



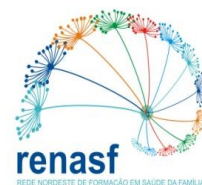
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF

Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste

Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF



ANDRELINA ALVES MANGUEIRA

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E PLANEJAMENTO DE
AÇÕES DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO NORDESTE: ANÁLISE DO
PMAQ - AB**

**NATAL - RN
2016**

ANDRELINA ALVES MANGUEIRA

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E PLANEJAMENTO DE
AÇÕES DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO NORDESTE: ANÁLISE DO
PMAQ - AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

**NATAL - RN
2016**

Mangueira, Andreлина Alves.

Organização do processo de trabalho e planejamento de ações das equipes de Atenção Básica no Nordeste: análise do PMAQ - AB / Andreлина Alves Mangueira. - Natal, 2016.

71f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF. Rede Nordeste de Formação em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Orientador: Paulo de Medeiros Rocha.

1. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. 2. Planejamento em Saúde - Dissertação. 3. Avaliação em Saúde - Dissertação. I. Rocha, Paulo de Medeiros. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614

Andreina Alves Mangueira

**A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES
DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO NORDESTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



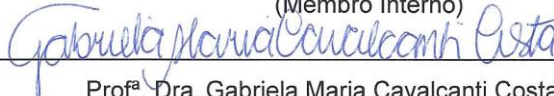
Profº.Dr. Paulo de Medeiros Rocha – UFRN

(Orientador)



Profª. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha – UFRN

(Membro Interno)



Profª. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa – UEPB

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 09 de agosto de 2016.

*A minha mãe por todo o alicerce implantado em minha vida,
aos meus irmãos Riquelson e Ronieric,
por sempre acreditarem nos meus sonhos,
ao meu esposo Alessandro e minha filha Andressa
por me fazerem sempre buscar ser uma pessoa melhor,
alimentando -me de amor e carinho em todos os momentos.*

AGRADECIMENTOS

*“ O sonho é o primeiro passo da realização de um projeto”
(Lucian Rodrigues Cardoso)*

Um dia o mestrado era só um sonho, que sonhei sozinha, mas hoje se concretiza com a ajuda de muitas mãos e assim, começo agradecendo as muitas mãos que me ajudaram na realização desse sonho:

Á **Deus** minha eterna gratidão, pelo seu direcionamento e proteção durante toda a caminhada, por nunca me deixar sozinha nos momentos de medo, insegurança e tristezas. Dando-me forças para lutar e acreditar em um mundo melhor.

A minha **Mãe** que com sua fé, humildade e seu exemplo de guerreira, sempre me incentivaram na realização de todas as conquistas em minha vida.

A minha filha **Andressa** por entender a ausência da mamãe durante as viagens, eventos e momentos especiais, além de ter sido minha companheira nas noites de estudo, rendendo-se ao sono quando não mais aguentava, só para ter um pouquinho da mamãe por perto.

Ao meu amigo, companheiro e parceiro de todos os momentos, meu esposo **Alessandro**, que mesmo durante os obstáculos da vida pessoal, compreendeu as minhas necessidades, não me deixando fraquejar, quando acreditava não mais ser capaz. Pela compreensão durante os momentos mais difíceis da caminhada, com os meus sentimentos de insegurança, incertezas e indecisões.

Aos meus irmãos **Riquelson e Ronieric e suas famílias** (cunhadas e sobrinhos) por sempre acreditarem que seria capaz, e que com o amor e carinho nas visitas rápidas fortaleciam minhas forças.

A minha **Tia Lina** por suas orações, pois mesmo distante sinto-a muito presente em todos os momentos da vida.

A minha amiga **Renata Sá (in memoria)** que junto festejou a minha aprovação na seleção do mestrado, mas que partiu de forma inesperada ainda durante essa caminhada. Como foi difícil, a dor, a saudade, sua falta nos momentos mais difíceis da caminhada. Mas sei que caminhastes junto comigo, não me deixando fraquejar, dando-me forças para não desistir. A você minha eterna amiga, muito obrigada!!!

“Qualquer dia amiga, a gente vai se encontrar” (Milton Nascimento)

Ao **Prof. Paulo**, meu orientador, pela sua contribuição na construção desse projeto, por suas críticas, sugestões e principalmente pela sua compreensão diante da distância que nos separava fisicamente.

A todo **o corpo docente** do Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, em especial ao Prof. Thiago que desde o processo seletivo de ingresso no mestrado, sempre transmitiu paz e tranquilidade em suas palavras.

Aos **funcionários da secretaria em escolar**, que sempre contribuiu em todo o processo com as informações e documentos necessários, especialmente a nossa querida **Flavinha** que com sua meiguice, preocupação e amizade conquista a todos.

Aos meus colegas de turma por todo o carinho e preocupação quando viajava, especialmente a **Thazia, Valeska, Isabel e Janaine**.

As minhas amigas companheiras de viagem **Ana Karina e Samiramis**, pois sem as suas caronas jamais conseguiria chegar até aqui. A minha amiga, **Ana Karina** agradeço ainda pelas horas de conversas, por suas orientações, por sua paz e tranquilidade nos momentos de mais angustiantes.

“Amigo é coisa para se guardar debaixo de sete chaves e dentro do coração”
(Milton Nascimento)

Aos meus colegas de trabalho por compreender a minha ausência nas atividades, durante o período de estudo. Em especial aos meus amigos da atenção básica Fabrisia, Luiz Carlos, Karla Caires, Flavinha e Karlinha por me ajudarem em toda caminhada.

A **Sival Clemente**, por acreditar na minha capacidade e por sua colaboração durante todo o processo.

Enfim a todos que contribuíram direta ou diretamente na realização desse sonho.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral analisar os aspectos inerentes à organização do processo de trabalho e o planejamento das ações das equipes de atenção básica da Região Nordeste no 1º e 2º ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). E como objetivos específicos, analisar o planejamento das ações, as ferramentas utilizadas pelas equipes de atenção básica e as ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes na Região Nordeste. Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada através de um estudo transversal e multicêntrico com abordagem quantitativa. Os dados são referentes ao desdobramento da pesquisa de avaliação externa do 1º e 2º ciclos do PMAQ – AB na Região Nordeste. Utilizou-se para a pesquisa o banco de dados do 1º e 2º ciclo do PMAQ. As variáveis foram analisadas através da estatística descritiva, com uso do Software IBM SPSS Statistics 24.0 e os resultados foram organizados e agrupados em duas dimensões: Ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes e o planejamento das ações e as ferramentas utilizadas pelas equipes. A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos cabíveis tendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21904 em 13 de Março de 2012, estando em consonância com a Resolução nº 166/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados demonstram o apoio da gestão na organização do processo de trabalho das equipes e no planejamento das ações, disponibilizando informações para análise da situação, com discussão dos dados e monitoramento do sistema de informação. O estudo demonstra que as equipes de atenção básica da Região Nordeste, desenvolvem o planejamento das ações e organizam o processo de trabalho, com a utilização dos recursos ofertados pela gestão, favorecendo o repensar das práticas em saúde, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica. Realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde. Utilizando para o processo de autoavaliação, o instrumento AMAQ, tanto no 1º ciclo quanto no 2º ciclo, sendo uma ferramenta de organização do processo de trabalho.

Palavras – chave: Atenção Primária da Saúde; Planejamento em Saúde; Avaliação em Saúde;

ABSTRACT

This study has as general objective to analyze the aspects inherent to the organization of the work process and planning the actions of the primary care teams of the Northeast Region in the 1st and 2nd cycles of the Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB). And as specific objectives, analyze the planning of the actions, the tools used by the primary care teams and the actions of the management to organize the work process of the teams in the Northeast Region. It is an evaluative research carried out through a cross-sectional and multicenter study with a quantitative approach. The data refers to the unfolding of the external evaluation research of the 1st and 2nd cycles of the PMAQ - AB in the Northeast Region. The PMAQ database for the 1st and 2nd cycle was used for the research. The variables were analyzed through descriptive statistics, using the IBM SPSS Statistics 24.0 Software and the results were organized and grouped into two dimensions: Management actions to organize the process. And the planning of the actions and tools used by the teams. The research complied with all ethical precepts that were approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul under number 21904 on March 13, 2012, being in accordance with Resolution No. 166/2012 of the National Council. The results demonstrate the support of the management in the organization of the work process of the teams and in the planning of the actions, providing information for analysis of the situation, with discussion of the data and monitoring of the information system. The study shows that the basic care teams of the Northeast Region develop the planning of actions and organize the work process, using the resources offered by management, favoring the rethinking of health practices, contributing to the strengthening of Primary Care. Conduct monitoring and analysis of indicators and health information. Using the self-assessment process, the AMAQ instrument, both in the 1st cycle and in the 2nd cycle, being a tool to organize the work process.

KEY WORDS: Primary health care. Health planning. Health assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Cobertura populacional pela ESF, no Brasil – 2006 a 2016..... | 23 |
| Gráfico 2 - Distribuição caracterização dos sujeitos respondentes no Brasil e no Nordeste no 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB..... | 40 |
| Gráfico 3 - Distribuição percentual das equipes quanto ao apoio da gestão na organização do processo de trabalho a partir dos padrões do PMAQ – AB no 1º e 2º ciclos..... | 42 |
| Gráfico 4 – Recursos disponibilizados pela gestão para análise de situação de saúde no 1º CICLO do PMAQ-AB..... | 43 |
| Gráfico 5 – Distribuição das equipes quanto ao apoio da gestão para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação..... | 44 |
| Gráfico 6 – Distribuição percentual das equipes quanto à periodicidade das atividades de planejamento..... | 46 |
| Gráfico 7 – Distribuição percentual das equipes quanto ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde pelas equipes de atenção básica..... | 46 |
| Gráfico 8 – Distribuição do percentual quanto à realização de algum processo de autoavaliação pela equipe da atenção básica..... | 47 |
| Gráfico 9 – Distribuição percentual das equipes quanto ao instrumento utilizado na autoavaliação..... | 48 |
| Gráfico 10 - Comprovação documental do instrumento utilizado na autoavaliação da equipe..... | 49 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 11 – Distribuição percentual das equipes que utilizaram a autoavaliação na organização do processo de trabalho - 2º Ciclo PMAQ-AB..... | 50 |
| Gráfico 12 – Realização de reunião de equipe..... | 50 |
| Gráfico 13 – Periodicidade das reuniões no 1º ciclo do PMAQ-AB..... | 51 |
| Gráfico 14 – Temas das reuniões no 1º ciclo do PMAQ – AB..... | 51 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Relação entre o desempenho e o percentual do Componente de Qualidade..... | 29 |
| Tabela 2 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES)..... | 33 |
| Tabela 3 – Variáveis analisadas no estudo a partir do Módulo II da avaliação externa do PMAQ-AB no 1º e 2º ciclo..... | 36 |
| Tabela 4- Distribuição - Equipes que recebem apoio da gestão para o planejamento e organização do processo de trabalho, nas Unidades Federativas da Região Nordeste..... | 41 |
| Tabela 5 - Distribuição da variável - realização de atividades de planejamento nas Unidades Federativas da Região Nordeste..... | 45 |
| Tabela 6 - Distribuição da variável - realização de algum processo de autoavaliação pela equipe da atenção básica, nas Unidades Federativas da Região Nordeste..... | 48 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Distribuição das variáveis estudadas a partir do banco de dados do PMAQ - AB 1º e 2º ciclo..... | 38 |
|--|----|

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AIS - Ações Integradas de Saúde

AL - Alagoas

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

APS – Atenção Primária à Saúde

BA - Bahia

DAB - Departamento de Atenção Básica

CAA/DAB - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica

CE - Ceará

IES - Instituições de Ensino Superior

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MA - Maranhão

NOB - Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB - Paraíba

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PE – Pernambuco

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PI - Piauí

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMS- Pesquisa Mundial da Saúde

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PREV- SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

RASs - Redes de Atenção à Saúde

RN – Rio Grande do Norte

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SE - Sergipe

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UF – Unidade Federativa

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 18 |
| 1.1. Atenção Primária à Saúde no Brasil..... | 18 |
| 1.2. Avaliação da Atenção Básica no Brasil..... | 25 |
| 1.3 <i>Trabalho em equipe e o planejamento das ações</i> | 30 |
| Justificativa..... | 33 |
| Objetivo Geral | 34 |
| Objetivos Específicos..... | 34 |
| | |
| 2 METODOLOGIA | 35 |
| 2.1 <i>Desenho do Estudo</i> | 35 |
| 2.2 Cenário do Estudo | 35 |
| 2.3 População do Estudo | 35 |
| 2.4 Coleta de Dados..... | 36 |
| 2.5 Análise de Dados..... | 36 |
| 2.6 Aspectos Éticos..... | 37 |
| | |
| 3 RESULTADOS | 39 |
| | |
| 4 DISCUSSÃO | 52 |
| | |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 62 |
| | |
| 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 64 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

A cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado em saúde, demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, e assim garantindo o acesso universal aos serviços.¹

Um dos primeiros países a utilizar a APS, foi o Reino Unido, em 1920, quando elaborou o Relatório Dawson. Passando a APS a ser reconhecida como uma organização dos serviços regionalizada e hierarquizada em uma base geográfica definida e organizada por nível de complexidade. Esse documento influenciou a criação do Serviço Nacional de Saúde Britânico, em 1948, orientando a reorganização dos sistemas de saúde em vários países.²

Mas, foi em 1979, em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, antiga União Soviética, onde aconteceu o grande marco histórico da APS no mundo, com a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde que contou com a presença de 134 países. Sendo nessa ocasião aprovada a Declaração de Alma-Ata, retificada em 1979 pela Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), e lançada a Estratégia Saúde para Todos no ano 2.000. Passando a saúde a ser reconhecida enquanto direito humano, sendo necessário para sua realização, o envolvimento de vários setores sociais e econômicos.^{3;4}

Durante a Conferência de Alma-Ata, a atenção primária à saúde foi entendida como:

*“...parte integrante, tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa 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”.*³

Algumas agências internacionais criticaram a Declaração de Alma-Ata, por considerarem muito abrangente e pouco propositiva, levando a um debate em anos posteriores, entre a concepção abrangente e a seletiva da APS, sendo essa última considerada uma assistência de baixo custo, destinada a combater as doenças nos países mais pobres, e que desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-doença.⁴

Portanto a APS foi caracterizada, na década de 80, em muitos países, como sendo serviços básicos voltados à população pobre dos países em desenvolvimento, predominando a concepção de uma APS seletiva. Com o propósito de diferenciar os programas de APS seletivos, adotados internacionalmente, o Brasil adotou o termo Atenção Básica (AB), atendendo dessa forma as políticas propostas pelo movimento sanitário, numa compreensão da saúde como direito humano, sendo necessário abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde, além da necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, com o objetivo de reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde.⁴

Para Starfield⁵, a APS é um conjunto de serviços de sistema de saúde, que devem ser orientados para a comunidade, sendo necessário o conhecimento de suas necessidades de saúde, para que assim possa oferecer acesso na porta de entrada do sistema a todas as suas necessidades e problemas, com a finalidade de promover a saúde. Sendo assim, uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, representando o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orientado por eixos estruturantes, designados pela autora como atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

De acordo com Souza⁶, essa definição sistematizada por Starfield⁵, vem sendo muito utilizada no Brasil, nos últimos anos, inclusive, pelo Ministério da Saúde.

Apresentando-se, assim, como uma estratégia de organização da atenção à saúde, voltada com ações preventivas e curativas, com atenção a indivíduos e comunidades, com o objetivo de responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população.⁷

Historicamente, algumas experiências de APS foram instituídas no Brasil, como os centros de saúde em 1924 que se organizavam a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. Na década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), cujas ações eram restritas às doenças infecciosas e carenciais com ações curativas e preventivas.⁸

Mas, a partir do movimento da reforma sanitária, na década de 80, percebeu-se a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vigente até o início dos anos 80⁷. Surgindo assim, vários projetos precursores do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que procuravam fomentar a atenção ambulatorial e racionalizar a assistência.⁹

Porém, o marco nas propostas de mudança na saúde, foi em 1986, na cidade de Brasília, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir da construção do SUS, fruto do movimento sanitário, e fundamentado em três princípios básicos: Universalidade, Descentralização e Participação Popular.

Para Menicucci⁹, a reforma sanitária foi de fato uma ruptura, com todos os princípios que ordenavam a política de saúde, caracterizando em um reordenamento ideológico (devido aos princípios fundantes da política de saúde) e institucional (em função da criação do SUS).

No entanto, as dificuldades e limitações do sistema de saúde (SUS), tem feito com que pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários desenvolvam um debate constante sobre a melhor forma de organizá-lo, buscando vários experimentos com modelos alternativos de organização dos serviços em diversos Municípios e Estados.¹⁰

Com a Constituição Federal de 1988, a concepção ampliada da saúde, passou a ser assegurada, em seu artigo 196. Além de definir em seu artigo 198, o SUS como sendo uma rede regionalizada e hierarquizada, cujas diretrizes são: a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade; e seus princípios: a universalidade a equidade, a igualdade da assistência à saúde e a resolutividade dos serviços.¹¹

A partir da Constituição de 1988, o Brasil, passa por importantes mudanças na política nacional de APS e por investimentos na ampliação do acesso à saúde, relacionadas tanto às mudanças no arranjo federativo (processo de descentralização), como ao destaque assumido pela APS na agenda setorial, principalmente a partir de meados da década de 90.¹²

Essas transformações ganharam forças após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde - Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, responsáveis por formar um aparato institucional de gestão da política de saúde no Brasil, apoiado na concepção de relevância pública das ações e dos serviços de saúde. Mantendo o papel do Estado na regulamentação, na fiscalização e no controle da execução de ações e serviços de saúde.⁴

Somente no início da década de 90, com a municipalização do SUS (NOB – 96), iniciou-se uma estruturação mais uniforme da APS, incentivada pelo Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento.²

Várias medidas foram lançadas pelo Governo Federal, com o objetivo de elevar os níveis de eficácia do SUS, merecendo destaque o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizado em 1991, objetivando reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente no Nordeste do Brasil.¹³

Vale ressaltar que, o PNACS e o PACS, foram importantes em seu tempo e lugar. Entretanto, não se institucionalizaram como políticas públicas de corte nacional. Somente, em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, isso veio a acontecer.¹⁴

O PSF nasce, como uma nova iniciativa do Ministério da Saúde, para promover a organização das ações de atenção básica à saúde, nos sistemas municipais de saúde; sendo inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da AB, no âmbito do SUS, e fundamentado em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade.¹⁵

O PSF surge além da experiência bem sucedida do PACS, como uma forma de preencher o vazio programático na assistência prestada pelo SUS e ainda como um excelente atrativo político, em que se oferecia um incentivo financeiro para

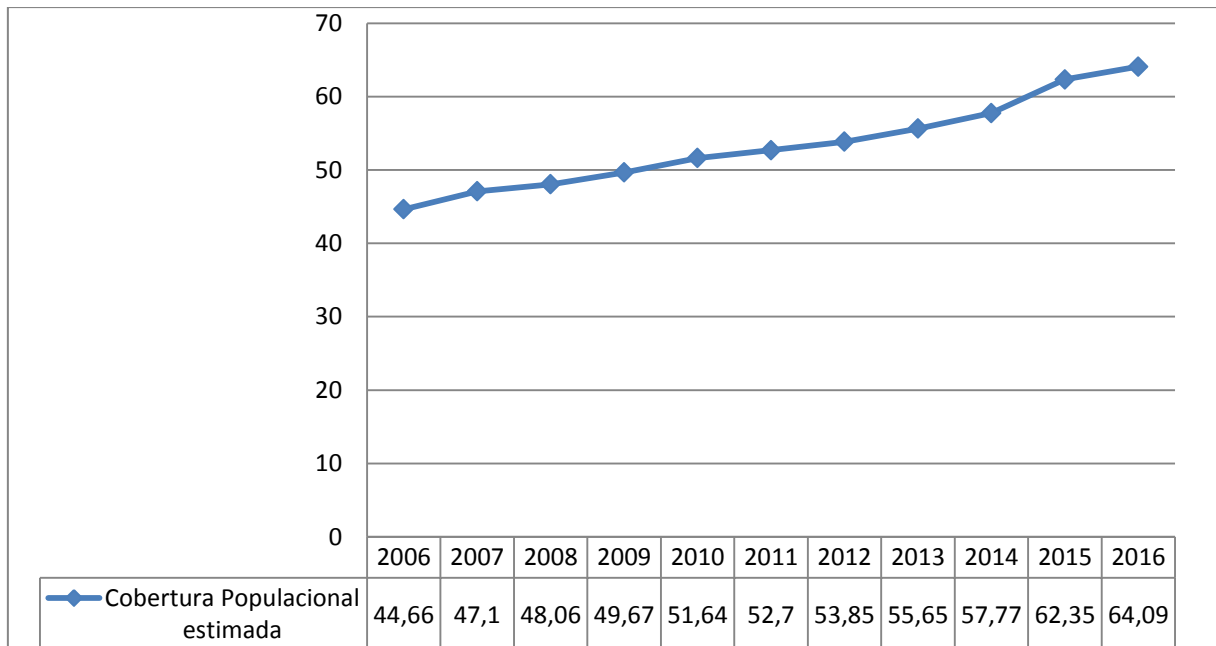
implantação das equipes nos municípios, como uma maneira de se reordenar a atenção básica.¹⁶

Contudo, para a efetivação do PSF, era necessário o enfrentamento dos desafios colocados em virtude da complexidade de sua operacionalização, como por exemplo, o perfil epidemiológico, o financiamento, gestão, organização e utilização dos serviços.¹⁷

Devendo assim, o PSF, ser estruturado com base no reconhecimento das necessidades da população, sendo necessário, o estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, com uma atenção à saúde centralizada na família, permitindo aos profissionais de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, tornando necessária práticas de promoção da saúde.¹⁸

O PSF foi implementado, inicialmente em pequenos municípios, apresentando dessa forma um impacto nacional variável. Em 1996, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma Estratégia, explicitada na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/SUS 01/96), organizando os serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra-setoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações, tendo a APS a caracterização de primeiro nível de atenção. A NOB 96 estabeleceu ainda um novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios: o Piso de Atenção Básica (PAB), com duas variantes – fixo e variável.⁴

Apesar dos desafios elencados acima, é notória a expansão das equipes da ESF, no Brasil, fortalecendo assim a AB. Conforme podemos observar no recorte de 10 anos da Cobertura Populacional pela ESF no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Cobertura populacional pela ESF, no Brasil – 2006 a 2016.

FONTE: Ministério da Saúde/Departamento da Atenção Básica – Competência Maio/2016¹⁹.

Essa rápida expansão do programa, teve como ponto forte a ampliação do acesso às ações de saúde, mas ao mesmo tempo, evidenciou problemas do SUS não equacionados, como recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema de referências para diversos níveis de complexidade.²⁰

Em 2003, a ESF passou a receber o apoio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), objetivando a organização e o fortalecimento da AB, nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil habitantes), viabilizando recursos para estruturação das equipes/unidades, com ampliação e reestruturação das iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos das equipes da ESF, proporcionando mudanças na formação dos profissionais, bem como na sua fixação.^{4:21}

Contudo, a valorização, dessa política na agenda federal, pôde ser vista a partir da publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, cujo objetivo era a revisão e adequação das normas nacionais, ao momento contemporâneo do desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil, e da sua inclusão como um dos eixos prioritários do pacto pela saúde em 2006.²²

Em 2011, com a publicação do Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011, renasce o debate sobre a efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, em âmbito nacional, alinhando a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Destacando a APS como porta de entrada prioritária do SUS e como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.²³

Considerando ainda, a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais, ao atual momento do desenvolvimento da AB no Brasil, foi publicada a Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, instituindo assim, a nova PNAB. Devendo a AB, a partir de então, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade com resolutividade, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a construção de vínculos e corresponsabilização, pela atenção às suas necessidades de saúde.²⁴

No entanto, Lavras² aponta para necessidade de se superar alguns entraves na AB, a fim de que os propósitos explícitos na PNAB possam ser cumpridos, como as questões inerentes a realidade de cada município ou equipe, a superação do padrão cultural vigente, tanto na sociedade como nas escolas formadoras.

Mendes²⁵ afirma não ser mais possível ao sistema de saúde, fragmentado, reativo e episódico responder adequadamente as necessidades de uma população, marcada por uma constante transição geográfica, sendo necessário, portanto, que a APS assuma como estratégia de organização do SUS, não apenas discursivamente, mas verdadeiramente, permitindo uma resposta efetiva, segura, com qualidade e iguais para toda população. Sendo necessária, segundo o autor, a organização do sistema de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RASs), através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde, capazes de prestar uma assistência contínua e integral.²⁵

Para Silva²⁶, a organização do sistema de saúde em redes regionalizadas e integradas, favorece a integralidade da atenção, ao mesmo tempo em que reduzem os custos dos serviços. Apesar de que, é necessário superar alguns obstáculos como, a grande rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, o rompimento com características hegemônicas do modelo de saúde, dificuldades para o planejamento e gestão intergovernamental nas regiões de saúde e à gestão da produção do cuidado.

1.2 Avaliação da Atenção Básica no Brasil

Para o fortalecimento da Atenção Básica, com maior qualidade na atenção e gestão, na perspectiva de sua função ordenadora da Rede de Atenção, é necessário a institucionalização de processos de avaliação e monitoramento.²⁷

Sendo necessário que, esses processos de avaliação e monitoramento, sejam voltados à tomada de decisão e que envolva alguns componentes, como: medir; comparar; emitir juízo de valor, possibilitando a tomada de decisão. Buscando transformar esse nível de serviço, na porta de entrada de uma rede de atenção.²⁸

Em 2003, foi elaborada a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, sendo divulgada e implementada em 2004, com o título: “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização”, estimulando assim, vários departamentos do Ministério da Saúde, a otimizarem ou iniciarem programas de monitoramento e avaliação.²⁹

Dados levantados por Almeida e Giovanella³⁰, em estudos com o propósito de fornecer algum tipo de subsídio aos processos decisórios ou que auxiliassem no planejamento e expansão da Atenção Básica à Saúde, do ano de 2000 a 2006, demonstraram uma fragmentação na condução dos mesmos, com uma ausência de parâmetros de comparação entre unidades tradicionais e de Saúde da Família, além da fragilidade nos mecanismos de divulgação dos resultados e da produção científica dos mesmos. As autoras identificaram no estudo um total de 110 pesquisas classificadas em três grandes grupos: estudos (1)“Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF/2003)”, (2)“Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS, nº. 49/2005 – pesquisas avaliativas em Atenção Básica à Saúde” e (3)“Estudos de apoio à expansão do PSF”.

Para Melo²⁷, O PROESF, destaca-se entre os vários projetos estratégicos e iniciativas, que foram operacionalizados como movimento de institucionalização da avaliação da AB, por ter induzido, conhecer a realidade dos Sistemas de Saúde Municipais, possibilitando assim, a construção de um mosaico formado por múltiplas visões sobre diversos fenômenos, metodologias e indicadores, através de Estudos de Linha de Base em municípios com população acima de 100.000 habitantes.

Os estudos e pesquisas selecionados pelo Edital nº49/2005 do Conselho Nacional de Pesquisas (CNPQ) não se constituíram grupos de acompanhamento que viessem a contribuir para aproximação dos pesquisadores e instituições às

instâncias gestoras dos locais e regiões onde eram desenvolvidas, sendo essa uma ação fundamental para que os gestores locais e das regiões fossem capazes de apreender as metodologias e resultados das pesquisas²⁹.

Segundo Felisberto et al²⁹, em meados de 2005, a missão da coordenação de avaliação da AB do Ministério da Saúde, sofreu fortes influências das mudanças de ministros, secretários e diretores no Ministério da Saúde, com o contingenciamento de recursos e descontinuidade das ações, dificultando assim a continuidade da proposta de Institucionalização da Avaliação da Atenção Básica.

Entre os anos de 2008/2009, vários estudos foram financiados pelo Departamento da Atenção Básica (DAB), com vistas a apoiar a institucionalização da avaliação, destacando-se: (1) O estudo de implementação em quatro grandes centros urbanos; (2) Um inquérito nacional de acesso e qualidade na rede de atenção no país (Projeto Aquares); (3) uma nova aplicação da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil em amostra de UBS e de equipes de saúde da família e de saúde bucal, com o propósito de monitorar a implantação e o funcionamento das equipes a partir da adaptação dos instrumentos da avaliação normativa. Esses estudos contribuíram para a divulgação, no período de 2003 a 2010, de três correntes metodológicas: Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), Avaliação Rápida dos Serviços de Atenção Básica em Nível Local (Primary Care Assessment Tools-PCATool) e Pesquisa Mundial da Saúde - Atenção Básica (PMS-AB)³¹. Sobre as quais discorreremos a seguir.

A Pesquisa Mundial de Saúde foi proposta pela Organização Mundial de Saúde, em 2001, com o objetivo de suprir informações sobre o estado de saúde das populações. O instrumento de coleta permitia investigar: a situação de saúde dos indivíduos em diversos domínios; a capacidade de resposta do sistema de saúde; os gastos familiares com saúde; além de módulos opcionais como a mortalidade em adultos. Sua aplicabilidade, no Brasil, ocorreu no período de janeiro a setembro de 2003.³²

A AMQ foi criada pelo Ministério da Saúde em 2005, numa perspectiva de avaliação interna, cujo objetivo era a obtenção de melhores resultados nas condições de saúde da população assistida pela equipe de saúde da família, com a participação de gestores, profissionais de saúde e demais atores envolvidos com a intervenção. O instrumento possibilita a identificação da implantação da saúde da

família em estágios (E=elementar; D=desenvolvimento; B=boa; A=avançada), desde a gestão até as práticas de saúde das equipes, o que permite ao gestor, o coordenador e os profissionais, a elaboração de planos de intervenção para avanço nos padrões e conseqüente melhoria na qualidade.³²

A Avaliação Rápida dos Serviços de Atenção Básica em Nível Local – Primary Care Assessment Tools – PCATool, foi elaborada por equipe da Universidade John Hopkins, coordenada pela professora Barbara Starfield. Os instrumentos avaliam a efetivação dos atributos propostos por Starfield⁵: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para família, orientação para a comunidade e competência cultural. Sua metodologia foi adaptada no Brasil e os instrumentos, validados, vêm sendo aplicados em diversos contextos. Seu objetivo é medir as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica em nível municipal, por meio da comparação dos pontos de vista dos diversos atores envolvidos: gestores, profissionais de saúde e usuários.³¹

Em 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.654/11, institui um novo componente da Política Nacional de Avaliação, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ –AB), apresentando como objetivo o estímulo a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade aos serviços, além da melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção, e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores.³⁴

Os autores Pinto, Sousa e Ferla³⁵, chamam a atenção para amplitude e ousadia dos objetivos do PMAQ-AB, destacando:

- 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.”

Percebe-se que o PMAQ-AB busca induzir as mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, com resultados que promovam o impacto na situação de saúde da população, promovendo o desenvolvimento dos trabalhadores e orientando os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários.³⁶

O PMAQ-AB, foi organizado no 1º e 2º ciclo em quatro fases, que se complementavam e que conformavam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber.^{34;36}

Fase 1- Adesão e contratualização - etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores. Uma vez homologada a adesão das equipes de atenção básica, era transferido ao município, fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável).

Fase 2 - Desenvolvimento - etapa onde o gestor municipal e as equipes de atenção básica reconheciam as necessidades de melhoria e atuavam para modificar e qualificar a atenção básica. Estavam inseridas nesse momento, ações de autoavaliação, monitoramento dos indicadores contratualizados, apoio institucional às equipes de atenção básica e ações de educação permanente.

Fase 3 - Avaliação externa – nessa fase o MS atua em conjunto com grupos de pesquisa de Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras. A elaboração dos instrumentos de coleta, a seleção e treinamento das equipes de entrevistadores, a organização e a execução do trabalho de campo, incluindo parte da análise das informações coletadas, são atividades realizadas pelo conjunto de Instituições.

Fase 4 - Recontratualização - etapa posterior à certificação das equipes da atenção básica.

Após a avaliação externa, as equipes deveriam ser certificadas, conforme o seu desempenho na implementação de processos autoavaliativos, verificação do

desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados, além do resultado da avaliação externa, em quatro categorias:^{34;36}

I. **Desempenho insatisfatório:** quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ-AB e as diretrizes e normas para a organização da atenção básica previstas na Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;

II. **Desempenho mediano ou abaixo da média:** considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% (cinquenta por cento) das equipes, classificadas com os menores desempenhos, serão consideradas com o desempenho mediano ou abaixo da média;

III. **Desempenho acima da média:** considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% (trinta e quatro por cento) das equipes, classificadas com desempenho intermediário, serão consideradas com o desempenho acima da média; e

IV. **Desempenho muito acima da média:** considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% (dezesseis por cento) das equipes, classificadas com os maiores desempenhos, serão consideradas com o desempenho muito acima da média.

Sendo a relação entre o desempenho e o percentual do Componente de Qualidade do PAB variável, demonstrado na tabela 1, abaixo:

Tabela 1 - Relação entre o desempenho e o percentual do Componente de Qualidade

| Desempenho | Percentual de Recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável |
|-----------------------------------|--|
| Insatisfatório | Desclassificadas do programa e deixam de receber o Componente de Qualidade |
| Mediano ou abaixo da média | Continuam recebendo 20% do Componente de Qualidade |
| Acima da média | Ampliam o recebimento para 60% do Componente de Qualidade |
| Muito acima da média | Ampliam o recebimento para 100% do Componente de Qualidade |

Fonte: BRASIL³⁶

Em estudo realizado por Casotti et al³⁷, a partir da observação dos entrevistadores durante a avaliação externa, a percepção destes é de que o entendimento e o envolvimento com a avaliação, por parte das equipes, ainda está

no plano formal, impregnado de dúvidas e incertezas, gerando muita tensão e insegurança. Havendo a necessidade de se criar iniciativas que apoiem de forma permanente esse processo, maximizando e apoiando a participação dos profissionais no processo de planejamento e avaliação das suas ações e ainda devolvendo, de forma clara e inteligível, os resultados do processo.

Entretanto para se obter sucesso na avaliação, torna-se necessário sua valorização enquanto processo de aprendizagem, sendo capaz de subsidiar pessoas, organizações e grupos sociais em escolhas mais consistentes em relação aos rumos e iniciativas.³⁸

Donabedian³⁹ afirma que, a avaliação de qualidade em saúde deve ser construída a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, sendo: **ESTRUTURA** - recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Incluindo o financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada; **PROCESSO** - atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos; **RESULTADO** - produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.(grifo nosso)

Dessa forma, espera-se que o PMAQ-AB seja capaz de permitir aos profissionais, a análise do seu trabalho por meio de instrumentos organizados e padronizados, identificando aspectos gerais da atenção básica, de modo que os gestores tenham uma visão ampla da atenção, sendo capaz de evidenciar as potencialidades e limitações, de forma que possam conduzir as mudanças para a melhoria do trabalho em equipe e a favor dos usuários.⁴⁰

1.3 Trabalho em equipe e o planejamento das ações

Embora algumas mudanças nos modelos de assistência a saúde, tenham sido sinalizadas desde a implementação da ESF, o que se observa é a persistência de um modo de organizar serviços e processos de trabalho que se distancia do seu ideário.⁴¹

Corroborar-se dessa forma, com a declaração de Araújo e Rocha⁴²:

“A implantação do PSF por si só não garante a modificação do modelo assistencial médico - centrado. Esta depende da mudança na forma de se

produzir o cuidado, assim como dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários”.

Contudo, os serviços de saúde da família devem se organizar de forma que contemplem o cuidado às demandas da população e a outras necessidades de saúde não percebidas, como o rastreio de doenças e educação em saúde. Com isso exige dos profissionais de saúde inseridos no cotidiano da população, um olhar qualificado em que possa identificar os problemas, e de habilidades na utilização de um conjunto de tecnologias adequadas.⁴¹

Tornando o trabalho na atenção básica, voltado para sua consolidação e fortalecimento, com acesso e qualidade. A partir do entendimento de que o trabalho em equipe, mais do que uma organização que contribui para o seu fortalecimento, deve ser entendido como uma condição essencial para a sua existência de forma ampliada.⁵

Estudos mostraram três concepções distintas sobre trabalho em equipe: os resultados (a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços), as relações (as equipes são analisadas com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos) e a interdisciplinaridade (situam-se os trabalhos que trazem à discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho em saúde). Assim, a ideia de equipe perpassa duas concepções distintas: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração entre relações e práticas. Sendo a primeira caracterizada por ações fragmentadas e a segunda por construção de possibilidades de recomposição frente às diversidades das concepções de trabalho em equipe.⁴³

Para Franco e Merhy⁴⁴ a viabilização do trabalho em equipe só será possível quando existir uma relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação de um “campo de produção do cuidado” comum a todos. De forma que esses novos fazeres e práticas se materializem em tecnologias de trabalho usadas para produzir saúde, não devendo os conhecimentos estar diluídos nas experiências e modos singulares de cada profissional operar o seu trabalho, resultando assim em um aprisionamento de cada um em seu campo específico de saberes e práticas limitando o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado.

Neste sentido, torna-se necessária a interdisciplinaridade na construção da equipe de saúde para que possa oferecer uma atuação multiprofissional e multifuncional. Devendo as responsabilidades específicas de cada profissional estar voltadas para os objetivos comuns da equipe, com uma prática motivada pela eficácia, pela efetividade e pela eficiência do trabalho.⁴⁴

Pensado em atender essas necessidades, os profissionais da ESF, devem apresentar competência técnica, criatividade, senso crítico, práticas de atendimento humanizadas e resolutivas, capacitação para atuar no planejamento e avaliação das ações e na articulação intersetorial.⁴⁵

Para os autores, Campos, Faria e Santos⁴⁶, existe uma necessidade cotidiana, das equipes realizarem o planejamento das ações, como forma de garantir a direcionalidade das ações, buscando sempre caminhar em direção ao alcance dos objetivos.

Segundo Cardoso⁴⁷:

“O planejamento é a função que permite melhorar o desempenho (a eficiência e a efetividade) dos serviços no cumprimento das suas finalidades de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde”.

Essa ferramenta além de contribuir para compreensão mais ampla das situações-problemas e para a construção das melhores ações para o seu enfrentamento, pode ainda ser utilizada para construção de consensos, compartilhando as exigências de distintas visões de mundo e interesses dos profissionais envolvidos.⁴⁷

Existem na literatura dezenas de metodologias diferentes de Planejamento, entretanto, autores como Kleba, Krause e Vendrusculo⁴⁸, Cardoso e Campos⁴⁷, Faria e Santos⁴⁶, consideram que a flexibilidade da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto na década de 80, pelo economista chileno Carlos Matus, favorece a sua aplicação nos níveis setoriais, sem deixar de situar os problemas em um contexto amplo, mantendo a riqueza da análise de possibilidades de intervenção na realidade.

Dessa forma, a proposta metodológica do PES é a realização de quatro momentos em um processo sistemático, cujo objetivo é a organização de intervenções e a produção de resultados sobre uma determinada realidade. Dessa

forma, o PES possibilita a organização do trabalho, com base nos princípios do SUS, promovendo a participação da comunidade.⁴⁸

Para uma melhor compreensão dos quatros momentos do PES, Cardoso⁴⁷ apresentou-os resumidamente, conforme demonstra a Tabela 2, abaixo:

Tabela 2 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES)

| Questões a serem enfrentadas | Momentos do PES |
|---|---|
| 1º) Qual é a nossa “situação” (“a realidade a partir de várias perspectivas situacionais”, “explicações situacionais por problemas” e “explicação situacional de síntese”)? | Momento Explicativo: Como foi, é, tende a ser? |
| 2º) Para onde queremos ir? Quais as metas a atingir? O que devo fazer? | Momento Normativo: Como deve ser? |
| 3º) Qual é a viabilidade do nosso Plano (considerando-se os desafios representados pelas restrições de recursos, sempre escassos, e pelos obstáculos colocados)? | Momento Estratégico: O que pode ser? |
| 4º) O que devo e posso fazer hoje, e todos os dias quando forem hoje, para que avancemos em direção à nossa situação-objeto (So)? | Momento Tático-operacional: O que fazer? |

FONTE: Cardoso⁴⁷

Assim, a utilização do PES como ferramenta de gestão em saúde, é capaz de possibilitar a organização do trabalho das equipes, no direcionamento das ações, a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Em contra partida, a não realização do mesmo, faz com que as ações de saúde sejam realizadas de forma desarticuladas, tornando-as fragmentadas, subjetivas e assim desordenando o funcionamento do sistema de saúde. Uma vez que, se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira. Não havendo assim ganhos de qualidade.⁴⁸

Acreditando que a atenção básica não existe sem processos de trabalho em equipe, e, portanto, sem um sujeito coletivo de corresponsabilidade, tanto na deliberação quanto no planejamento. E que o planejamento não seja uma pura tecnologia ou ferramenta aplicada e direcionada para a construção de um plano de ação sem a participação de um sujeito coletivo, mas sim um dispositivo, onde o caminho de sua produção deva superar o plano ou projeto de ação, possibilitando a

participação de todos da equipe, tornando-se uma prática contínua da equipe, que possa permitir a interação entre gestão e processos de trabalho.⁴⁹

E partindo do princípio que o planejamento das ações e organização do processo de trabalho das equipes da ESF, favorece o fortalecimento da Atenção Básica. E que estudos dessa natureza, podem contribuir na oferta de subsídios de novos elementos de análise e de reflexões sobre o planejamento das ações e o processo de trabalho das equipes e da gestão, a fim de que prestem serviços de maior acesso e qualidade.

O estudo parte do interesse da autora pela melhoria do processo de trabalho das equipes ESF, a partir da sua vivência enquanto enfermeira da ESF, com atuação nos Estados do Ceará, Paraíba, Bahia e atualmente em Alagoas. Onde percebeu-se uma limitação de iniciativa por parte dos profissionais das equipes e dos gestores, quanto ao planejamento das ações de saúde, sendo as ações quase sempre realizadas de forma pontuais, com pouca ou quase nenhuma discussão em equipe, com resolução apenas de problemas imediatos.

Portanto, o estudo parte do princípio de que para o alcance de uma APS com acesso e melhoria da qualidade, é necessária a organização do processo de trabalho das equipes, a partir do planejamento de suas ações. Desse modo, as questões que norteiam este estudo, são:

- Como as equipes da atenção básica organizam o processo de trabalho e o planejamento das suas ações, na Região Nordeste a partir do PMAQ-AB?
- De que forma a gestão apoia as equipe da AB na organização do processo de trabalho e no planejamento de suas ações?

Neste sentido, este estudo tem como objetivo geral analisar os aspectos inerentes à organização do processo de trabalho e o planejamento das ações das equipes de atenção básica da Região Nordeste no 1º e 2º ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). E como objetivos específicos: analisar o planejamento das ações, as ferramentas utilizadas pelas equipes de atenção básica e as ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes na Região Nordeste.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada através de um estudo transversal e multicêntrico com abordagem quantitativa. Os dados são referentes ao desdobramento da pesquisa de avaliação externa do 1º e 2º ciclos do PMAQ – AB na Região Nordeste. Esses dados contêm as respostas de todas as equipes contratualizadas na Região Nordeste que responderam ao instrumento da Avaliação Externa, aplicada por pesquisadores/professores das Universidades/instituições de ensino e pesquisa.

2.2 Cenário do estudo

O estudo se insere no cenário da Atenção Básica, no contexto das equipes que participaram 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB na Região Nordeste, especificamente na Avaliação externa, Módulo II – Entrevista com o profissional da saúde, na qual, com o apoio de avaliadores externos, vinculados a grupos de pesquisa de Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras, os dados coletados originaram a base de dados PMAQ-AB (DAB/MS), cujos dados extraídos foram utilizados na pesquisa.

2.3 População do Estudo:

Para o desenvolvimento do estudo, a população alvo é as equipes participantes da avaliação externa no 1º e 2º ciclos da Região Nordeste. Sendo composta por: 5.559 equipes que participaram da avaliação externa no 1º ciclo e 10.768 equipes no 2º ciclo na Região Nordeste.

A região nordeste do Brasil é a terceira maior região (por extensão territorial, cerca de 1.558.196 km²) do país, constituída por nove estados: Alagoas (AL), Bahia (BA), Ceará (CE), Maranhão (MA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio Grande do Norte (RN) e Sergipe (SE).

2.4 Coleta de dados:

Utilizou-se para a pesquisa o banco de dados do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB, do grupo de equipes participantes na Região Nordeste nos dois ciclos do programa, com estudo das variáveis relativas ao Módulo II – Entrevista com o profissional de Saúde na Unidade de Saúde. No entanto, o instrumento de coleta aplicado no 2º ciclo foi aprimorado, existindo dessa forma algumas diferenças nas variáveis, conforme podemos observar na Tabela 3:

Tabela 3 – Variáveis analisadas no estudo a partir do Módulo II da avaliação externa do PMAQ-AB no 1º e 2º ciclo

| VARIÁVEIS | 1º CICLO | 2º CICLO |
|---|----------|----------|
| Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? | X | |
| A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente? | | X |
| A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade? | | X |
| A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? | X | X |
| A gestão disponibiliza para equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde? | X | X |
| Quais são os recursos disponibilizados para equipe? | X | |
| A equipe planeja/programa suas atividades, considerando: | X | X |
| A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise do Sistema de Informação? | X | X |
| A equipe recebe apoio para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação? | X | X |
| Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe? | | X |
| Foi realizado algum processo de autoavaliação | X | X |

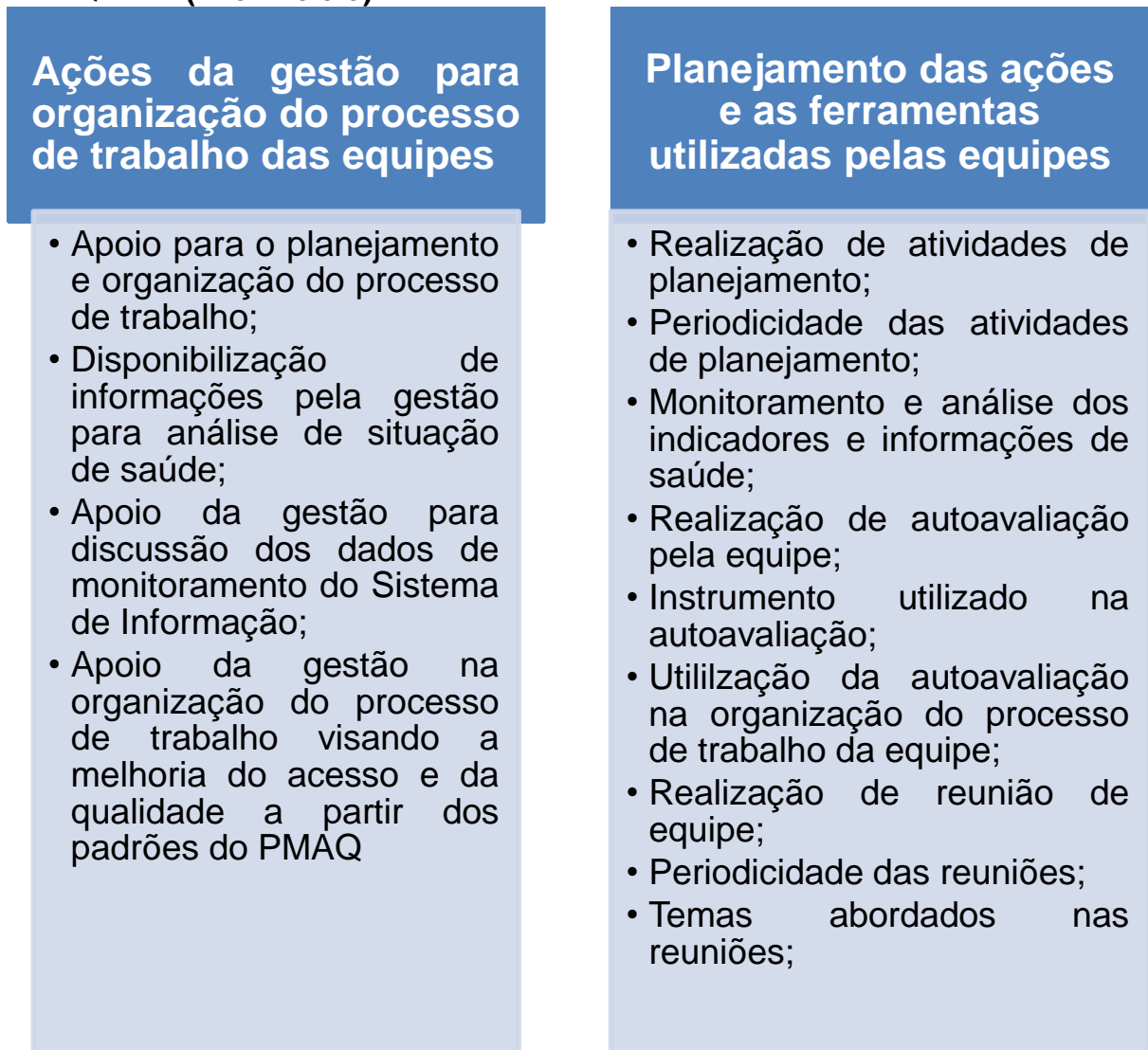
| | | |
|--|---|---|
| pela equipe nos últimos 6 meses? | | |
| Qual o instrumento utilizado? | X | X |
| Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe? | X | X |
| A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ? | X | X |
| A equipe realiza reunião? | X | X |
| Qual a periodicidade das reuniões? | X | |
| Quais os temas abordados nas reuniões? | X | |

FONTE: Elaborado pela autora a partir do Dicionário das variáveis do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB

2.5 Análise dos Dados:

As variáveis foram analisadas através da estatística descritiva, com uso do Software IBM SPSS Statistics 24.0.0 e os resultados foram organizados e agrupados em dimensões e subdimensões, conforme a Figura 1. Em seguida os dados foram discutidos a luz da literatura, assim como da vivência empírica dos autores.

Figura 1 – Distribuição das variáveis estudadas a partir do banco de dados do PMAQ – AB (1º e 2º ciclo).



FONTE: Elaborado pela autora

2.6. Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa não necessitou tramitar pelo Comitê de Ética e Pesquisa, haja visto que o objeto deste trabalho já possui todo trâmite legal a nível do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21904 em 13 de Março de 2012, e está em consonância com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 RESULTADOS

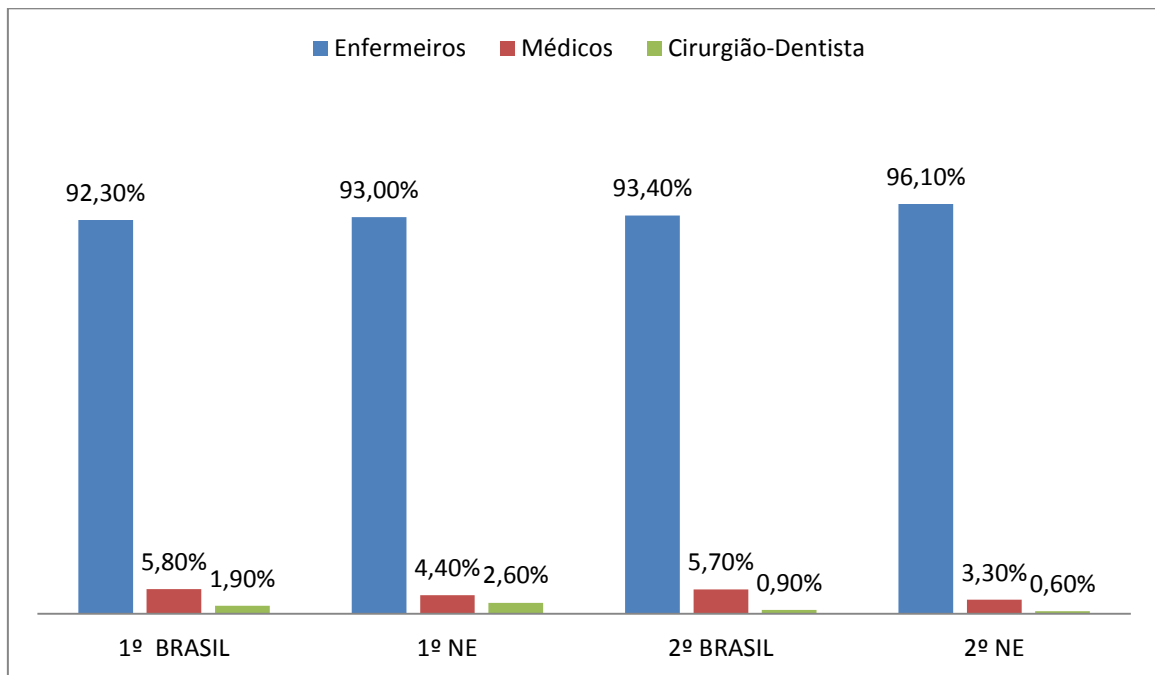
3.1 Caracterização dos sujeitos respondentes:

Apesar desta caracterização, não está na lista das variáveis, objeto desse estudo, optou-se por acrescentá-la, por acreditar ser relevante, tanto pelo fato da autora enquanto enfermeira da ESF ter vivenciado na sua prática momentos de gerência de equipe, atividades assistenciais, educação em saúde, dentre outras, resultando em uma sobrecarga de trabalho. Quanto por estudos que confirmam a sobrecarga do trabalho do enfermeiro na AB, desenvolvendo múltiplas atividades, entre a assistência, gerência e educação/formação, ampliando assim suas responsabilidades, ocasionando uma sobrecarga do seu cotidiano, tornando o processo de trabalho algo estressante.⁵¹

Assim, os entrevistados, que responderam as questões dirigidas do módulo II do PMAQ-AB, em todo o Brasil tanto no 1º ciclo quanto no 2º ciclo, foram na sua maioria enfermeiros (92,30% - 93,4%, respectivamente), enquanto que os médicos representaram apenas 5,80% (1º ciclo) e 5,7% (2º ciclo) dos entrevistados, seguido dos cirurgiões dentistas 1,90% (1º ciclo) e 0,9% (2º ciclo).

Em relação à Região Nordeste, esse mesmo comportamento foi observado, sendo assim, enfermeiros (1º ciclo – 93% e no 2º ciclo - 96,1%), seguido dos médicos (1º ciclo – 4,4% e no 2º ciclo – 3,3%) e cirurgiões – dentistas (1º ciclo – 2,6% e 0,6% no 2º ciclo).

Gráfico 2 – Distribuição - caracterização do sujeitos respondentes no Brasil e no Nordeste no 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB



Fonte: Elaborado pela autora, a partir do banco de dados do PMAQ-AB.

Os resultados abaixo, se referem às variáveis estudadas, que foram agrupadas em duas dimensões: **Ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes** e **O planejamento das ações e as ferramentas utilizadas pelas equipes**.

3.2 Ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes

Dos entrevistados no 1º ciclo, 74,9% afirmam receber **apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho**, destes 43,1% recebem apoio do apoiador institucional, 52,3% de outros profissionais da gestão e 30,4% da vigilância em saúde. Já no 2º ciclo, o percentil de equipes que recebe apoio para o planejamento, alcançou os 86,4%, neste ciclo o instrumento de coleta não indagou sobre a caracterização desse apoio.

Tabela 4- Distribuição - Equipes que recebem apoio da gestão para o planejamento e organização do processo de trabalho, nas Unidades Federativas da Região Nordeste

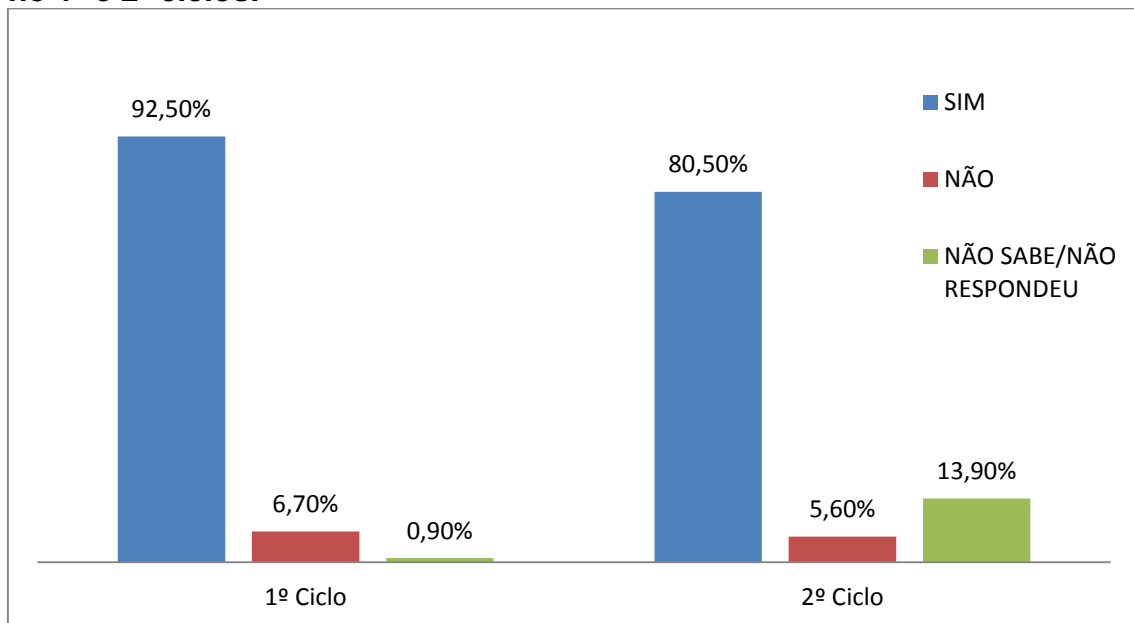
| UF | 1º Ciclo | 2º Ciclo |
|----------------------------|----------|----------|
| Maranhão | 68,8% | 81,8% |
| Piauí | 74,9% | 88,7% |
| Ceará | 79,9% | 90,9% |
| Rio Grande do Norte | 77,9% | 88,9% |
| Paraíba | 70,1% | 84,6% |
| Pernambuco | 77,1% | 83,1% |
| Alagoas | 72,9% | 79,5% |
| Sergipe | 62,8% | 75,8% |
| Bahia | 74,6% | 89,8% |

FONTE: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ - AB

Na Tabela 4 podemos perceber que em todas as unidades federativas as equipes recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, algumas estando distante de 100% no 1º ciclo, como é o caso dos Estados do Maranhão (68,8%) e Sergipe (62,8%), mas que no 2º ciclo apresentaram uma significativa melhora de 81,8% no Maranhão e 75,8% em Sergipe.

Quanto ao **apoio da gestão na organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ-AB**, 92,5% dos entrevistados no 1º ciclo afirmam receber apoio da gestão, enquanto que no 2º ciclo esse número reduz para 80,5%.

Gráfico 3 – Distribuição - percentual das equipes quanto ao apoio da gestão na organização do processo de trabalho a partir dos padrões do PMAQ – AB no 1º e 2º ciclos.

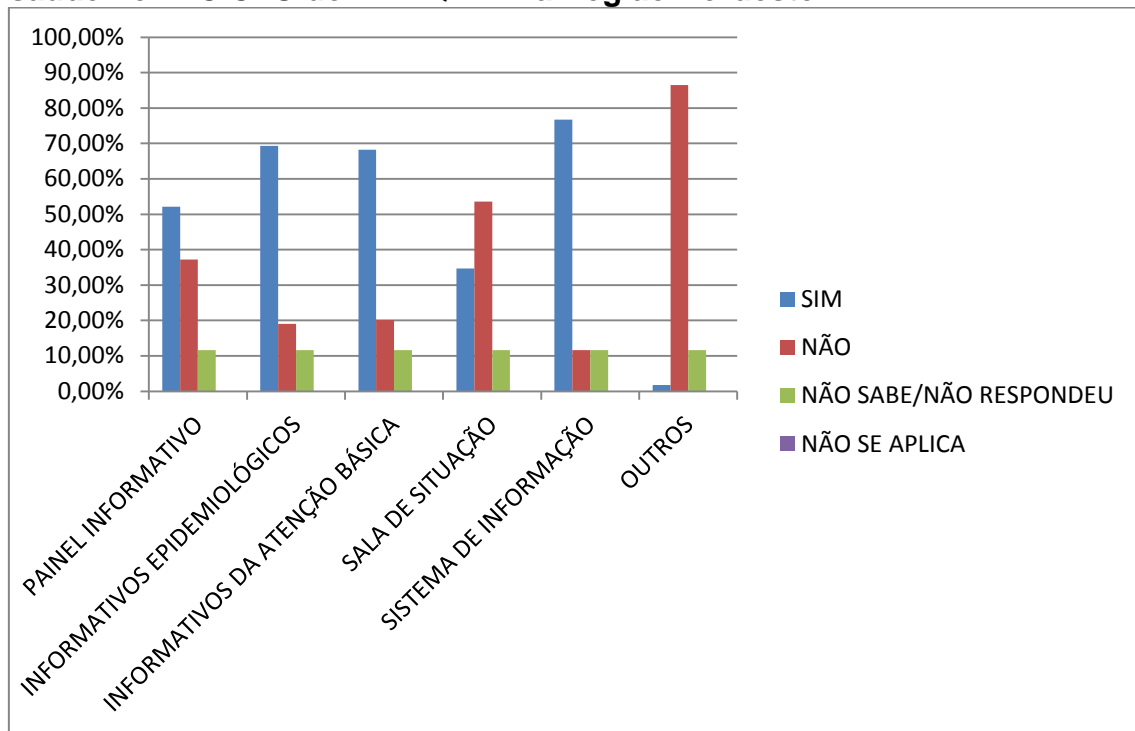


Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB

Relativo à **disponibilização de informações pela gestão para análise de situação de saúde**, no 1º ciclo, 88,4% dos entrevistados dizem receber informações da gestão sendo que 51,1% através de painel informativo, 69,3% de informativos epidemiológicos, 68,2% de informativos da atenção básica, 34,7% da sala de situação, 76,7% dos relatórios e consolidados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), atualmente substituído pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). No 2º Ciclo, as informações disponíveis no banco de dados, contemplou apenas o levantamento da disponibilidade ou não de informações pela gestão, onde 90,1% dos entrevistados afirmam receber informações pela gestão para análise de situação de saúde, não indagando quais as informações são ofertadas pela gestão.

O Gráfico 4, apresenta a distribuição dos recursos disponibilizados pela gestão no Nordeste:

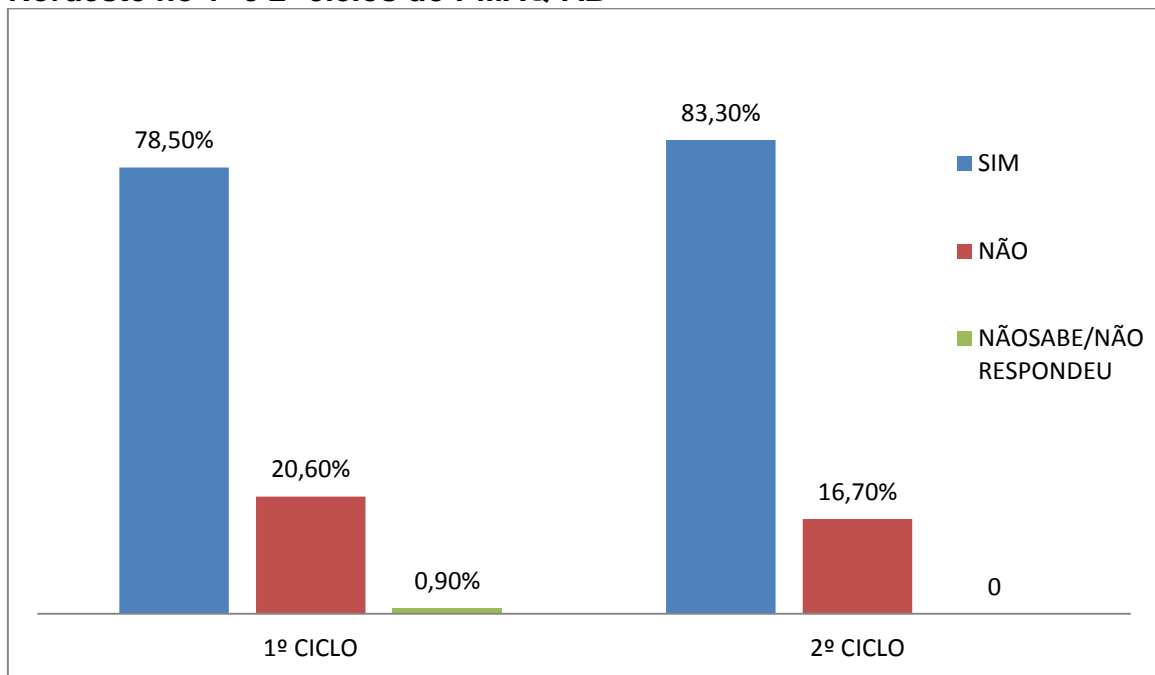
Gráfico 4 – Recursos disponibilizados pela gestão para análise de situação de saúde no 1º CICLO do PMAQ-AB na Região Nordeste



Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB.

Em relação ao **apoio da gestão para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação**, no 1º ciclo, 78,5% dos entrevistados dizem receber apoio da gestão na discussão dos dados. Enquanto que no 2º ciclo, 83,3% dos entrevistados confirmam o recebimento do apoio da gestão. (Ver Gráfico 5). Demonstrando assim, um aumento na participação da gestão na discussão dos dados do Sistema de Informação.

Gráfico 5 – Distribuição das equipes quanto ao Apoio da gestão para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação na Região Nordeste no 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB



Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB

3.3 Planejamento das ações e as ferramentas utilizadas pelas equipes

No que diz respeito à **realização de atividades de planejamento**, foram encontradas duas realidades, a partir do levantamento nos instrumentos de coleta de dados, utilizados nos dois ciclos. No 1º ciclo o instrumento indagava sobre a realização das atividades de planejamento das ações nos últimos 12 meses. Já no 2º ciclo, a o instrumento de coleta, o questionamento era sobre a realização de alguma atividade de planejamento das ações mensalmente.

Assim 87% das equipes, entrevistadas no 1º ciclo, afirmam ter realizado alguma atividade de planejamento de suas ações nos últimos 12 meses.

Enquanto que, no 2º ciclo, 92,6% das equipes realizarem alguma atividade de planejamento das ações mensalmente.

Levando em consideração cada UF, conforme distribuição na Tabela 5, identificamos que em todos os Estados as equipes apresentaram uma melhoria na realização desta atividade quando analisamos os dois ciclos, merecendo destaque o Estado de Sergipe com um aumento de 9,8% de um ciclo para outro. Em contrapartida o Estado da Bahia apresentou uma discreta melhoria de apenas 2,7%.

Tabela 5- Distribuição da variável - Realização de atividades de planejamento nas Unidades Federativas da Região Nordeste:

| UF | 1º Ciclo | 2º Ciclo |
|----------------------------|----------|----------|
| Maranhão | 84,8% | 91,7% |
| Piauí | 88,7% | 93,9% |
| Ceará | 88% | 96,9% |
| Rio Grande do Norte | 89,1% | 95% |
| Paraíba | 85,9% | 91,1% |
| Pernambuco | 86,4% | 93,2% |
| Alagoas | 87,6% | 91,3% |
| Sergipe | 85,4% | 95,2% |
| Bahia | 86,4% | 89,1% |

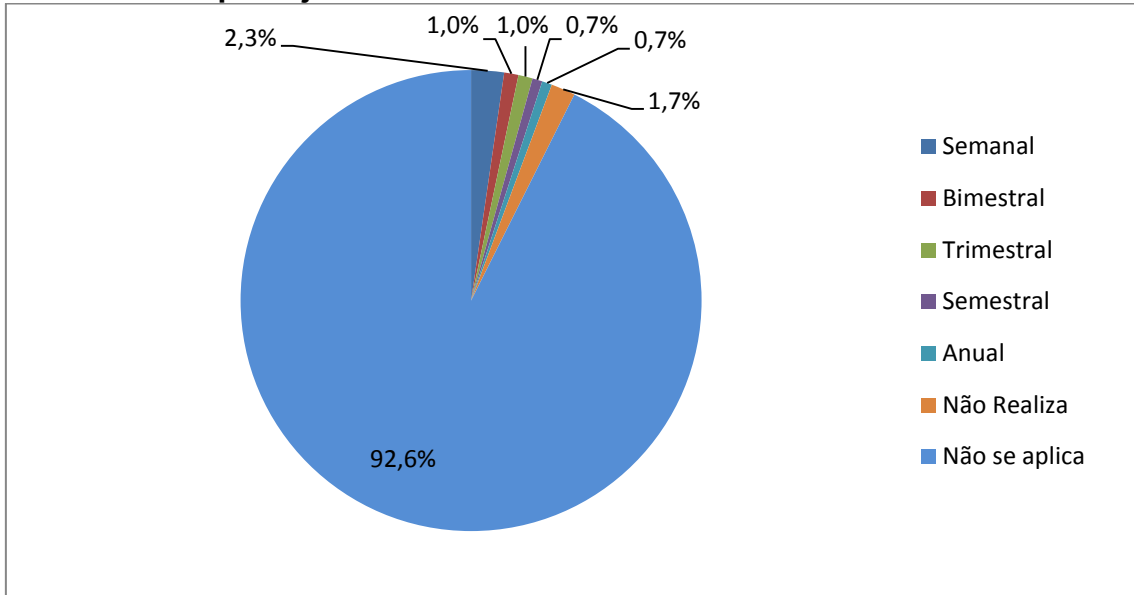
Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB

Ao serem questionados sobre a comprovação através de documentos das atividades realizadas, no 1º ciclo e 2º ciclo os resultados apresentados, demonstraram que a não comprovação tanto no 1º ciclo (27,1%), quanto no 2º ciclo (18,7%), são consideráveis, uma vez que, para realização de tal tarefa é indispensável à utilização de algum documento.

No que diz respeito à **periodicidade das atividades de planejamento**, levantada apenas no instrumento de coleta de dados do 2º ciclo, é válido entender que essa variável se refere apenas as equipes que não realiza atividades de planejamento mensalmente, uma vez que as que realizam mensalmente alcançou um percentil de 92,5%, conforme demonstra o gráfico 6.

Dessa forma na legenda do gráfico 6, leia-se MENSALMENTE ao invés de NÃO SE APLICA. Sendo assim 92,6% realizam atividades de planejamento mensalmente, 2,3% semanalmente, 1% bimestral, 1% semestral, 0,7% semestral, 0,7% Anual e 1,7% não realiza atividade de planejamento.

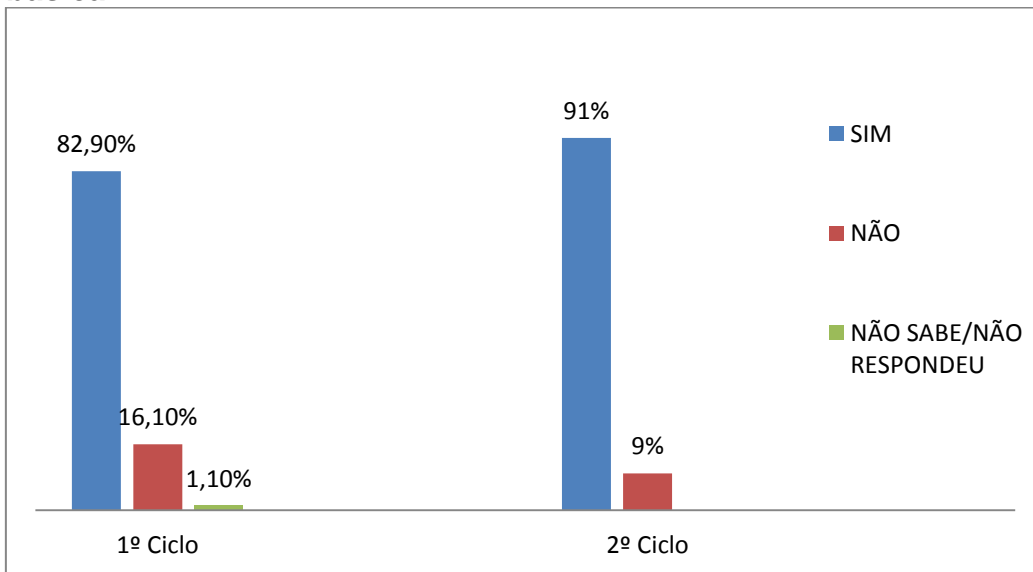
Gráfico 6 – Distribuição percentual das equipes quanto a Periodicidade das atividades de planejamento.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ – AB.

Em se tratando de **monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde pelas equipes de atenção básica**, 82,9% dos entrevistados do 1º ciclo dizem realizar o monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, enquanto que no 2º ciclo esse número alcança um percentil de 91%, conforme demonstra do gráfico 7.

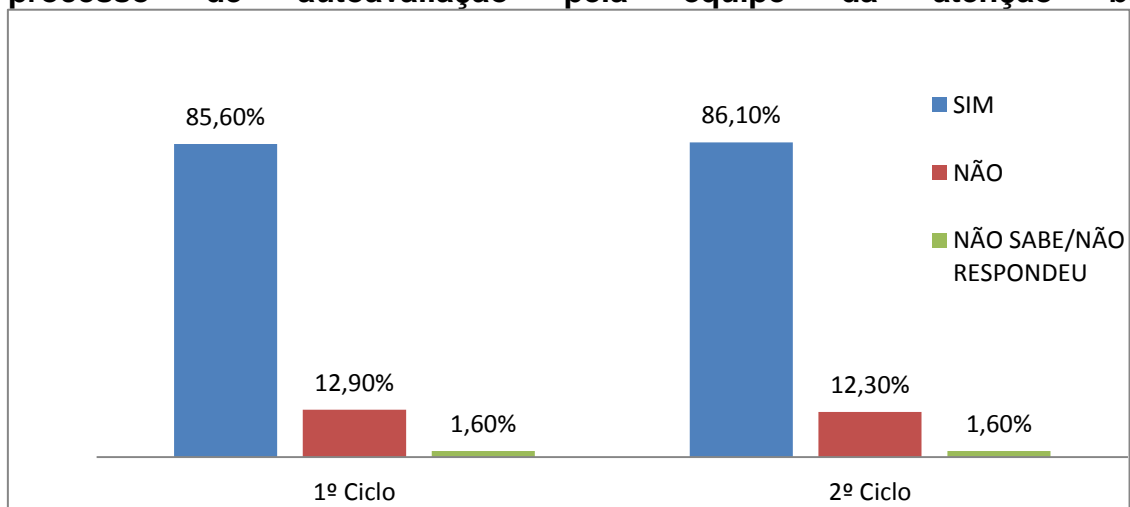
Gráfico 7 – Distribuição percentual das equipes quanto ao Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde pelas equipes de atenção básica:



Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB

Quanto ao processo de **autoavaliação pelas equipes**, os dados demonstram que, no 1º ciclo, foi realizado por 85,6% das equipes participantes da avaliação externa, 12,9% não realizou nenhum processo de autoavaliação e 1,6% Não souberam/não responderam, realidade quase semelhante no 2º ciclo quando 86,1% dos entrevistados dizem ter realizado algum processo de autoavaliação e 1,6% Não souberam/não responderam.

Gráfico 8 – Distribuição do percentual quanto à Realização de algum processo de autoavaliação pela equipe da atenção básica.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB.

Distribuindo essa variável por Unidade Federativa, observa-se que a autoavaliação foi utilizado pelas equipes, existindo um aumento de sua utilização quando analisamos os dados do 1º e 2º ciclo na maioria das UF, exceto o Maranhão e Sergipe, que apresentaram uma redução na utilização desse processo.

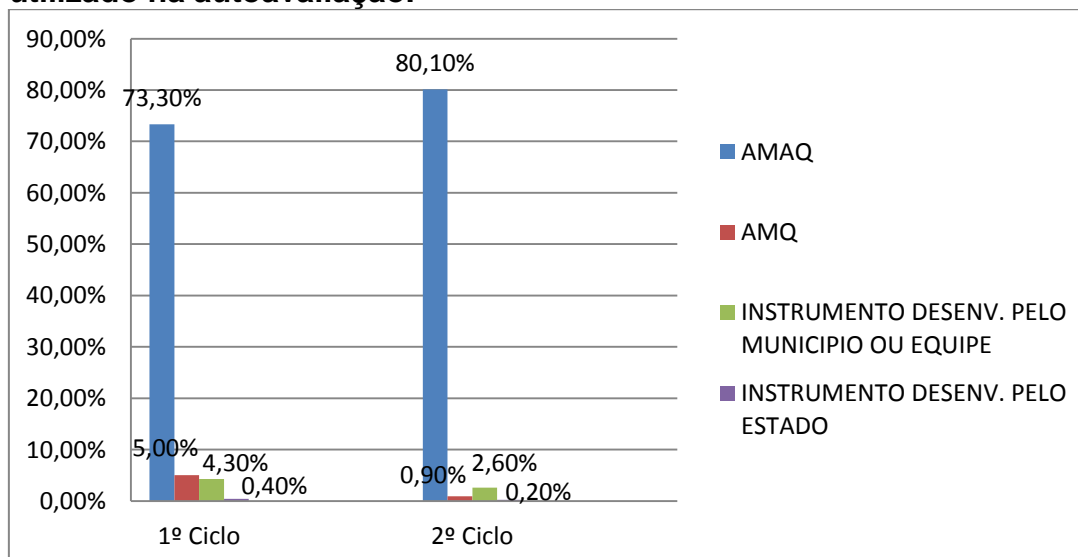
Tabela 6 - Distribuição da variável - Realização de algum processo de autoavaliação pela equipe da atenção básica, nas Unidades Federativas da Região Nordeste:

| UF | 1º Ciclo | 2º Ciclo |
|---------------------|----------|----------|
| Maranhão | 82,1% | 64,7% |
| Piauí | 76,8% | 88,2% |
| Ceará | 87,9% | 88,5% |
| Rio Grande do Norte | 93,7% | 88,5% |
| Paraíba | 87% | 88% |
| Pernambuco | 89,4% | 86,2% |
| Alagoas | 77,9% | 86,1% |
| Sergipe | 76,9% | 75,5% |
| Bahia | 84,4% | 89,1% |

Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB

Em relação ao **instrumento utilizado na autoavaliação**, houve uma predominância tanto no 1º ciclo (73,3%) quanto no 2º ciclo (80,1%) da utilização do instrumento AMAQ.

Gráfico 9 – Distribuição percentual das equipes quanto ao Instrumento utilizado na autoavaliação.

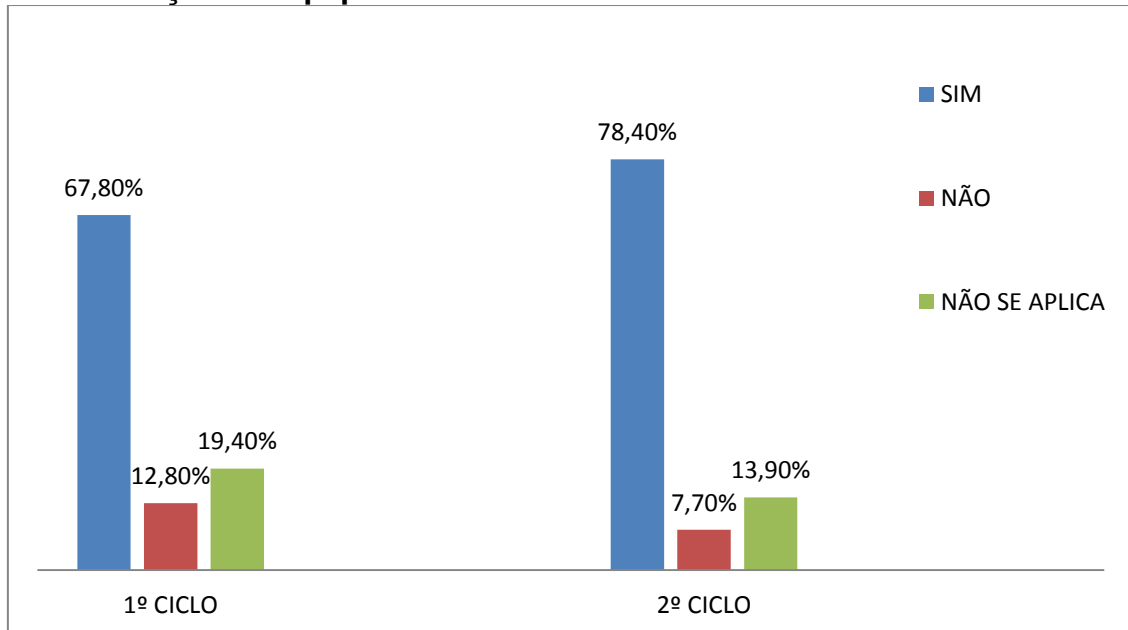


Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB.

Quanto á comprovação documental do instrumento utilizado, no 1º ciclo - 67,8% apresentaram o documento utilizado no processo de autoavaliação e 12,8%

não apresentaram nenhum documento. No 2º ciclo – 78,4% apresentaram o documento utilizado, enquanto 7,7% não apresentaram nenhum documento. Demonstrando um aumento no número de equipe com comprovação documental do processo de autoavaliação.

Gráfico 10 - Comprovação documental do instrumento utilizado na autoavaliação da equipe.

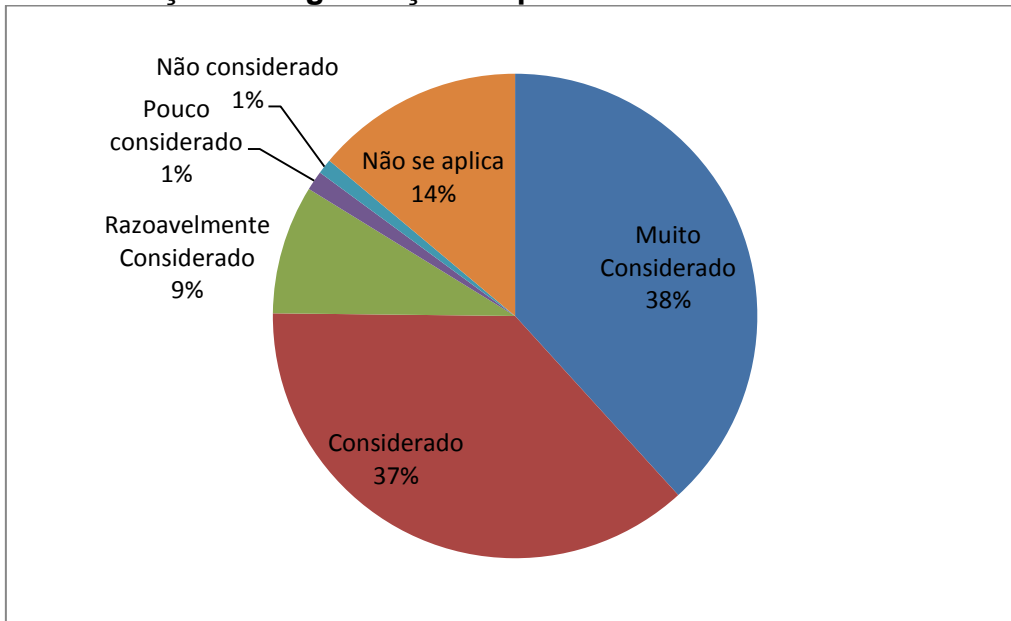


Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB

Verifica-se que a não comprovação tanto no 1º ciclo (12,8%), quanto no 2º ciclo (7,7%), deve ser levada em consideração, uma vez que, para realização de tal tarefa é indispensável à utilização de algum documento.

A utilização da **autoavaliação na organização do processo de trabalho da equipe**. Os dados demonstram que 80,8% das equipes entrevistadas, no 1º ciclo, utilizam a autoavaliação na organização do processo de trabalho. Entretanto, o instrumento de coleta de dados, nesse ciclo, não permitia uma desagregação maior dessa informação. Com o aprimoramento do instrumento de coleta de dados no 2º ciclo, foi possível identificar a forma como a autoavaliação foi utilizada no processo de trabalho da equipe: Muito considerado (38,2%), Considerado (36,9%), Razoavelmente considerado (8,6%), Pouco considerado (1,3%), Não considerado (1,0%), Não se Aplica (13,9%), distribuição apresentada no gráfico 11.

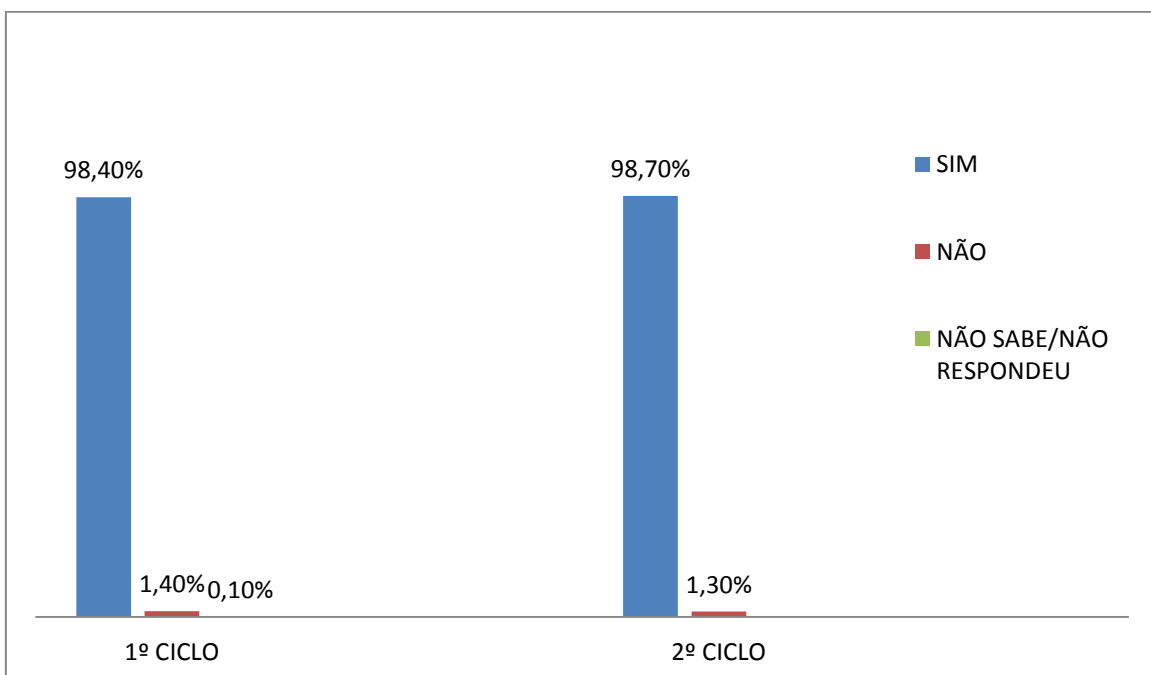
Gráfico 11 – Distribuição percentual das equipes que utilizaram a autoavaliação na organização do processo de trabalho - 2º Ciclo PMAQ-AB.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ – AB.

Quanto à **realização de reunião de equipe**, 98,4% das equipes entrevistadas no 1º ciclo, dizem realizar reunião de equipe e 98,7% no 2º ciclo. Ver gráfico 12.

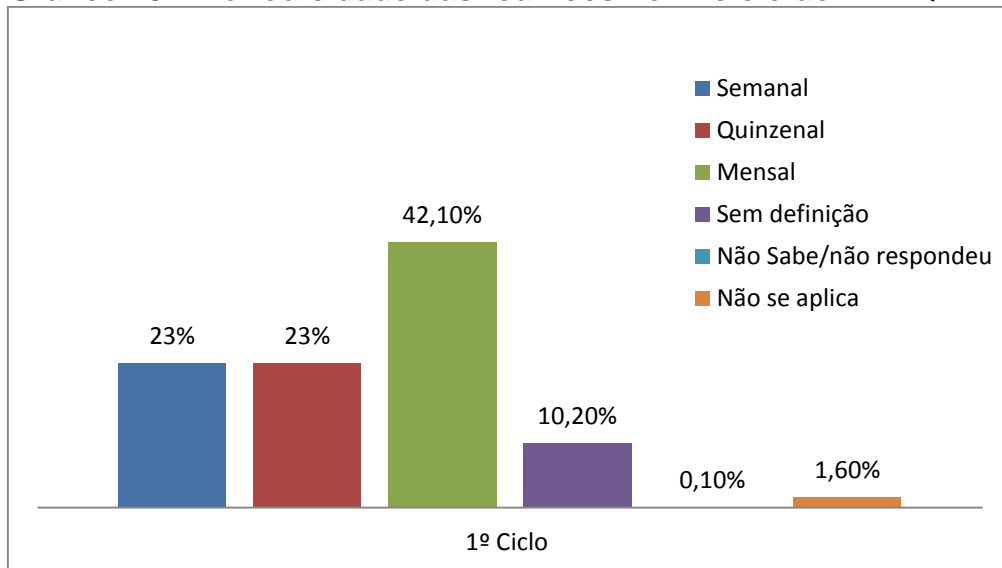
Gráfico 12 – Realização de reunião de equipe



Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB.

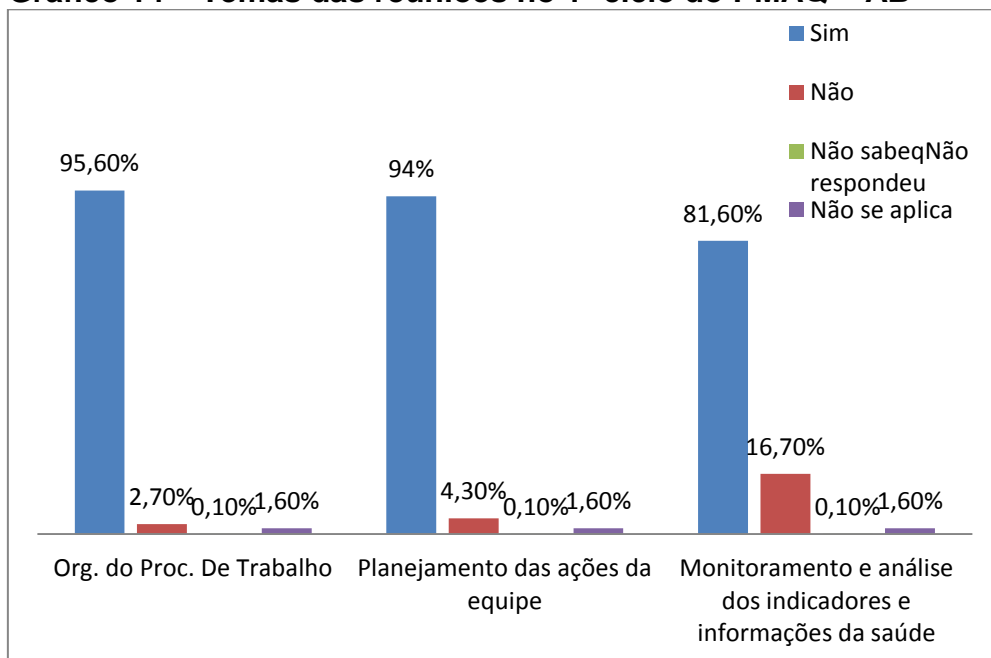
No instrumento de coleta do 1º Ciclo, o levantamento indagou a **periodicidade das reuniões e temas das reuniões**, demonstrando assim que, 42,1% das equipes realizam reunião mensal, 23% semanal, 23% quinzenal, 10,2% diz não saber ou não respondeu. Quanto aos temas das reuniões verifica-se que 95,6% discutem o processo de trabalho nas reuniões, 94% o planejamento das ações e 81,6% o monitoramento de indicadores e análise da situação de saúde.

Gráfico 13 – Periodicidade das reuniões no 1º ciclo do PMAQ-AB



Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB.

Gráfico 14 – Temas das reuniões no 1º ciclo do PMAQ – AB



Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do PMAQ-AB.

4 DISCUSSÃO

A nossa discussão iniciará conhecendo os entrevistados no Módulo II, no 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB. Tornou-se necessária, uma breve discussão desse perfil, pela quase totalidade de respondentes no Módulo II pertencerem à Enfermagem, nos dois ciclos do PMAQ-AB. (Gráfico 2)

4.1 O SER enfermeiro na atenção básica

Em muitos cenários nas equipes da atenção básica no Brasil podemos, por vezes, observar a participação dos enfermeiros em atividades que vão além da assistência à saúde. Acredita-se que a participação majoritária desse profissional enquanto entrevistado, em ambos os blocos, deve-se ao fato destes exercerem muitas vezes o papel de líder da equipe, sendo responsável muitas vezes por ações gerenciais nas equipes.

Historicamente a enfermagem demonstra em seu processo de trabalho a responsabilização, tanto pelo cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, quanto pela coordenação de outros setores para a prestação da assistência. Tendo ainda participação em equipes de planejamento e administração e na gestão de políticas de saúde.⁵¹

Com o processo de implantação do SUS, direcionado por seus princípios e pelo conceito de saúde como produção social, a enfermagem ocupou uma posição na atenção básica voltada não só para o trabalho de administração e de ações clínicas de atenção ao usuário, mas também de organização do serviço de saúde.⁵²

Em um estudo realizado na cidade de Natal - RN, Villas Bôas, Araújo e Timóteo⁵¹, identificaram que os enfermeiros na atenção básica, vêm exercendo múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e da educação/formação em distintos espaços, sendo identificados como importantes agentes de mudança, pela possibilidade e incorporação de novos modos de pensar e fazer saúde.

Um outro estudo, realizado na cidade de Goiânia, entre 2006 a 2007, apresentou que dentre as atividades desenvolvidas em um dia de trabalho dos enfermeiros, 61,4% são essencialmente de caráter gerencial, e que 38,6% dos serviços eles desenvolvem simultaneamente atividades gerenciais e assistenciais.⁵³

E, considerando o Documento Síntese da Avaliação Externa do PMAQ – AB⁵⁴, utilizado no 1º ciclo, e o Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica⁵⁵, no 2º ciclo, cuja recomendação era de que o respondente do Módulo II fosse um profissional de nível superior, que agregasse o maior conhecimento do processo de trabalho da equipe, não direcionando, dessa forma, a realização da entrevista para nenhum profissional específico, acredita-se que o resultado apresentado de mais de 90% de participação dos enfermeiros, como entrevistados, nos dois ciclos, deve-se ao fato dos enfermeiros tomarem para si, a responsabilidade de gerenciamento das equipes.

4.2 Ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes

Nessa dimensão foram analisadas as variáveis: Apoio da gestão na organização do processo de trabalho visando à melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ-AB (Gráfico 3; Tabela 4); Recursos disponibilizados pela gestão para análise de situação de saúde (Gráfico 4); Apoio da gestão para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação (Gráfico 5).

Os resultados mostram expressiva participação da **gestão no apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho das equipes (1º ciclo – 74,9%; 2º ciclo – 86,4%)**, bem como na **organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ-AB (1º ciclo – 92,5%; 2º ciclo – 80,5%)**, acredita-se que esse fato possa está relacionado, principalmente a reformulação do financiamento da Atenção Básica no Brasil a partir do PMAQ-AB.

Rosa e Coelho⁵⁶ afirmam que:

“A alocação e a disponibilidade dos recursos financeiros destinados à saúde são, certamente, fatores importantes para a operacionalização de um sistema municipal de saúde ou de outro qualquer programa ou projeto inserido nesse sistema.”

Para Mendes e Marques⁵⁷, os baixos valores dos repasses para a ESF e do *per capita* do PAB Fixo, levam os municípios a utilizarem um volume adicional de recursos próprios, situação agravada em municípios menores, uma vez que estes não contam com recursos próprios suficientes para financiar a despesa não coberta pelo governo federal.

Nesse sentido, segundo Rosa e Coelho⁵⁶, em seu estudo sobre os gastos com o PSF em um município da Bahia, existe um subfinanciamento do PSF, pelo governo federal, uma vez que o repasse feito corresponde a apenas 16,4% do gasto mensal de cada equipe. E que mesmo com essa participação mínima no financiamento, o governo federal favoreceu a ampliação da estratégia e impôs as normas e diretrizes de como deve operar o PSF.

Pinto, Sousa e Ferla³⁵, lembram em seu estudo que, nessa época, o único fator que interferia no financiamento de uma equipe, era o número de equipes saúde da família, registrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, de acordo com sua modalidade, sendo esta relacionada às características dos municípios e da população atendida. E que só a partir do PMAQ-AB, em 2011, os repasses de recursos aos municípios aconteceram em função dos resultados, ou seja, ‘o que faz’, o ‘como faz’ e ‘que resultados alcança’, passaram a ser decisivos no financiamento. Sendo expressivo o aumento proporcionado pelo PMAQ-AB no financiamento de cada equipe da AB e no financiamento global da AB, uma vez que, 30% do aumento no repasse aos municípios, deve-se a criação do componente de qualidade do PMAQ-AB.

Porém, em se tratando do **apoio da gestão partir dos padrões do PMAQ-AB**, acredita-se que a diminuição no 2º ciclo (1º ciclo – 92,5%; 2º ciclo – 80,5%), tenha ocorrido por falta de conhecimento de quais os padrões de melhoria exigidos pelo PMAQ – AB.

No entanto, Farias et al⁵⁸ acredita que a indução financeira exigida a partir da adesão para implantação de programas, nos municípios brasileiros, leva muitas vezes, a não terem clareza suficiente para o seu desenvolvimento e sustentação. Para os autores, a efetiva adesão à melhoria da qualidade requer uma mudança de entendimento e atitude por parte dos atores envolvidos, indo além da adesão formal (documentos) e do mero cumprimento de etapas para captação dos recursos financeiros.

Quanto á **disponibilização de informações pela gestão para análise de situação de saúde**, a falta de informações no 2º ciclo quanto quais recursos eram disponibilizados pela gestão, não permitiu que fosse realizado um estudo de progressão ou regressão dos recursos listados no 1º ciclo. Fato que leva a sugerir uma melhoria do instrumento de coleta utilizado na avaliação externa nos próximos ciclos do PMAQ-AB. Nos dados relativos aos recursos disponibilizados pela gestão,

no 1º ciclo, verifica-se, a baixa oferta da sala de situação (34,7%), ferramenta de grande valia no processo de planejamento e organização do processo de trabalho, auxiliando a todos os membros da equipe na compreensão da realidade do seu território e na tomada de decisões.

Segundo Lucena et al⁵⁹, a sala de situação é capaz de integrar as informações, ofertando diagnósticos dinâmicos e atualizados da saúde da população, e possibilitando a elaboração de planos e programações de acordo com as necessidades detectadas objetivando a melhoria dos sistemas de informações em saúde, permitindo a observância dos resultados concretos da aplicação das políticas públicas de saúde e, favorecendo o uso da informação em saúde para a tomada de decisões..

Quanto a sua utilização enquanto ferramenta para planejamento, Albuquerque et al⁶⁰, nos resultados de sua pesquisa com profissionais que atuam na atenção básica na cidade de Sobral – CE, evidenciou que a Sala de Situação, pode dirigir ações para melhoria dos indicadores e alcance de metas, sendo relevante, a medida em que ela é utilizada adequadamente para o planejamento das ações no território.

Em se tratando do **apoio da gestão para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação**, identificamos a partir dos dados apresentados, 1º ciclo – 78,5% e no 2º ciclo – 83,3%, que de uma forma geral, as equipes da Região Nordeste afirmaram receber apoio da gestão para discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação, embora nos Estados do Maranhão, Pernambuco e Alagoas essa variável apresentou uma redução no 2º ciclo.

Em estudos realizados por Freitas e Pinto⁶¹, Azevedo et al⁶² e Maia et al⁶³, demonstraram que o SIAB apresentava-se como um instrumento de reorganização do processo de trabalho, mesmo tendo sido usado muitas vezes de forma incipiente, por alguns profissionais.

O SIAB foi utilizado pelas equipes de atenção básica, no Brasil, até a publicação da Portaria Nº 1.412, de 10 de Julho de 2013, que instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), passando a operacionalização do SISAB, a ser feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica, denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Essa estratégia, e-SUS AB, é composta por dois sistemas de "software" que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB: I - Coleta de Dados Simplificado

(CDS); e II - Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema que passou a ser obrigatório a partir da competência, Janeiro de 2016⁶⁴.

No entanto, Freitas e Pinto⁶¹ alerta que somente a disponibilização de dados do SIAB para a ESF não é suficiente para sua utilização como informação na programação local. Sendo necessário investir tanto na educação permanente, envolvendo toda a ESF, como também nas discussões e interpretações dos dados coletados.

Em um estudo realizado por Silva e Laprega⁶⁵, na região de Ribeirão Preto, São Paulo, os resultados demonstraram que a supervisão do preenchimento das fichas e relatórios do SIAB, acontecia informalmente, durante a conclusão dos relatórios do SIAB a serem enviados à Secretaria Municipal de Saúde, no final de cada mês. Evidenciando ainda que, em todas as equipes do PSF estudadas, não havia o repasse ou discussão com a comunidade dos dados gerados pelo sistema, ou seja, inexistia a participação comunitária no planejamento e na tomada de decisões. E que a Secretaria Municipal de Saúde funcionava apenas como repassador dos dados, não havendo análise dos mesmos, e assim inexistindo retorno para as equipes.

4.3 Planejamento das ações e as ferramentas utilizadas pelas equipes

As variáveis analisadas nessa dimensão foram: Realização de atividades de planejamento (Tabela 5); Periodicidade das atividades de planejamento (Gráfico 6); Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde (Gráfico 7); Realização de autoavaliação pela equipe(Gráfico 8); Instrumento utilizado na autoavaliação (Gráfico 9); Utilização da autoavaliação na organização do processo de trabalho da equipe(Gráfico 11); Realização de reunião de equipe(Gráfico 12), Periodicidade das Reuniões(Gráfico 13) e Temas abordados nas reuniões (Gráfico 14).

Os resultados apresentados quanto a **Realização de atividades de planejamento e a periodicidade das atividades de planejamento**, permitem perceber que a maioria das equipes de atenção básica no 1º ciclo – 87%, realizaram alguma atividade de planejamento nos últimos 12 meses e que 92,6% das equipes participantes do 2º ciclo, afirmam ter realizado alguma atividade de planejamento, no ultimo mês. Medrado, Casanova e Oliveira⁶⁶, acreditam que esse

fato pode está relacionado ao envolvimento prévio das equipes com o processo de autoavaliação, onde foram identificados problemas e definidas prioridades para o desenho de uma matriz de intervenção.

E em estudo realizado por Kawata et al⁶⁷, os autores afirmam que as equipes de saúde raramente planejam suas ações em conjunto com a comunidade e outros trabalhadores dos serviços, sendo geralmente desenvolvidas de forma centralizada e pouco participativa, indicando que, apesar de a equipe estar presente, a tomada de decisão é realizada sem participação efetiva de outros trabalhadores.

Considera-se, portanto, que para um melhor detalhamento dessa variável, o instrumento de coleta de dados, deveria permitir algum questionamento relativo aos sujeitos participantes, da atividade.

Uma vez que, de acordo com Junges⁶⁸, o planejamento pode ser uma pura tecnologia ou ferramenta aplicada e direcionada para a construção de um plano de ação por quem tem expertise técnica, sem a participação de um sujeito coletivo. Ou o planejamento pode ser um dispositivo, onde o mais importante não é o produto, isto é, o plano ou projeto de ação, mas o processo, isto é, o caminho de sua produção, possibilitando uma nova subjetivação dos participantes.

Em um estudo realizado por Queirós et al⁶⁹, em uma Unidade Básica de Saúde da Família, em Goiânia no ano de 2009, verifica-se que a elaboração do Planejamento Estratégico de forma participativa contribuiu para a identificação do diagnóstico situacional, com identificação e questionamentos dos problemas da referida unidade, além da elaboração de objetivos e discussão de ações criativas e possíveis para os mesmos. Onde as ações decorrentes do planejamento estratégico, desenvolvidas pelos profissionais, apresentam resultados imediatos e significativos, para a equipe de saúde e comunidade de usuários do SUS. Assim, o planejamento estratégico é fundamental para o desenvolvimento da assistência em saúde e para o redirecionamento das ações a partir dos fatores intervenientes identificados.

Neste sentido, as ações e responsabilização, devem compartilhadas com todos os membros da equipe, objetivando soluções com objetivos claros e seguidos por todos, articulando saberes sem dominação de profissão sobre a outra. Devendo todos da equipe participarem do planejamento das ações, mas segundo Cutolo e Madeira⁷⁰, o que acontece na sua maioria, é que os profissionais de nível superior acabam realizando individualmente, justificando as ações planejadas, a partir do seu

conhecimento técnico e interesse profissional, distanciando assim, os demais membros da equipe. Segundo os autores, é necessária a participação de todos os membros das equipes, a fim de que se sintam parte desta construção e valorizados como profissionais, valorizando todos os conhecimentos, independente do grau de instrução, não impondo decisões ou coagindo a equipe.

Dessa forma, a partir do momento que a leitura da realidade é realizada por um só sujeito, poderá apenas ser umas das possíveis leituras dessa realidade, enquanto que o envolvimento de diferentes atores sociais, possibilita visualização a partir de diferentes realidades, perfazendo assim o conhecimento de forma abrangente.⁴⁶

Corrobora-se com Cardoso⁴⁷ de que as organizações são construídas a partir de planos de ação formulados de forma mais participativa possível. E que é necessário corrigir a trajetória a cada tempo, não sendo possível fazer um cálculo único de toda a trajetória para atingir o objetivo.

Todavia, Marqui et al⁷¹ afirma que a ausência de um planejamento coletivo das ações proporciona a prestação parcelar da assistência por parte do profissional, não contemplando as múltiplas facetas das necessidades de saúde dos usuários, descaracterizando a proposta preconizada pela ESF. Sendo assim, torna-se inviável a construção de um planejamento de ação único e “engessado”, construído e engavetado, somente para fins de comprovação.

Quanto ao **monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde pelas equipes de atenção básica**, os resultados apresentados demonstram uma participação significativa das equipes relativa ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, com significativa melhoria do 1º ciclo(82,9%) para o 2º ciclo(91%).

No entanto, Freitas e Pinto⁶¹ afirmam em seu estudo a existência de uma limitação para análise das informações de saúde pelas equipes da AB, como resultado do desconhecimento dos profissionais, das dificuldades e confusão no preenchimento e manuseio das fichas, tornando o processo de informação comprometido e questionável, apontando a necessidade de processos de educação permanente de avaliação das dificuldades.

É que segundo Elia e Nascimento⁷², existe uma baixa utilização dos dados do SIAB, pelos profissionais das equipes, e que em nenhuma reunião observada durante o estudo este instrumento foi discutido (total de 12 reuniões). Ao mesmo

tempo, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços se mostraram presentes, mas de maneira incipiente e descontínua.

Segundo Silva et al⁷³:

“O monitoramento e análise dos indicadores instituídos pelo PMAQ devem ocorrer constantemente para cumprir seu objetivo de norteador de intervenções no desenvolvimento das ações e atividades da atenção básica.”

Os autores, Silva et al⁷³, afirmam que a implantação de processos de monitoramento e avaliação, periodicamente, pode implementar melhoria do resultado dos indicadores, além de refletirem na dinâmica do trabalho das equipes de atenção básica.

Uma vez que, segundo Medrado, Casanova e Oliveira⁶⁶, se as informações produzidas em saúde forem avaliadas de forma regular e contínua, facilitarão o monitoramento dos objetivos e das metas, e com isso promovem a possibilidade de planejamentos mais efetivos.

Em se tratando da autoavaliação, as variáveis analisadas: **Realização de autoavaliação pela equipe; Instrumento utilizado na autoavaliação; Utilização da autoavaliação na organização do processo de trabalho da equipe**, demonstram que as equipes participantes do estudo desenvolveram algum processo de autoavaliação, tanto no 1º ciclo(85,6%) quanto no 2º ciclo(86,1%), utilizando principalmente o instrumento AMAQ. Embora, um número significativo não tenha apresentado nenhum documento para os entrevistadores, apesar de ser indispensável, como comprovação da realização da atividade. As equipes afirmam, tanto no 1º ciclo (80,8%) quanto no 2º ciclo (85%), considerar os resultados dos instrumentos de autoavaliação na organização do processo de trabalho, como processo para melhoria do acesso e da qualidade.

Avaliar está frequentemente associada à idéia de ações punitivas e no constrangimento daqueles que não alcançaram determinados resultados. O PMAQ, no entanto, situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS⁷⁴.

O PMAQ entende a autoavaliação como ponto de partida da fase de desenvolvimento, orientando os processos para a melhoria da qualidade,

identificando e reconhecendo as dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde^{74;75}.

Dessa forma a autoavaliação é uma ferramenta que favorece a organização do processo de trabalho das equipes contribuindo para a identificação das fragilidades a serem superadas, e permitindo um direcionamento no planejamento das ações.

Em estudo realizado por Sarti et al⁴¹, sobre a utilização do AMQ, demonstrou que as equipes da estratégia saúde da família, utilizam o instrumento de autoavaliação, como ferramenta de gestão para reorganização do seu trabalho. Os autores enfatizam a existência dos problemas de articulação das ferramentas de planejamento e avaliação e de adequação na atenção básica, uma vez que as equipes continuam a adotá-las como algo para se cumprir e pouco para orientar a mudança necessária.

Cruz et al⁷⁶ aponta que são necessárias iniciativas de autoavaliação vinculadas ao planejamento, promovendo assim, a autorreflexão sobre processos, a identificação dos problemas e a formulação de estratégias para melhoria das práticas e das relações na Atenção Básica.

Contudo, processos autoavaliativos, comprometidos com a melhoria contínua da qualidade, são capazes de potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, na medida em que contribuirão na identificação das principais necessidades de educação permanente e de apoio institucional. Não devendo ser encarada como um momento de pouca relevância, tampouco como um momento angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores⁷².

Quanto às variáveis relacionadas **à reunião de equipe, periodicidade e principais temas abordados**, os dados demonstraram (1º ciclo – 98,4%; 2º ciclo – 98,7%) que as equipes realizam reuniões de forma sistemática, com predominância de reuniões mensais e abordando principalmente temas relacionados a organização do processo de trabalho, planejamento das ações e monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde.

Ao analisar o trabalho em equipe, Araújo e Rocha⁴³, afirmam que o diálogo, é um elemento imprescindível, na busca do consenso, objetivando o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Devendo existir uma harmonização dos planos de ação, possibilitando que os atores envolvidos sejam guiados por normas

de vigência obrigatória, ou por meio da negociação sobre a situação ou consequências esperadas.

Para Pavoni e Medeiros⁷⁷ o trabalho em equipe significa conectar diferentes processos de trabalho, com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, capaz de construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados.

De acordo com a PNAB^{22;24}, o processo de trabalho das equipes da ESF deve ser caracterizado, dentre outros fatores, pela interdisciplinaridade, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

De fato as reuniões em equipe, constituem em um rico espaço de discussões e readequação do processo de trabalho, devendo esse espaço ser utilizado por todos os profissionais da equipe para construção e reconstrução do processo de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família vem desde sua criação em 1994 no Brasil, expandindo – se como principal estratégia de fortalecimento da Atenção Básica, e a institucionalização desta, vem a caminhando de forma lenta, apesar de todo o esforço do Ministério da Saúde em lançar inúmeras iniciativas de avaliação.

Caminhamos nesse estudo, com o objetivo de analisar o processo de trabalho e planejamento das ações das equipes de atenção básica, bem como o apoio da gestão nesse processo, a partir da avaliação externa do PMAQ-AB na Região Nordeste. Ao nos depararmos com o banco de dados percebemos um grande campo de pesquisa indispensável ao estudo.

O estudo demonstra de uma forma geral, que as equipes da atenção básica da Região Nordeste, desenvolvem o planejamento de suas ações e a organização do processo de trabalho, com o apoio da gestão, visando a melhoria do acesso e da qualidade. Sendo disponibilizados pela gestão, recursos que auxiliam na análise e monitoramento dos indicadores e da situação de saúde. Sendo necessário que haja um aumento na oferta de salas de situação, uma vez que, estudos demonstraram ser uma importante ferramenta no processo de análise e discussão da situação de saúde.

Foi possível perceber uma fragilidade no instrumento de coleta de dados no 2º ciclo pela falta de indagação sobre os recursos disponibilizados pela gestão, não permitindo que fosse feito uma análise de progressão ou regressão dos mesmos. Sendo assim, o estudo sugere uma adequação no instrumento de coleta de dados nos ciclos subsequentes, de forma que contemple quais recursos são disponibilizados pela gestão para análise e discussão da situação de saúde.

Embora o estudo revele que, a maioria das equipes da atenção básica, na Região Nordeste, realizam atividades de planejamento de suas ações, utilizando ferramentas, como monitoramento dos indicadores e situação de saúde, autoavaliação e reunião de equipe, torna-se necessária uma adequação no instrumento de coleta de dados utilizado na avaliação externa, do PMAQ-AB, no que se refere à dimensão Planejamento das ações e Organização do Processo de Trabalho, de forma que os questionamentos, realizados, possam ser um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de

qualidade. Por exemplo, é necessário não apenas saber se as equipes realizaram alguma atividade de planejamento no último mês, e se realizam reuniões, mas quais os atores sociais participantes, nesses dois processos: Médico? Enfermeiro? Cirurgião-dentista? Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal? Auxiliar/Técnico de Enfermagem? Agentes Comunitários de Saúde? Usuários? Permitindo assim, uma análise dos atores envolvidos nas atividades, de forma a evitar a centralização do planejamento e da organização do processo de trabalho.

Uma outra análise importante que se extrai desse trabalho, é relativo ao processo de autoavaliação, realizado pelas equipes durante a fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, onde os dados analisados nos dois ciclos, indicam que os resultados do processo de autoavaliação foram utilizados pelas equipes, na organização do processo de trabalho para melhoria do acesso e da qualidade. Entretanto, vale destacar, que a não comprovação documental, quanto ao instrumento utilizado na autoavaliação, desfavorece a todo esse processo de construção.

Por fim, os dados analisados nesse estudo sobre processo de trabalho e planejamento das equipes da AB a partir de dados do PMAQ-AB, levam a repensar na prática das equipes e dos gestores, quanto ao planejamento das ações e organização do processo de trabalho, como forma de ser um processo contínuo em busca da melhoria e do acesso.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Sistema Único de Saúde: coleção para entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011. Vol.1. p.10-30.
2. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. São Paulo: Saúde Soc. 2011. v.20, n.4, p.867-874.(Acessado em 10 Nov. 2015). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid
3. Molina J. Apresentação. Harzheim, E, Lima, KM, Hauser, L. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013.
4. Giovanella L, Mendonça MHM de. Atenção Primária a Saúde. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545
5. Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.46-220.
6. Souza MB. O trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde: situação de Portugal e do Brasil. (Tese de Doutorado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.
7. Matta GC, Morisini MVG. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (publicação on-line); 2009 (Acessado em 24 Feb2016). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>.
8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: OPAS, 2012.

9. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos; 2014; v.21,n.1, p.77-92.(Acessado em 10 de Nov. 2015). Disponível em: www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf.
10. Faria HP, Coelho IB, Werneck MAF, Santos MAV. Modelo Assistencial e Atenção Básica à saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 62p.
11. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado. 1988.
12. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 2010; v. 26; n.4; p. 693-705.(Acessado em 03 de Dez 2016). Disponível em: www.scielo.org/pdf/csp/v26n4/12.pdf.
13. Barros DF, et al. O Contexto da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2010; v.19;n.1;p. 78-84. (Acessado em 03 de Dez 2016). Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf.
14. Souza MF. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os Reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. São Paulo: Saberes, 2014.p. 40-76.
15. Souza MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem. 2008. v.61, n.2; p. 153-158. (Acessado em 10 de Dezembro de 2015). Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
16. Connil, EM. 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. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública.2008.

- 24 Sup 1; p. S7-S27. (Acessado em 10 de Janeiro de 2016). Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf.
17. Rocha, PM. Avaliando a Qualidade em Atenção Primária em Saúde. Rio de Janeiro: Rev Brasileira Medicina Família e Comunidade. 2006. v.1; n° 4; p.132-140.(Acessado em 10 de Janeiro de 2016). Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/45>.
18. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Brasília: Rev Bras Enferm. 2013. 66(esp); p.158-64.(Acessado em 10 de Janeiro de 2016). Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf.
19. http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso realizado em: 20 de Junho de 2016.
20. Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva. 2012. v. 22; n. 2; p. 477-506. (Acessado em 20 de Junho de 2016). Disponível em: www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838254005.
21. Brasil. PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
22. Brasil. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde 200, v.4).
23. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Brasília - DF; 29 jun. 2011a.
24. Brasil. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).
25. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011;549 p.

26. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Desafios para a consolidação dos sistemas de saúde ibero-americanos: temáticas que a análise comparada permite circunscrever. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6):2753-2762.
27. Melo LMF. Apoio Institucional em saúde: desafios para democratização na Atenção Básica. (Tese Doutorado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.173 f.
28. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. São Paulo: *Saúde Soc*. 2011. v.20; n.4; p.927-934.
29. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico I. Política de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Recife: *Revista Bras. Saúde Matern. Infantil*. 2009. 9(3); p. 339-357.
30. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à saúde no Brasil: Mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 a 2006. Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*. 2008. 24(8):1727-1742
31. Fausto MCR, Mendonça MHM; Giovanella L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. Fausto MCR, Fonseca HMS (organizadores). *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho no campo PMAQ AB*. Rio de Janeiro: *Saberes*. 2013.p.291-308.
32. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro: *Rev Bras Epidemiol*. 2008. 11(supl 1); p. 58-66.
33. Poton WL, Szpilman ARM, Siqueira MP. Avaliação para a melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ): relato de experiência. Espírito Santo: *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011. 13(3); p. 57-61.

34. Brasil. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
35. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Rio de Janeiro: Saúde Debate. 2014. v. 38; n. Especial. p. 358-372.
36. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b; 62 p.
37. Casotti E, Marin J, Dutra L, Montenegro LAA, Guimarães M, Corvino M, Mascarenhas MTM, Flauzino R. Vivências da equipe de entrevistadores no desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ AB na cidade do Rio de Janeiro. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho no campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes. 2013;p.35-59.
38. Minayo MC. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. Minayo MC, Assis SG, Souza ER (organizadores). Avaliação por Triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2005;p.19-51.
39. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. Salud Pública de México. Morelos. 1993; v. 35, n. 1, p. 94-97.
40. Portela LR, Dias MSA, Vasconcelos MI. Programa Nacional Da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Análise da Autoavaliação Em Sobral, Ceará. Sobral: Sanare. 2013; V.12;n.1;p. 40-45.
41. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2012; v. 28; n.3;p. 537-548.
42. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(Supl. 1):1439-1452.

43. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 455-64.
44. Franco TB, Merhy EE. PSF: Contradições de um programa destinado a mudanças de um modelo tecno-assistencial. Campinas: UNICAMP; 1998.
45. Lacerda JT, Magajewski RL, Machado NMV. Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família. Florianópolis: UFSC, 2010. 106 p. (Acessado em 20 de Outubro de 2015). Disponível em: www.unasus.ufsc.br.
46. Campos FCC, Faria HP, Santos MA. Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2010. 110p.
47. Cardoso AJC. Elementos construtores do Planejamento Participativo para as Equipes de Saúde da Família. Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM. *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os Reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. São Paulo: Saberes, 2014. p.355-414.
48. Kleba ME, Krauser IM, Vendrusculo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. Florianópolis: *Texto Contexto Enferm*. 2011. 20(1);p.184-93.
49. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009. 14(Supl. 1); p.1565-1577.
50. Bôas LMFMV, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008.13(4); p.1355-1360.
51. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Ribeirão Preto: *Rev.latino-am.enfermagem*. 2000. v. 8, n. 6, p. 96-101.

52. Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de Saúde. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2009. 18(2); p.249-57.
53. Brasil. Documento Síntese da Avaliação Externa – PMAQ-AB. Brasília: Ministério da Saúde. 2012c. 55p.
54. Brasil. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde. 2013. 129p.
55. Rosa MRR, Coelho TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva. 2011.16(3); p.1863-1873.
56. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Saúde Debate. Rio de Janeiro. 2014. v. 38; n. 103; p. 900-916.
57. Farias SF, Mendes MFD, Albuquerque MSV, Martelli PJJ, Lyra TM. Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as singularidades do estado de Alagoas. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho no campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes. 2013. p.170-186
58. Lucena KDT, Leininger LS, Silva EA, Figueiredo DCM, Pereira AJ, Vianna RPT. Sala de situação em saúde como ferramenta de gestão: planejamento das ações no território. Rev enferm UFPE on line. Recife. 2014; 8(3); p. 702-8. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article. Acessado em: 20 de maio de 2016.
59. Albuquerque IMN, Santos LTV, Dias FIS, Lopes CR. Sala de situação para tomada de decisão: Percepção dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde de Sobral – Ceará. Sobral: Sanare. 2013. V12; n.2; p.40-46.

60. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB. São Paulo: Rev Latino-Am Enfermagem. 2005. 13(4); p. 547-54.
61. Azevedo ALM, Barbosa MGMM, Santos JS. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB - resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Rev Bras Med Fam e Com. 2006. v.2; n° 6; p. 93-99.
62. Maia LDG, Corrêa JPR, Lopes ACFMM, Neto JFR. Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros (MG). Rev Baiana de Saúde Pública. 2010. v.34; n.2; p. 359-370.
63. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.412, de 10 de Julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União. 10 de Jul 2013.
64. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2005. 21(6); p. 1821-1828.
65. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saúde Debate. 2015. v. 39; n. 107; p. 1033-1043.
66. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: Utilização de ferramentas da gestão. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2009. 18(2); p. 313-20.
67. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. Rio de Janeiro: Interface (Comunicação, Saúde, Educação). 2015.19(53); p. 265-74.

68. Queirós PS, Costa DM, Souza ACS, Chaveiro LG, Silva ALACS, Silva DA, et al. Planejamento estratégico de uma unidade saúde da família - região leste de Goiânia. Colombia: Revista de Salud Pública. 2010. (XIV) 1; p.15-23.
69. Cutolo LRA, Madeira KH. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. Santa Catarina: Arquivos Catarinenses de Medicina. 2010. Vol. 39; nº. 3; p. 79-84.
70. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. 2010. 44(4); p.956-61.
71. Elia PC, Nascimento MC. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva. 2011. 21 [2]; p.745-765.
72. Silva PS, Bezerra HH, Souza EC, Carvalho MF. Análise dos indicadores de desempenho de uma equipe de atenção básica à saúde. Bahia: Rev. Saúde.Com. 2016. 12(1); p.470-476.
73. Brasil. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. 134 p.
74. Brasil. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 167 p.
75. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. Rio de Janeiro: Saúde Debate. 2014. v. 38; n. especial; p. 124-139.
76. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Rev Bras Enferm. 2009. 62(2); p. 265-71.