esse autor, a abordagem qualitativa difere da quantitativa, à medida que não emprega um instrumental estatístico como base de análise de um problema. Minayo (2010) assinala que as combinações destas duas abordagens promovem uma elaboração da realidade de forma mais completa e elaborada.

## **4.2 Local do estudo**

A descentralização e organização do SUS como, expresso na Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS) 01/2002 – estabeleceu a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, dentre outras competências (BRASIL, 2002).

O Estado do Ceará assumiu, em 1998, em sua organização a regionalização de saúde como diretriz, configurando-se como protagonista na regionalização. Considerando-se que, dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde (BRASIL, 2000b), o estado do Ceará dividiu-se em quatro macrorregiões e 22 microrregionais de saúde.

Neste curso histórico de fortalecimento das responsabilidades regionais/locais com a saúde, registram-se a regulamentação da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1.990, pelo do Decreto n.º 7.508/2011, e a inclusão das responsabilidades sanitárias definidas no Pacto pela Saúde no COAP, contrato este pactuado regionalmente. Neste, o município continua sendo responsável pelo desenvolvimento de ações e serviços de saúde locais, porém de forma pactuada/corresponsabilizada com o conjunto dos outros municípios que compõem sua Região de Saúde.

É reconhecido o fato de que a expressão Região de Saúde esteve presente nos documentos oficiais Pós-SUS desde a NOAS 2001, entretanto a observância a este na operacionalização das políticas de saúde se dá com maior veemência após o Decreto n.º 7.508/2011.

O Decreto n.º 7.508/2011 define Região de Saúde 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, 2011b).

Este estudo foi realizado no âmbito da 12ª Região de Saúde, criada em 2001, com sede em Acaraú, localizada na região do litoral oeste do Ceará, constituída pelos municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos (Figura 2).

**Figura 2 – Mapa da 12ª Região de Saúde do Ceará**



Fonte: Ceará (2013).

A seguir, no Quadro 3, encontra-se a caracterização demográfica e a estruturação dos equipamentos de saúde que compõem esses municípios.

**Quadro 3 – Caracterização dos municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará**

Município	População	ESF	ESF adesão PMAQ		UBS	NASF	CAPS	CEO	Hospital
			1º ciclo	2º ciclo					
Acaraú	60.137	23	11	16	17	2	1	1*	1**
Bela Cruz	30.878	9	5	9	14	1	1	1	1
Cruz	23.344	8	3	8	8	1	1	1	1
Itarema	39.494	14	8	10	15	1	1	0	1
Jijoca de Jericoacoara	18.292	7	4	7	7	1		1	
Marco	25.944	6	5	8	7	1	1	0	1
Morrinhos	21.561	6	3	1	8			0	1***
<b>Total</b>	<b>219.650</b>	<b>73</b>	<b>39</b>	<b>59</b>	<b>76</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>6</b>

Fonte: IBGE (2010) e CNES (BRASIL, 2014).

\* CEO Regional \*\* Hospital-Polo \*\*\* Hospital de Pequeno Porte.

Cabe ressaltar o fato de que todos os municípios adotam a ESF como modelo de organização da Atenção Primária. Portanto, as atividades realizadas seguem as determinações do MS, 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.

#### **4.3 Período do estudo**

O estudo foi desenvolvido no período de agosto 2012 a abril de 2014. A coleta de dados aconteceu de novembro de 2013 a janeiro de 2014, após a liberação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), que ocorreu em novembro de 2013.

#### **4.4 Informantes chave/fontes de informação**

Foram informantes-chaves deste estudo os técnicos responsáveis pelo PMAQ em cada uma das secretarias municipais de saúde da 12ª Região de Saúde de Acaraú, e que tenham participado/coordenado as autoavaliações das equipes AB, na segunda fase do programa, qual seja, a de desenvolvimento na dimensão autoavaliação, no 1º e 2º ciclos do PMAQ. Considerando que cada município possui apenas um articulador/coordenador do PMAQ, a pesquisa foi realizada com os sete representantes desta Região de Saúde, que participaram do primeiro e do segundo ciclos do programa. Importante é informar que dois coordenadores permaneceram no mesmo município durante a realização dos dois ciclos do PMAQ. Assim, os sujeitos desse estudo somam um total de 12 participantes.

Na caracterização dos sujeitos, no Quadro 4, constam as seguintes informações: identificação C1 (ciclo 1) ou C2 (ciclo 2), seguido da letra C de coordenador de cada um dos municípios, (C1- coordenador do município 1, C2....., C7), idade, sexo, profissão e tempo de atuação na AB.

**Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos participantes do estudo, Sobral-CE, 2014**

Identificação	Idade (anos)	Sexo	Profissão	Tempo na AB
C1C1	35	M	Enfermeiro	15 anos
C1C2 C2C2	38	F	Enfermeira	15 anos
C1C3	30	F	Enfermeira	4 anos
C1C4	33	F	Enfermeira	9 anos
C1C5	31	F	Enfermeira	3 anos
C1C6 C2C6	31	F	Terapeuta Ocupacional	5 anos
C1C7	30	F	Enfermeira	6 anos
C2C1	30	F	Enfermeira	7 anos
C2C3	28	F	Enfermeira	5 anos
C2C4	26	F	Enfermeira	4 anos
C2C5	25	M	Enfermeiro	2 anos
C2C7	30	F	Enfermeira	7 anos

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além desses sujeitos, o estudo envolveu as AMAQ das equipes que aderiram e responderam as autoavaliações no âmbito na 12ª Região de Saúde do Ceará (ANEXO A).

#### **4.5 Técnicas de coleta de dados: entrevista e análise documental**

Os dados foram coletados pelas respostas ao roteiro de entrevista (APÊNDICE A) que foi aplicado aos coordenadores da AB dos municípios que compõem a 12ª Região de Saúde de Acaraú.

A entrevista é um método de coletar dados que se vale do encontro entre pessoas, sendo uma delas a responsável pela pesquisa ou alguém a quem a responsável delegue a tarefa de entrevistar, enquanto a(s) outra(s), se dispõe(m) a prestarem as informações necessárias à investigação em foco (VERGARA, 2009). Este método tem a vantagem essencial de que são os mesmo, agentes sociais que proporcionam os dados relativos à suas condutas, opiniões, desejos e expectativas (LEOPARDI, 2001). Para essa autora, ninguém melhor do que a própria pessoa envolvida para falar sobre tudo aquilo que pensa ou sente e do que experimenta.

Do ponto de vista da estrutura, a entrevista se caracteriza como aberta ou em profundidade. Para Deslandes, Minayo e Gomes (2011), é aquela em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema, e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões.

Assim, a entrevista é um recurso importante na investigação qualitativa, sendo aqui elaborada para responder ao primeiro objetivo da pesquisa, cujo roteiro constará de perguntas norteadoras que permitam aos entrevistados: descrever como ocorreu a autoavaliação do primeiro e segundo ciclos do PMAQ no seu município e quais os desdobramentos, mudanças no trabalho da equipe e na organização dos serviços com a autoavaliação.

Os roteiros de entrevista, segundo Minayo (2010), têm por finalidade orientar os relatos dos entrevistados, permitindo, dessa forma, que o recorte temático da pesquisa seja privilegiado nos discursos dos sujeitos componente do cenário social. Portanto, constituem-se balizas que impedem o cerceamento da fala do entrevistado, sendo relevantes para a elaboração do conhecimento acerca do objeto de estudo.

A análise documental ocorreu com base nos instrumentos das autoavaliações realizadas pelos municípios que aderiram ao PMAQ, ou seja, a AMAQ do gestor, coordenador e das equipes participantes do programa. Assim, foram recolhidos um instrumento AMAQ da Gestão Municipal, um instrumento AMAQ da Gestão da Atenção Básica para cada ciclo em cada município e os instrumentos AMAQ, Unidade Básica de Saúde e Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde de todas as equipes que tenham obrigatoriamente participado, tanto primeiro como do segundo ciclos do programa, e que foram recolhidas no momento da coleta de dados, a saber: Acaraú – 9, Bela Cruz – 5, Cruz – 3, Jijoca de Jericoacoara – 4, Marco – 5, Morrinhos – 1, totalizando 27 amaq.

O instrumento da autoavaliação do PMAQ expressa em sua estrutura duas unidades de análise, quais sejam: Gestão e Equipe. A unidade de análise Gestão contém três dimensões que se subdividem em nove subdimensões. Esta unidade de análise foi respondida pelos gestores e coordenadores da Atenção Básica, no momento inicial da autoavaliação, conscientes de que também são corresponsáveis por parte das condições e oportunidades que permitem a componente equipe acontecer (BRASIL, 2012b). Já a unidade de análise Equipe, que terá como participante desse momento os profissionais que compõem as equipes da ESF, exprime uma dimensão que se subdivide em quatro subdimensões.

#### **4.6 A exploração e a coleta de dados**

A fase de coleta de dados aconteceu após o conhecimento e o planejamento para aplicação dos instrumentos de coleta, ou seja, todas as informações necessárias foram levantadas, todos os agentes identificados e foi pensado um percurso para atender a concretização dessa etapa da pesquisa. Durante esse período, conheceram-se algumas

dificuldades antes não identificadas, sendo as principais a rotatividade dos profissionais coordenadores e o recolhimento, no Município, dos instrumentos da AMAQ.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em locais reservados e privativos, de modo a oferecer sigilo das informações. Para garantir o registro das falas, estas foram gravadas, após autorização do participante, sendo depois armazenadas pelo pesquisador para garantia das informações pelo período de cinco anos, após o qual serão destruídas.

Destacam-se aqui os contratempos encontrados durante essa fase da pesquisa. A dificuldade de encontrar uma agenda livre entre os coordenadores atrasou muito o processo de coleta das entrevistas, tendo sido remarcadas algumas, aumentando, assim, os gastos com deslocamentos. Outra dificuldade encontrada e que vai refletir dos resultados da pesquisa, foi o não recebimento de algumas AMAQ. Não foi possível coletar as AMAQ da gestão dos Municípios de Cruz e Morrinhos, referentes ao primeiro ciclo, mesmo após várias tentativas com a atual Coordenação. Além disso, do Município de Itarema nenhum instrumento AMAQ foi coletado, mesmo com vários contatos com a coordenadora responsável pela atenção básica do Município.

## **4.7 Técnicas de análise dos dados**

### **4.7.1 Análise qualitativa**

Na análise do material empírico para melhor entendimento das questões deste estudo, tomamos como base Minayo (2006), mediante análise de conteúdo, que traz uma ênfase em eixos temáticos por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento compreensível pela linguagem e observação, sendo assim, um instrumento de comunicação entre as pessoas. Para a autora, a ideia de tema está ligada a uma afirmação acerca de determinado assunto, podendo ser expresso por uma palavra, frase ou um resumo. O tema permite a descoberta de núcleos de sentidos, e estes a realidade manifesta nos conteúdos. Foi nessa perspectiva que os dados foram sistematizados, seguindo passos operacionais que permitem uma articulação com o referencial estudado. Os passos sugeridos estão descritos na sequência:

#### **4.7.1.1 Ordenação dos dados**

No primeiro contato com os dados brutos, foram realizadas a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. Em seguida, procedeu-se com a organização dos dados das entrevistas.

#### 4.7.1.2 Classificação dos dados

Foi realizada a leitura flutuante e exaustiva dos textos contidos nas entrevistas, tomando-se por base a relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos teóricos da pesquisa. Tal procedimento permitiu uma aproximação com os significados das falas dos sujeitos, possibilitando desvelar os núcleos de sentidos.

Logo depois, foram recortadas todas as falas, inserindo-as em cada um dos núcleos de sentidos. Depois, com suporte no modelo adaptado por Assis (1998), foi realizada a síntese vertical e horizontal.

#### **Quadro 5 – Confronto dos depoimentos dos coordenadores da AB, PMAQ, Sobral-CE, 2014**

<b>Núcleos de Sentidos</b>	<b>Entrevista 1</b>	<b>Entrevista 2[...]</b>	<b>Entrevista 7</b>	<b>Síntese Horizontal</b>
Núcleo de sentido 1				
Núcleo de sentido 2				
Núcleo de sentido 3 [...]				
<b>Síntese Vertical</b>				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Após a realização das sínteses horizontais e verticais do primeiro e segundo ciclos, prosseguiu-se com a leitura. Considerando a relação entre os núcleos de sentidos, deu-se a elaboração das categorias empíricas. Depois foi realizado o confronto das sínteses horizontais entre os grupos do primeiro e segundo ciclos, buscando identificar as convergências e divergências, bem como estabelecer relação entre elas.

#### 4.7.1.3 Análise final dos dados

Nesta etapa, foi realizada a análise dos dados empíricos, tendo como referência as categorias empíricas que emergirem dos dados. Com esteio no material constituído nas entrevistas, realizou-se a busca por tema, núcleos de sentido, categorias empíricas e sua compreensão, articulando-as com o referencial teórico. Cabe informar que também está presente na análise a experiência que se desenvolveu durante a pesquisa, os conhecimentos diários vivenciados no trabalho e aqueles produtos das experiências de vida. Portanto, o que se tem aqui não possui neutralidade absoluta. Nesse sentido, Minayo (2006) acentua a ideia de que a pesquisa social como produção e produto configura-se como objetivação da realidade e, ao mesmo tempo, como objetivação do pesquisador, que se torna também produto de sua produção.

#### 4.7.2 Análise quantitativa

Os dados quantitativos foram analisados com base nos métodos da Estatística simples descritiva, considerando-se as frequências e os somatórios dos padrões para cada uma das subdimensões e classificação final das dimensões segundo a proposta da AMAQ para o primeiro e segundo ciclos, permitindo, assim, uma comparação entre ambos. Para isso, foi utilizado o software Microsoft Excel 2010. Os dados quantitativos são exibidos em quadros e tabelas simples.

#### 4.8 Aspectos legais e éticos da pesquisa

O campo da pesquisa, como qualquer outro onde haja a participação de seres humanos, constitui ambiente de comunicação em que as diferenças devem somar em vez de distanciar (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 comportamento ético durante esta pesquisa, solicitou-se aos gestores municipais de saúde autorização para realizá-la na instituição por meio da carta de anuência (APÊNDICE B).

Este projeto respeitou os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, – a chamada investigação *in anima nobili* – segundo o estabelecido na Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, no tocante à autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça, e o princípio equitativo. Por isso, foi solicitada a previa autorização por meio do Termo de Livre Esclarecimento, onde os participantes afirmam participar da pesquisa. Aos sujeitos foram explicadas todas as etapas da pesquisa, podendo estes manifestar a intenção de participar ou não, bem como sair da pesquisa em qualquer fase, sem que lhes cause prejuízo algum. Foi garantido o absoluto sigilo e assegurada a privacidade de cada sujeito. Para isso, a disponibilização dos documentos da Autoavaliação do PMAQ das equipes de AB dos Municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos, e que responderam a AMAQ, se deu após a assinatura da Carta de Anuência, solicitada ao responsável pela instituição (APÊNDICE B). Para participarem da entrevista, os sujeitos aqui referidos neste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com vistas à garantia dos seus direitos e explicitar os objetivos da pesquisa (APÊNDICE C), além da assinatura do Termo de Consentimento Pós-Informado (APÊNDICE D). Todos os entrevistados

receberam explicação sobre os objetivos do estudo e acerca da confidencialidade dos dados. As entrevistas foram iniciadas somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se os princípios éticos e também legais da Resolução n.º 466/12. Convém destacar, ainda, o fato de que o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e que o início da pesquisa foi condicionado à autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA).

A pesquisa foi aprovada pelo CEP/UEVA em 13 de novembro de 2013, conforme Parecer de n.º 456.984, de 13/11/2013 (ANEXO B).

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na primeira parte deste capítulo, encontra-se a mostra dos dados qualitativos da pesquisa, que, atendendo aos objetivos do estudo, procura descrever o processo vivenciado pelos municípios para proceder à autoavaliação das equipes da ESF na perspectiva dos coordenadores da AB. Será exibida pela análise de conteúdo das falas desses coordenadores, expressas aqui em três categorias empíricas: 1. Autoavaliação em saúde – concepções e práticas na ESF; 2. O sujeito na autoavaliação em saúde – possibilidades de elaboração de autonomia e responsabilidades; e 3. A autoavaliação na atenção básica à saúde – intencionalidades e efeitos no contexto do PMAQ. Já na segunda parte, vêm os resultados quantitativos, buscando responder aos objetivos propostos: identificar os problemas que comprometem o acesso e a qualidade da ESF com base na autoavaliação dos profissionais e gestores da atenção básica na 12ª Região de Saúde, no 1º e 2º ciclos do PMAQ, e estratificar as equipes de ESF em relação ao acesso e à qualidade para cada dimensão e subdimensões do instrumento da AMAQ.

O contato com os coordenadores da Atenção Básica durante a coleta de dados mostrou evidências do processo autoavaliativo que empiricamente se relacionou com as ideias de: (des)conhecimento do PMAQ, concepção de autoavaliação, desenvolvimento da autoavaliação, elaboração de consensos na autoavaliação, (des)conhecimento e fragilidades do processo autoavaliativo; sujeitos do processo e formulação de autonomia, responsabilização na autoavaliação; finalidades, institucionalidade e feitos da autoavaliação. Assim, sistematizaram-se essas evidências em quadro-síntese baseado no referencial metodológico adaptado por Assis (1998).

### 5.1 1º parte: apresentação e discussão dos resultados qualitativos

#### Quadro 6 – Síntese horizontal dos Núcleos de Sentidos dos discursos dos coordenadores da atenção básica da 12ª Região de Saúde – Acaraú – Sobral-CE, 2014

(continua)

Núcleos de Sentido	Coordenadores da AB
(Des)conhecimento do PMAQ	O PMAQ inicialmente era desconhecido pela equipe e somente após sua adesão e “contratualização” feita pelo município é que de fato foi-se buscar conhecer o programa. O município, mesmo com uma quantidade mínima de equipes, a serem cadastradas, preferiu fazer adesão de todas, sem o devido conhecimento do programa. Percebeu-se semelhança entre a AMAQ e AMQ e, assim, facilidade de trabalhar o instrumento. Por desconhecerem o programa, inicialmente foi realizada uma reunião para explicar suas divisões, seus parâmetros, o que deveria ser avaliado, e como seria feita a autoavaliação, pois a AMAQ era uma coisa nova e, por isso, fez-se uma apresentação geral, dando oportunidade para saber do que se tratava. Em reunião, também foi explicado o que era a autoavaliação, como funcionava, bem como sua divisão: gestão municipal, coordenação municipal e equipe da atenção e entregue para as equipes responderem. O conhecimento com AMQ anterior facilitou o trabalho com a AMAQ, pois apresentava proposta parecida na realidade de alguns coordenadores.

**Quadro 6 – Síntese horizontal dos Núcleos de Sentidos dos discursos dos coordenadores da atenção básica da 12ª Região de Saúde – Acaraú – Sobral-CE, 2014**

(continuação)

Núcleos de Sentido	Coordenadores da AB
Concepção da autoavaliação em saúde	Entre os coordenadores, surgiram várias concepções da autoavaliação: uma grande ferramenta, útil a se utilizar no nosso dia a dia e também na gestão, essa ferramenta é um horizonte, um guia para a equipe; é um instrumento autorreflexivo para ver o que realmente se estava fazendo, pois mostrava as vulnerabilidades e as potencialidades da equipe; é um instrumento por demais importante e perfeito, positivo e que permite se avaliar; é o que deve ser feito para se atingir o êxito e a eficácia no serviço, pois se assemelha a uma cartilha, redesenha; é fantástica, um modelo que vem para nortear; é de suma importância, pois trata do perfil da equipe, do seu retrato dentro da localidade, mostra um modelo de saúde e permite comparação entre as várias unidades de saúde; contribui muito para se visualizar o que está faltando na unidade; é uma forma construtiva da atenção básica.
Desenvolvimento do processo de autoavaliação.	O desenvolvimento do processo da autoavaliação se deu inicialmente com um momento entre coordenação e os enfermeiros das equipes, seguido de outro momento com todos os profissionais das equipes, exceto os ACS. Foi feita reunião para trabalhar a AMAQ, após apresentação do programa, onde individualmente as equipes responderam as AMAQ. As AMAQ do primeiro ciclo foram digitadas no sistema do MS, no segundo ficou na posse da coordenação e equipes. A gestão e coordenação também em reunião responderam as AMAQ e digitaram no sistema. Esse processo permitiu a construção da matriz de intervenção. As AMAQ da gestão e coordenação foram feitas juntas pelos responsáveis após reunião de orientação. Todo processo foi sério e refletiu a imagem da equipe.
Elaboração de consensos na autoavaliação	Na construção da AMAQ houve consenso, uma construção coletiva, pois a equipe deveria fazer, responder a lápis e deveria voltar para secretaria onde aconteceria uma reunião com todos os enfermeiros, para revisão geral das respostas, com acompanhamento nos casos de dúvidas, uma avaliação conjunta e em consenso foram decididos todos os padrões que receberam notas abaixo de sete e todas as dúvidas comuns às equipes foram solucionadas coletivamente e juntos se consultavam os anexos para esclarecer pontos com dificuldades.
(Des)continuidade na prática de autoavaliação	No processo de construção da AMAQ pode-se notar (des)continuidade no processo, pois se tivesse acontecido fora do período eleitoral teria um retorno bem melhor. Houve uma quebra, por que quase todos os profissionais mudaram do município logo depois do período eleitoral. Muitas coisas que a PMAQ cobra não teve continuidade após o primeiro ciclo. Muitos participaram da autoavaliação no município e logo depois saíram. Quando há mudança de gestão mudam todos os atores, muda a gestão, mudam os profissionais, e assim no segundo ciclo tivemos que começar do zero, nas equipes que receberam enfermeiros novos, pois eles não tinham experiência com a AMAQ.
Fragilidades no processo da autoavaliação	Como fragilidades no processo de construção da autoavaliação, como ponto negativo podemos citar no primeiro ciclo a falta de treinamentos presenciais, tudo veio pelo sistema do MS e tudo era muito novo. Os coordenadores não acreditam em coisas novas que vem sem suporte. No segundo ciclo erros no gabarito da primeira versão da AMAQ liberada no sistema e o tempo curto para preencher a AMAQ além da construção da matriz de intervenção, foram citados como fragilidades. Também faltou capacitação para os profissionais.
Sujeitos do processo de autoavaliação	Os sujeitos protagonistas do processo da autoavaliação foram os enfermeiros por ser já meio que intrínseco do enfermeiro gerenciar. Todos os profissionais da equipe, não só a equipe básica, mas também o motorista e demais profissionais participaram. Destaque para os enfermeiros como sujeitos do processo, presença inevitável, pois é quem puxa quem deve ser conquistado. Participaram também os ACS, apoio de secretaria e também o secretário, NASF e CEO nesse segundo ciclo. Médicos não participaram de todos os momentos em algumas realidades. Gestor e coordenador foram sujeitos de suas AMAQ.
Autonomia dos sujeitos na execução da autoavaliação	Percebe-se que os sujeitos tiveram autonomia para fazer a autoavaliação, pois alguns colocam que se fosse para fazer o que a secretaria quer que fosse feito lá mesmo. As equipes foram treinadas para preencher os padrões com notas o mais fidedigno possível, não enfeitassem, mostrassem a realidade da equipe. A coordenação não participou diretamente do processo autoavaliativo e a equipe teve liberdade de responder, não teve coação.
Corresponsabilização na execução da autoavaliação	Constata-se uma corresponsabilização na construção da autoavaliação, quando se percebe na análise da avaliação da equipe a participação/apoio da coordenação e também do secretário. Cada equipe apresentou o resultado de sua avaliação revelando ações, programações e pegando os exemplos das ações e programações das outras equipes. Houve em trabalho em conjunto para isso acontecer, e também o apoio da gestão e coordenação. Outros profissionais também contribuíram no processo autoavaliativo e os coordenadores interferiram no processo apenas, buscando ser um agente de reflexão.
Finalidades da AMAQ - ferramenta de garantia de acesso e qualidade e instrumento de responsabilização sanitária	A finalidade da AMAQ como ferramenta de garantia de acesso e qualidade pode ser percebida no processo autoavaliativo, pois, os padrões apresentados garantem a assistência e a infraestrutura necessárias ao trabalho, o processo facilitou muito a tomada de decisão, pois orienta a relação de trabalho da equipe e da gestão, revela a forma da equipe caminhar, seus passos, a forma de pensar e refletir sobre o processo de trabalho e buscar mudanças. É focada nos profissionais e gestores para apoiar o processo de trabalho e fazer com que a comunidade seja mais assistida, acompanhada. Obriga a equipe a mudar caso se perceba fragilidade no acesso e na qualidade dos serviços, mostrando um padrão e esse deve ser seguido. Ajuda a padronizar a forma de trabalho quando induz mudanças naquilo que foi encontrado como deficiência e veio facilitar o acesso de todos nas unidades. A finalidade da AMAQ como instrumento de responsabilização sanitária pode ser percebida quando se coloca como aliada no sentido de cobrar do secretário e prefeito, subsídios para que a equipe consiga desenvolver um bom trabalho. É uma política orientadora do processo de trabalho, com incentivo financeiro e em ciclos, deixa claro que o padrão acesso e qualidade devem está em todas as equipes e não somente nas participantes do programa. Também estimula o gestor a trabalhar seguindo uma linha que garanta sempre a qualidade.
Institucionalidade do PMAQ: avaliação da AB	A ideia da institucionalidade do programa foi percebida quando já se enxerga o programa como definitivo, contínuo, já sendo universal, não será só hoje, virá sempre apresentando melhora para os profissionais veteranos e também para os recém-formados e todos tendo que fazer do mesmo jeito.

**Quadro 6 – Síntese horizontal dos Núcleos de Sentidos dos discursos dos coordenadores da atenção básica da 12ª Região de Saúde – Acaraú – Sobral-CE, 2014**

(conclusão)

Núcleos de Sentido	Coordenadores da AB
Efeitos da autoavaliação	Como efeito da autoavaliação citam-se que a AMAQ guiou completamente a equipe para ter conhecimento de sua área ali mesmo dentro da gaveta, fazer um registro fiel de sua área de abrangência, pôde ver o que é que as equipes precisavam melhorar, puderam ver o que é que elas estavam fazendo de errado, o que é que elas não estavam fazendo de jeito nenhum e que deveria estar sendo feito. Foi grande a diferença na organização da unidade antes e após a realização da autoavaliação, pois permitiu pensar sobre as práticas, onde se estava pecando e o que deveria ser melhorado, fortalecimento assim, a AB. Foi mais bem visualizado o serviço, como ele deve ocorrer, moldou o processo de trabalho e agora se consegue visualizar, parametrizar o serviço. Citamos também a realização de um monitoramento, de fiscalização de visitas agora feitas às unidades de saúde buscando ver mudanças na postura das equipes. Todo material e equipamento necessário agora são providenciados pela secretaria e estão em processo de implantação os apoiadores institucionais e preceptores no município. A diferença foi gritante na organização da unidade antes e após a realização da autoavaliação. Contamos agora com quadro de sugestões nas unidades, melhoraram os registros, agora sendo feitos em livros, também a identidade visual das unidades. Facilitou o processo avaliativo e o planejamento mensal da unidade seguindo a matriz de intervenção.

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Quadro 7 – Associação das Categorias Empíricas com respectivos núcleos de sentidos**

Categorias Empíricas	Núcleos de Sentidos
Autoavaliação em saúde: concepções e práticas na ESF.	(Des)conhecimento do PMAQ.
	Concepção da autoavaliação em saúde.
	Desenvolvimento da autoavaliação.
	Consensos na autoavaliação.
	(Des)continuidade na prática de autoavaliação.
	Fragilidades da autoavaliação.
O sujeito na autoavaliação em saúde: possibilidade de construção de autonomia e corresponsabilidades.	Sujeitos da autoavaliação
	Autonomia dos sujeitos na execução da autoavaliação.
	Corresponsabilização na execução da autoavaliação.
A autoavaliação na atenção básica a saúde: intencionalidades e efeitos no contexto do PMAQ.	Finalidades da AMAQ - ferramenta de garantia de acesso e qualidade e instrumento de responsabilização sanitária.
	Institucionalidade do PMAQ: avaliação da AB.
	Efeitos da autoavaliação.

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

**5.1.1 Autoavaliação em saúde: concepções e práticas na ESF**

A seguir, traz-se, com fundamentos na literatura atual, a discussão da categoria empírica Autoavaliação em Saúde: concepções e práticas na ESF, onde expressamos os sentidos atribuídos pelos coordenadores nos processos vivenciados para realizarem a autoavaliação do PMAQ em seus municípios. Emergiram das falas os núcleos de sentido que se pode relacionar com as ideias de: (des)conhecimento do PMAQ, sua concepção sobre autoavaliação, desenvolvimento do processo autoavaliativo, consensos, (des)continuidade e fragilidades.

### a) (Des)conhecimento do PMAQ

Inicialmente, antes de qualquer contato com o processo autoavaliativo, na visão dos coordenadores, por se tratar de um programa novo, todos deveriam conhecer essa nova política, suas diretrizes, objetivos e, principalmente, as fases. Percebemos isso conhecendo as falas que intensamente revelam essa necessidade:

Logo após o processo de adesão, de contratualização... a gente inicialmente foi conhecer de fato o programa após a adesão... (C1C1).

Inicialmente nós passamos pra todas as equipes o era o PMAQ, qual a importância da autoavaliação, primeiro nós fizemos uma apresentação geral para as equipes... (C1C4).

Nessa primeira reunião, a gente explicou o que era o programa, quais eram os parâmetros que eram avaliados... (C2C1).

Primeiramente fizemos algumas reuniões pra discutir sobre o PMAQ e logo em seguida foi entregue a AMAQ e explicado como seria, que a AMAQ era dividida em parte da gestão municipal, coordenação municipal e o pessoal da atenção básica... (C2C5).

O desconhecimento do programa e, conseqüentemente, a condução de suas fases não foi impedimento para adesão. Chama atenção o fato de que, desconhecendo o programa, a coordenação optou pela adesão de todas as equipes inicialmente, sem a devida exigência, como se observa na fala a seguir:

Chegou programa, o município tinha que fazer a adesão. A gente de início viu que tinha nove equipes que tinham direito a fazer a adesão, nós fomos audaciosos e fizemos a adesão de todas as equipes (onze equipes)... a partir daí as equipes sentaram para conhecer o programa (C1C1).

O PMAQ é um programa de caráter voluntário para a adesão, tanto das equipes de Atenção Básica quanto dos gestores municipais, supondo-se que seu êxito depende da motivação e proatividade dos agentes envolvidos (BRASIL, 2012b).

Ainda na linha de (des)conhecimento do PMAQ, é relevante a fala dos coordenadores quando associam o PMAQ a outro programa de avaliação – o Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (AMQ), instituído em 2005 pelo MS. Houve uma semelhança com o novo programa com base nas experiências de trabalho com a AMQ. Para esses coordenadores, a ideia foi de continuidade e não necessariamente uma coisa totalmente nova. Verificamos isso analisando as falas:

E pra gente não foi tão difícil aderir e trabalhar essa AMAQ, porque ela se assemelhava muito ao AMQ, que era aquele instrumento da avaliação pra melhoria da qualidade. (C1C2).

O que facilitou a aplicação da AMAQ na verdade, foi a minha experiência com a AMQ lá em Fortaleza (C1C6).

De fato, a AMQ é um modelo de autoavaliação, participativo e de adesão voluntária, capaz de identificar os pontos passíveis de melhorias na ESF, e pretende promover a cultura de avaliação e gestão da qualidade (BRASIL, 2006a).

Essa relação, que levou a associação da AMAQ com a AMQ se fundamenta, pois a ferramenta AMAQ foi constituída com base na revisão e adaptação do projeto AMQ e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente (BRASIL, 2012a).

Infelizmente, a AMQ não teve o efeito esperado ante o grande desafio pelos padrões de excelência que continha, somando-se a isso o fato de ela não ser obrigatória e não trazer nenhum incentivo financeiro, fazendo com que não produzisse os efeitos esperados no processo de avaliação da ESF (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011).

Importante é salientar que a AMQ, instrumento semelhante proposto anteriormente pelo DAB, e a partir do qual o AMAQ foi feito, em seis anos foi utilizado por 2.500 equipes e a AMAQ apenas no primeiro ciclo foi usada por mais de 13.000 equipes (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Analisando o primeiro ciclo do PMAQ e comparando com o segundo ciclo em relação ao (des)conhecimento, percebe-se que pouco mudou no segundo ciclo, pois os coordenadores eram novos e a experiência adquirida no primeiro ciclo não subsidiou o trabalho no ano seguinte, ante as mudanças ocorridas no quadro de coordenadores. Os que permaneceram, porém, tiveram a oportunidade de melhor conduzir o programa, como se pode evidenciar.

[...] acabou que quando chegou o PMAQ aqui eu fui puxada automaticamente para o PMAQ por conta dessa experiência já vivida lá em Fortaleza e que isso logicamente iria facilitar (C2C6).

[...] inclusive a gente já tinha esta bagagem do ano passado do conhecimento da AMAQ e do PMAQ...

## **b) Concepção sobre autoavaliação em saúde**

Na busca pelo caminho usado para fazer a autoavaliação do PMAQ, surge intensamente a percepção dos coordenadores perante esse processo. A autoavaliação é mediada por um instrumento autoavaliativo, respondido por profissionais e gestores de saúde. Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões,

constituindo-se como uma ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2012b).

Para os coordenadores, a ideia da autoavaliação em saúde assume diversos sentidos e este entendimento sobre a autoavaliação e o processo autoavaliativo revela a importância e a forma como cada um vai trabalhar e incorporar as contribuições advindas da autoavaliação no dia a dia de seus trabalhos.

Concepção, em seus muitos sentidos, pode ser entendida como: ato de conceber, faculdade de compreender as coisas; percepção, fantasia, imaginação, imagem de uma coisa na mente, ideia que a pessoa formula da sua atuação e status nos grupos sociais a que pertence (FERREIRA, 1986).

Notou-se na fala dos coordenadores os mais variados sentidos acerca da concepção da autoavaliação em saúde como comprovamos a seguir:

[...] a autoavaliação a gente viu que na verdade era uma grande ferramenta pra gente também utilizar no nosso dia a dia como uma ferramenta de gestão (C1C1).

A autoavaliação foi um instrumento muito importante porque foi autoreflexivo o que a equipe tava realmente fazendo porque as questões que eram trabalhadas a grande maioria eram coisas que já fazem parte que deveria estar presentes dentro de uma equipe... (C1C3).

Pra mim a AMAQ é um perfil, ela vai dá um modelo de saúde, comparável a uma unidade básica de saúde daqui a outra unidade básica de saúde de Fortaleza, ela vai ser a mesma, seguindo um padrão único...

[...] a AMAC é como se fosse uma cartilha onde eu sei que eu tenho que fazer aquilo... (C1C6).

As falas revelam que a concepção da autoavaliação em saúde para os coordenadores está de acordo com a ideia do programa, que revela ser permanente a avaliação, tendo o intuito de verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de atenção básica, conduzindo a planejamentos de intervenção para melhoria do acesso e qualidade dos serviços (BRASIL, 2012a).

Ter clareza e entendimento da autoavaliação ajuda a dinamizar o estabelecimento de uma política avaliativa no âmbito da atenção básica, objetivo maior do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

### **c) Desenvolvimento do processo autoavaliativo**

Outro sentido percebido na análise foi o caminho usado por parte de cada município para dinamizar a autoavaliação. Por ser uma política nova, em destaque o primeiro

ciclo, a metodologia usada foi a de reuniões com as equipes da ESF para conhecerem a princípio o programa, seguida de sessão específica para trabalhar o instrumento autoavaliativo. Percebemos que somente os coordenadores tiveram orientação do nível central, sendo os responsáveis para repassar essas informações as suas ESF.

Nós imprimimos o manual e começamos a trabalhar nele, fizemos nossa primeira reunião, não a primeira reunião do PMAQ, pois a gente já tinha tido outras, mas nós fizemos a nossa primeira reunião pra trabalhar a autoavaliação (C1C2).

Primeiro teve uma reunião prévia para apresentar o programa e de lá da secretaria, cada enfermeiro, cada equipe foi até sua unidade e lá repassou qual seria a proposta e como que se deveria trabalhar nesse novo padrão de qualidade de se avaliar a qualidade e melhorar o atendimento (C1C7)

Depois disso nós fizemos outra reunião para poder explicar pra eles como é que era feita a autoavaliação. Foi entregue a autoavaliação para a equipe e cada equipe fez entre si (C2C4).

Destaque também seja concedido à autoavaliação gestonária, já que a AMAQ é dividida em três instrumentos distintos: gestão, coordenação e equipe. Para a elaboração das AMAQ da gestão e coordenação, gestores e coordenadores se reuniram para conhecer e posteriormente responderam aos instrumentos, geralmente em reunião conjunta.

Com relação à autoavaliação da gestão a gente, eu o gestor se reunia... (C1C3).

A AMAQ de gestão também ocorreu da mesma forma, foi uma reunião que eu fiz com o coordenador da atenção básica onde ele respondeu a dele, o da saúde bucal respondeu a dela, e o secretário respondeu o dele. Foi assim: foram juntos, porém, cada um com o seu tempo, aonde eu ia pontuando cada questão e eles iam dando as notas para eles mesmos (C2C6).

Convém salientar aqui a diferença do primeiro ciclo pra o segundo, com relação ao desenvolvimento da avaliação de todos os agentes, pois no primeiro ciclo as respostas dadas às AMAQ foram digitadas no site do DAB, diferenciando assim do segundo ciclo, onde não se tinha mais essa obrigação, pois a AMAQ respondida deveria permanecer em posse da equipe, coordenação e gestão para oportunamente apresentá-la aos avaliadores externos.

[...] eu o gestor se reunia, entrava no sistema porque era tudo informatizado através de uma senha de acesso e a gente começava a discutir os diversos itens que eram avaliados (C1C3).

Teve outro momento que foi necessária a digitação, o que já difere deste ano que não tem isso, foi a digitação da autoavaliação no sistema (C2C2).

#### **d) Consensos na elaboração da autoavaliação**

Fato percebido também no momento da autoavaliação foi o sentimento de uma elaboração de consensos, ou seja, uma formulação coletiva. Enfaticamente, os discursos dos coordenadores, tanto no primeiro quanto no segundo ciclo, convergem para isso, como se segue:

[...] a equipe iria fazer uma reunião em loco e iria responder de lápis, logo em seguida aquela AMAQ ia voltar para a secretaria onde nós iríamos estar realizando a reunião com todos os enfermeiros...(C1C1).

A gente decidiu em consenso que tudo que eles se autoavaliaram com a nota de sete pra baixo, em cima disso era que a gente ia trabalhar as matrizes de intervenções (C1C2).

[...] ai a gente respondia as dúvidas que eram coletivas e as individuais também (C1C4).

A gente repassou pra eles que a autoavaliação é uma coisa que eles têm que fazer com um consenso até mesmo pra ajudar a melhorar... (C2C4).

Quando cada equipe realizou a sua foi o momento onde a gente sentou pra poder tirar as dúvidas e para poder ver como estava a autoavaliação de cada um pra ser discutido (C2C4).

Fazer coletivamente a autoavaliação já era esperado pelo programa, como expressa Pinto (2012), que, para estimular esta ação integrada e integradora, o próprio PMAQ-AB estimula uma atuação da gestão municipal mais próxima da equipe de Atenção Básica, valorizando estratégias de apoio institucional, de planejamento e avaliação conjunta, provoca a gestão a debater com as equipes, identificando e compartilhando problemas e soluções, planejando juntos modos de superar os desafios definidos como prioritários.

O fato de trabalhar em consenso também está de acordo com nova política da Atenção Básica, que tenta institucionalizar os processos avaliativos e estes dependem fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012).

#### **e) (Des)continuidade da autoavaliação**

Outro sentido percebido e que influenciou diretamente as práticas utilizadas no momento autoavaliativo diz respeito à (des)continuidades e mudanças que ocorreram no momento vivenciado na autoavaliação. Todos os agentes envolvidos foram convidados a

refletir sobre seus espaços e atividades e, logo após, constituir com as fragilidades encontradas uma matriz de intervenção que deveria orientar as mudanças. Isso vai de encontro com o segundo momento do processo autoavaliativo, quando expressa que a elaboração da matriz de intervenção e a elaboração dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, são orientadas para melhoria da organização e qualidade dos serviços da atenção básica (BRASIL, 2012a).

Na prática e no entendimento dos coordenadores, essas ações perderam forças perante o momento vivenciado pós-autoavaliação que culminou com a realização, na contextura municipal, do período eleitoral. A (des)continuidade foi fortemente referida nas falas:

O PMAQ em minha opinião se tivesse acontecido em outro período, ele teria tido retorno bem maior... Logo em seguida houve uma quebra, não foi um processo contínuo justamente por conta deste tempo que eu quis te falar agora que foi o período eleitoral (C1C1).

[...] na verdade o único problema que eu não posso é porque eu comecei em um município e hoje estou em outro né, então eu não sei qual é a continuidade lá e como é que era aqui antes, são dois momentos que vivi em um município e hoje em outro (C1C4).

No segundo ciclo tivemos que começar do zero, porque de todos os profissionais que estavam nas unidades, só uma equipe se manteve, os outros profissionais mudaram de município, e as outras equipes não tinham participado... (C2C2).

[...] eu digo como se estivesse voltado a estaca zero nas equipes que receberam enfermeiros novos, pois eles não tinham experiência com a AMAQ... (C2C6).

Evidencia-se, portanto, um sentimento de descontinuidade na implantação do PMAQ pelo trabalhador de saúde. Isso sugere, segundo Lopes (2013), a necessidade de ser promovido um movimento dos sujeitos protagonistas, que envolva a gestão nessa discussão e promova a revisão das estratégias de implantação e implementação de dispositivos indutores da melhoria do processo de trabalho das equipes com adesão ao PMAQ.

Complementando, Scherer, Pires e Schwartz (2009) exprimem que a elaboração do coletivo de trabalho depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se perfazem com o tempo.

A rotatividade de pessoal é definida como o fluxo de entrada e saída, isto é, uma flutuação de pessoal entre uma organização e o seu ambiente, e pode ser considerada um fator relevante de não sustentabilidade do PSF (CAMPOS, 2005).

Na perspectiva de Medeiros *et al.* (2010), observa-se ainda significativa rotatividade de médicos e enfermeiros nas equipes de ESF, com os consequentes prejuízos na implantação desta estratégia, ao se considerar os custos com capacitações da equipe,

interrupções nos programas de saúde, prejuízos aos usuários e, principalmente, incapacidade desses profissionais em estabelecer vínculo com a comunidade; isso, normalmente, implica perda de pessoas estratégicas, ensejando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional. Em estudo atualizado sobre o PMAQ, a rotatividade de profissionais já foi dita como desgaste para o serviço, pois ela ocasionava a impropriedade dos profissionais em repassar informações das equipes, seja por estar há pouco tempo no serviço, seja por desconhecimento de parte das informações exigidas de um componente das equipes da ESF (FAUSTO; FONSECA, 2013).

#### **f) Fragilidades percebidas na autoavaliação**

Finalizando essa categoria empírica, ainda chamam atenção nos discursos as referências feitas às fragilidades encontradas na autoavaliação. Foram citados, como pontos negativos, a falta de tempo, ausência de treinamentos presenciais, falta de suporte como problemas no primeiro ciclo e, já no segundo, ganham destaque os erros apresentados pelo instrumento AMAQ. Tudo isso emerge nos discursos a seguir:

Os pontos negativos que eu vi para este primeiro ciclo é que faltaram muito treinamentos presenciais, as coisas eram tudo lançadas no sistema, a gente tinha que estar todo tempo olhando, vendo o que é que tinha de novo (C1C2).

[...] porque eu não acredito nas coisas que vem e não vem com suporte (C1C6).

[...] só que no primeiro instrumento que foi disponibilizado pelo ministério ele teve alguns erros na questão do gabarito, teve alguns erros... (C2C3).

[...] eu acho que deveria ocorrer certa capacitação com os profissionais... (C2C5).

Há de se reconhecer o fato de que isso fragiliza o processo iniciado com deficiências pode não vir a surtir os efeitos esperados. É nesse sentido que a autoavaliação não deve ser encarada como um momento de pouca relevância, tampouco como ocasião angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores (BRASIL, 2012a).

#### **5.1.2 O sujeito na autoavaliação em saúde: possibilidades de construção de autonomia e corresponsabilidades**

Na segunda categoria empírica abstraída dos discursos dos coordenadores, emergiram, no movimento de autoavaliação, os sentimentos referentes aos sujeitos

envolvidos, sua autonomia e corresponsabilização. A categoria foi descrita como – o sujeito na autoavaliação em saúde: possibilidade de estabelecer autonomia e corresponsabilização.

### **a) Sujeitos da autoavaliação**

Foi a motivação dos coordenadores da Atenção Básica que reuniu o maior número de participantes para esse momento, considerando o sucesso da autoavaliação como o produto dos sujeitos que dela participam. Cada município, em sua realidade, tentou dinamizar e juntar seus agentes para fortalecer esse processo e dá a cada um a possibilidade de se avaliar, alcançando, assim, resultados satisfatórios nesse novo modelo de avaliação.

Concorre para isso o que diz Lopes (2013), ao expressar a ideia de que a incorporação de novas práticas, como a da autoavaliação, deve tomar por base a reflexão dos próprios resultados alcançados pelas equipes, onde a análise da situação facilite a tomada de decisão, os sujeitos participam, sendo chamados a fazer parte das decisões e, assim, se ampliam as possibilidades de mudanças no trabalho das equipes.

A autoavaliação tentou aproximar o maior número possível de colaboradores, como se vê nos discursos que seguem:

Participaram dessas reuniões toda a equipe, não só a equipe básica, mas motorista, os profissionais que atendiam nos postos de saúde... a reunião foi geral. Eles fizeram essa autoavaliação... eles se autoavaliaram em relação à unidade básica e todo processo de trabalho (C1C2).

[...] não só a equipe nuclear; médico, enfermeiro e dentista, mas todos os outros também envolvidos no processo, ficando nesse dia exclusivamente a UBS com o vigia que infelizmente não pode participar do processo... (C1C5)

[...] não só eu, todos os técnicos da secretaria, coordenadores, o próprio secretário... (C2C3).

Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a AMAQ é um instrumento extenso, não é de realização simples e exige importante mobilização e articulação da ESF e apoio da gestão municipal.

Na condução desse processo chamam a atenção os sentidos atribuídos à participação de uma categoria profissional; esses sujeitos, enfaticamente, ganham destaque, como se pode comprovar pelas falas:

[...] eu sugeri que gostaria de sentar primeiramente com os enfermeiros. (C1C1).

[...] mas a enfermagem é quem tomaria a frente nesse processo de organização... (C1C2).

A figura do enfermeiro, como sempre, é inevitável. É ele quem puxa, é quem precisa acreditar, é quem a gente precisa conquistar... (C1C6).

[...] fizemos uma reunião com todos os enfermeiros das equipes isso por que é meio que já intrínseco do enfermeiro gerenciar a UBS... (C2C1).

Para Silva e Sena (2008), do enfermeiro é esperada uma atuação em coletivos capazes de incidir sobre as políticas públicas que permitam superar os desafios e criar oportunidades de melhoria na qualidade dos processos de trabalho.

Na compreensão de Rosenstock (2011), é necessária, e aperfeiçoa o trabalho, a presença de um líder que possa coordená-lo. Este mesmo autor ensina que o enfermeiro é o profissional a exercer a função de liderança da equipe, contudo, a execução da liderança exige dedicação, empenho e análise crítica da realidade de trabalho, função que fica em segundo plano ante as muitas atribuições.

Por outro lado, a sobrecarga de trabalho é parte da rotina cotidiana e pode, inclusive, passar despercebida aos usuários e demais membros da equipe, mas torna-se essencial ao comprometimento da qualidade da assistência prestada aos usuários e a interação do enfermeiro e com os demais membros da equipe (DUARTE, 2013). Ainda segundo Araújo (2004/2005), o enfermeiro da ESF assume papel preponderante desde o planejamento das ações até a assistência, o que torna sua ação diferente daquela que ocorre em instituições estruturadas no modelo tradicional.

Percebemos, contudo, nas falas que outro sujeito de enorme importância na autoavaliação e também na condução do trabalho na ESF não esteve presente a todos os momentos ou na realidade de alguns municípios. Com certeza, isso fragiliza essa ocasião tão peculiar e necessária para esta fase de desenvolvimento do PMAQ.

[...] todos os enfermeiros e ACS, enfim, toda a equipe envolvida, mas os médicos não estiveram presentes (C1C6).

[...] e ela fez uma reunião com a equipe e fez a autoavaliação, a enfermeira, os ACS, e só. O médico não participou (C2C7).

Assim, é possível refletir que em situações nas quais os sujeitos não participam, que não se sentem parte da construção da proposta e não são chamados a tomar decisão conjunta, estes se limitam à confiança e à cooperação (LOPES, 2013).

A ação que deveria ser interdisciplinar não se concretiza. Scherer, Pires e Jean (2013) concluíram que a interdisciplinaridade não tem um fim em si mesma, não está presente em todos os momentos e se faz com bases nas necessidades e capacidades determinadas pelo meio e pelos sujeitos que produzem o cuidado em saúde.

Importante é salientar que, no segundo ciclo, com a proposta universal do programa, esse processo de autoavaliação foi trabalhado de forma intersetorial e contou com a presença de profissionais do CEO e do NASF, como comprova a fala a seguir:

Todo mundo, as equipes estavam todos os presentes, CEO, NASF e cada um fizeram seu trabalho, tiramos dúvidas... (C2C5).

### **b) Autonomia dos sujeitos na execução da autoavaliação**

Outra percepção que emerge na análise dessa categoria, tendo relação direta com os sujeitos do processo, diz respeito à sua autonomia na elaboração da autoavaliação. Percebe-se que os sujeitos aqui envolvidos tiveram autonomia para fazer a autoavaliação. Com o apoio da Coordenação, todos foram convidados a preencherem os padrões avaliativos com notas que fossem as mais fidedignas possíveis, que mostrassem de fato a realidade da equipe. Tal restou comprovado, quando se ouvem esses discursos:

[...] “se fosse pra responder o que a secretaria quer não precisa levar pra área para ser respondido lá”... (C1C1).

A equipe teve liberdade de responder sim (C1C3).

Mas o processo em si foi totalmente desprovido de qualquer tipo de coação (C1C5).

Cada um tinha a sua liberdade de responder como era que estava... (C1C7).

[...] que as notas elas fossem dadas o mais fidedigno possível, que elas não enfeitassem demais não, que elas mostrassem o que era a realidade realmente de cada equipe (C2C2).

A autonomia profissional é, ao longo do tempo, um tema importante para a equipe de saúde e anfeire constante destaque no trabalho atual. Pode ser definida como a faculdade de se governar, a liberdade ou independência moral/intelectual, ou ainda a propriedade pela qual a pessoa pretende poder escolher as leis que regem sua conduta (FERREIRA, 1986).

Campos e Campos (2006) incluíram a autonomia como um dos objetivos ou uma das finalidades centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde. Não se entende autonomia como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. Ao contrário, entende-se autonomia como a capacidade de o sujeito lidar com sua rede de dependências. Para esses autores, autonomia poderia ser traduzida, em um processo de “co-constituição” de como uma maior capacidade de os sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos. A autonomia, no entanto, depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias.

### c) Corresponsabilização na execução da autoavaliação

Justamente por depender também de condições externas, a autonomia encontrada pelos sujeitos na autoavaliação revela sua capacidade de lidar com uma rede dependente, ou seja, uma rede de corresponsabilidade na elaboração da autoavaliação, que reconhece ser necessária a parceria/ajuda entre todos os agentes envolvidos – equipes, coordenadores e gestores. Outro sentido encontrado nas falas revela que esse momento avaliativo foi produto de uma corresponsabilização desses sujeitos.

Os coordenadores apoiaram completamente o processo de autoavaliação como também a gente apoiou também o secretário (C1C1).

A gente se reuniu novamente em outra reunião, e cada equipe apresentou o resultado da sua autoavaliação, e apresentou a sua matriz de intervenção. Esse momento foi muito proveitoso, pois ele deu a oportunidade de cada equipe dar como exemplo as suas ações e programações, e tomar como exemplo as ações e programações das outras equipes... (C1C2).

Em alguns momentos eu interfeiri, mas em relação em tentar ser um agente promotor de reflexão... (C1C5).

[...] pedimos pra eles fazerem o instrumento de autoavaliação e marcamos uma visita de retorno pra poder ver o que a unidade de saúde poderia tá melhorando junto com a gestão municipal dentro da avaliação feita pela equipe. (C2C3).

É válido relacionar o fato de que a ideia de corresponsabilização e autonomia dos sujeitos, aqui percebidos, já estava presente desde a Política Nacional de Humanização (PNH), embora a participação social e a incorporação do princípio da corresponsabilidade no escopo da gestão e atenção na ESF sejam bastante incipientes (TRAD; ESPIRIDIANO, 2009).

A PNH preconiza a constituição de uma gestão participativa que envolva trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de corresponsabilidade, baseado em contratos e compromissos com o sistema de saúde (BRASIL, 2006b). Entre os princípios desta política, destacam-se alguns diretamente relacionados com novos modos de produção e circulação de poder em saúde, a saber: autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos ou nos processos da gestão e atenção em saúde; o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo da gestão.

Assim, restou identificado nas falas que também é objetivo do PMAQ/AMAQ trabalhar a gestão participativa ou corresponsabilização dos trabalhadores da saúde, gestores e usuários dentro dos processos de trabalho.

### 5.1.3 A autoavaliação na atenção básica a saúde: intencionalidades e efeitos no contexto do PMAQ

Trazemos agora a última categoria empírica que se relaciona com as ideias de finalidade da autoavaliação como ferramenta de garantia de acesso e qualidade e feita instrumento de responsabilização sanitária; seus efeitos e institucionalidade do programa. A categoria foi denominada de **A autoavaliação na atenção básica a saúde: intencionalidades e efeitos no contexto do PMAQ**.

Nessa categoria empírica, analisar-se-ão os sentimentos que se relacionam aos desdobramentos percebidos com a autoavaliação, as mudanças na equipe e melhoria no processo de trabalho.

#### a) Finalidades da AMAQ: garantia de acesso e qualidade e responsabilização sanitária

Ter na AMAQ a percepção de garantia de acesso e qualidade e responsabilização sanitária é um exercício de compreender os objetivos do programa.

O principal objetivo do programa é 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, 2012b, p. 4).

Destaque ainda seja conferido ao primeiro objetivo específico dessa mesma política, que busca ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB.

Nota-se facilmente que a intenção desses objetivos foi entendida, quando se analisam as falas reveladoras de ser a AMAQ um instrumento com finalidade de garantia do acesso e qualidade dos serviços:

[...] justamente os padrões que vão garantir o que o programa quer no acesso e na qualidade na assistência..., foi um grande aliado a autoavaliação (C1C1).

[...] porque ele nos orienta como a gente tem que trabalhar isso não só em relação a equipe, mas em relação à gestão, em relação a coordenação, então ele nos dar a forma de caminhar... (C1C2).

[...] eles trouxeram uma nova forma de pensar o processo trabalho; além da nota em si, a oportunidade que a gente tem de refletir sobre o processo de trabalho em cada equipe é importante pra estar induzindo mudanças (C1C5).

A autoavaliação ela direciona também, a gente se avalia e direciona como é que a gente pode tá trabalhando de uma forma mais padronizada trazendo isso pra dentro da nossa realidade... (C2C3).

[...] a AMAQ veio pra isto, o objetivo dela é isto, facilitar o acesso a unidade de saúde como um todo... (C2C5).

A finalidade da AMAQ como instrumento de responsabilização sanitária, também percebida, mostra que a nova proposta tenta chamar para a roda os gestores que têm em si a responsabilidade de fazer acontecer a componente equipe e deles depende boa parte da garantia do acesso e qualidade dos serviços. Isso se evidencia na leitura da quarta diretriz do programa: envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2012b). Para Moraes e Iguti (2013), é possível perceber aqui, no sentido da corresponsabilização, a exigência de um compromisso ético-político.

[...] a AMAQ pra gente foi um grande aliado no sentido de cobrar do nosso gestor e do secretário, e do secretário estar cobrando do prefeito subsídios para que aquela equipe consiga desenvolver um processo de trabalho bom (C1C1).

[...] eu considero que a AMAQ força os gestores não só dá as condições de trabalhos, por que o município ele quer estar bem... (C2C1).

[...] a gente vai se empenhar cada vez mais ainda em tá fazendo que essa melhoria dessa qualidade e desse acesso seja melhor no Município (C2C3).

## **b) Institucionalização do PMAQ: avaliação da Atenção Básica**

A ideia de institucionalizar o PMAQ e, conseqüentemente, a autoavaliação no âmbito da Atenção Básica, também, foi mencionada pelos coordenadores, quando da realização das autoavaliações. Essa ideia também está expressa nos documentos oficiais quando o MS exprime a intenção de institucionalizar a cultura avaliativa no âmbito da atenção básica, além de, na quarta fase do programa, a de “recontratualização”, fazer inferências à institucionalização de um processo cíclico e sistemático baseado nos resultados alcançados (BRASIL, 2012b). Nas falas que seguem a compreensão é de que o PMAQ e também as práticas avaliativas têm caráter definitivo.

Eu já enxergo o PMAQ como um programa definitivo na ESF, por que ele com certeza melhorou bastante... (C1C1).

Por que precisamos hoje de uma política como o PMAQ... (C1C4).

Já que é universal, eu acho que todo mundo tem que estar fazendo do mesmo jeito... (C1C6).

A gente sabe que é um trabalho contínuo, não é uma avaliação que vai só vir hoje... (C2C1).

### c) Efeitos da autoavaliação

Por fim, apresentam-se às mudanças já presentes no dia a dia do processo de trabalho da equipe e gestores e a organização dos serviços após realizada a autoavaliação. Esses desdobramentos revelam grande contribuição da AMAQ para mudanças significativas, percebidas já após o primeiro ciclo e se mantendo ainda mais no segundo ciclo, como expressam as falas seguintes:

A AMAQ guiou completamente a equipe pra ter esse conhecimento da sua área ali dentro da sua gaveta, ter um registro fiel da área de abrangência (C1C1).

[...] porque seguindo direitinho a AMAQ você já via uma diferença no todo, ela trouxe mudança (C1C4).

Então com a autoavaliação, elas puderam ver o que é que elas precisavam melhorar, elas puderam ver o que é que elas estavam fazendo de errado, o que é que elas não estavam fazendo de jeito nenhum e que deveria estar sendo feito...

[...] eu visitei as unidades antes de se iniciar a autoavaliação, e visitei as unidades depois da autoavaliação e matriz de intervenção serem feitas. Tirei fotos e vi que a diferença foi gritante até na organização da unidade (C2C2).

[...] questão de acompanhamento dos pacientes, livros de busca ativa, coisas pequenas mesmo, mas que agora fazem parte da rotina (C2C4).

A comprovação de mudanças na organização dos processos de trabalho e melhorias do acesso e qualidade dos serviços, já sentida na realidade dos municípios desde o primeiro ciclo, comprova que o desenho que estruturou o programa está conseguindo efetivar uma de suas diretrizes, ou seja, a de 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 (BRASIL, 2012b). Essas mudanças são percebidas por muitos e já fazem parte da realidade da atenção básica de vários municípios, como expressa Machado (2013), em amplo estudo comprovou que o município pode implantar e tornar funcionais muitas ações, umas de maneira integral, outras de modo incipiente, na dependência, das condições de suas equipes com resultados satisfatórios no elenco de seus indicadores, inclusive oferecendo prêmios, como o Prêmio de Melhoria da Atenção Integral à Saúde (PMAIS), que, baseado no PMAQ, incentiva as equipes a criarem e implantarem mecanismos de garantia do acesso e qualidade dos serviços.

A análise das categorias permitiu que elas fossem agrupadas em três momentos que, juntos, dão ideia de como ocorreu, na realidade desta região de saúde, o percurso para realização do processo autoavaliativo, etapa importante do programa PMAQ, que leva seus agentes a refletirem seus processos de trabalho e, na identificação das fragilidades, apresentarem projetos de intervenção, quando da elaboração da matriz de intervenção, com objetivos de melhorarem os serviços prestados na atenção básica.

## **5.2 2º parte: apresentação e discussão dos resultados quantitativos**

### **a) AMAQ – a ferramenta de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica**

Garantir o acesso e a qualidade na Atenção Básica é uma prioridade do MS, que, para isso, desenvolve ações de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, como ocorre com o PMAQ e sua ferramenta AMAQ, que não se mostram como ideia punitiva quanto faz a maioria das avaliações, ao contrário, se insere no desenvolvimento do novo programa na fase inicial, dando liberdade a gestores e equipes vivenciarem momentos autoavaliativos, sem sofrerem nenhum tipo de punição (BRASIL, 2012b). A AMAQ permite que se identifiquem e se reconheçam todos os padrões positivos ou problemáticos no trabalho da gestão e das equipes que estejam comprometendo o acesso e a qualidade desses serviços.

A autoavaliação, objeto deste estudo, é o ponto de partida nesse processo, sendo entendida como um dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e coletivos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho. Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los, e na AB devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. Sua dinâmica pedagógica torna-se efetiva no momento em que permite aos gestores, coordenadores e profissionais das equipes identificarem os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliar as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas (BRASIL, 2012a).

Com efeito, considera-se que as informações existentes na autoavaliação revelem fragilidades no acesso e na qualidade da AB, elencados pelos profissionais e gestores, subsidiando a elaboração de um diagnóstico, como também permita a identificação e o

reconhecimento de problemas e necessidades, sinalizando para a realização de intervenções no sentido de superá-las.

O PMAQ não define periodicidade para a realização das autoavaliações. Destaca-se, no entanto, o fato de que, entre uma autoavaliação e outra, deve haver intervalo de tempo suficiente à execução de parte do plano de intervenção, permitindo que nos próximos momentos autoavaliativos sejam identificadas melhorias na qualidade dos serviços (BRASIL, 2011a).

Mostraremos agora os resultados quantitativos da pesquisa, que buscaram responder aos objetivos: identificar os problemas que comprometem o acesso e a qualidade da ESF com base na autoavaliação dos profissionais e gestores da Atenção Básica na 12ª Região de Saúde no 1º e 2º ciclos do PMAQ e estratificar as equipes de ESF em relação ao acesso e à qualidade para cada dimensão e subdimensões do instrumento da AMAQ. Para isso, foi analisado o banco de dados extraído das AMAQ das equipes que responderam ao instrumento e que foi recolhido na coleta de dados.

O desenho da AMAQ expressa duas unidades de análise, a da gestão e a da equipe de Atenção Básica. Estão divididas em quatro dimensões e estas em subdimensões, formadas de padrões. É no padrão que está expressa a qualidade esperada para a AB, e a nota da avaliação de cada padrão é que vai classificando as subdimensões, ao passo que o conjunto delas avalia a dimensão.

No entendimento da ferramenta AMAQ, deve-se considerar que o ponto zero da escala usada indica o não cumprimento ao padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos de zero e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade pretendida (BRASIL, 2012a).

### **5.2.1 Dimensão gestão municipal**

A primeira dimensão da AMAQ, a da Gestão Municipal, está inserida na unidade de análise Gestão e se destina aos secretários ou grupos de sujeitos implicados na gestão, permitindo avançarem na autoanálise e na autogestão ante a Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

A seguir, os resultados das autoavaliações realizadas pelos gestores, classificando, para cada município, a dimensão Gestão Municipal e as suas subdimensões, que são: A- Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município, trazendo nove padrões para avaliação da qualidade; B- Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde; com três padrões; C- Gestão do Trabalho com quatro padrões e D- Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, avaliando quatro padrões de qualidade – como exposto na Tabela 2.

**Tabela 2 – Distribuição das subdimensões da dimensão Gestão Municipal, do 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014**

Subdimensão	Acaraú		Bela Cruz		Cruz		Itarema		Jijoca		Marco		Morrinhos	
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
2º Implantação e Implementação da AB – 9														
1º Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – 3														
4º Gestão do Trabalho – 4														
3º Participação, Controle Social e Satisfação dos Usuários – 4														
<b>Resultado da dimensão</b>	1º		2º						2º		1º			

Fonte: AMAQ, 2012 e 2013.

Muito Satisfatório   Satisfatório   Regular   Insatisfatório   Muito Insatisfatório   Sem Informação

Analisando a classificação do resultado da dimensão Gestão da Atenção Básica, percebe-se que os municípios informados da região de Saúde apresentaram resultado melhor na autoavaliação do 2º ciclo, tendo conseguido mudar de uma categoria inferior para outra categoria imediatamente superior; que um município não apresentou mudança na classificação do primeiro para o segundo ciclo; e dois municípios, dos quais não se pode fazer comparação, pois não se tem informação do 1º ciclo, mantiveram-se numa classificação satisfatória para o ciclo avaliado.

O resultado da dimensão revela ainda que, entre os municípios da região de saúde estudada, os melhores desempenhos foram dos Municípios de Acaraú e Marco, com base na pontuação conseguida, seguidos dos Municípios de Bela Cruz e Jijoca de Jericoacoara. Cruz e Morrinhos foram satisfatórios no ciclo possível de avaliação.

Quando se estratificam as subdimensões dessa dimensão, se nota um excelente resultado para a subdimensão Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, com aproveitamento muito satisfatório, praticamente, em todos os municípios, seguida das subdimensões Implantação e Implementação da Atenção Básica no município, Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, e por fim, aparece a subdimensão Gestão do Trabalho, que recebeu em todos os municípios a pior avaliação.

A observação das subdimensões expressas na Tabela 2 revela que quase todos os municípios indicam melhora no desempenho avaliativo, quando comparados os resultados do

1º com o 2º ciclo. Disso pode-se inferir o progresso, quando se institui uma prática avaliativa, bem como mudanças que geralmente acontecem após se vivenciar uma avaliação. Destaque para o Município de Acaraú, que apontou resultado insatisfatório no 1º ciclo e muito satisfatório no 2º ciclo para a subdimensão Gestão do Trabalho, e para Jijoca de Jericoacoara, com resultado semelhante para na subdimensão Participação, Controle Social e Satisfação dos Usuários. O contrário também foi evidenciado, nesse caso, pelo Município de Bela Cruz, quando registrou uma avaliação muito satisfatória no 1º ciclo, seguida de uma avaliação satisfatória para três das quatro dimensões avaliadas para 2º ciclo.

A Tabela 2 mostra, ainda, que a subdimensão que exprimiu o pior desempenho foi a da Gestão do Trabalho, onde se concentraram as menores notas atribuídas aos padrões de qualidade ali expressos. Esta subdimensão trata de equacionar questões relacionadas à força de trabalho, assegurando a qualidade dos serviços prestados aos usuários, com vistas à qualificação do vínculo de trabalho na Atenção Básica; a implantação/implementação de programa de incentivo de remuneração às equipes, seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários e a oferta de atenção integral à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012a).

Para identificar os problemas que comprometem o acesso e qualidade dos serviços de saúde com base na autoavaliação, mostramos os padrões negativos avaliados pela dimensão Gestão Municipal, que na realidade da autoavaliação dos secretários municipais de saúde da região se concentraram na subdimensão Gestão do Trabalho e na subdimensão Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

A tabela contém os padrões expressos de forma negativa na avaliação dos secretários, ou seja, julgados com notas baixas e que levaram ao final do somatório de seus padrões a uma classificação muito insatisfatória ou insatisfatória.

**Tabela 3 – Padrões avaliados negativamente na subdimensões Gestão do trabalho, AMAQ, 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014**

	Padrão	Acaraú	Bela Cruz	Cruz	Jijoca	Marco	Morrinhos
Gestão Trabalho	1. Incentivo financeiro para equipe AB	X	X		X	X	X
	2. PCCS	X	X	X	X	X	X
	3. Garantia Integral Saúde do Trabalhador	X			X		
Controle Social	4. Pesquisa de satisfação dos usuários	X	X	X			
	5. Canais de comunicação para usuários				X	X	
<b>TOTAL</b>		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Fonte: AMAQ, 2012 e 2013.

O padrão que questiona se a gestão municipal de saúde possui programa de incentivo financeiro para as equipes de Atenção Básica que denotam desempenho compatível com metas e resultados esperados foi julgado com notas baixas por cinco dos seis municípios avaliados (Tabela 3). Isso mostra fragilidade e atraso entre os gestores, pois, como exprimem Moraes e Igute (2013), o Brasil já regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento de gratificações de desempenho já previsto em diversas legislações e é dessa forma que o PMAQ está articulado e tem sustentação nesse novo desenho da governança do financiamento do SUS, onde o MS exprime que poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

A Tabela 3 mostra ainda que o padrão que solicita da gestão municipal a garantia aos trabalhadores da Atenção Básica do plano de cargos, carreiras e salários inexistente na realidade dessa região de saúde.

Um avanço ainda não garantido aos trabalhadores da AB da região de saúde, pois em 2004 o MS já tinha criado a Comissão Especial para Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS) e era constituída de representantes de todos os que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, um fórum para discussão e pactuação entre gestores das três esferas de governo, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2006b).

O SUS representa ainda o grande empregador dos trabalhadores de saúde e estudos atuais mostram a inexistência, inadequação e/ou desatualização dos planos de carreiras na maioria das secretarias estaduais e municipais de saúde (LACAZ *et al.*, 2010).

Na Tabela 3 ainda se mostram como padrões de qualidade que pesaram negativamente na avaliação da subdimensão: a não garantia da saúde do trabalhador da atenção básica de forma integral, o desenvolvimento de pesquisa para se conhecer a satisfação dos usuários e a falta de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas, isso de forma bem representativa para a maioria dos municípios.

Finalizando essa dimensão, é importante salientar que os sujeitos aqui implicados detêm grandes responsabilidades na condução de todo o trabalho a ser desenvolvida no âmbito da AB. A posição que ocupa o secretário municipal de saúde lhe confere responsabilidades legais assumidas perante a esse ente signatário. Embora os coordenadores da AB também sejam gestores, é preciso deixar claro que cabe aos gestores, representados pelos secretários municipais de saúde, a responsabilidade por parte das condições e oportunidades que permitem a equipe realizar seu trabalho.

### 5.2.2 Dimensão gestão da Atenção Básica

A segunda dimensão, Gestão da Atenção Básica, da AMAQ é destinada para realizar a autoavaliação dos coordenadores da Atenção Básica e busca avaliar o apoio institucional junto a coletivos, a educação permanente como necessidade de transformação constante dos serviços e o monitoramento e avaliação para melhoria dos serviços implantados (BRASIL, 2012a).

A dimensão está organizada em três subdimensões: o Apoio Institucional, avaliado por três padrões de qualidade; a Educação Permanente, por seis padrões, e a Gestão do Monitoramento e Avaliação, por cinco padrões.

**Tabela 4 – Distribuição das subdimensões da dimensão Gestão da Atenção Básica, do 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014**

Subdimensão	Acaraú		Bela Cruz		Cruz		Itarema		Jijoca		Marco		Morrinhos	
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
2º Apoio Institucional - 3														
3º Educação Permanente - 6														
1º Gestão do Monitoramento e Avaliação - 5														
<b>Resultado da dimensão</b>														

Fonte: AMAQ, 2012 e 2013.

Muito Satisfatório Satisfatório Regular Insatisfatório Muito Insatisfatório Sem Informação

O resultado da dimensão Gestão da Atenção Básica revela que os seis municípios que informaram seus dados realizaram um movimento ascendente em relação à autoavaliação, quando se observa o resultado do 1º e do 2º ciclos avaliativos (Tabela 4). Em relação a isso, pode-se inferir que o desenho em ciclos do programa favorece melhorias, à medida que os resultados vão aparecendo com melhores índices de satisfação. Os municípios de Acaraú e Marco apontaram as melhores avaliações, seguido de Jijoca de Jericoacoara e Bela Cruz. Em dois municípios, avaliados apenas por um ciclo informado, percebe-se que nesta dimensão obtiveram bons resultado.

A Tabela 4 mostra ainda que a subdimensão Gestão do Monitoramento e Avaliação denotou no conjunto dos municípios avaliados o melhor desempenho, seguida da

subdimensão Apoio Institucional, mas também revelou a subdimensão Educação Permanente como a mais fragilizada na percepção dos coordenadores da AB.

Quando se comparam as subdimensões por ciclos, percebemos um movimento constante de melhora para mais do 1º para o 2º ciclo em quase todos os municípios avaliados. Alguns mantiveram, entretanto, a mesma classificação para os dois ciclos, mas, neste caso, já se encontravam na classificação muito satisfatória (Tabela 4).

No julgamento feito ao conjunto dos padrões dessa dimensão, verifica-se que em todas as subdimensões aparecem padrões avaliados com notas baixas, mas destaca-se a subdimensão Educação Permanente, que obteve nota baixa para quatro dos seis padrões (Tabela 5).

**Tabela 5 – Padrões avaliados negativamente na dimensão Gestão da Atenção Básica, AMAQ, 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014**

	<b>Padrão</b>	<b>Acaraú</b>	<b>Bela Cruz</b>	<b>Cruz</b>	<b>Jijoca</b>	<b>Marco</b>	<b>Morrinhos</b>
Ap. Institucional	1. O apoio Institucional é organizado para os desafios e qualificação da AB	X					
	2. A educação permanente reflete a necessidade da AB		X		X		X
Ed. Permanente	3. A gestão da AB utiliza o apoio matricial		X		X		X
	4. A gestão da AB estimula a troca de experiências				X		
	5. A gestão da AB viabiliza cursos de atualização aos profissionais		X		X		
Gestão Monitoramento	6. A gestão da AB adota instrumentos de monitoramento		X				
	7. A Gestão da AB institui processos avaliativos como ferramenta de gestão		X				X
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>3</b>

Fonte: AMAQ, 2012 e 2013.

Na Tabela 5, os itens descritos como 2, 3, 4 e 5 são todos padrões da subdimensão Educação Permanente, o que leva a se refletir sobre a fragilidade da política de educação permanente já instituída no âmbito do SUS.

No setor da saúde, educação permanente é um conceito pedagógico utilizado para expressar as relações entre ensino e ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde, mas também pode designar as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007). A Educação em Saúde é uma das responsabilidades sanitárias compartilhadas entre os três níveis gestores do SUS, definidas no

Pacto da Gestão (BRASIL, 2006c). Dessa forma, pode-se notar que, na realidade dos municípios da região de saúde avaliada, essa política ainda representa um ponto fraco, mesmo sabendo que muitas ações são desenvolvidas com objetivos de fortalecer a política de educação permanente na realidade do SUS. Cabe aqui uma investigação, levando em consideração a realidade regional, mas também um aprofundamento da capacidade da gestão.

É possível também observar, pela Tabela 5, que os Municípios de Bela Cruz, Jijoca e Morrinhos demonstraram muita deficiência para trabalhar as ações da política de educação permanente com a interface do SUS na sua realidade local, pois todos eles atribuíram notas insatisfatórias aos padrões que expressavam a qualidade na educação permanente. Chama atenção ainda o fato de os municípios de Acaraú (apenas 1 padrão negativo), Cruz e Marco não referirem padrões negativos em suas autoavaliações para as três subdimensões avaliadas, contrastando com os demais municípios, que denotaram muita deficiência para a subdimensão Educação Permanente, sendo que, na realidade regional, não se logra visualizar essa grande diferença.

Conclui-se que, na visão dos coordenadores da atenção básica de alguns municípios, a política de educação permanente necessita ser trabalhada de forma bem mais eficaz, de modo a responder as necessidades de uma formação continuada, fortalecendo, assim, a ação dos agentes envolvidos na atenção básica de nossos municípios.

### **5.2.3 Dimensão unidade básica de saúde**

A terceira dimensão, Unidade Básica de Saúde da AMAQ, é destinada para realizar a avaliação das unidades básicas de saúde, estruturas importantes para a garantia de um serviço de qualidade e de acesso dos usuários. É na Unidade Básica de Saúde que se desenvolve a maioria das ações da Atenção Básica. Para isso, ela deve garantir em sua infraestrutura e equipamentos aspectos importantes para a valorização dos serviços prestados aos usuários, como garantir acolhimento, a humanização do atendimento, a organização dos processos de trabalho e atenção à saúde dos usuários (BRASIL, 2012a). Esta dimensão da AMAQ é respondida pelas equipes ESF, na presença do maior número de trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, ou seja, de todos os funcionários que ali prestam serviços e conhecem bem a realidade deste equipamento de saúde.

A dimensão está organizada em duas subdimensões: Infraestrutura e Equipamentos e Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos, ambas avaliadas por nove padrões que expressam a qualidade dos serviços prestados na Unidade. A primeira busca

avaliar a estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários para a realização do trabalho na unidade. A segunda objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, imunobiológicos e medicamentos para o desenvolvimento das ações em saúde (BRASIL, 2012a).

Convém informar que a avaliação da dimensão Unidade Básica de Saúde foi realizada pela classificação do total das equipes que entregaram o instrumento AMAQ respondido durante a coleta de dados, totalizando, assim, 27 AMAQ. Os valores da tabela 6 expressam em cada subdimensão o total de equipes classificadas pelo conceito alcançado.

**Tabela 6 – Classificação das ESF na dimensão Unidade Básica de Saúde para o 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014**

MUNICÍPIO/ SUBDIMENSÃO		2º Infraestrutura e equipamentos - 9		1º Insumos, imunobiológicos e medicamentos - 9		Total equipe
		1º	2º	1º	2º	
Acaraú	Muito satisfatório	3	7	3	9	9
	Satisfatório	3	2	5		
	Regular	3		1		
Bela Cruz	Muito satisfatório			1	1	5
	Satisfatório	4	5	3	4	
	Regular	1		1		
Cruz	Muito satisfatório				1	3
	Satisfatório	1	1	3	2	
	Regular	2	2			
Itarema	-	-	-	-	-	-
	Muito satisfatório		3	1	4	
Jijoca	Satisfatório	3	1	2		4
	Regular	1		1		
	Muito satisfatório	1	2	1	5	
Marco	Satisfatório	4		4		5
	Regular		3			
	Muito satisfatório			1	1	
Morrinhos	Satisfatório	1	1			1
<b>Total</b>						<b>27</b>

Fonte: AMAQ, 2012 e 2013.

Analisando a Tabela 6, comprova-se que a subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos foi avaliada com melhor desempenho pelas equipes, tanto para o primeiro quanto para o segundo ciclo dos municípios da região que permitem avaliação.

Quando comparadas as subdimensões por ciclos, pode-se observar uma grande ascensão da avaliação com melhor desempenho para o 2º ciclo perante o primeiro, pela maioria das equipes. Ao movimento de melhora na avaliação do segundo ciclo diante do primeiro já observado nas dimensões anteriores pode se inferir que o desenho do programa leva a uma melhoria, à medida que os ciclos vão se efetivando. Avaliando em separado a subdimensão, há: Infraestrutura e Equipamento no primeiro ciclo, quatro equipes com classificação **muito satisfatório**, 16 como **satisfatório** e sete **regular**; já o segundo ciclo apresentou 12 equipes

com classificação **muito satisfatório**, dez satisfatório e cinco **regular**; na subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos, no primeiro ciclo, há sete equipes com classificação **muito satisfatório**, 17 como **satisfatório** e três **regular**; já o segundo ciclo apontou 21 equipes com classificação **muito satisfatório** e seis **satisfatório** (Tabela 6).

Observa-se, ainda, na Tabela 6, que a subdimensão Infraestrutura e Equipamentos recebeu o maior número de avaliação regular pelas equipes avaliadas, tanto para o primeiro quanto para o segundo ciclo.

A subdimensão Infraestrutura e Equipamentos também é responsável pelo elenco de padrões avaliados negativamente para esta dimensão, ou seja, avaliados com notas insatisfatória e muito insatisfatória. Nesse caso, todos os padrões que receberam notas baixas pertencem a esta subdimensão, que, pela visão das ESF, precisam de melhores condições para que garantam o acesso e a qualidade na oferta dos serviços, conforme Tabela 7.

**Tabela 7 – Padrões avaliados negativamente na dimensão Unidade Básica de Saúde, AMAQ, 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014**

Padrão Infraestrutura / Equipamento	Acaraú		Bela Cruz		Cruz		Itarema		Jijoca		Marco		Morrinhos	
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
UBS possui planejamento de manutenção física/equipamentos			2	0	3	2			1	0			0	1
UBS dispõe de linha telefônica e acesso a Internet	6	4	4	4	1	0			2	0	4	5	1	0
UBS dispõe de material e equipamento urgência/emergência	3	0	3	2	2	3			2	0	0	2	0	1
Deslocamento da equipe realizado em veículo oficial											0	2	0	1
UBS adequada para atender deficientes, idosos e analfabetos	1	1	3	3	2	1			1	0				
UBS possui identificação visual externa	1	0	1	0	1	0								

Fonte: AMAQ, 2012 e 2013.

Nesta subdimensão, seis dos nove padrões que a compõem foram avaliados de forma negativa, conforme mostra a Tabela 7. Os padrões abordam da falta de internet a materiais e equipamentos mais complexos; da falta de materiais para urgência e emergência à falta de identificação visual na unidade. A tabela mostra ainda que os melhores resultados foram no segundo ciclo em relação ao primeiro para vários padrões avaliados, porém, movimento contrário acontece nos Municípios de Cruz, Marco e Morrinhos.

Na Tabela 7, chama a atenção na unidade a falta de acesso à internet e o fato de a unidade não dispor de equipamentos para urgência e emergência, padrões avaliados negativamente por todos os municípios passíveis de observação. A falta na UBS de um

planejamento para manutenção da estrutura física e equipamentos e UBS inadequada para atendimento de deficientes, idosos e analfabetos apareceram na avaliação de quatro municípios. A falta de identificação visual da UBS foi apontada em três municípios e o deslocamento da equipe não realizado em carro oficial em dois municípios.

As fragilidades encontradas nas UBS, pela análise dos padrões, revelam as condições precárias de suas estruturas e de seus equipamentos, estando, portanto, desacordado em relação à legislação e às normas vigentes, pois as UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/MS. A própria AMAQ, em seus anexos, traz toda a infraestrutura, equipamentos básicos e materiais para uso adequado de todas as UBS (BRASIL 2012a).

Na Tabela 7, chamam atenção ainda dois importantes padrões avaliados que revelam a carência de serviços importantes para as UBS: primeiro é a falta de equipamentos de informática com internet, hoje com função essencial, pois possibilitam a melhoria da comunicação profissional e do acesso a dados e indicadores de saúde; facilitam os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes; viabilizam a participação no Telessaúde e nas comunidades de práticas, aumentando a troca de experiências, integração, intersetorialidade e integralidade das ações desenvolvidas e o acesso aos sistemas de informação que hoje são quase todos *on-line*; segundo, se as UBS dispõem de materiais e equipamentos, insumos e medicamentos imprescindíveis para o primeiro atendimento de urgência e emergência aos usuários do território para a estabilização e manutenção da vida até que possa ser referenciado para outro nível de atenção, caso seja necessário, estão garantidos na UBS (BRASIL, 2012a).

#### **5.2.4 Dimensão perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde**

A quarta e última dimensão da AMAQ, trata do Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, e deve ser respondida pelas ESF. Apresenta-se em quatro subdimensões: Perfil da Equipe, com três padrões avaliativos; Organização do Processo de Trabalho com 12 padrões; Atenção Integral à Saúde com, 42 padrões e Participação Social e Satisfação dos Usuários, com três padrões sendo avaliados.

A primeira subdimensão busca avaliar se o perfil dos profissionais da equipe de Atenção Básica está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às experiências, vivências e práticas por eles experimentadas; a segunda avalia a organização do trabalho na Atenção Básica, fundamental para que a equipe

possa avançar tanto na integralidade da atenção, quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho; a terceira avalia a atenção integral à saúde, que envolve o acolhimento, tanto da demanda programática, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade), por meio de ações individuais e coletivas de Promoção à Saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; e a quarta subdimensão avalia a participação da comunidade – usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias do controle social – nas políticas públicas de saúde, o que é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS (BRASIL, 2012a).

A avaliação desta dimensão também será realizada pela classificação do total das 27 equipes que entregaram as AMAQ respondidas, e a Tabela 8 mostra o quantitativo de equipes por município em cada conceito para o qual foi classificado.

**Tabela 8 – Classificação das ESF na dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, para o 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014**

MUNICÍPIO/ SUBDIMENSÃO	Perfil da equipe - 3		Processo de trabalho – 12		Atenção Integral à saúde - 42		Participação social - 3		Total equipe	
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º		
Acaraú	Muito satisfatório	6	9	8	9	5	9	1	8	9
	Satisfatório	3		1		4		6	1	
	Regular							2		
Bela Cruz	Muito satisfatório	2		2	2		3		3	5
	Satisfatório	2	4	1	3	3	2	1	2	
	Regular	1	1	2		2		3		
	Insatisfatório							1		
Cruz	Muito satisfatório	2			1					3
	Satisfatório		2	3	2	3	2		1	
	Regular	1	1				1	1	2	
Itarema	Insatisfatório							2		-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jijoca	Muito satisfatório	1	4	2	4		4		3	4
	Satisfatório	1		2		1		2	1	
	Regular	2				2		1		
	Insatisfatório					1		1		
Marco	Muito satisfatório	5	2	4	3	2	2	2	1	5
	Satisfatório		1	1	2	3	3	3	2	
	Regular		1						1	
	Insatisfatório								1	
Morrinhos	Muito Insatisfatório		1							1
	Muito satisfatório	1	1	1	1	1	1	1	1	
<b>Total de Equipes</b>									<b>27</b>	

Fonte: AMAQ, 2012 e 2013.

Na Tabela 8, observa-se que nesta dimensão nenhuma subdimensão ficou em destaque em relação às demais pela avaliação de seus padrões. Aconteceu um movimento diversificado na classificação das subdimensões e a avaliação de cada uma reflete mais a

posição de cada município, ou seja, as subdimensões com melhores desempenhos vão se alternando entre os municípios e, a esse movimento, pode-se inferir que, de fato, as equipes são distintas, cada uma tem seu perfil, seu processo de trabalho e uma atenção integral diferenciada, pois as condições de atuação de cada equipe dependem de vários outros fatores muitas vezes externos à equipe. Assim, a subdimensão Atenção Integral à Saúde foi melhor avaliada pelos municípios de Acaraú e Bela Cruz; em Cruz, Jijoca e Marco, a melhor avaliação foi para a subdimensão Processo de Trabalho. O Município de Morrinhos apresentou a mesma avaliação para todas as subdimensões.

Apesar da aproximação entre as subdimensões, pode-se observar na tabela 8 que a subdimensão Participação Social foi avaliada pelos Municípios de Bela Cruz, Cruz, Jijoca e Marco com as menores notas encontradas, pois dez equipes a classificaram como regular e cinco como insatisfatório, na realidade dos dois ciclos avaliados. Cabe informar que a subdimensão é justamente a responsável pela avaliação da equipe na sua relação com a comunidade e que busca o fortalecimento das instâncias de controle e participação social, passando pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e fiscalização das políticas governamentais, com transparência e “publicização” (BRASIL, 2012a). Chama atenção ainda nesta dimensão a nota atribuída por uma equipe do Município de Marco que avaliou a sua subdimensão perfil da equipe com a nota **muito insatisfatória**, única encontrada no conjunto das equipes avaliadas e, também, a equipe de Morrinhos, que obteve a mesma nota para todas as subdimensões e para os dois ciclos, com uma avaliação de muito satisfatória.

Outra diferença desta para as demais dimensões diz respeito à avaliação feita do primeiro para o segundo ciclo, com uma melhora sutil para o 2º ciclo, pois aqui as avaliações não revelaram um grande destaque para um ciclo específico, ao contrário, eles vão se alternando entre as subdimensões e entre os municípios (Tabela 8).

Avaliando separadamente as subdimensões, encontramos: Perfil da Equipe, no primeiro ciclo, há 17 equipes com classificação **muito satisfatório**, seis como **satisfatório** e quatro **regular**, já o segundo ciclo apresentou 16 equipes com classificação **muito satisfatório**, sete **satisfatório**, três **regular** e uma **muito insatisfatória**; na subdimensão Processo de Trabalho no primeiro ciclo, há 17 equipes com classificação **muito satisfatório**, oito como **satisfatório** e duas **regular**; já o segundo ciclo apresentou 20 equipes com classificação **muito satisfatório** e sete **satisfatório**; subdimensão Atenção Integral à Saúde, no primeiro ciclo, oito equipes com classificação **muito satisfatório**, 14 como **satisfatório**,

quatro, **regular** e uma **insatisfatório**; já o segundo ciclo indicou 19 equipes com classificação **muito satisfatório**, sete **satisfatório** e uma **regular**. A subdimensão Participação Social, no primeiro ciclo, quatro equipes, com classificação **muito satisfatório**, 12 como **satisfatório**, sete **regular** e quatro **insatisfatória**. O segundo ciclo apontou 16 equipes com classificação **muito satisfatório**, sete **satisfatório**, três **regular** e uma **insatisfatório** (Tabela 8).

Nesta dimensão, a avaliação de padrões negativos supera as demais, expressando um total de 14 padrões avaliados como problemáticos, ou seja, avaliados com notas **insatisfatório** e **muito insatisfatório** (Tabela 9). A subdimensão Atenção Integral à Saúde demonstra oito padrões avaliados negativamente, a maior quantidade, enquanto as subdimensões Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Participação Social expressam, cada uma, dois padrões avaliados como problemáticos. Na Tabela 9, os padrões expressos 1 e 2 tratam da subdimensão Perfil da Equipe; os padrões 3 e 4 da subdimensão Processo de Trabalho; 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 da subdimensão Atenção Integral à Saúde, e 13 e 14 padrões da subdimensão Participação Social.

**Tabela 9 – Padrões avaliados negativamente na dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, AMAQ, 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral-CE, 2014**

Padrão	Acaraú		Bela Cruz		Cruz		Itarema		Jijoca		Marco		Morrinhos	
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Perfil da Equipe	1. Os profissionais de nível superior têm qualificação para AB													
	1		1						2					
Processo Trabalho	2. Os profissionais da AB exercem habilidades de competências na gestão do trabalho em equipe													
				2	1							3		
Processo Trabalho	3. A ESF realiza gestão do cuidado na atenção básica													
				1									2	
Processo Trabalho	4. A ESF reúne-se periodicamente													
	1		1			2								
At. Integral à saúde.	5. A ESF realiza ações de atenção integral à saúde do homem													
	1		2						3		4			
At. Integral à saúde.	6. A ESF oferece atenção integral à saúde dos adolescentes													
				1		2				2				
At. Integral à saúde.	7. A ESF identifica e acompanha pessoas com sofrimento psíquico													
				2	2	1	2						2	
At. Integral à saúde.	8. A ESF identifica e acompanha usuários de álcool e drogas													
	2		1	2	2				2		1			
At. Integral à saúde.	9. A ES desenvolve ações voltadas ao combate do tabaco													
	2		2	1		2			1					
At. Integral à saúde.	10. A ESF desenvolve grupos terapêuticos													
	1		1	1							1	4		
At. Integral à saúde.	11. A ESF atua na escola avaliando as condições de saúde dos educandos													
	1		1			1			1			2		
At. Integral à saúde.	12. A ESF incentiva e desenvolve práticas corporais/at. físicas													
	2		3		1				3				1	
Participação Social	13. A ESF reúne-se com a comunidade para debater os problemas local de saúde													
	1		2		2				3					
Participação Social	14. A ESF disponibiliza canais de comunicação com os usuários, com vistas às sugestões e reclamações													
	1		1		2				3					

Fonte: AMAQ, 2012 e 2013.

Já era esperado que esta subdimensão apresentasse o maior número de padrões negativos, dada sua representatividade para a dimensão, bem como para toda a AMAQ, pois sozinha apresenta 42 padrões avaliativos para garantia do acesso e da qualidade da Atenção Básica. A complexidade da subdimensão está na busca pela integralidade do cuidado, que aqui se expressa numa abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, pois considera também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde, sendo as equipes de Atenção Básica também responsáveis pela integralidade do acesso a todos os pontos da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2012a).

A Tabela 9 mostra, considerando os dois ciclos, que, no Município de Bela Cruz, 27 equipes encontraram padrões negativos, Jijoca de Jericoacoara 20 equipes, em Marco, 19 equipes, em Cruz 18 equipes, em Acaraú 13 equipes e, no Município de Morrinhos, a única equipe avaliada também identificou um padrão negativo.

Outro olhar na Tabela 9 revela que, na avaliação do conjunto dos municípios, considerando os dois ciclos, os padrões mais problemáticos na visão das equipes foram: a falta de ações de atenção integral à saúde do homem; a deficiência da equipe em identificar e acompanhar usuários de álcool e drogas; a equipe incentivar e desenvolver práticas corporais/atividades físicas, na avaliação de dez equipes, e o padrão que avalia se a equipe identifica e acompanha pessoas com sofrimento psíquico foi avaliado por nove equipes.

Percebe-se que esses padrões sendo avaliados de forma negativa revelam uma fragilidade nas equipes de Atenção Básica de trabalhar em conjunto com outros serviços que compõem a rede de atenção, como CAPS e NASF, além de trabalhar algumas políticas de saúde de forma muito sutil, como a política da saúde do homem.

Ainda se pode analisar, pela Tabela 9, para esta dimensão, relativamente a padrões negativos, que os Municípios de Acaraú e Jijoca de Jericoacoara apontaram padrões negativos somente para o primeiro ciclo, e que os Municípios de Cruz e Marco identificaram alguns padrões negativos apenas por ocasião do segundo ciclo.

Finalizando a discussão acerca da AMAQ, suas dimensões e subdimensões, percebe-se que ela é uma ferramenta da gestão importante para o processo avaliativo na atenção básica, pois se mostra com um potencial de subsidiar gestores e equipes a mudar a realidade local ante um processo que começa pela identificação dos fatores que pesam negativamente para uma boa prática na atenção básica, como também solicita desses agentes a elaboração de plano de intervenção com vistas à garantia de todos os padrões necessários para o acesso e a qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral analisar o acesso e a qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios integrantes da 12ª Região de Saúde do Ceará, que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, com suporte na autoavaliação. A pesquisa buscou descrever o processo vivenciado pelos municípios para proceder à autoavaliação das equipes da ESF na perspectiva dos coordenadores, identificar os problemas que comprometem o acesso e a qualidade da ESF, desde a autoavaliação dos profissionais e gestores da Atenção Básica e conhecer a classificação das dimensões e subdimensões do instrumento AMAQ das ESF da 12ª Região de Saúde do Ceará no 1º e 2º ciclos do PMAQ.

A pesquisa atingiu seus objetivos, quando, em sua operacionalização, respondeu às indagações iniciais que faziam parte das dúvidas que se tinha como pesquisador. Norteou-se, portanto, o conjunto de questões expressas inicialmente e conseguiu-se responder como se deu o processo de autoavaliação do acesso e qualidade da AB nos municípios circunscritos à 12ª Região de Saúde; quais foram os agentes envolvidos nesse processo e que eles seguiram os passos orientadores para a autoavaliação do PMAQ, e que a autoavaliação possibilitou a reorganização e qualificação do trabalho e conseguiu identificar quais os principais problemas que dificultam o acesso e a qualidade dos serviços na ESF na visão dos gestores e equipes da Atenção Básica.

Pode-se dizer que a análise realizada mostrou que a autoavaliação se tornou um instrumento de grande valia para a melhora da qualidade das ações das equipes, ao permitir que elas façam um diagnóstico dos seus pontos negativos e positivos. Cada gestor e cada equipe podem, com a identificação desses padrões, avaliá-los e traçar estratégias de garantia do acesso e da qualidade dos serviços e tomar medidas para melhorá-los.

Sistematizam-se os principais resultados obtidos no decorrer da pesquisa, demonstrando os aspectos mais relevantes para responder aos objetivos específicos deste estudo.

Na primeira parte do estudo, os discursos dos coordenadores buscaram em três categorias empíricas: autoavaliação em saúde – concepções e práticas na ESF; o sujeito na autoavaliação em saúde – possibilidades de construção de autonomia e corresponsabilidades; a autoavaliação na Atenção Básica à Saúde – intencionalidades e efeitos no contexto do PMAQ, responder a dimensão qualitativa deste estudo, que era descrever o processo vivenciado pelos municípios para proceder à autoavaliação das equipes da ESF na perspectiva dos coordenadores. A primeira categoria empírica revelou que, nos sentidos atribuídos pelos

coordenadores de Atenção Básica, a autoavaliação, bem como o próprio programa PMAQ, era desconhecida totalmente pelos profissionais, pelo fato de ser um programa novo, e a estratégia utilizada pelos coordenadores foi inicialmente conhecer o programa e depois o instrumento da autoavaliação para depois responderem em equipe com a participação de todos os agentes da ESF a autoavaliação dos gestores e das equipes; que no primeiro ciclo a autoavaliação foi considerada semelhante à outra avaliação já proposta pelo MS, a AMQ e quem já a conhecia teve mais facilidade em trabalhar esse momento. Na concepção desses agentes, a autoavaliação deve ser utilizada no dia a dia como uma ferramenta da gestão, ela é autorreflexiva, é um perfil, ou seja, um modelo para uma Unidade Básica de Saúde seguir. A autoavaliação foi um produto de consenso entre os envolvidos, mas houve descontinuidade das ações propostas do primeiro para o segundo ciclo, atribuídas às mudanças do cenário político. A segunda categoria empírica revelou que a autoavaliação da equipe, realizada por todos, na verdade, teve um agente principal, o enfermeiro, responsável pelo dinamismo do processo e por conduzir os demais; que todos eles tiveram autonomia em se avaliarem e que esta prática desenvolveu principalmente nos gestores a ideia de corresponsabilidade para a garantia do acesso e da qualidade dos serviços prestados. A terceira categoria empírica apresentou a AMAQ como um exercício com a finalidade de desenhar um caminho que garanta o acesso e a qualidade do atendimento. A pesquisa também mostrou a ideia de um programa definitivo, que veio para ficar, e que se espera ser institucionalizado no âmbito da AB. Seus efeitos foram sentidos já no primeiro ciclo e se fortaleceram no segundo, revelando mudanças substanciais, principalmente no processo de trabalho das ESF, com foco na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

Complementando a pesquisa, seus objetivos quantitativos eram identificar as dificuldades que comprometem o acesso e a qualidade da ESF com origem na autoavaliação dos profissionais e gestores da Atenção Básica e conhecer a classificação das dimensões e subdimensões do instrumento AMAQ das ESF.

A primeira dimensão da AMAQ, Gestão da Atenção Básica, revelou um melhor desempenho para o segundo ciclo da autoavaliação ante a avaliação feita pelos secretários municipais de saúde. Quando forem estratificadas as subdimensões dessa dimensão o melhor resultado foi para a subdimensão Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, com aproveitamento muito satisfatório, praticamente em todos os municípios, seguida das subdimensões Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município, Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, e a avaliação mais negativa foi da Gestão do Trabalho, em todos os municípios. A pesquisa revelou os padrões expressos de forma

negativa na avaliação dos secretários para esta dimensão, ou seja, julgados com notas baixas, e que levaram ao final do somatório de seus padrões a uma classificação muito insatisfatória ou insatisfatória. Os padrões encontrados foram: incentivo financeiro para equipe AB, PCCS, garantia integral à saúde do trabalhador, pesquisa de satisfação dos usuários e canais de comunicação para usuários.

Pela segunda dimensão, Gestão da Atenção Básica da AMAQ, e destinada para realizar a autoavaliação dos coordenadores da atenção básica, avaliando o apoio institucional junto a coletivos, a educação permanente como necessidade de transformação constante dos serviços e o monitoramento e avaliação para melhoria dos serviços implantados, pode-se concluir com a pesquisa que, nos municípios avaliados, aconteceu um movimento ascendente quando se compara o resultado do 1º e do 2º ciclos avaliativos. Em relação às subdimensões, aparece em primeiro lugar a subdimensão Gestão do Monitoramento e Avaliação, seguida da subdimensão Apoio Institucional, mas também revelou a subdimensão Educação Permanente como a mais fragilizada na percepção dos coordenadores da AB, concentrando nela quatro padrões negativos de seis existentes para esta subdimensão.

Na dimensão Unidade Básica de Saúde, na realidade das 27 equipes avaliadas, a subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos foi avaliada com melhor desempenho pelas equipes, tanto para o primeiro quanto para o segundo ciclos dos municípios da região, que permitem avaliação e que a subdimensão Infraestrutura e Equipamentos concentra todos os padrões que receberam notas baixas, ou seja, precisam de melhores condições para que garantam o acesso e qualidade na oferta dos serviços.

A quarta e última dimensão da AMAQ, trata do Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, e foi respondida pelas ESF. A pesquisa revelou que, nesta dimensão, nenhuma subdimensão ficou em destaque perante as demais pela avaliação de seus padrões. Aconteceu um movimento diversificado na classificação das subdimensões e a avaliação de cada uma refletiu mais a posição de cada município, ou seja, as subdimensões com melhores desempenhos se alternavam entre os municípios e, a esse movimento pôde-se inferir que, de fato, as equipes são distintas, cada uma tem seu perfil, seu processo de trabalho e uma atenção integral diferenciada, pois as condições de atuação de cada equipe dependem de vários outros fatores muitas vezes externos à equipe.

Pode-se dizer, contudo, que o PMAQ e, conseqüentemente, a AMAQ se inserem num esforço conjunto de avaliação dos serviços de saúde, por via de um instrumento específico para a melhoria da gestão do acesso e da qualidade da AB. No caso específico da 12ª Região de Saúde do Ceará, a pesquisa mostrou alguma melhora por parte da gestão e das

equipes na utilização dessa ferramenta para sua avaliação. A ideia que fica, no entanto, é a de um trabalho inicial e que muito ainda se pode fazer para superar as deficiências encontradas nesse processo que é avaliativo e coletivo. O sentimento é de demandar caminhos alternativos para cada vez mais se utilizar desse instrumento da gestão com ênfase em melhorias dos resultados.

Em se tratando de uma pesquisa produto de um mestrado profissional, se conclui dispondo-se os dados da pesquisa aos interessados da área estudada, neste caso, todos os envolvidos com o Programa Saúde da Família, tendo o intuito de apresentá-lo também para os nossos gestores, coordenações e trabalhadores da Região de Saúde estudada.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; COELHO, L. C. A. A Estratégia Saúde da Família. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
- AMARAL, F. L. J. S.; MOTTA, M. H. A.; SILVA, L. P. G. da; ALVES, S. B. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a15.pdf>>.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- ASSIS, M. M. A. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.18, p.67-74, jan./jun. 1998.
- ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M. de; JESUS, W. L. A. de; NASCIMENTO, M. A. A. do; SANTOS, A. M. dos. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_228616371.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_228616371.pdf)>.
- ARAÚJO, M. de F. S. de. O enfermeiro no programa saúde da família: prática profissional e construção da identidade. **CONCEITOS**, p. 39-43, jul. 2004; jul. 2005. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=53553>>.
- 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30986.pdf>>.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. CNES. 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equip.es.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equip.es.asp)>. Acesso em: 3 abr. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, 2012b.

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

\_\_\_\_\_. 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)**. Brasília, DF, 2012d.

\_\_\_\_\_. 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, 20 jul. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei n 8.080/90. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 162, 22 ago. 2007. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Documento Técnico. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. **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 União**, Brasília, DF, n. 39, 23 fev. 2006c. Seção 1, p. 43-51.

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

\_\_\_\_\_. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2. ed. rev. e atual. Brasília, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família.** Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF).** Brasília, 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, 2000b. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília, 2000c.

CAMPOS, C. V. de A. **Por que o médico não fica?** Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF do Município de São Paulo. 2005. 198 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Administração Pública e Governo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2438/42290.PDF?sequence=2&isAllowed=y>>.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenação de Promoção e Proteção à Saúde. **Região de saúde de Acaraú.** Caderno de Informação em Saúde. Fortaleza, 2013.

CECÍLIO, L. C. de O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, L. A. de; ANDRADE, M. das G. G.; MENESES, C. S.; PINTO, N. R. da S.; REIS, D. O.; SANTIAGO, S.; SOUZA, A. L. M. de; SPEDO, S. M. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>>.

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

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S27, jan. 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.pppo.ufma.br/uploads/files/Eleonora%20Minho%20Conill%201.pdf>>.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. de S.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, RJ: 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, Conselheiro Lafaiete, MG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4163.pdf>>.

DUBOIS, C. A.; 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.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (Orgs.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>>.

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. 169 p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; COSTA, J. M. B. S.; MENDES, M. F. M.; VIDAL, A. S. Atributos da qualidade 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. 169 p.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. 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. 169 p.

- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária 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, 2008.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; ALMEIDA, P. F. de; ESCOREL, S.; SENNA, M. de C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T. de; CUNHA, M. S. da; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
- GUIMARÃES, J. M. X. Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial. 2012. 286 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012. Disponível em: file:///D:/Downloads/JOS%C3%89%20MARIA%20XIMENES%20GUIMAR%C3%83ES.pdf
- HARTZ, Z. M. 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: 21 out. 2013.
- \_\_\_\_\_. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 7, p. 419-421, 2002.
- HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a praticas na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- IBGE. 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.
- JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>.
- LACAZ, F. A. de C.; VIEIRA, N. P.; CORTIZO, C. T.; JUNQUEIRA, V.; SANTOS, A. P. L. dos; SANTOS, F. S. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil.

**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-263, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/05.pdf>>.

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

LIMA, R. T.; SILVA, E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **R. Bras. Ci. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 103-114, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/9903/5822>>.

LOPES, E. A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica e o seu potencial de gerar de mudanças no trabalho dos profissionais**. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14266/1/2013\\_EstelaAuxiliadoraAlmeidaLopes.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14266/1/2013_EstelaAuxiliadoraAlmeidaLopes.pdf)>.

LOUVISON, M. C. P.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L. F.; MALIK, A. M.; ALMEIDA, E. S. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>>.

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 Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. 2013. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, MG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4117.pdf>>.

MACHADO, M. M. T.; LIMA, Â, S. S.; BEZERRA FILHO, J. G.; MACHADO, M. de F. A. S.; LINDSAY, A. C.; MAGALHÃES, F. B.; GAMA, I. da S.; CUNHA, A. J. L. A. da. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3125-3133, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a27.pdf>>.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, Á. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. de F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>>.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MENDES, A. da C. G.; MIRANDA, G. M. D.; FIGUEIREDO, K. E. G.; DUARTE, P. O.; FURTADO, B. M. A. S. M. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2906-2912, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a06.pdf>>.

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. 512 p.

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

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como de forma peculiar prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a05v37n98.pdf>>.

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

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. rev. apr. São Paulo: Hucitec, 2006.

NÓBREGA-TERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. I. de. **Temas em saúde da família: diversidades de saberes e práticas profissionais fundamentadas na pesquisa.** Fortaleza: EdUECE, 2006.

OLIVEIRA, W. M. A.; BEZERRA, A. L. Q. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por enfermeiros. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 20-25, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a04.pdf>>.

OLIVEIRA, L. S.; ALMEIDA, L. G. N.; OLIVEIRA, M. A. S.; GIL, G. B.; CUNHA, A. B. O.; MEDINA, M. G.; PEREIRA, R. A. G. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a20.pdf>>.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Atá.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. [S.l.], 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 7 set. 2013.

PINTO, H. A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. Informe técnico institucional. **Revista Eletrônica – Tempus** - Actas de Saúde Coletiva Capa, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1131/1044>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago. 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica.** Portal CONASENS, 18 jun. 2012. Disponível em:

<<http://portal.conasems.org.br/index.php/comunicacao/artigos/2372-prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhores-recursos-para-a-atencao-basica-por-heider-pinto>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANCK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>.

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

ROSENSTOCK, K. I. V. **Satisfação, envolvimento e comprometimento com o trabalho: percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2011/karellineizal.pdf>>.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 35. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, jul. 2009. Disponível em: <[http://www.rbhcs.com/index\\_arquivos/artigo.pesquisa%20documental.pdf](http://www.rbhcs.com/index_arquivos/artigo.pesquisa%20documental.pdf)>.

SARTI, T. D.; LIMA, R. de C. D.; SILVA, M. Z. e; MACIEL, E. L. N. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Rev. Odont.**, v. 10, n. 1, p. 63-69, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/492/356>>.

SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/11.pdf>>.

SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>>.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>>.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. da. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a04v16n11.pdf>>.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>>.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. Os quatro elementos da avaliação. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 59-66, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://conteudo.movesocial.com.br/uploads/1db4bd23591ad31b.pdf>>.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, n. 1, p. 95-108, mar/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a07.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>>.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, set./out. 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, p. 557-570, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a08v13s1.pdf>>.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de 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, 2008. p. 215-243.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7085.pdf>>.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>.

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

VIANA, A. L. D.Á.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 2005. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

1. Descreva como ocorreu o processo da autoavaliação do primeiro ciclo do PMAQ no seu município. E no segundo ciclo?
2. Comente sobre os desdobramentos da autoavaliação. Houve mudanças no trabalho da equipe e na organização dos serviços?

## APÊNDICE B – Carta de anuência

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ: AUTOAVALIAÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, que será realizada pelo mestrando **Evaldo Eufrásio Vasconcelos**, coordenada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Inês Osawa Chagas, concordo em autorizar a realização da pesquisa no banco de dados do 1 e 2 ciclos da **Autoavaliação do PMAQ-AB** e também a realização de uma entrevista com os coordenadores responsáveis pela autoavaliação do PMAQ, que acontecerá 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.

Sobral-CE, 17 de junho de 2013.

---

Assinatura do Responsável

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UEVA

Mestrado em Saúde da Família

Sobral, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2013.

Prezado (a) senhor (a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ: AUTOAVALIAÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, que tem como objetivo principal analisar o acesso e a qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios integrantes da 12ª Região de Saúde que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica a partir dos instrumentos de autoavaliação.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo aluno Evaldo Eufrásio Vasconcelos do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) e orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Maristela Inês Osawa Chagas.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista contendo uma pergunta aberta: Descreva como ocorreu o processo da autoavaliação do PMAQ no seu município?

Gostaria de deixar claro para os(a) Sr.(as) que esta entrevista não é identificável e que os resultados serão divulgados de forma a guardar absoluto sigilo sobre as informações. A sua participação é voluntária, assim, os(a) Sr.(as) podem se recusar a responder a pergunta desse instrumento. Mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, se por algum motivo, durante o andamento da mesma, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que o (a) Sr. (a) participe, pois as informações fornecidas poderão contribuir para a melhoria desse processo avaliativo apontando como ocorreu o processo da autoavaliação do PMAQ no seu município. Tais informações poderão levar a adequações nos próximos ciclos avaliativos do PMAQ. Poderá ainda, contribuir para identificar as potencialidades desse programa reafirmando dispositivos já utilizados como também apontar as contribuições que o PMAQ vem promover para a institucionalização da avaliação da atenção da básica no âmbito dos municípios estudados.

Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua 07 de Setembro, 650, Centro Cruz-Ceará, no telefone (88) 97128795, ou pelo e-mail [evaldo.vasconcelos@saude.ce.gov.br](mailto:evaldo.vasconcelos@saude.ce.gov.br)

---

Assinatura do entrevistador

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Pós-Informado

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF  
Universidade Estadual Vale do Acaraú-UEVA  
Mestrado em Saúde da Família

Declaro que tomei conhecimento do estudo acima citado, realizado pelo mestrando Evaldo Eufrásio Vasconcelos, aluno do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. Conheci seus objetivos e concordo em participar da pesquisa intitulada: ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ: AUTOAVALIAÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Sobral, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2013.

---

Assinatura do participante

## APÊNDICE E – Comprovação de submissão de Artigo para Revista Saúde em Debate

---

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - ISSN 0103-1104



Seu trabalho **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB): A prática para uma nova cultura de avaliação em saúde** foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção.

Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente,  
Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104  
Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: [21] 3882-9140 e [21] 3882-9141 - FAX.: [21] 2260-3782 -  
revista@saudeemdebate.org.br  
© Todos os direitos reservados para CEBES - Desenvolvido por Zanda Multimeios da Informação

---

**ANEXOS**

## ANEXO A – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)

### FOLHA DE RESPOSTAS e CLASSIFICAÇÃO

#### Dimensão: Gestão Municipal

Subdimensão - A: Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município - 90 pontos

Nº padrões	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	Soma total
Resultados obtidos										

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

Subdimensão - B: Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – 30 pontos

Nº padrões	1.10	1.11	1.12	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Subdimensão - C: Gestão do Trabalho – 40 pontos

Nº padrões	1.13	1.14	1.15	1.16	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

Subdimensão - D: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário – 40 pontos

Nº padrões	1.17	1.18	1.19	1.20	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
<b>Classificação da Dimensão Gestão Municipal</b>					

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
A					
B					
C					
D					

Soma dos pontos =

Média dos pontos \_\_\_\_\_ (soma dos pontos / 4)

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

## FOLHA DE RESPOSTAS e CLASSIFICAÇÃO

### Dimensão: Gestão da Atenção Básica

Subdimensão – E: Apoio Institucional- 30 pontos

Nº padrões	2.1	2.2	2.3	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Subdimensão – F: Educação Permanente – 60 pontos

Nº padrões	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Subdimensão – G: Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A – 50 pontos

Nº padrões	2.10	2.11	2.12	2.13	2.14	Soma total
Resultados obtidos						

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 50

### Classificação da Dimensão Gestão da Atenção Básica

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
E					
F					
G					

Média dos pontos \_\_\_\_\_ (soma dos pontos/ 3)

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

## FOLHA DE RESPOSTAS e CLASSIFICAÇÃO

### Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensão – H: Infraestrutura e Equipamentos – 90 pontos

Nº padrões	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	Soma total
Resultados obtidos										

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

Subdimensão – I: Insumos, imunobiológicos e medicamentos – 90 pontos

Nº padrões	3.10	3.11	3.12	3.13	3.14	3.15	3.16	3.17	3.18	Soma total
Resultados obtidos										

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

### Classificação da Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
H					
I					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos \_\_\_\_\_ (soma dos pontos/ 2)

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

## FOLHA DE RESPOSTAS e CLASSIFICAÇÃO

### Dimensão: Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

Subdimensão – J: Perfil da Equipe – 30 pontos

Nº padrões	4.1	4.2	4.3	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Subdimensão – K: Organização do Processo de Trabalho – 120 pontos

Nº padrões	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	4.11	4.12	4.13	4.14	4.15
Resultados obtidos												
Nº padrões	Soma total											
Resultados obtidos												

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 23	24 a 47	48 a 71	72 a 95	96 a 120

Subdimensão – L: Atenção Integral à Saúde – 420 pontos

Nº padrões	4.16	4.17	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	4.23	4.24	4.25	4.26	4.27
Resultados obtidos												
Nº padrões	4.28	4.29	4.30	4.31	4.32	4.33	4.34	4.35	4.36	4.37	4.38	4.39
Resultados obtidos												
Nº padrões	4.40	4.41	4.42	4.43	4.44	4.45	4.46	4.47	4.48	4.49	4.50	4.51
Resultados obtidos												
Nº padrões	4.52	4.53	4.54	4.55	4.56	4.57	Soma total					
Resultados obtidos												

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 83	84 a 167	168 a 251	252 a 335	336 a 420

Subdimensão - M: Participação Social e Satisfação do Usuário – 30 pontos

Nº padrões	4.58	4.59	4.60	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

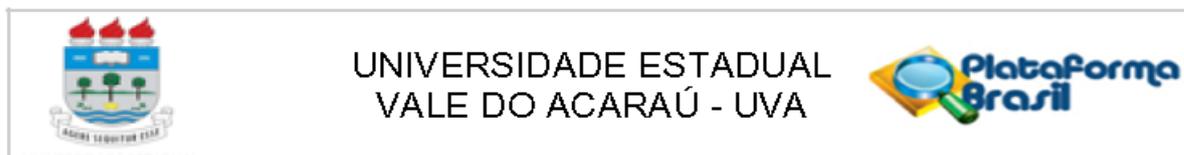
### Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
J	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
K					
L					
M					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos \_\_\_\_\_ (soma dos pontos / 4)

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP/UVA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ: AUTOAVALIAÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Evaldo Eufrásio Vasconcelos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19581713.8.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 456.984

**Data da Relatoria:** 13/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, documental com abordagem quanti-qualitativa. Este estudo aconteceu no contexto da 12ª Região de Saúde, criada em 2001, com sede em Acarau, esta localizada na região do litoral oeste do Ceará, constituída pelos municípios de Acarau, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca, Marco e Morrinhos. O estudo será desenvolvido no período de agosto 2012 a dezembro de 2013. Serão informantes-chaves deste estudo, os técnicos responsáveis pelo PMAQ em cada uma das secretarias municipais de saúde da 12ª Região de Saúde de Acarau e que tenham participado/coordenado o processo das autoavaliações das equipes AB, na segunda fase do programa, qual seja a de desenvolvimento na dimensão autoavaliação, no 1º e 2º ciclos do PMAQ. Além desses sujeitos, o estudo envolverá os instrumentos da autoavaliação respondidos por 37 ESF e disponibilizados no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica/SGDAB/MS. Os dados serão coletados a partir das respostas aos instrumentos das autoavaliações realizadas pelas equipes que aderiram ao PMAQ, bem como pela resposta ao roteiro de entrevista que será aplicada aos sete Coordenadores da AB dos Municípios que compõem a 12ª Região de Saúde de Acarau. Os dados quantitativos serão analisados com base nas premissas da estatística descritiva, considerando as frequências e o ranque de padrões de qualidade, segundo a proposta AMAQ. Os componentes da dimensão qualitativa serão

**Endereço:** Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

**Bairro:** Derby

**CEP:** 62.041-040

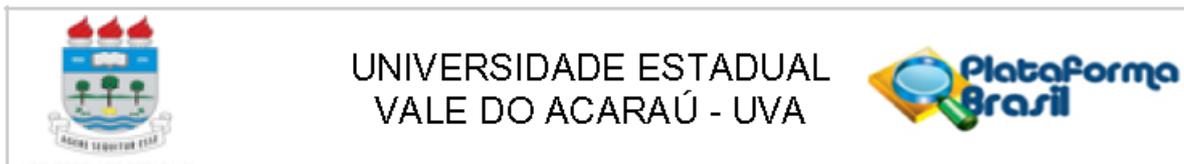
**UF:** CE

**Município:** SOBRAL

**Telefone:** (88)3677-4255

**Fax:** (88)3677-4242

**E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 456.984

analisados por meio da técnica de análise de conteúdo categorial temática de Bardin.

**Objetivo da Pesquisa:**

Pesquisa com o principal objetivo de analisar o acesso e a qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios integrantes da 12ª Região de Saúde do Ceará, que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica a partir do processo de autoavaliação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto traz como risco o constrangimento de algum informante chave durante o roteiro de entrevista, previsto pelo pesquisador. A pesquisa apresenta como contribuições a reflexão crítica acerca dos processos de trabalho, do modelo de atenção e de gestão na AB, além de fornecer subsídios para a tomada de decisão, por parte dos trabalhadores e gestores, podendo assim, evidenciar de maneira objetiva as potencialidades e limitações da AB.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, apresentando aprofundamento teórico e metodológico no que se refere à Qualidade da Atenção Básica em Saúde, embora alguns itens do Referencial teórico ainda esteja em processo de construção.

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

A pesquisa apresenta em seu corpo os Termos obrigatórios: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Anúncio do local onde a pesquisa será realizada; Instrumentos para coleta de informações.

**Recomendações:**

Recomendamos o encaminhamento do Relatório de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

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

O projeto não apresenta inadequações, uma vez que o pesquisador apresentou adequadamente o Termo de Consentimento Pós-Informado.

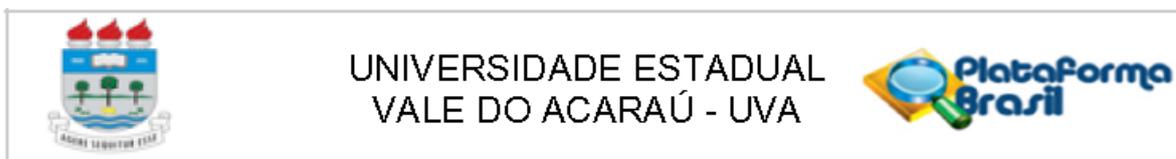
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**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



Continuação do Parecer: 456.984

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após apresentação e apreciação do projeto de pesquisa o Colegiado do CEP considerou-o APROVADO, devendo o pesquisador atentar para as recomendações.

SOBRAL, 13 de Novembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio 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