



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ELZA CLÉA LOPES VIEIRA**

**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA  
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): A PERCEPÇÃO  
DOS TRABALHADORES QUANTO AO PROCESSO DE  
IMPLANTAÇÃO**

**VITÓRIA  
2016**

ELZA CLÉA LOPES VIEIRA

**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA  
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): A PERCEPÇÃO  
DOS TRABALHADORES QUANTO AO PROCESSO DE  
IMPLANTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva – Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima.

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Heletícia Scabelo Galavote.

VITÓRIA  
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade  
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

V657p Vieira, Elza Cléa Lopes, 1988 -  
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
da Atenção Básica (PMAQ-AB): a percepção dos trabalhadores  
quanto ao processo de implantação / Elza Cléa Lopes Vieira –  
2016.  
95 f.

Orientador: Rita de Cássia Duarte Lima.  
Coorientador: Heletícia Scabelo Galavote.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Política de saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Atenção  
Primária à Saúde. 4. Pessoal de saúde. I. Lima, Rita de Cássia  
Duarte. II. Galavote, Heletícia Scabelo. III. Universidade Federal  
do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

---

**ELZA CLÉA LOPES VIEIRA**

**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA  
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): A PERCEPÇÃO  
DOS TRABALHADORES QUANTO AO PROCESSO DE  
IMPLANTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva – Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 01 de junho de 2016.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Orientadora**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Angélica Carvalho**  
**Andrade**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Membro Permanente Interno**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Pinheiro Garcia**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Membro Permanente Externo**

---

**Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos**  
**Neto**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Membro Suplente Interno**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane de Fátima Almeida**  
**Lima**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Membro Suplente Externo**

À minha amada família, em especial, aos meus pais, Deuza Cléa e Orsini, às minhas irmãs, Brenda e Clarissa e à minha sobrinha, Valentina que representam meu amor incondicional.

Ao meu parceiro na vida, meu amor, Rodrigo pelo companheirismo, dedicação e compreensão.

## AGRADECIMENTOS

A construção deste trabalho só foi possível porque tive o apoio, o incentivo e a ajuda de muitas pessoas. Algumas destas, presentes em minha vida desde antes de eu iniciar esse processo de descobertas e encanto pelo qual transitei cursando o Mestrado, outras, que surgiram especialmente durante esse processo... a todos que contribuíram para a felicidade que sinto ao fechar esse ciclo e tornar real esta conquista, meu muito obrigada!

Agradeço a Deus pela força que me fez enfrentar todas as batalhas e superar todos os obstáculos, também por ter me sustentado, me proporcionado as condições necessárias e ter colocado em meu caminho pessoas extraordinárias que viabilizaram essa vitória.

À minha amada mãe, Deuza Cléa por ter me acolhido, estimulado, compreendido e por ter feito tudo o que estava ao seu alcance para me ajudar e para tornar esse sonho possível.

Aos meus amados, meu pai, Orsini, Polyana e minha irmã, Brenda pelo incentivo, por sempre acreditarem em minha capacidade e por compreenderem minha ausência durante o período de realização deste projeto.

Ao meu noivo, Rodrigo por ter sido meu porto seguro, meu exemplo, por ter me apoiado, compreendido e suportado a ausência, o estresse, a ansiedade, o cansaço, os desabafos, os estudos, o bombardeio de informações, de emoções, de mudanças... e especialmente por toda a ajuda, sem a qual eu não teria concluído esse projeto de vida.

Às amigas, Paula e Érika, pessoas singulares, mulheres guerreiras, exemplos de vida e superação por terem sido meu alicerce nos momentos de fraqueza e desespero. A amizade e a ajuda de vocês foram fundamentais para a execução deste trabalho!

Ao companheiro desde os tempos da graduação, Raone e aos demais colegas que tive o privilégio de conhecer, pelas vivências e por terem feito desses dois anos um período menos penoso por meio das risadas e do carinho.

Aos amigos, em especial, Vanessa e Thyara pelo apoio e pelo suporte emocional!

À minha orientadora, professora Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima pelo conhecimento compartilhado, pelas contribuições, pelo incentivo, por entender as dificuldades e os obstáculos que enfrentei durante essa jornada e por sempre ter confiado em meu potencial.

À minha co-orientadora, professora Me. Heletícia Scabelo Galavote por ter me apoiado no momento em que mais precisava, por ter sido além de orientadora, amiga; por suas relevantes contribuições, pelo incentivo, pelo empenho ao me ajudar e pelo reconhecimento de meus esforços na realização deste trabalho.

Às professoras, Dr.<sup>a</sup> Maria Angélica Carvalho Andrade e Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Pinheiro Garcia por terem aceitado participar da banca examinadora deste trabalho e pelas pertinentes sugestões.

Aos professores, Dr.<sup>a</sup> Eliane Lima e Dr. Edson Theodoro pelo apoio e pelas contribuições e aos integrantes do NUPGASC pelo acolhimento e pelos proveitosos debates.

À aluna de Iniciação Científica, Thaís Sossai pelo empenho e pela ajuda na coleta e transcrição dos dados desta pesquisa.

Aos professores do PPGSC que ministraram as disciplinas pelos conhecimentos oportunizados, pelas leituras instigantes, pelas discussões (tão produtivas!), pelo estímulo ao pensamento crítico, pelo mundo novo que me apresentaram, pelo despertar do interesse e pelo exemplo de profissionais!

Aos trabalhadores do SUS por terem inspirado este estudo e especialmente aos participantes, pela solicitude.

Esconda o rosto no pó, talvez ainda haja esperança.

Bíblia Sagrada

O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas é aquilo pelo qual e com o qual se luta, é o próprio poder de que procuramos apoderar-nos.

Michel Foucault

Que nada nos limite. Que nada nos defina. Que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância.

Simone de Beauvoir

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em um município do estado do Espírito Santo. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que propõe, como um dos elementos centrais da produção, o diálogo com atores envolvidos na política em curso. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado com profissionais de nível superior, médico e enfermeiro, de equipes de Saúde da Família que aderiram ao programa no município. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio de análise de conteúdo temática. Os resultados apontaram falhas no processo de implantação, como adesão involuntária de equipes, inoperância das ações de qualificação profissional e apoio incipiente da gestão. Verificou-se um caráter avaliativo atrelado à punição e ao cumprimento de metas. No entanto, foi evidenciado que o programa produziu efeitos positivos nos processos de trabalho das equipes.

**Palavras-chave:** Política de saúde; Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de saúde.

## **ABSTRACT**

In this study, Access and Quality of Primary Care Improvement Program implementation process in a county in the state of Espírito Santo was evaluated. This is a descriptive study, exploratory, with qualitative approach that proposes as one of the central elements of production, the dialogue with the actors involved in the ongoing policy. Data collection was conducted through individual interviews using semi-structured script with doctors and nurses working in the health teams and family participating in the program under study. The interviews were transcribed and analyzed through thematic content analysis. The results indicated failures in the implementation process, such as involuntary membership in teams, inoperability of professional qualification actions and incipient management support. It was observed that an evaluative character that is linked to punishment and to the achievement of goals. On the other hand, the program produced positive effects in the work processes of the teams.

**Keywords:** Health policy; Health evaluation; Primary Health Care; Health personnel.

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
BM	Banco Mundial
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
DAB	Departamento de Atenção Básica
ES	Estado do Espírito Santo
eSF	equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP	Instituição de Ensino e/ou Pesquisa
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
M&A	Monitoramento e Avaliação
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUPGASC	Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB variável	Piso de Atenção Básica Variável
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

## Básica

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USF	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

	<b>TEMPORALIDADE DA AUTORA.....</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>23</b>
3.1	AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	23
3.1.1	<b>Institucionalização da avaliação: do fortalecimento da Atenção Básica à sua qualificação .....</b>	<b>25</b>
3.1.2	<b>O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....</b>	<b>29</b>
3.2	O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	36
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>42</b>
4.1	DESENHO DO ESTUDO .....	42
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA .....	43
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	44
4.3.1	<b>Critérios de inclusão .....</b>	<b>44</b>
4.4	COLETA DOS DADOS .....	45
4.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	46
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>86</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>92</b>

## TEMPORALIDADE DA AUTORA

Iniciei meu percurso acadêmico como graduanda de Enfermagem na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Centro Universitário Norte do Espírito Santo. Fui monitora de *Atenção à Saúde Coletiva* e comecei a trilhar o caminho da pesquisa como voluntária do Programa Institucional de Iniciação Científica da universidade, que resultou ao final em meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Vale destacar que esse estudo foi desenvolvido no município de São Mateus no estado do Espírito Santo, com o objetivo de avaliar a assistência ao pré-natal, a fim de contribuir com gestores e profissionais de saúde que atuavam na assistência à gestante na Atenção Primária à Saúde, no sentido de expor a qualidade do cuidado pré-natal ofertado à população.

No ano de 2013, já graduada, iniciei minha trajetória profissional como avaliadora de campo da etapa de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde (MS), atuando no trabalho de campo nos municípios do estado do Espírito Santo. A partir dessa vivência, surgiram algumas inquietações a respeito de como o programa vinha sendo implementado pelas equipes de Atenção Básica, desde o conhecimento das equipes acerca do programa até as distintas formas de implementá-lo em nível local.

Em 2014, como mestranda em Saúde Coletiva da UFES e integrante do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC), fui incorporada ao Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, que envolve seis universidades – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e UFES - e tem como objetivo analisar os impactos das políticas públicas na produção do cuidado em saúde.

Nesse sentido, optei por trabalhar na linha de pesquisa com a qual já tinha afinidade desde a graduação, avaliação em saúde, pelo interesse em compreender como estava sendo vivenciado o processo de implantação do PMAQ-AB, qual o conhecimento dos trabalhadores acerca do programa e se o mesmo estava gerando algum efeito no cotidiano de trabalho das equipes que fizeram sua adesão. Esta pesquisa é resultado dessa avaliação.

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi conceituada pela primeira vez na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Alma-Ata, no ano de 1978. A conferência contou com a participação de representantes de 134 países e 67 organizações internacionais não governamentais, que firmaram um acordo reconhecendo a APS como essencial para reduzir as desigualdades em saúde e assim atingir o objetivo “Saúde para Todos” até 2000 (STARFIELD, 2002).

Dois documentos resultaram da conferência: a Declaração de Alma-Ata e as Recomendações de Alma-Ata, esta última composta por 22 diretrizes para o desenvolvimento e a implantação da APS nos países conforme preconizado na Declaração de Alma-Ata (AGUIAR, 2007). Nesta, a APS foi definida como parte integrante do sistema de saúde dos países, nos quais possui função central e ainda representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com os sistemas de saúde, assim como o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Contudo, na década que se seguiu à Conferência de Alma-Ata, os países em desenvolvimento, particularmente os da América Latina, entre eles o Brasil, enfrentaram profunda crise econômica, propiciando a outros organismos internacionais, como o Banco Mundial (BM), proporem soluções aos seus sistemas de saúde. Em 1993, essa instituição publicou o relatório “Investindo em Saúde”, em que foram levantados os problemas e as prioridades a serem assumidas pelos governos em prol de um ajuste fiscal. Nesse sentido, foram sugeridas medidas como a redução de ações e serviços de APS a programas seletivos, destinados apenas à população economicamente desfavorecida, simplificados e desvinculados dos outros níveis de atenção à saúde (AGUIAR, 2007).

No ano seguinte, o BM lançou o Relatório nº 12655-BR, denominado “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90”. O relatório buscou adaptar as ideias do anterior, de 1993, para o contexto

brasileiro, ressaltando aspectos peculiares do sistema de saúde do país como as dificuldades enfrentadas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com os princípios defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária. O documento questionava, entre outros, o propósito de universalização da cobertura sem a adoção de políticas eficazes para a contenção de custos, que poderia resultar em um atendimento de baixa qualidade (BANCO MUNDIAL, 1995).

Na ocasião, o MS emitiu um parecer sobre o referido relatório, manifestando-se contrário às propostas do BM para o Brasil. Nesse contexto, para distinguir a concepção da APS, com vista à universalização da saúde proposta na Conferência de Alma-Ata dos programas de medicina simplificada indicados pelo BM (e apoiados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela OMS), adotou-se no país uma nomenclatura própria, Atenção Básica (AB) para designar APS (AGUIAR, 2007; SOUSA, 2014).

A AB é a principal porta de entrada para os usuários no SUS, por ser uma modalidade de atenção com alto grau de descentralização e de capilaridade, estando seus serviços inseridos nos territórios e no cotidiano das pessoas. É caracterizada por um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, que visa a prevenção de agravos, a promoção, a reabilitação e a manutenção da saúde, a fim de proporcionar à população uma atenção integral, que tenha impactos na situação de saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

No decorrer do tempo, várias propostas buscaram superar o modelo tradicional e hegemônico no setor saúde, ou seja, hospitalocêntrico, curativista e centrado na figura do médico, em favor do modelo baseado numa AB de qualidade. Entre estas, MENDES (2002) destaca: a da Medicina Geral e Comunitária desenvolvida em Porto Alegre, em 1983; a Ação Programática em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo nos anos de 1970; a do Médico de Família com estrutura semelhante ao modelo cubano, foi implantada em Niterói, Rio de Janeiro, em 1992 e a da Defesa da Vida, desenvolvida no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, São Paulo, no final da década de

1980. No entanto, essas propostas acabaram por não se institucionalizar como políticas públicas de abrangência nacional.

Somente em 1994, uma dessas propostas se institucionalizou, o Programa Saúde da Família (PSF) que teve o Programa de Agentes de Saúde como seu antecessor. Vale destacar, que o Programa de Agentes de Saúde foi desenvolvido em 1987 no estado do Ceará, tendo sido implantado a princípio como de caráter emergencial em uma conjuntura de seca, mas passou posteriormente a adquirir características de expansão de cobertura e interiorização de ações de saúde. Foi considerado uma experiência bem sucedida e portanto, estendeu-se a todo o país em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), porém até 1994 o programa estava implantado somente em estados da região Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2005a).

A partir então do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novas categorias profissionais às equipes de AB, uma vez que no PACS o enfermeiro supervisionava os agentes comunitários de saúde e a categoria médica não fazia parte da composição mínima das equipes, foi criado o PSF, que teve como referência experiências de países como Canadá, Cuba e Inglaterra e que, apesar de inicialmente ter assumido o caráter restrito de programa, passou em 2006 a ter *status* de estratégia reestruturante, buscando reorganizar o modelo assistencial e reorientar as práticas profissionais na AB, aproximando-se e dando potência à concepção de APS disseminada em Alma-Ata (AGUIAR, 2007; ABRAHÃO, 2007; PASSAMANI; SILVA; ARAÚJO, 2008; BRASIL, 2011a).

Ressalta-se portanto, que o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) é exercido por equipes multiprofissionais (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014; PEDUZZI, 2009) e exige dos trabalhadores um rompimento com o modelo de atenção à saúde focalizado na doença. Para tal, faz-se necessário o uso de distintas ferramentas tecnológicas, conceituadas aqui conforme Merhy e Feuerwerker (2009, p. 34) como os “saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais”. Nessa perspectiva, o processo de trabalho em saúde se dá com a interação de três tipos de tecnologias: tecnologias duras (instrumentos, insumos e normas); leve-duras (conhecimento e saber técnico estruturado) e leves (relações interpessoais)

(MERHY, 2002; 2013a). Essas tecnologias operam o “trabalho morto”, aquele realizado anteriormente e do qual derivam-se, por exemplo, os instrumentos utilizados na assistência e o “trabalho vivo em ato”, aquele produzido e consumido simultaneamente, no momento em que o mesmo é produzido e gera distintos, complexos e muitas vezes imprevisíveis encontros entre os agentes envolvidos nesse ato.

Nesse sentido, todo o processo de reestruturação produtiva em saúde, impõe que a mudança nos modos de produzir o cuidado seja também acompanhada simultaneamente do que autores têm denominado de transição tecnológica no processo de produzir o trabalho em saúde, deslocando seu foco do procedimento para as relações (MERHY; FRANCO, 2005).

A discussão no que tange às modificações almeçadas nos aspectos tecnoassistenciais da atenção à saúde passa necessariamente pela análise micropolítica, aqui entendida como “o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra” (FRANCO, 2013a, p. 226).

O trabalho em saúde tem como uma de suas especificidades o fato de se desenvolver em um campo de coexistência de diferentes interesses, já que envolve diversos atores em seu processo, particularmente, profissionais, usuários e gestores. É no encontro entre esses atores, permeado por subjetividade, por representações criadas a partir de contextos sociais, históricos e culturais e de experiências anteriores, assim como por desejos de cada sujeito, que se configura o que Merhy (2013a) define como “micropolítica do trabalho vivo em ato”, isto é, a produção da saúde em que se interconectam distintas tecnologias e, no caso da APS/ESF, destacam-se os aspectos relacionais tais como a comunicação, os afetos, o vínculo e o acolhimento, ou seja, as “tecnologias leves”, conforme definido por esse autor.

Nesse cenário, o processo de trabalho na ESF se configura de forma não estruturada, não sistematizada, imprevisível, visto que é constituído por multiplicidades que lhe conferem características próprias. Esse agir em saúde trouxe consigo a necessidade de mudanças nas práticas de saúde, na gestão e do paradigma até então imperante, pautado no modelo médico hegemônico. Somada a

essa necessidade, entre 1999 e 2003, houve grande expansão da ESF e emergiu a preocupação com a qualificação da AB ofertada à população e mais, com o desenvolvimento e a implementação de ferramentas que fossem adequadas à sua avaliação permanente, de modo a possibilitar a reflexão crítica de profissionais e a transformação de seus processos de trabalho (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Considerando tais necessidades, o MS empenhou-se em implementar um conjunto de iniciativas, como por exemplo, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em 2003, a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA) também no ano de 2003, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica em 2005, o Pacto pela Saúde em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) também em 2006 e a reformulação da PNAB em 2011.

Ainda em 2011, foi instituído o PMAQ-AB, pela Portaria 1.654 GM/MS, de 9 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b) - revogada posteriormente pela Portaria nº 1.645/2015 (BRASIL, 2015a) - com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de AB, por meio de incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável), mediante pactuação de compromissos e avaliação de indicadores de equipes da AB.

O Programa tem como diretrizes: I) conceber parâmetro de comparação entre equipes de saúde da AB; II) estimular processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade; III) transparência em todas as suas etapas; IV) envolver, mobilizar e responsabilizar gestores dos entes federados, equipes de AB e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB; V) desenvolver cultura de negociação e contratualização em função de compromissos e resultados pactuados e alcançados; VI) estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços com vistas às necessidades e à satisfação dos usuários; e VII) ter caráter voluntário para a adesão das equipes de saúde da AB e gestores municipais (BRASIL, 2015b).

Para tanto, o PMAQ-AB foi dividido em três fases: Adesão e Contratualização; Certificação; e Recontratualização. Além destes, é composto por um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, que em conjunto com as fases, compõem um ciclo. O Eixo Transversal foi organizado em cinco dimensões: 1- Autoavaliação; 2- Monitoramento; 3- Educação Permanente; 4- Apoio Institucional; e 5- Cooperação Horizontal. A dimensão do monitoramento é baseada no uso das informações contidas nos sistemas de informação e no monitoramento de indicadores (BRASIL, 2015b). Os indicadores geralmente são representados como variáveis numéricas, podendo ser números absolutos ou relações entre dois eventos, compostas por numerador e denominador. Indicadores não proporcionam respostas definitivas, mas podem indicar problemas potenciais ou boas práticas do cuidado (SILVA; NORA, 2008).

Considerando que a alimentação dos sistemas de informação é responsabilidade de todos os profissionais e gestores do SUS e importante ferramenta para a avaliação da qualidade da AB, espera-se que os resultados dos indicadores reflitam de alguma forma o esforço dos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSFs) e gestores na melhoria da qualidade da AB (BRASIL, 2015b). Mas, além disso, deve-se buscar compreender o processo de trabalho dos profissionais das eSFs em sua micropolítica, por meio dos seus discursos, uma vez que o trabalho em saúde se concretiza em um cenário de disputas de forças que emergem das relações entre os sujeitos, que são seres essencialmente desejantes (MERHY, 2013a) e que essa característica influencia a forma de ser e estar dos indivíduos no mundo e, conseqüentemente, a sua forma de produzir cuidado.

Assim, esta pesquisa tem como proposta a avaliação da implantação do PMAQ-AB e o efeito micropolítico desta implantação no cotidiano de trabalho das eSFs, tendo como pressuposto a hipótese de que a partir da Portaria Nº 1.654/11 haverá uma mudança na gestão do trabalho na AB, sendo possível para gestores e trabalhadores a pactuação de metas que sirvam de estímulo a um processo contínuo e progressivo de melhora dos indicadores pactuados (MERHY, 2013b). A justificativa para tal avaliação pauta-se na necessidade de se avaliar os efeitos gerados pela implantação de uma política pública no processo de trabalho na AB, uma vez que a formulação e a implementação de políticas públicas ocorrem,

necessariamente, em contextos de natureza política e todos os protagonistas do setor saúde (políticos, gestores, trabalhadores, usuários, etc.) disputam poder durante esse processo (COTTA et al., 2013), podendo interferir na forma como a implementação é vivenciada pelos atores.

Dessa forma, julgou-se relevante estudar o tema, tendo em vista que o PMAQ-AB é um programa ainda recente, com exígua produção científica acerca do mesmo, além disso, é um programa amplo e complexo, que visa aumentar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e da melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB e ainda, que busca a institucionalização de uma cultura de avaliação na AB (BRASIL, 2015b).

O estudo está inserido no “Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde”, que envolve seis instituições de ensino superior, entre elas, a Universidade Federal do Espírito Santo. Trata-se especificamente do terceiro vetor da pesquisa 6, que se refere à análise microvetorial dos efeitos da política do PMAQ-AB.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar o processo de implantação do PMAQ-AB em um município do estado do Espírito Santo (ES).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o processo de implantação do PMAQ-AB, sob a ótica de profissionais de equipes de Saúde da Família que aderiram ao programa no município de Colatina/ES;
- Investigar os efeitos da implantação do PMAQ-AB na organização do processo de trabalho de equipes de Saúde da Família que aderiram ao programa no município de Colatina/ES.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A atividade de avaliar é tão antiga quanto a humanidade, uma vez que a emissão de juízo de valor é inerente às ações humanas (PINTO et al., 2015). Porém, essa atividade também pode ser entendida como um exercício sistemático que demanda *expertise* e pertence ao campo da pesquisa (CHAMPAGNE et al., 2011).

Como campo de pesquisa, a avaliação é uma área polissêmica, ampla, que abarca diversas metodologias, que, por sua vez, alteram-se e se adaptam de acordo com os contextos históricos e setores sociais envolvidos (PINTO et al., 2015). Para Pinto, Silva e Baptista (2014), a avaliação é um tipo de julgamento que se faz sobre as práticas sociais, formalizadas ou não em planos e programas, orientada para a mudança de uma situação problemática.

Nesse sentido, segundo Champagne e colaboradores (2011):

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

Assim, no âmbito de uma política de saúde, a avaliação se configura como uma ferramenta essencial de apoio à gestão, por sua capacidade de qualificar a tomada de decisão. Entretanto, além de subsidiarem a tomada de decisão, as avaliações devem se concretizar em mudanças e para tanto, precisam ser convergentes com as necessidades dos diferentes atores, não só daqueles responsáveis pela tomada de decisão (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Vale ressaltar que a avaliação contemporânea, como descrita, é resultado de um longo processo de transformação dos meios de produção de conhecimento sobre as

intervenções sociais, decorrente, por exemplo, de avanços teóricos e inserção de novos métodos (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A história moderna da avaliação nas sociedades ocidentais teve início no século XVIII, na Grã Bretanha e na França (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). Porém, a avaliação como prática e estratégia de governo foi instituída somente no período após a Crise de 1929 nos Estados Unidos até a Segunda Guerra Mundial (CRUZ, 2011). Nesse contexto, surgiu como um mecanismo que visava acompanhar as políticas públicas implementadas e equacionar os problemas sociais existentes (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Dessa forma, consolidou-se como uma prática de intervenção política do Estado nos sistemas, serviços, programas e projetos político-sociais e também como um campo de conhecimento, em busca de aportes científicos para sua sustentação e credibilidade (CRUZ, 2011).

Nos anos de 1980, passou a ser fortemente estimulada nas reformas de Estado como componente do gerencialismo na administração pública, por ser considerada uma importante tecnologia de apoio à gestão (SEIDL et al., 2014). A partir da década de 1990, o setor Saúde do Brasil, foi afetado pela política de reforma do Estado (SEIDL et al., 2014), assim como vários outros países latino-americanos. As iniciativas voltadas à reforma do setor da Saúde tomaram impulso, visando a melhoria da cobertura e da qualidade dos serviços, assim como promover a equidade e práticas pautadas na integralidade (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010).

Nessa perspectiva, Savassi (2012) problematiza:

Gerir a qualidade em organizações públicas de saúde é um desafio, mais do que uma mudança gerencial ou de financiamento, é necessário reorganizar a cadeia produtiva com novos conceitos e quebrar paradigmas assistenciais que alterem a cultura organizacional no sentido da qualidade no atendimento. E o novo paradigma mundial dos sistemas de saúde aponta a Atenção Primária como reestruturante (SAVASSI, 2012, p. 71).

Nesse cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados e os impactos produzidos nas práticas de cuidado. A AB, pela capilaridade de suas ações, passa a ser o principal objeto de processos avaliativos.

Conseqüentemente, a ESF, como estratégia de reorientação do modelo assistencial, revela-se como campo ideário de avaliações em saúde (PINTO et al., 2015).

Desse modo, a avaliação vem se configurando como um recurso muito útil ao Estado na formulação e implementação de políticas de saúde e na qualificação das ações de cuidado à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a consolidação do SUS (GARCIA et al., 2014). Todavia, para que se torne uma prática cotidiana efetiva, produzindo efeitos sobre a conduta da ação pública, é preciso que certo grau de institucionalização seja atingido (FELISBERTO et al., 2010).

### **3.1.1 Institucionalização da avaliação: do fortalecimento da Atenção Básica à sua qualificação**

A institucionalização da avaliação na AB tem como um de seus principais objetivos fomentar a prática da avaliação no cotidiano das instituições de saúde, ou seja, incorporar a prática da avaliação na rotina dos serviços de saúde de modo que se constitua em uma ferramenta de apoio ao planejamento, à tomada de decisão e à organização do processo de trabalho na AB, deixando de ser vivenciada como um processo meramente prescritivo, burocrático e de caráter punitivo (SARTI et al., 2008; FELISBERTO, 2004; FELISBERTO, 2006). Entende-se dessa forma, que a institucionalização da avaliação está indissociavelmente vinculada à consolidação dos princípios do SUS por meio da qualificação das práticas em saúde (FELISBERTO, 2006).

A partir da criação do PSF, um conjunto de iniciativas foram implementadas pelo MS no sentido de estimular a prática de monitoramento e de avaliação na AB. A primeira delas ocorreu em 1998, com a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O sistema foi desenvolvido como um sistema de informação territorializado, capaz de produzir informações desagregadas que poderiam ser convertidas em indicadores populacionais referentes a áreas de abrangência bem delimitadas, desde microáreas em âmbito local até o território nacional (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014).

Todavia, apesar do SIAB ter facilitado a coleta de dados das populações cadastradas no PACS/PSF e ter sido capaz de produzir informações para auxiliar as equipes de saúde no diagnóstico das realidades locais, estudos evidenciaram diversas fragilidades acerca da utilização destas informações na prática. Dentre estas fragilidades, destacaram-se o uso do sistema limitado ao registro e o despreparo das equipes para sua utilização. A capacitação insuficiente das equipes acarretava dificuldades por parte dos profissionais no preenchimento das fichas que alimentavam o sistema - o que contribuía para a baixa confiabilidade dos dados -, assim como ausência da extração de relatórios do sistema para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações desenvolvidas (CARRENO et al., 2015).

Ainda assim, o SIAB era o principal sistema de informação que as equipes de AB dispunham – a partir de 2013 começou a ser substituído pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB) -, sendo considerado um importante instrumento de reorganização dos processos de trabalho por suas possibilidades de uso, como a identificação de problemas e até mesmo de desigualdades em âmbito local, além da otimização da disponibilização de informações à gestão municipal, fortalecendo o processo de descentralização da gestão do SUS (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014).

Os municípios passaram a compartilhar a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde a partir da Portaria nº 2.203 em que foi aprovada a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 do SUS, que redefiniu as responsabilidades de estados, Distrito Federal e União e induziu à reordenação do modelo de atenção à saúde vigente à época. O novo modelo proposto buscava incorporar ao clínico dominante, o epidemiológico, a fim de transformar as relações individualizantes entre profissionais e usuários em um modelo centrado na qualidade de vida dos indivíduos, com foco nas relações entre a equipe de saúde e a comunidade (BRASIL, 1996).

A referida NOB teve como finalidade promover e consolidar o pleno exercício da função de gestor da atenção à saúde do poder público municipal. Anteriormente, os municípios exerciam o papel de prestadores de serviços de saúde, porém, a partir dessa NOB, estes também passaram a ter responsabilidade pela gestão do SUS,

podendo habilitar-se em duas condições - gestão plena da Atenção Básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996).

No intuito de orientar os gestores municipais quanto à organização do sistema municipal de saúde, no que tange às ações de AB, foi instituída a Portaria nº 3.925, em novembro de 1998. Entre outras resoluções, essa portaria aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS e definiu os indicadores de acompanhamento da AB (BRASIL, 1998). O conjunto de indicadores descrito nesse documento ficou conhecido como Pacto de Indicadores da Atenção Básica e foi regulamentado pela Portaria nº 476 (BRASIL, 1999), sendo implementado de 1999 a 2006. Tornou-se um importante instrumento de negociação entre as três instâncias de gestão do SUS, uma vez que estabeleceu processos formais para a pactuação de metas a serem alcançadas em relação aos indicadores de saúde previamente acordados, sendo o desempenho de municípios e estados avaliado em função do cumprimento dessas metas pactuadas (BRASIL, 2003a).

Além de ter viabilizado o monitoramento e a avaliação de ações e serviços desenvolvidos na AB, o Pacto mostrou-se uma arrojada iniciativa ao realizar oficinas nacionais com a participação de representantes das secretarias estaduais e municipais e das áreas técnicas do MS para aprimoramento da qualidade técnica do mesmo, a partir da construção de consensos e de debates técnicos e políticos. Na prática dos serviços de saúde, verificou-se que o Pacto propiciou a utilização dos dados dos sistemas de informação em saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade das informações e com a qualificação de profissionais de saúde para análise de dados (BRASIL, 2003a).

Entre 2000 e 2006, o MS fomentou a realização de diversas pesquisas na área de monitoramento e avaliação da AB (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008), dentre estas, destacam-se os estudos de linha de base do PROESF, projeto que visava assegurar a melhor organização dos sistemas locais de saúde, a qualificação do processo de trabalho e a melhoria no desempenho dos serviços (BRASIL, 2003b). Um de seus componentes, o monitoramento e avaliação (M&A) foi considerado um fator impulsionador na direção da construção de uma política de avaliação (LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014). Em 2003, foi criada a CAA no interior do

Departamento de Atenção Básica (DAB), com a missão de fortalecer o papel da avaliação como instrumento de gestão e consolidar a cultura avaliativa nas instâncias de gestão do SUS (BRASIL, 2005b).

Nesse contexto, marcado pela expansão da cobertura da ESF e tendo como um dos maiores desafios a ser superado pelo SUS a garantia da qualidade da atenção, iniciou-se o movimento de institucionalização do M&A na AB (BRASIL, 2005b; CONTANDRIOPOULOS, 2006). A inserção de uma nova cultura avaliativa estava associada à necessidade de um novo modelo de avaliação que fosse orientado para a ação, com a integração do M&A em um sistema organizacional no qual ele fosse capaz de modificar, a partir da vinculação de atividades analíticas às de gestão (HARTZ, 2002). Para Felisberto (2004), investir na institucionalização da avaliação contribuiria de maneira decisiva para a qualificação da AB, já que seria possível a construção de processos estruturados, sistemáticos e coerentes com os princípios do SUS.

Assim, em 2005, o MS publicou a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, com seus componentes e projetos estratégicos, no documento “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização”. Entre os projetos estratégicos propostos para a operacionalização da política, destaca-se o fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em M&A e a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, que além de contribuir para a institucionalização da avaliação na AB, introduziu o conceito de qualidade associada à avaliação (BRASIL, 2005b).

Em 2006, tendo em vista a necessidade de unificar os processos de pactuação estabelecidos até então, o Pacto da Atenção Básica e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Vigilância em Saúde, foi aprovado o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, com seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, divulgado na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro do respectivo ano (BRASIL, 2006a). Tal Pacto ensejou mudanças significativas na execução do SUS, entre as quais a unificação dos pactos anteriores em um rol único de indicadores classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional

de Saúde (PNS), além de uma nova forma de negociação entre os gestores do SUS por meio da assinatura de Termos de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2006b).

Ainda no ano de 2006, foi aprovada a PNAB por meio da Portaria nº 648, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o PSF e o PACS. Foi a partir desta política nacional, que o PSF deixou de ser considerado um programa e passou a ser adotado como a estratégia prioritária para a reorganização da AB no país (BRASIL, 2006c). Após 18 anos da criação do programa, em 2012, a ESF encontrava-se implantada em mais de 95% dos municípios brasileiros e cobria mais da metade da população (AQUINO et al., 2014).

Em 2011, a PNAB passou por uma atualização com a revogação da Portaria nº 648 pela nº 2.488 (BRASIL, 2011a). A ‘nova PNAB’ proporcionou maiores recursos e alterou a forma do financiamento federal para a AB, combinando equidade e qualidade no repasse de recursos. Inclusive, foi criado um Componente de Qualidade que possibilitou que equipes e municípios aumentassem os recursos recebidos em função da contratualização de compromissos voltados para o acesso e a qualidade na AB (BRASIL, 2011a). Em ambas as versões da PNAB, a avaliação foi incluída como responsabilidade das esferas de governo do SUS, assim como atribuição de todos os profissionais da ESF (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2012), apontando “para o deslocamento da avaliação dos gabinetes dos planejadores para o cotidiano dos trabalhadores da saúde” (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Um dos programas que conformam a nova PNAB e que faz grande aposta no estímulo à avaliação tanto por parte de profissionais quanto de gestores do SUS, é o PMAQ-AB.

### **3.1.2 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

O PMAQ-AB é um programa inovador, que representa na nova PNAB (BRASIL, 2012) a principal estratégia de mobilização de atores implicados com a AB para mudanças nos processos de trabalho em direção ao melhoramento contínuo do acesso e da qualidade dos serviços. O programa traz em seu bojo a articulação de diversas iniciativas governamentais orientadas para o fortalecimento e a qualificação

da AB, entre elas, a institucionalização do M&A, a partir da utilização de indicadores de autoavaliação, do monitoramento de indicadores de desempenho e da avaliação externa das eSFs que aderiram ao programa. Assim, apesar de muitas vezes ser reduzido a apenas uma de suas fases – a avaliação externa –, o PMAQ-AB foi engendrado como um amplo programa que busca efetivar a mudança do modelo de atenção, com o desenvolvimento dos profissionais e a organização dos serviços voltados às necessidades e à satisfação dos usuários, assim como a estimular a mudança de cultura de gestão e a construir parâmetro de comparação entre as eSFs (BRASIL, 2015b; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Em seu estudo, Scherer, Lopes e Costa (2015) ratificam a ideia de que o programa por vezes é compreendido de maneira equivocada e reduzido a alguma etapa, geralmente relativa à avaliação. Nesse estudo, os profissionais entrevistados demonstraram uma concepção parcial, em alguns casos, até mesmo distorcida, da proposta do programa. Segundo os autores, foi recorrente a compreensão do programa como apenas uma ferramenta de autoavaliação.

O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria nº 1.654/2011 (BRASIL, 2011b), que posteriormente foi revogada pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015a). O programa se desenvolve em ciclos, tendo sido já concluídos dois, com duração de 1 ano cada. Contudo, no decorrer dos anos/ciclos, seu desenho sofreu algumas alterações, principalmente a partir da publicação da nova portaria que dispõe sobre o programa. No 1º e 2º ciclo, o programa era organizado em quatro fases distintas: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização que compunham um ciclo de 12 meses. Após a publicação da portaria nº 1.645/2015, ele passou a ser composto por apenas três fases - Adesão e Contratualização; Certificação; Recontratualização - e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que, em conjunto, compõem um ciclo com duração de 24 meses.

Assim, na primeira fase do PMAQ-AB, denominada Adesão e Contratualização, além da formalização da adesão do município, são pactuados compromissos voltados para a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB entre as eSFs e os gestores municipais, e destes com o MS. A adesão ao programa deve ser

voluntária e a contratualização tanto de municípios quanto de equipes ocorre por meio da assinatura de um Termo de Compromisso (BRASIL, 2015b). Apesar disso, Scherer, Lopes e Costa (2015) constataram ausência de escolha, preparo e envolvimento de profissionais das eSFs na fase de contratualização e até desconhecimento por parte dos mesmos em relação aos objetivos, princípios e diretrizes do programa, o que pode se tornar um fator dificultador à implementação de ações devido à falta de mobilização desses atores.

A segunda fase, Certificação, representa o reconhecimento do esforço de equipes e gestores em prol da melhoria do acesso e da qualidade da AB. A certificação é o momento em que as equipes são avaliadas por seu desempenho no que diz respeito à realização de processos autoavaliativos, à avaliação do conjunto de indicadores contratualizados e à avaliação externa (BRASIL, 2015b).

A avaliação externa corresponde a 60% da nota final da certificação e é realizada pelo DAB em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEPs). O processo de avaliação externa é realizado por equipes de entrevistadores selecionados e capacitados pelas IEPs que, por meio de trabalho de campo, visitam as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de municípios que aderiram ao PMAQ-AB e aplicam o instrumento – composto por seis módulos – para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão (BRASIL, 2015b).

O instrumento, com questões coerentes aos padrões contidos no instrumento de autoavaliação utilizado pelas equipes, é aplicado em entrevista com profissional de saúde de nível superior, que deve ser o enfermeiro ou médico, que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, apenas nos casos em que estes profissionais não estiverem presentes para responder, outro profissional de nível superior da equipe poderá ser entrevistado (BRASIL, 2015b). Em estudo realizado no ES, que teve como base os dados da avaliação externa (1º ciclo) do estado, foi constatado que 88% dos respondentes do módulo II, que se refere à avaliação do processo de trabalho da equipe e à organização do serviço, eram enfermeiros, dos quais 84% eram também coordenadores das equipes (GARCIA et al., 2014). Além das entrevistas, os avaliadores externos são incumbidos de realizar

a verificação de documentos e fazer observações de infraestrutura e condições de funcionamento das UBSs.

Após a avaliação externa, as eSFs são classificadas de acordo com seu desempenho, variando entre ótimo, muito bom, bom, regular e ruim, sendo baseados nesse desempenho os valores do Componente de Qualidade do PAB variável, repassados aos gestores municipais. As equipes também podem ser classificadas com desempenho insatisfatório, caso deixem de cumprir os compromissos previstos na Portaria nº 1.465 (BRASIL, 2015a) e assumidos no Termo de Compromisso, deixando o gestor de receber o incentivo referente a essas equipes (BRASIL, 2015b). Uma novidade na proposta para o 3º ciclo, em relação à avaliação externa, é a entrevista com o usuário que será realizada no domicílio, diferente dos ciclos anteriores, em que era realizada dentro das UBSs durante o momento da avaliação externa das equipes. Além disso, esse módulo de entrevista com o usuário (Módulo III) no atual ciclo deixou de compor a certificação das equipes (BRASIL, 2016).

Após a certificação, ocorre a terceira e última fase do programa, que constitui o processo de recontractualização, em que, com base na avaliação de desempenho de cada equipe, é realizada nova contractualização de compromissos e indicadores de qualidade pelos municípios, completando o ciclo. Entretanto, para além de uma nova pactuação, a recontractualização pretende estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados (BRASIL, 2015b).

O eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ, antes abordado como fase de desenvolvimento do programa, foi reformulado na proposta para o 3º ciclo e passou a ser entendido como um eixo transversal a todas as fases, de modo que assegure a promoção das ações de melhoria da qualidade em todas as etapas do ciclo (BRASIL, 2015a). Assim, está organizado em cinco dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal (BRASIL, 2015b).

A autoavaliação é tida como o ponto de partida dessa etapa, constituindo-se em um processo de autoanálise que pretende evidenciar aspectos positivos e problemáticos

do processo de trabalho e tem o intuito de facilitar o reconhecimento das situações condicionantes, como também de possíveis intervenções e, portanto, que deve ser realizada com e por toda a equipe. É importante que equipes que participaram de outros ciclos do programa reavaliem sua(s) autoavaliação(ões) anterior(es) e Matriz(es) de Intervenção – elaboradas a partir da autoavaliação -, pois, dessa forma, conseguirão perceber os avanços alcançados, os desafios que ainda persistem, a necessidade (ou não) de mudança de estratégia de atuação e elencar as prioridades (BRASIL, 2015b).

A autoavaliação foi proposta pelo programa como um dispositivo permanente de orientação à tomada de decisão, tornando-se imprescindível para melhoria da qualidade das ações de saúde, compondo inclusive parte da nota na certificação das equipes (10%) (BRASIL, 2015b). Porém, em alguns casos, como o encontrado no estudo de Scherer, Lopes e Costa (2015), a autoavaliação pode ser percebida como uma prática que demanda tempo e, assim, acabar sendo realizada de modo descontínuo, podendo afetar sua potencialização para mudanças no processo de trabalho das eSFs.

O instrumento de autoavaliação disponibilizado pelo DAB é a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), porém seu uso não é obrigatório, podendo gestores e equipes definirem seus próprios instrumentos e ferramentas de acordo com a sua realidade (BRASIL, 2015b). Contudo, o MS (BRASIL, 2015b) recomenda que o instrumento a ser utilizado seja composto por um conjunto de padrões esperados de qualidade quanto à estrutura, aos processos e aos resultados, seguindo uma abordagem amplamente difundida no campo da avaliação em saúde, mais especificamente, da Avaliação da Qualidade em Saúde, que é a tríade – estrutura, processo e resultado – formulada por Donabedian (1997; 2005).

A relação desses três componentes com a qualidade parte do princípio que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado. Assim, do ponto de vista da atenção médica, segundo Donabedian (1997):

**Estrutura:** Envolve os atributos do local onde o cuidado é realizado, incluindo recursos materiais, como instalações, número de equipamentos e recursos financeiros; recursos humanos, como número e qualificação dos profissionais; e a estrutura organizacional, como a organização da equipe de profissionais e gestão.

**Processo:** Envolve a relação de dar e receber cuidado, as ações realizadas na relação entre profissionais e usuários. Assim, inclui a responsabilidade dos pacientes na procura do cuidado e em sua realização e a conduta dos profissionais na realização de diagnósticos e recomendação ou implementação de um tratamento.

**Resultado:** Envolve os efeitos do cuidado na condição de saúde de pacientes e populações. Isso inclui o aumento do grau de conhecimento dos pacientes acerca de sua condição de saúde, mudanças no comportamento dos pacientes favoráveis à promoção de sua saúde e o grau de satisfação dos pacientes com a assistência recebida.

Outra dimensão do Eixo Transversal é o monitoramento, que consiste na alimentação oportuna e no uso das informações do SISAB/e-SUS AB, que é responsabilidade tanto de gestores como de profissionais assistenciais do SUS e importante critério de qualidade da AB. Durante a primeira fase são pactuados indicadores de desempenho entre os compromissos assumidos pelas equipes e gestões municipais, que devem ser acompanhados rotineiramente para subsidiar o diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação de ações, visando ao aperfeiçoamento dos processos de trabalhos (BRASIL, 2015b). No entanto, essa dimensão pode ser negligenciada por desconhecimento de sua existência dentro do programa pelos profissionais, como atestado no estudo de Scherer, Costa e Lopes (2015), em que os participantes da pesquisa desconheciam o processo de monitoramento de indicadores preconizado pelo PMAQ-AB.

A avaliação dos indicadores contratualizados compõe, assim como os processos autoavaliativos, parte do desempenho final das equipes (30%). Houve notável mudança nessa dimensão no 3º ciclo, pois, em vez de 47, foram elencados 11 indicadores, todos de desempenho e subdivididos em quatro grupos: acesso e

continuidade do cuidado, coordenação do cuidado, resolutividade da equipe de atenção básica e abrangência da oferta de serviços. Espera-se que os resultados dos indicadores reflitam o esforço das equipes e da gestão na melhoria da qualidade da AB, havendo coerência entre o desempenho alcançado e a conformidade de suas ações com os padrões de qualidade (BRASIL, 2015b).

As dimensões Educação Permanente e Apoio Institucional estão atreladas uma à outra e, se trabalhadas dessa forma, possuem grande potencial de produzir mudança no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, fortalecendo os objetivos do programa de efetivar mudança do modelo de atenção e gestão. A educação permanente pretende não só qualificar os trabalhadores por meio de seu caráter pedagógico, mas ir além, como importante estratégia de gestão capaz de mobilizar os atores para mudanças. O apoio institucional, por sua vez, pretende transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais, dando suporte aos movimentos de mudança deflagrados pelos coletivos (BRASIL, 2015b). Essas dimensões reforçam a ideia de que, para que mudanças sejam concretizadas no cotidiano de trabalho das equipes, o processo precisa fazer sentido para o coletivo, caso contrário, não gera a mobilização dos atores envolvidos.

Entretanto, essa forma de trabalho baseada em relações horizontais entre profissionais de saúde e gestores, e pautada em um processo ascendente de educação permanente, tem se mostrado ainda incipiente nos serviços de saúde, como descrito na pesquisa de Scherer, Lopes e Costa (2015), em que os profissionais entrevistados relataram que as estratégias de educação permanente eram centralizadas e descendentes, e que nem sempre contavam com o apoio da gestão.

Com o mesmo intuito, o de valorizar o protagonismo local, o MS trouxe em seu último Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2015b), uma nova dimensão no desenvolvimento do programa: a cooperação horizontal. Essa nova dimensão propõe a troca de experiências entre as eSFs, de forma a proporcionar o aprimoramento das práticas em saúde. Essa iniciativa não é inédita, porém, o PMAQ-AB busca ampliá-la e valorizá-la tendo em vista seu potencial transformador.

### 3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio (MARX, 1996, p. 297).

Este conceito de trabalho descrito por Marx, parte do pressuposto de que o trabalho pertence exclusivamente ao homem, pois diferentemente dos outros animais que agem por instinto, este age com intencionalidade, influenciado pela construção mental de um projeto que se antepõe ao processo de trabalho em si, no sentido de perseguir a finalidade de realizar tal projeto. Para Merhy (2013a, p. 31), tal característica demonstra que o homem trabalha a partir de um “recorte interessado” do mundo e assim, por meio do trabalho modifica a natureza ao mesmo tempo em que modifica a si próprio (MARX, 1996).

No processo de trabalho a atividade do homem efetua, portanto, mediante o meio de trabalho, uma transformação do objeto de trabalho, pretendida desde o princípio. O processo extingue-se no produto. Seu produto é um valor de uso; uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante transformação da forma. O trabalho se uniu com seu objetivo. O trabalho está objetivado e o objeto trabalhado (MARX, 1996, p. 300).

Nesse sentido, segundo Marx (1996), os elementos que integram o processo de trabalho são: a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, o objeto de trabalho e os seus meios. O objeto de trabalho seria qualquer elemento da natureza que não tenha sofrido qualquer modificação mediada por trabalho como, por exemplo, uma árvore ou matéria-prima, que seriam os elementos que resultaram de processos de trabalho anteriores, como por exemplo, a madeira e que durante o processo sofrerão transformação. Os meios seriam tudo que está entre o trabalhador e seu objeto de trabalho, tudo o que orienta sua atividade para cumprir seu objetivo, como ferramentas, máquinas, equipamentos, etc. Já a atividade é a ação em si que objetiva a produção de valores de uso, ou seja, aquilo que é de utilidade para o homem, pois segundo o autor, se algo não tem utilidade, o trabalho

contido nele também se torna inútil. Portanto, o homem se apropria da natureza para satisfazer suas necessidades humanas.

Em sociedades com modo de produção capitalista, as necessidades humanas são satisfeitas por mercadorias, entendidas aqui conforme Marx (1996), como objetos, coisas que possuem determinadas propriedades que as tornam úteis, do ponto de vista qualitativo e quantitativo. Assim, sob o enfoque qualitativo, considera-se que “a utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso” (p. 166), que só se realiza no uso ou no consumo, enquanto o valor de troca, é a relação quantitativa pela qual se troca o valor de uso de uma mercadoria pelo de outra.

As considerações de Marx a respeito do trabalho, são válidas para qualquer tipo deste, em qualquer setor da economia (primário, secundário ou terciário) - vale dizer que o trabalho em saúde se situa no setor terciário, pois corresponde à prestação de um serviço -, para o trabalho que tem como produto algo material, comercializável no mercado ou que tem o processo de produção e consumo indissociáveis - como o trabalho em saúde. Entretanto, existem notáveis diferenciações entre as diversas formas de trabalho (PIRES, 2011).

Genericamente, o trabalho em saúde tem como finalidade produzir ações terapêuticas de saúde a partir da necessidade colocada pelo usuário que busca o serviço. No entanto, no cotidiano do trabalho em saúde, coexistem as necessidades de usuários (que devem ter prioridade sobre as demais), trabalhadores e instituições (CAPELLA; LEOPARDI, 2006), proporcionando às ações de saúde tanto um valor de uso quanto de troca na medida em que, ao satisfazerem as necessidades dos usuários, têm para estes valor de uso, pois por meio delas sua saúde é mantida ou restabelecida (CAMPOS, 1997), mas também possuem valor de troca, já que em sua produção/consumo é estabelecida uma relação entre trabalhadores e usuários em que estes se afetam mutuamente com efeitos para ambos como aumento ou redução de sua potência para agir no mundo (FRANCO, 2013b).

Essa relação entre profissionais de saúde e usuários se dá no encontro, no trabalho vivo em ato, em que os usuários no momento do encontro com os trabalhadores se expressam em suas diversas dimensões - biológica, psicológica, afetiva, social,

cultural, ética, política - e expõem toda sua fragilidade. Para tentar satisfazer suas necessidades, levando em consideração a singularidade de cada um destes indivíduos e o princípio da integralidade, faz-se necessário que os profissionais aliem competência técnica à competência humanística (CAPELLA; LEOPARDI, 2006). Para tanto, devem servir-se do que Merhy (2013a) denomina de “caixa de ferramentas”, a qual é constituída por tecnologias duras, leves-duras e leves, o que significa dizer que as ações dos profissionais de saúde devem articular o uso de equipamentos tecnológicos como máquinas, insumos, normas, protocolos aos saberes estruturados como competências clínicas e habilidades técnicas e, além disso, devem estabelecer relações do tipo produção de vínculo com o usuário, autonomização, acolhimento, entre outras no processo de atenção à saúde.

Essa concepção de que estão presentes não só tecnologias “materiais”, mas também “não materiais” na composição do processo de produção do cuidado foi discutida inicialmente por Mendes-Gonçalves (1994). O autor ampliou o conceito de tecnologia comumente utilizado, que se refere apenas a maquinário, introduzindo uma dimensão imaterial, que seriam os saberes. Somada a esta concepção, como já citado anteriormente, Merhy (2013a) acrescenta ainda outra dimensão, a relacional, que deve ocupar lugar central nesse processo de trabalho. No que tange aos tipos de trabalhos constitutivos deste processo, Merhy (2013a) resgata os conceitos de trabalho morto e trabalho vivo descritos por Marx (1996), em que o morto seria o trabalho pregresso, já realizado anteriormente e incorporado em máquinas e instrumentos dos quais o profissional faz uso, enquanto o vivo, seria o trabalho que se efetiva em ato, no momento da produção.

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde deve ter como característica fundamental a predominância do trabalho vivo, pois se concretiza por meio de relações humanas e proporciona aos profissionais alto grau de liberdade e autogoverno em seu processo de trabalho. Todavia, também se situam no cotidiano de trabalho, em sua micropolítica, processos intensos de ‘captura’, que influenciam a configuração do trabalho executado, sendo capaz, muitas vezes, de inverter a lógica do predomínio do trabalho vivo sobre o morto, circunscrevendo as ações dos profissionais ao que é instituído, como protocolos e relatórios, ou até mesmo aos interesses do mercado pautados em atos prescritivos com grande consumo de insumos e procedimentos, o

que transforma o processo de trabalho em tão somente uma atividade pré-programada, sob o comando de instrumentos e com pouca interação entre trabalhador e usuário (MERHY, 2013a).

Cabe salientar que essa interação entre trabalhador e usuário é imprescindível no processo de trabalho em saúde, e viabiliza a condição do usuário como agente e protagonista em seu processo de cuidado, assim como os profissionais, uma vez que as mudanças almejadas ao buscar o serviço de saúde a fim de satisfazer suas necessidades, dependerão não só das ações terapêuticas ofertadas no serviço e executadas pelos profissionais, mas também de sua própria vontade e atitude para acontecerem (MERHY, 2013a).

Logo, a produção do cuidado se efetiva no nível da micropolítica do processo de trabalho em saúde, espaço onde se produzem e se manifestam as subjetividades. Subjetividade é o modo próprio e específico de ser e atuar no mundo, incluindo a forma de cada um se relacionar com o outro. Cada pessoa possui uma subjetividade singular e individual, que é dinâmica e vai sendo construída a partir de sua história, experiências pessoais, sendo influenciada por valores, costumes, crenças, cultura, que são assimilados ao longo da vida, portanto, é produzida socialmente e nunca está acabada, pois está sempre passando por transformações. As mudanças disparadas no jeito de ser e agir de cada um no decorrer do tempo e de suas experiências devem ser entendidas como processos de subjetivações, por não se tratarem de algo estático, permanente e determinado, mas de processos que vão produzindo novas subjetividades, afinal, o homem se constrói e se desconstrói em meio às relações (MERHY; FRANCO, 2013).

Partindo dessa compreensão, o trabalho é uma experiência que proporciona ao homem novas subjetividades na medida em que, retomando a ideia de Marx (1996), o homem modifica a natureza ao mesmo tempo em que modifica a si mesmo. Para Merhy (2013a), no encontro entre usuário e profissional de saúde suas distintas necessidades, intencionalidades, desejos e representações ficam expostas, culminando em um “estado” de interseção partilhada de subjetividades. Mas nesse espaço intercessor - produção/consumo -, compartilhado pelos agentes em ato, as

necessidades atuam como forças muitas vezes anuladas ou capturadas pelo processo instituído.

O modelo de atenção à saúde almejado na ESF pauta-se justamente nos pressupostos abordados, propondo a superação do modelo biologicista, tecnicista, curativista, individualista e hospitalocêntrico, adotando diretrizes no sentido do acolhimento, produção de vínculo entre os agentes do processo e responsabilização, que visam ganhos de autonomia ao usuário que representa elemento chave do processo de produção do cuidado (MERHY, 2013a). Para tanto, PIRES (2000) defende que é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham impactos na qualidade da assistência, assim como possibilitem uma atuação profissional interdisciplinar, criativa e integradora da diversidade de formação dos profissionais de saúde.

Merhy (2013a) justifica que a organização do trabalho em saúde em equipes multiprofissionais procura quebrar a organização do trabalho em saúde pautada em recortes verticais e responsabilizar as equipes por um conjunto de problemas bem delimitados com a criação de vínculo entre cada uma delas e um determinado número de usuários, a população adscrita. Porém, um processo de trabalho que seja centrado no profissional, preso às competências específicas de cada um destes e restrito à produção de procedimentos, coíbe a dimensão cuidadora do processo. Portanto, um dos desafios é produzir atos cuidadores comprometidos com os resultados seja a cura, a promoção e/ou a proteção da saúde. É importante frisar que, quanto maior a caixa de ferramentas que os trabalhadores utilizam para a conformação do cuidado, maior é a compreensão dos problemas de saúde e seu enfrentamento de maneira adequada (MERHY, 2013a; LIMA, 2001).

Assim, a reorganização dos processos de trabalho em saúde com foco no trabalho vivo em ato, considerando a multiplicidade de atores envolvidos – profissionais, usuários e gestores, os autogovernos em atuação, as subjetividades e o jogo de interesses/disputas organizados como forças sociais que atuam na micropolítica desses processos, coloca-se como uma questão crucial para a mudança do modelo assistencial. Para se atingir esse objetivo é indispensável que ocorra uma inversão das tecnologias utilizadas na produção do cuidado, com predominância das

tecnologias leves promotoras de espaços de interseção entre usuário e trabalhador e um esforço em manter a atenção sempre direcionada ao usuário enquanto agente e elemento central do processo (MERHY, 2013a; LIMA, 2001).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

As pesquisas descritivas visam tomar as características de determinada população ou fenômeno e descrevê-los, ou ainda estabelecer relações entre variáveis, a partir do uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. Algumas pesquisas, como o presente estudo, embora definidas como descritivas por seus objetivos, acabam tornando-se mais úteis em proporcionar uma nova visão do problema, aproximando-as das pesquisas exploratórias. As pesquisas descritivas e exploratórias são habitualmente realizadas pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

As pesquisas exploratórias são utilizadas especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado, o que dificulta a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis, como no caso do PMAQ-AB, criado há menos de cinco anos, sendo ainda incipiente a produção científica sobre o tema. Tem como objetivo desenvolver, esclarecer e até mesmo modificar conceitos e ideias, pois proporciona uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (GIL, 2008).

Minayo e Minayo-Gómez (2003) afirmam que não existe um método melhor que outro. Para eles, o bom método será sempre aquele capaz de conduzir o investigador a alcançar seus propósitos, aquele adequado ao problema da pesquisa. Para os autores, tanto os números utilizados na abordagem quantitativa como as categorias empíricas na abordagem qualitativa constituem linguagens, correspondendo a duas formas diferentes de explicar a realidade.

A abordagem quantitativa obedece ao paradigma clássico (Positivismo), enquanto a qualitativa segue o paradigma dito emergente. A pesquisa quantitativa, influenciada pelo pensamento positivista, considera que a realidade só pode ser compreendida mediante análise de dados quantitativos, coletados por meio de instrumentos padronizados e neutros. Centra-se na objetividade, recorrendo à linguagem

matemática para descrever um fenômeno, suas causas ou relações entre variáveis (FONSECA, 2002).

Diferentemente, a pesquisa qualitativa se ocupa com um âmbito de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo dos significados das ações, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, todos estes fenômenos humanos sempre presentes no mundo das relações entre os sujeitos. Esses fenômenos não podem ser traduzidos em números ou indicadores quantitativos, por isso a ênfase da pesquisa qualitativa em saúde é em compreender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas no cotidiano dentro de estruturas e instituições (MINAYO, 2009).

#### 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário foram sete UBSs do município de Colatina, Espírito Santo, selecionado mediante sorteio de quatro municípios de grande porte do estado: São Mateus, Colatina, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim, representantes das regiões de saúde Norte, Central, Metropolitana e Sul, respectivamente (ESPÍRITO SANTO, 2011).

O número de UBSs foi determinado pelas eSFs que participaram do estudo, uma vez que as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos profissionais das eSFs participantes. Uma das UBSs contou com a participação de suas duas equipes.

O município de Colatina localiza-se na região Noroeste do ES, na região Sudeste do Brasil. Ocupa uma área de cerca de 1.417 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 78,9 hab./km<sup>2</sup>, distante 129 km da capital, Vitória (IBGE, 2016).

Colatina limita-se ao Norte com os municípios de Pancas e São Domingos do Norte; ao Sul com Itaguaçu, São Roque do Canaã e João Neiva; ao Leste com Rio Bananal, Linhares e Marilândia e ao Oeste com Baixo Guandu (ESPÍRITO SANTO, 2011).

O município possui 35 UBSs em funcionamento e 12 em construção. A AB do município é orientada pela ESF, sendo composta por 36 eSFs, com cobertura populacional de 92,92% e 2 equipes de AB (BRASIL, 2016b). No primeiro ciclo do PMAQ-AB, 16 eSFs contratualizaram o programa e no segundo, 22, sendo que todas as equipes que contratualizaram no primeiro ciclo, recontratualizaram no segundo.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde de nível superior, enfermeiros e médicos, membros de eSFs que aderiram ao PMAQ-AB no município. Tais categorias profissionais foram escolhidas por serem as recomendadas pelo MS para responderem o módulo II da Avaliação Externa do programa, que refere-se ao processo de trabalho das eSFs.

A amostra foi composta por 14 profissionais - 7 enfermeiros e 7 médicos – de 8 eSFs diferentes, porém houve perda de 4 médicos, por estarem ausentes das UBSs na ocasião das entrevistas, ainda que as mesmas tenham sido previamente agendadas com a Coordenadora de Ações em Saúde (supervisora da ESF), que ficou responsável por orientar a programação das equipes. Assim, a amostra final foi composta por 10 profissionais, 7 enfermeiros e 3 médicos.

##### 4.3.1 Critérios de inclusão

Foram selecionadas as eSFs de Colatina que participaram do primeiro e do segundo ciclo já concluídos do PMAQ-AB, totalizando 16 equipes. No entanto, os trabalhadores, além do critério da categoria profissional, foram selecionados também mediante o critério de integrar a eSF há pelo menos quatro anos, de forma a garantir sua participação no processo de implantação do programa. Assim, 14 profissionais de saúde atenderam aos dois critérios, mas com a perda de 4 deles, resultou ao final a amostra de 10 profissionais, de 8 eSFs diferentes.

#### 4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a abril de 2016, por meio de entrevistas individuais a partir de roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) com os profissionais nas UBSs, conforme datas e horários previamente agendados. Foram realizadas três visitas, em datas distintas, ao município. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A entrevista é uma fonte de informação para a aquisição de dados que dizem respeito diretamente ao entrevistado, isto é, informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e que só podem ser adquiridas com a contribuição do mesmo. Essas informações constituem a representação que o sujeito tem da realidade, influenciado por seus modos de pensar, sentir e atuar no mundo. O roteiro proposto, semiestruturado, combina perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender à pergunta feita (MINAYO, 2007).

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram sistematizados e analisados mediante análise temática de conteúdo, considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde. Ela consiste em desvendar os núcleos de sentido em uma comunicação na qual a presença ou frequência destes signifiquem algo para o objeto analítico da pesquisa. Uma vez que mantém sua crença na significação da regularidade, a frequência das unidades de significação definirá o caráter dos discursos. Desenvolve-se em três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

A escolha desse método de análise deve-se à necessidade de enriquecimento da leitura de movimentos disparados (ou não) na prática de profissionais por uma política nacional de saúde, por meio da compreensão dos signos emitidos por ela e interpretados pelos diferentes atores em cena.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado de acordo com os princípios éticos que constam na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo recebido aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de nº 876.415 (ANEXO A), em 18/11/2014.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Colatina e todos os profissionais que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em que constavam informações sobre o estudo e seus riscos e benefícios.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo submetido à revista Saúde em Debate (ANEXO B).

Eixo Temático: contexto e potencialidades: monitoramento e avaliação para subsidiar políticas públicas de saúde.

### **Avaliação do processo de implantação do PMAQ-AB na perspectiva dos profissionais**

### **Evaluation of PMAQ-AB implantation process from the professionals perspective**

Elza Cléa Lopes Vieira<sup>1</sup>

Heletícia Scabelo Galavote<sup>2</sup>

Paula de Souza Silva Freitas<sup>3</sup>

Maria Angélica Carvalho Andrade<sup>4</sup>

Rita de Cássia Duarte Lima<sup>5</sup>

### **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo avaliar o processo de implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Espírito Santo, sob a perspectiva dos trabalhadores. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O cenário foram sete Unidades Básicas de Saúde. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e analisados por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados apontaram falhas no processo de implantação, como adesão involuntária de equipes, inoperância das ações de qualificação profissional e apoio incipiente da gestão. Verificou-se um caráter avaliativo atrelado à punição e ao cumprimento de metas.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Política de saúde; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de saúde.

### **ABSTRACT**

This study aimed to evaluate the implementation process from the perspective of workers of the Access and Quality of Primary Care Improvement Program in the state of Espírito Santo. This is a descriptive, exploratory, and qualitative study. The scenario was seven Basic Health Units. Data was collected through semi-structured interviews and analyzed through thematic

content analysis. The results indicated failures in the implementation process as the involuntary membership in teams, ineffectiveness of the professional qualification actions and incipient management support. It was observed that an evaluative character that is linked to punishment and to the achievement of goals.

Keywords: Health evaluation; Health policy; Primary Health Care; Health personnel.

## **INTRODUÇÃO**

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde (AB) é a principal porta de entrada para os usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), por ser uma modalidade de atenção com alto grau de descentralização e capilaridade, estando seus serviços inseridos nos territórios e no cotidiano das pessoas. É caracterizada por um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, que visa a prevenção de agravos, a promoção, a reabilitação e a manutenção da saúde, a fim de proporcionar à população uma atenção integral, que tenha impactos na situação de saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a).

Várias propostas que buscavam superar o modelo de atenção tradicional hegemônico na saúde, hospitalocêntrico, curativista e centrado na figura do médico, e proporcionar uma AB de qualidade à população acabaram por não se institucionalizar como políticas públicas de abrangência nacional (SOUSA, 2014). Somente em 1994, uma proposta se consolidou, o Programa Saúde da Família (PSF), que teve como referência experiências de países como Canadá, Cuba e Inglaterra e que, apesar de inicialmente ter assumido o caráter restrito de programa, passou a ser concebido como uma estratégia reestruturante que busca reorganizar o modelo assistencial e reorientar as práticas profissionais na AB, aproximando-se e dando potência à concepção de Atenção Primária à Saúde disseminada em Alma-Ata (PASSAMANI; SILVA; ARAÚJO, 2008).

No âmbito de uma política de saúde, a avaliação se configura como uma ferramenta essencial de apoio à gestão, por sua capacidade de qualificar a tomada de decisão. Entretanto, além de subsidiar a tomada de decisão, as avaliações devem se concretizar em mudanças, e para tanto precisam ser convergentes com as necessidades dos diferentes atores, não só daqueles responsáveis pela tomada de decisão (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Desse modo, a avaliação vem se constituindo como uma ferramenta de gestão que auxilia o Estado na formulação e implementação de políticas de saúde e na qualificação das ações de cuidado à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a consolidação do SUS (GARCIA et al., 2014). Todavia, para que se torne uma prática cotidiana efetiva,

produzindo efeitos sobre a conduta da ação pública, é preciso que certo grau de institucionalização seja alcançado (FELISBERTO et al., 2010).

A institucionalização da avaliação na AB tem como um de seus principais objetivos fomentar a prática da avaliação no cotidiano das instituições de saúde, ou seja, incorporar a prática da avaliação na rotina dos serviços de modo que se constitua em uma ferramenta de apoio ao planejamento, à tomada de decisão e à organização do processo de trabalho na AB, deixando de ser vivenciada como um processo meramente prescritivo, burocrático e de caráter punitivo (SARTI et al., 2008; FELISBERTO, 2006). Entende-se dessa forma, que a institucionalização da avaliação está vinculada à consolidação dos princípios do SUS por meio da qualificação das práticas em saúde (FELISBERTO, 2006).

Em ambas as versões da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a avaliação foi incluída como responsabilidade das esferas de governo do SUS, assim como atribuição de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a), apontando “para o deslocamento da avaliação dos gabinetes dos planejadores para o cotidiano dos trabalhadores da saúde” (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Um dos programas que conformam a nova PNAB e que faz uma aposta no estímulo à avaliação tanto por parte de profissionais quanto de gestores do SUS é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de um programa inovador, que representa uma estratégia de mobilização de atores implicados com a AB para mudanças nos processos de trabalho em direção ao melhoramento contínuo do acesso e da qualidade dos serviços. Traz em seu bojo a articulação de diversas iniciativas governamentais orientadas para o fortalecimento e a qualificação da AB, entre elas, a institucionalização do Monitoramento & Avaliação (M&A), a partir da utilização de indicadores de autoavaliação, do monitoramento de indicadores de desempenho e da avaliação externa das equipes de Saúde da Família (eSFs) que aderiram ao programa. Assim, apesar de frequentemente ser reduzido a apenas uma de suas fases – a avaliação externa –, o PMAQ-AB foi engendrado como um amplo programa que busca efetivar a mudança do modelo de atenção, com o desenvolvimento dos profissionais e a organização dos serviços voltados às necessidades e à satisfação dos usuários, assim como estimular a mudança de modos de gestão e construir parâmetro de comparação entre as eSFs (BRASIL, 2011; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria nº 1.654/2011 (BRASIL, 2011), que posteriormente foi revogada pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015a). O programa se desenvolve em ciclos, tendo sido já concluídos dois, com duração de 1 ano cada. Contudo,

no decorrer dos anos/ciclos, seu desenho sofreu algumas alterações, principalmente a partir da publicação da nova portaria que dispõe sobre o programa. No 1º e 2º ciclo, o programa era organizado em quatro fases distintas: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização que compunham um ciclo de 12 meses. Após a publicação da portaria nº 1.645/2015, ele passou a ser composto por apenas três fases - Adesão e Contratualização; Certificação; Recontratualização - e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que, em conjunto, compõem um ciclo com duração de 24 meses.

Assim, o presente artigo tem como proposta a avaliação do processo de implantação do PMAQ-AB e o efeito micropolítico desta implantação no cotidiano de trabalho das eSFs, tendo como pressuposto a hipótese de que a partir da Portaria Nº 1.654/11 haverá uma mudança na gestão do trabalho na AB, sendo possível para gestores e trabalhadores a pactuação de metas que sirvam de estímulo a um processo contínuo e progressivo de melhora dos indicadores pactuados (MERHY, 2013). A justificativa para essa avaliação pauta-se na necessidade de identificar os efeitos gerados pela implantação de uma política pública no processo de trabalho na AB, uma vez que sua formulação e implementação ocorrem, necessariamente, em contextos de natureza política e todos os protagonistas do setor saúde (políticos, gestores, trabalhadores, usuários, etc.) disputam poder durante esse processo (COTTA et al., 2013), o que pode interferir na forma como a implementação é vivenciada pelos atores.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que teve por objetivo avaliar o processo de implantação do PMAQ-AB em um município do estado do Espírito Santo (ES), assim como seus efeitos no cotidiano de trabalho das eSFs.

O cenário foram sete Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em um município do estado do ES, selecionado por meio de sorteio de quatro municípios de grande porte do estado, sendo cada um representante de uma das regiões de saúde, Norte, Central, Metropolitana e Sul. O número de UBSs foi determinado pelas eSFs que participaram do estudo, uma vez que as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos profissionais das eSFs participantes. Uma das UBSs contou com a participação de suas duas equipes.

Foram incluídas as eSFs do município que participaram do primeiro e do segundo ciclo já concluídos do PMAQ-AB, totalizando dezesseis equipes. No entanto, os trabalhadores, além do critério da categoria profissional, foram selecionados também mediante o critério de

integrar a eSF há pelo menos quatro anos, de forma a garantir sua participação no processo de implantação do programa. Assim, quatorze profissionais de saúde atenderam aos dois critérios, mas com a perda de quatro deles, por estarem ausentes das UBSs na ocasião das entrevistas, resultou ao final a amostra de dez profissionais, de oito eSFs diferentes.

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde de nível superior, enfermeiros e médicos, membros de eSFs que aderiram ao PMAQ-AB no município. Tais categorias profissionais foram escolhidas por serem as recomendadas pelo MS para responderem o módulo II da Avaliação Externa do programa, que refere-se ao processo de trabalho das eSFs. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a abril de 2016, por meio de entrevistas individuais a partir de roteiro semiestruturado com os profissionais nas UBSs, conforme datas e horários previamente agendados. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Os dados foram sistematizados e analisados mediante análise temática de conteúdo, que consiste em desvendar os núcleos de sentido em uma comunicação na qual a presença ou frequência destes signifiquem algo para o objeto analítico da pesquisa (MINAYO, 2007).

Na apresentação dos resultados, foram respeitados o sigilo e a privacidade dos participantes, adotando-se siglas designadas pela letra P por representar os discursos dos profissionais, acompanhada de um número arábico referente à ordem de realização das entrevistas.

A pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos que constam na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo recebido aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida sob o parecer de nº 876.415, em 18/11/2014. Todos os profissionais que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que constavam informações sobre o estudo e seus riscos e benefícios.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Perfil dos trabalhadores**

Dos participantes da pesquisa, 70% eram enfermeiros e 30% médicos, destes, 70% mulheres e 30% homens, tendo a maioria (40%) idade entre 19 e 29 anos. Em relação ao estado civil, 40% eram casados, 40% solteiros e 20% divorciados. A faixa salarial da maioria (70%) era de três a cinco salários mínimos.

Todos possuíam pós-graduação, sendo 80% nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Comunitária e/ou Coletiva. Para Mendonça et al. (2010), a qualificação dos profissionais de nível superior é um elemento crítico no processo de implementação da ESF nos municípios e para a concretização da AB no SUS, sendo considerada um grande desafio

para a gestão pública. É importante que os profissionais tenham formação voltada para a área de Saúde da Família, pois o modelo de atenção à saúde na ESF exige dos profissionais conhecimentos específicos e as atribuições da equipe são complexas e múltiplas (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Além disso, a formação prévia, bem como a oferta de educação permanente para as equipes, são consideradas pontos-chaves para a menor rotatividade dos profissionais (MENDONÇA et al., 2010).

No que se refere à forma de ingresso no cargo, todos os trabalhadores responderam que se deu por meio de processo seletivo. A partir do ano de 2013, o poder executivo municipal estabeleceu parceria com uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), uma entidade do terceiro setor, de direito privado e sem fins lucrativos, para a execução e gestão da ESF. O processo seletivo referido pelos profissionais como a forma de ingresso no cargo foi realizado mediante instruções desta OSCIP, antes deste processo seletivo, os trabalhadores relataram formas variadas de ingresso, como por exemplo, indicação política e processo seletivo por análise de currículo.

Assim, no que tange ao vínculo empregatício, todos trabalhavam por meio de contrato. Segundo Flegele et al. (2010), a irregularidade dos vínculos, assim como a desregulamentação das relações de trabalho, em que há o afastamento do Estado na normatização, passando a vontade dos sujeitos (empregador e empregado) a estabelecer as normas, têm sido responsáveis por alterações no modo como vem se estruturando a força de trabalho no SUS, principalmente na ESF, muitas vezes prejudicando a relação dos trabalhadores com o sistema e seus usuários e comprometendo a qualidade dos serviços ofertados à população.

Para o Ministério da Saúde, quando o trabalho é realizado sem a proteção social do trabalhador e, na administração pública, sem concurso público, ele é definido como trabalho precário (BRASIL, 2009). Garcia et al. (2014) realizaram um estudo que consistiu na análise dos dados da Avaliação Externa do estado do Espírito Santo, no 1º ciclo do PMAQ-AB. Nesse estudo, os dados sinalizaram um esforço das gestões municipais para desprecarizar as relações de trabalho, no entanto, os autores destacaram a existência de vínculos temporários e relações desprotegidas de trabalho em alguns municípios. Esses aspectos que chamaram a atenção dos autores foram os identificados no município cenário desta pesquisa.

Apesar disso, todos os entrevistados atuavam em suas respectivas equipes há pelo menos 4 anos, conforme critério de inclusão, sendo que apenas um dos entrevistados tinha o tempo mínimo estipulado de atuação, tendo sido a média, 6,4 anos e ainda, todos possuíam entre cinco e dez anos de experiência na ESF. Vale ressaltar que a permanência dos trabalhadores junto às comunidades permite a formação de vínculo com as famílias, o que favorece a

interação entre eles e pode contribuir para a qualificação da atenção prestada (ZANETTI et al., 2010). Ao contrário, a rotatividade pode comprometer a efetividade da AB e prejudicar a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, podendo estar associada à política salarial insatisfatória, precárias condições de trabalho, exigência de carga horária integral, baixas condições/ausência de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais e ausência de formação compatível com o modelo proposto pela ESF (MENDONÇA et al., 2010).

### **O significado do PMAQ-AB para os trabalhadores**

Os discursos dos profissionais entrevistados demonstram que esses atores reconhecem o PMAQ-AB como um programa com potencial para promover a melhoria da qualidade da AB. Os atores relatam, de forma geral, que ao serem apresentados ao programa tiveram uma primeira impressão positiva, considerando que sua implantação possibilitaria o acompanhamento das ações e do desempenho das equipes e serviria como um dispositivo que facilitaria às equipes a identificação de seus pontos fortes e fracos, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ofertada à população. “[...] *quando nós tivemos contato com a coordenação pra que fosse implantado o PMAQ, tinha uma expectativa de melhorar, realmente avaliar e ver a qualidade do que se faz, é fundamental*”. (P3)

“[...] *é uma ferramenta boa que tem para acrescentar, traz planejamento, organização, eu acho que traça uma linha melhor de trabalho*”. (P4)

“[...] *pelo o que a gente viu na iniciação que a gente teve do PMAQ, é um projeto bem grandioso, para estudar os acessos e melhorar a qualidade da atenção básica*”. (P2)

“*Eu acho que é um programa muito bacana, eu acho que isso motiva a própria gestão a avaliar melhor o serviço*”. (P8)

“*O que eu entendo é que é um programa, que visa a melhoria da qualidade do atendimento da atenção primária e a gente tem os indicadores, as metas a serem alcançadas e que através disso o município recebe um incentivo, um recurso pra garantir mesmo a melhora desse atendimento, da qualidade [...] Na minha opinião, é válido sim, porque é uma forma de avaliar a qualidade do atendimento da assistência prestada à população e uma forma de a gente ver se tá alcançando ou não, com as ações que nós prestamos, com as ações que a gente desenvolve*”. (P6)

Contudo, o que se verificou a partir das falas dos entrevistados, foi que a impressão positiva do programa concebida inicialmente por estes atores, não se efetivou na prática, tendo sido a vivência da implantação do PMAQ-AB descrita como uma execução fragmentada e sem continuidade, e foi suscitada a necessidade de um suporte regular por parte da gestão municipal para que de fato se alcançassem os objetivos preconizados. Essa necessidade manifestada pelos trabalhadores é fundamentada na aposta que o programa faz de que para que mudanças concretas sejam produzidas na realidade dos serviços, é imprescindível que haja a mobilização dos diversos atores envolvidos na produção da saúde na AB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Um dos profissionais, P6, legitima tal argumento ao relatar que apesar do empenho dos trabalhadores na execução das ações propostas na implantação e implementação do PMAQ-AB, inexistiu um espaço dialógico entre a gestão formal do trabalho e as equipes, o que prejudica o processo de autoavaliação das eSFs, o monitoramento de seus indicadores e de seus desempenhos, tornando improvável a deflagração de mudanças em seus cotidianos de trabalho.

*“Só assim, o que deixa a desejar às vezes é que da parte da gestão, muito pouco é passado pra gente, por exemplo, tem o ciclo, aí no final tem a avaliação do pessoal, vistoria das coisas e a gente não fica sabendo qual nota que nós tivemos, qual foi o resultado disso e o quê que tem que fazer pra melhorar?” (P6)*

Uma vez que a etapa de certificação busca reconhecer e valorizar os esforços de equipes e gestores municipais na qualificação da AB, a avaliação de desempenho das equipes inclui aspectos do trabalho das próprias eSFs e da gestão, portanto, os resultados obtidos expressam o trabalho e a interação de ambos (CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2016). Desse modo, a indissociabilidade entre gestão e atenção é uma premissa para que o desenvolvimento do programa seja bem sucedido e seus objetivos atingidos.

Nessa lógica, cabe destacar, que uma das diretrizes mais importantes do programa é a de ser incremental, ou seja, o PMAQ-AB presume que ocorra um processo contínuo e progressivo de melhoramento de padrões e indicadores de acesso e qualidade no decorrer dos ciclos, porém foi notado que no município estudado a ausência de retorno da gestão aos profissionais de saúde sobre o desempenho atingido pelas equipes diverge de tal diretriz. Logo, fica evidente que se as equipes não têm o conhecimento dos resultados obtidos anteriormente, torna-se inexecutável qualquer tipo de análise, planejamento e, conseqüentemente, mudança.

Diante do exposto, torna-se perceptível a influência da experiência narrada na significação do programa pelos entrevistados. Os trabalhadores desconheciam o PMAQ-AB em sua totalidade; suas fases, objetivos e diretrizes, tendo sido recorrente a percepção do programa reduzida a apenas uma de suas fases como à avaliação externa ou ao instrumento de autoavaliação. Dessa forma, via de regra, o significado apreendido pelos atores foi de que o PMAQ-AB constitui e foi instituído apenas como um processo avaliativo das equipes, destoando do sentido pretendido ao ser formulado como uma política nacional que fosse capaz de disparar práticas instituintes na gestão e na assistência à saúde na direção do autoconhecimento, da reflexão crítica e por fim, das mudanças necessárias à qualificação dos serviços da AB.

De maneira oposta, a avaliação externa assume um caráter punitivo e causador de incômodo para as equipes estudadas, que ao desconhecerem o escopo proposto pela política restringem o cotidiano do trabalho ao cumprimento de metas e indicadores pactuados pelas equipes e gestão municipal. Corroborando com as alegações já mencionadas, P5 associa o programa ao cumprimento de ações protocolares, normatizadas e serializadas, que são executadas sem ter significado para o trabalhador em ato.

*“A gente só é cobrado do PMAQ no final do ano. O PMAQ vai passar, entendeu?! Então todo mundo se organiza, mas durante o restante do tempo, por exemplo, o quê que é o PMAQ? O que o PMAQ necessita pra gente atingir os objetivos? Eu acho o PMAQ muito vago, pra mim é cumprir protocolo, é a minha opinião”.* (P5)

O PMAQ-AB é associado ao quesito avaliação e com um caráter de fiscalização e controle do processo de trabalho das equipes. Assume características de um trabalho morto, enquanto aquele realizado *a priori*, pautado em normas e atos instituídos, que tem a potência de capturar o trabalho vivo dos profissionais, engessando as ações e uniformizando as condutas das equipes. *“Quando veio pra implementar, nós fomos avaliados como se fosse uma auditoria. A gente assinou um termo e foi feita a fiscalização, nessa fiscalização acredito que muita gente se adequou, entendeu?! Ao que não era feito”.* (P4)

Essa compreensão equivocada ou incompleta do programa também foi constatada em estudo realizado no Distrito Federal (SCHERER; LOPES; COSTA, 2015), que analisou o PMAQ-AB, em especial seus dispositivos da fase de desenvolvimento, e pode ser caracterizada como um possível dificultador do protagonismo desses atores perante os desafios identificados e os que ainda poderão despontar no decorrer da implementação.

Salienta-se que esse entendimento da avaliação externa como uma fiscalização ou auditoria tem sido manifestado por trabalhadores da saúde de diversas realidades, inclusive acarretando medo e insegurança nas equipes. Contudo, deve-se reforçar que a avaliação em saúde, em especial a da AB, deve assumir caráter permanente, formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas de forma a superar o tradicional enfoque punitivo e burocrático (SANTOS et al., 2014).

Um estudo que analisou os dois documentos oficiais que lançaram o PMAQ-AB, a Portaria nº 1.654/2011 (BRASIL, 2011) e o Manual Instrutivo do PMAQ-AB/2012 (BRASIL, 2012b), revelou alguns aspectos da própria política que podem ter contribuído para os sentidos (ou falta de) atribuídos à mesma pelos trabalhadores entrevistados nesta pesquisa. Um desses aspectos é a concepção de qualidade proposta pela política, que é ancorada no paradigma positivista, sendo pautada na melhoria de indicadores e padrões mensuráveis, definidos *a priori* pelo Ministério da Saúde (MS) (ROCHA, 2016). Essa ideia de qualificação por resultados mensuráveis, incutida nos documentos oficiais, foi referida pelos entrevistados, que relacionaram o sentido da política ao seu caráter avaliativo atrelado à dimensão objetiva de melhoria da qualidade, por meio de mudanças em padrões e indicadores de saúde.

Segundo Rocha (2016), nos documentos analisados também existem evidências de uma política verticalizada e pouca participativa, refletindo em grande distanciamento entre os atores envolvidos em sua elaboração, execução e avaliação, além disso, foram apontadas diversas ambiguidades no discurso oficial, tais constatações implicam diretamente no cenário micropolítico e podem influenciar a forma como a política é apreendida pelos atores.

### **O papel da gestão na implantação do PMAQ-AB**

A principal aposta do PMAQ-AB é no fomento em âmbito local de uma dinâmica que seja capaz de viabilizar espaços de diálogo, problematização e negociação entre profissionais e gestores, buscando mobilizá-los em prol de seus interesses, necessidades e desejos no sentido da melhoria da qualidade e do acesso da AB (PINTO, 2014).

Um estudo que contou com a participação dos avaliadores da etapa de avaliação externa do programa, no Mato Grosso do Sul, revelou que a gestão continua sendo um entrave na qualidade dos serviços de saúde. Nas localidades que percorreram, os avaliadores apesar de considerarem que a gestão tem papel fundamental no funcionamento das UBSs, depararam-se com uma gestão imobilizada, que não se empenhava o suficiente na resolução das demandas do dia a dia das UBSs. As falas de alguns participantes sugeriram inclusive, a necessidade de qualificação dos profissionais da gestão (EMMI et al., 2016).

Neste estudo, em semelhança ao estudo de Scherer; Lopes e Costa (2015), os profissionais entrevistados atribuíram a descontinuidade da implantação do PMAQ-AB a falhas da gestão, principalmente relacionadas à falta de apoio e de diálogo entre gestão e atenção, como pode-se observar nas seguintes falas:

*“Para a nossa realidade, o PMAQ está mais desoladamente, a gente não tem tanta resposta do PMAQ, eles pedem alguns indicadores, mas não trazem essa resposta pra gente, então tá faltando feedback na minha realidade [...] O problema é essa gestão do PMAQ”.* (P1)

*“Se durante o ano tivesse alguém que se empenhasse no PMAQ, eu acho que ele funcionaria melhor, não ficaria só nesse cumprir protocolo”.* (P5)

Também foi apontado como relevante e necessário o preparo dos apoiadores a fim de motivar, fortalecer e dar suporte às eSFs para a incorporação do programa no cotidiano de trabalho. Segundo os relatos, houve inicialmente um esforço da gestão para implantar o programa no município, que conforme P8, P9 e P7, ficou evidente nas iniciativas adotadas durante esse período, entre elas, a instauração de uma equipe de apoiadores para trabalhar em conjunto com as eSFs, a realização de reunião com as mesmas para exposição do programa, as metas a serem alcançadas, além da disponibilização de materiais e negociação de ações.

*“Teve uma reunião, eles explicaram o programa até com slides, e depois a gente assinou o termo de adesão, liberaram aquele livro pra gente poder preencher, tudo direitinho. A gente teve umas 2, 3 conversas assim, ele me mostrou todos os indicadores que a gente teria que cumprir, essas coisas todas foram conversadas”.* (P8)

*“Foi uma palestra dada o dia todo, eles explicaram direitinho como ia ser a implantação, foi na secretaria de saúde. Sei que foi implantado, mas a gente não dá seguimento na resolução a nível da secretaria”.* (P9)

*“No início teve apoio em material que não faltava, em aderir os atendimentos que a gente propôs pra eles à noite, eles abraçaram, deixaram a gente fazer. Mas isso foi bem no início. Hoje não funciona mais”.* (P7)

No entanto, o apoio recebido pelas equipes durante a implantação foi incipiente, ocorrendo apenas no momento inicial do processo por uma equipe da gestão que havia sido capacitada para tal, porém, que deixou o cargo, e a partir de então o apoio deixou de acontecer. O

profissional P1 mostrou-se insatisfeito, pois em consequência disso, relatou ter tido muita dificuldade e dúvidas durante o processo de implantação, chegando a questionar qual seria de fato o propósito do programa.

*“Logo no início não teve uma clareza do PMAQ. No início as pessoas que estavam sendo os coordenadores do PMAQ, na implantação, fizeram um treinamento e saíram... as outras pessoas que entraram não sabiam nada, então a gente acabou não tendo prazer [...] Assim, qual realmente a função do PMAQ? Logo no início praticamente foi jogado pra cima da gente, por isso que foi essa dificuldade”.* (P1)

Nesse sentido, a incipiência do apoio da gestão às equipes repercutiu no modo como as mesmas operacionalizaram o programa. Conforme relatam P3 e P9, o distanciamento entre a gestão e a atenção acabou gerando desmotivação na equipe e certo sentimento de impotência para implementar o programa.

*“Nós começamos o processo de implantação, mas eu acho que não foi alimentado, nós não demos continuidade a tudo que se exige, com o tempo teve uma empolgação, mas eu acho que tá meio esquecido”.* (P3)

*“No primeiro ano acho que estavam meio que empolgados ainda com esse programa, tinha mais motivação pra gente trabalhar e inserir do jeito que tá no papel, agora eu acho que tá meio solto”.* (P9)

Assim, há que se considerar as intencionalidades que podem ter ocasionado o esforço apenas inicial da gestão, pois pode estar relacionado, por exemplo, à forma de repasse do recurso financeiro do programa, que garantia ao município a partir da contratualização do PMAQ-AB, o repasse mensal de 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) por cada equipe contratualizada, passando esse recurso a ser determinado pelo desempenho somente após a primeira certificação das equipes participantes. Na certificação, o desempenho é aferido por meio da implementação dos processos autoavaliativos, avaliação dos indicadores contratualizados e avaliação externa, sendo o resultado da avaliação externa, nos ciclos 1 e 2, correspondente a 70% da nota final da certificação (BRASIL, 2012b; 2013).

A fala de P7 revela, que essa forma de aferir o desempenho das equipes, pode levar à associação entre desempenho e compensação financeira e ao entendimento do PMAQ-AB como um programa que utiliza como método a gestão do trabalho atrelada a metas e resultados com recompensa financeira.

*“Fez diferença sim, porque a gente trabalhava animado, que a gente tinha uma meta a ser alcançada e até então tinha essa promessa de você também receber um bônus por isso, então assim, porque a gente não trabalha, “saco vazio não para em pé”, a gente trabalhava com mais ânimo, mas aí quando a gente viu que não foi cumprido (bônus) a equipe desanimou um pouco”.* (P7)

O pagamento por desempenho “entre as estratégias de gestão das políticas públicas tem como referência a associação entre as medidas de performance e a gestão por metas” (FONSECA; MENDONÇA, 2014, p. 348). No entanto, Aquino; Medina e Abdon (2014) alertam que as contradições que podem ser geradas em razão desse tipo de remuneração é um dos desafios a ser enfrentado pelo PMAQ-AB, uma vez que incentivos à produtividade podem aumentar a qualidade do que é medido, mas não garantem a melhoria da qualidade dos cuidados propriamente ditos (PISCO; SORANZ, 2012), um dos objetivos do programa.

Os relatos de P5 e P6 mostram que houve maior empenho da gestão em apoiar as equipes próximo à etapa da avaliação externa.

*“Na primeira vez nós recebemos uma listinha do que eles iam avaliar, mas isso assim, não no início, isso foi bem no final, quando estava perto já dos avaliadores virem”.* (P5)

*“Vou dar um exemplo, as notificações compulsórias, nem todas as notificações eram disponibilizadas aqui na unidade, só algumas, aí nós recebemos uma via de cada notificação pra ter aqui pra quando viesse a avaliação eles saberem que a gente tem o conhecimento”.* (P6)

Observa-se que no município estudado, assim como observado em outros territórios do país (ALBUQUERQUE et al., 2013), ocorreu a denominada “maquiagem para o PMAQ-AB”, que se refere à implantação de atividades anteriormente pactuadas, praticamente no momento da avaliação externa, ou seja, quando há a implementação de ações somente com a finalidade de atender aos padrões de qualidade verificados na avaliação externa do programa.

Como a avaliação externa corresponde à maior parte da nota atribuída às eSFs na certificação e o valor do incentivo financeiro a ser recebido pelo município é vinculado a estas notas, é factível considerar que o empenho da gestão voltado à essa etapa específica, pode ter sido a fim de garantir maior recurso financeiro para o município. Porém, essa conduta está em discordância ao que é pretendido pelo programa, que busca a partir da concepção de ciclo, que denota movimento – permanente e ininterrupto -, incutir a ideia de que suas fases são

interligadas, complementares e portanto, igualmente importantes para que seus objetivos sejam atingidos.

O incentivo financeiro era de conhecimento dos trabalhadores entrevistados, no entanto não houve clareza da gestão em relação à forma de utilização deste recurso. Segundo os depoimentos de P6 e P1, foi informado que o município receberia um aporte financeiro conforme o desempenho alcançado pelas eSFs, porém a aplicabilidade deste recurso seria exclusiva da gestão, não sendo facultadas sugestões por parte das equipes.

*“Não, não ficou nada acordado, o que foi passado pra gente é que o município recebe esse incentivo, mas que o município avalia qual a melhor forma de aplicar, de usar esse incentivo”.* (P6)

*“Nada! Eles que decidiram tudo. A gente nunca teve essa autonomia ou sugestão do que poderia fazer com o incentivo. Eles que decidem tudo, onde vai investir, pra qual equipe que vai dar”.* (P1)

Essa falta de um acordo explícito entre a gestão e as eSFs gerou ambiguidade no entendimento de como o recurso disponibilizado pelo programa seria empregado na realidade local. Alguns profissionais relatam que foi colocado pela gestão que o incentivo poderia ser utilizado para adquirir equipamentos e materiais de trabalho que se fizessem necessários nas UBSs, já outros apontam que o repasse do recurso poderia ocorrer na forma de bônus individual, como pode-se observar nas seguintes falas:

*“Eu não lembro de ter tido alguma fala de incentivo financeiro profissional, mas eu sei que teria melhoria na assistência, como comprar uma balança, um estetoscópio, alguma coisa que estivesse faltando”.* (P8)

*“Na primeira vez que eles falaram, em 2011, a fala deles era essa, que ia ter incentivo financeiro para cada profissional que atingisse a meta, porque tem muitos lugares que eles recebem, não recebem?”.* (P9)

*“No início, a gestão que estava disse que a gente seria avaliado e de acordo com as notas a gente receberia o recurso financeiro e esse recurso seria revertido, ele não falou que seria como um bônus não, falou que seria revertido em material para trabalho, mesa, maca, detector fetal. E aí, até hoje é uma briga com isso, porque o dinheiro vem e os agentes de saúde cobram muito, porque sabem que tem município que repassa uma vez por ano o incentivo para o funcionário”.* (P4)

No que diz respeito ao beneficiamento direto das equipes, como já observado nas falas de P4 e que também pode ser constatado na de P6, houve questionamentos de agentes comunitários de saúde sobre o destino do recurso financeiro, pois esses profissionais tinham conhecimento do repasse diferenciado em outros municípios, na forma de bonificação individual.

*[...] Isso é até um ponto de questionamento dos agentes, geral, dos agentes comunitários de saúde, porque eles sabem que tem município que recebe em folha de pagamento, assim incentivo individual”. (P6)*

Vale ressaltar que a política, especialmente por ser de abrangência nacional, não define a aplicação do recurso financeiro em âmbito municipal, deixando a cargo da gestão empregá-lo de acordo com as necessidades locais, tendo em vista as singularidades de cada município. Todavia, a aplicação deste recurso deveria ser pactuada e negociada com as equipes durante a fase de adesão e contratualização, pois dessa forma, evitaria entendimentos errôneos e possíveis frustrações nos profissionais, como o que, segundo o relato de P7, ocorreu com integrantes de sua equipe:

*“Mostraram o quê que era PMAQ, foi o primeiro contato que a gente teve, foi passado que se a gente alcançasse os objetivos, que tinha objetivos, tinha uma meta a ser alcançada pra todo o atendimento, então se a gente alcançasse aquele atendimento a gente estaria ganhando um bônus pra equipe e aí eu passei isso pra equipe, todo mundo ficou animado e a nossa meta aumentou muito mesmo, a gente quase dobrou os atendimentos, porque quando tem uma oferta... Só que a gente nunca recebeu isso, aí as meninas ficaram desanimadas, questionaram”. (P7)*

Percebe-se que houve falta de diálogo com a gestão no decorrer de todo o processo de implantação do PMAQ-AB, pois além da falta de clareza no momento da fase de adesão e contratualização, no que diz respeito à aplicação do recurso, também houve ausência de transparência e publicização de seu uso.

*“[...] elas até entraram com uma ação, quem tem sindicato, agente de saúde, pra receber isso daí, porque esse bônus no caso viria ou pra equipe comprar material pra própria equipe, um custeio, ou pra você, individual mesmo, pelo menos foi o que a coordenação passou pra gente; mas não veio nem de um jeito nem de outro”. (P7)*

*“Nunca tive um retorno financeiro desse incentivo, a equipe nunca viu. [...] Não sabemos o quê que é feito com esse retorno, até cobramos.. e aí? O dinheiro do PMAQ? Foi discutido em algumas reuniões, mas ficou por isso mesmo. O ruim do PMAQ na nossa realidade é a resposta que a gente não tem e a gente já questionou isso. Pra onde foi o dinheiro do PMAQ? Eu não sei! Tenho certeza que todos os enfermeiros não vão saber onde estão investindo. Sabe que é investido na secretaria mesmo, ou nas unidade, na atenção... Mas pra onde está indo?”. (P1)*

Os relatos de P4 e P9 indicam um possível uso indevido do recurso do programa, que teria sido utilizado para pagamento dos salários dos profissionais.

*“Na última reunião, um agente de saúde perguntou: ah, mas e o dinheiro do PMAQ? Aí eles responderam que se não tivesse o dinheiro do PMAQ a gente não estaria recebendo em tempo hábil, por exemplo. Nosso salário estaria atrasado. Entendeu?! Então estamos aí também pra poder ajudar a pagar os nossos salários”. (P4)*

*“[...] agora eles estão falando que estão pagando nosso salário com esse dinheiro”. (P9)*

O PMAQ-AB busca desde sua fase de adesão e contratualização, responsabilizar tanto gestores como eSFs por uma série de ações, no intuito de qualificar os processos de trabalho na AB. Porém, na prática, por se tratar de um programa novo e ainda desconhecido, ocorrem muitas falhas no processo de comunicação, que acaba resultando em uma participação restrita dos envolvidos em alguns municípios (SANTOS et al., 2016).

As referidas falhas na comunicação entre a gestão e a atenção puderam ser verificadas no município estudado. Além dos relatos já mencionados, outros também comprovam essa situação e demonstram que inclusive, não foi facultado às eSFs escolherem participar ou não do programa.

*“A gestão que decidiu que ia incluir a Unidade X como participante do PMAQ”. (P5)*

*“Não tínhamos outra opção”. (P10)*

*“Não, a gente não escolheu não. E a gente só sabe disso agora, né?! Todo mundo descobriu isso na entrevista?”. (P4)*

*“Não, não tivemos [escolha] [...] foi o próprio gestor que decidiu qual equipe que entraria”.*  
(P1)

*“[...] Chamaram individualmente pra assinar o termo de adesão que a gente tinha que assinar”.* (P6)

A adesão de equipes por decisão unilateral da gestão, sem a devida negociação entre os atores, também foi identificada no Mato Grosso do Sul (SOUZA et al., 2016), entretanto, esta forma de adesão é antagônica à preconizada pelo PMAQ-AB, que tem como uma de suas diretrizes ter caráter voluntário para a adesão tanto de equipes quanto de gestores do SUS, uma vez que pressupõe que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2012b; 2013; 2015b). Assim, nota-se que o diálogo e o vínculo entre gestão e atenção são fundamentais no processo de implantação da política, pois considera-se que a partir da implicação com a política, no caso do PMAQ-AB, diretamente relacionada ao apoio da gestão às eSFs, é que decorre a motivação e a proatividade (ou não) dos atores no sentido de implementá-la e de buscar atingir seus objetivos.

Nesse contexto, a fim de tentar constituir movimentos de implicação e dispositivos de gestão compartilhada que possam gerir as mudanças pretendidas (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012), o PMAQ-AB propõe o apoio institucional como uma de suas estratégias para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho. Como o apoio institucional tem a pretensão de aproximar a gestão do cotidiano de trabalho das eSFs, de forma a envolvê-la na solução dos problemas concretos identificados pelos atores que trabalham diretamente na atenção, a fim de promover a continuidade dos compromissos assumidos na adesão e contratualização do PMAQ-AB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014), percebe-se pelo relato de P1, que não houve apoio institucional no município estudado, dificultando o engajamento dos profissionais no processo de implantação do programa.

*“Se teve apoio na unidade? Não, na unidade não tivemos. O apoio foi logo no início do PMAQ, pessoas foram capacitadas, os coordenadores, então começaram a passar a capacitação pra gente, mas essas pessoas saíram do cargo, aí entraram outras pessoas inexperientes, aí foi meio pesado logo no início da implantação do PMAQ no município”.* (P1)

Alguns relatos evidenciam um reconhecimento da dificuldade da gestão municipal em atender a todas as demandas referentes ao programa, como apontado por P6 e P4:

*“Eu vejo assim, que eles tentam atender com um suporte da forma que podem”. (P6)*

*“Foi vago, poucas instruções, na verdade. Mas quando precisava eles tentavam, até porque às vezes há falha do processo desde lá de cima, do Ministério [...] a gente sente aqui da ponta, o Ministério joga o programa e aí quem tá aqui na gestão absorve o que consegue e aí dissolve entre a gente, então a gente acaba tendo que se virar nos 30 com pouca informação às vezes.” (P4)*

Nesse sentido, Dalfior; Lima e Andrade (2015) reforçam que a operacionalização de uma política de saúde em nível local apresenta inúmeros entraves, sendo permeada por questões estratégicas, interesses diversos e múltiplos atores que constituem aspectos determinantes para o sucesso ou insucesso da mesma. Considera-se ilusória a ideia da implementação de uma política pautada apenas no cumprimento de normas e supondo que a decisão da autoridade, no caso, o Ministério da Saúde, pode ser automaticamente executada.

### **Organização dos processos de trabalho**

As ações de qualificação profissional relativas ao PMAQ-AB ocorreram somente no princípio do processo de implantação, o que repercutiu no modo como as equipes operacionalizaram o programa e resultou na insuficiência para consubstanciarem seus propósitos, como evidenciado nos seguintes relatos:

*“Olha, teve! Como eu falei, os treinamentos e reuniões mensais, mas isso não é feito frequentemente não. Fizeram algumas reuniões, passaram as diretrizes e tal, mas só isso”. (P4)*

*“Capacitação? Tivemos, agentes de saúde também tiveram, os técnicos também. Isso aí nós tivemos na época”. (P9)*

*“[...] pelo o que eu saiba ou que eu esteja participando, não... acho que o processo parou num certo momento”. (P2)*

*“Eu acho que quando entrou era muito bom, a gente tinha o que melhorar, sabia os pontos que precisava melhorar... Hoje em dia está meio, assim, aberto, então eu hoje não coloco como ótimo, não, se fosse uns três anos atrás colocaria. Hoje eu coloco como bom. Está meio parado”. (P7)*

*“Satisfatório, no que a gente conseguiu absorver e fazer, mas falta muita informação, poderia ser melhor. Um ponto negativo foi a falta de informação em relação ao programa em si, mas ponto negativo na nossa Unidade, não”.* (P4)

Os trabalhadores P8 e P10, mencionaram que existe estratégia de capacitação profissional no município, porém que não é voltada especificamente para o PMAQ-AB. Os relatos apontam para educação continuada, direcionada especialmente, aos profissionais médicos e enfermeiros da AB.

*“Especificamente para o PMAQ não. Às vezes têm algumas capacitações que eles falam, ah fica atento que esse é indicador do PMAQ. Mas, assim, por exemplo, pré-natal a gente tem capacitação direto, que é um requisito do questionário. Mas, assim, nada específico”.* (P8)

*“Faz de dois em dois meses, de três em três meses. Sempre eles fazem capacitação pra gente, médico e enfermeiro”.* (P10)

No que tange à inserção dos profissionais no PMAQ-AB, a maioria dos respondentes esteve envolvida diretamente em todas as etapas do programa, desde a contratualização até a avaliação externa. No entanto, apenas um profissional da categoria médica participou da avaliação externa, os outros dois só participaram do processo de autoavaliação, o que pode indicar uma fragilidade do programa, já que seu êxito depende do protagonismo dos atores envolvidos.

Vale ressaltar que, mesmo os entrevistados não demonstrando conhecimento integral a respeito do programa e tendo recebido um apoio incipiente da gestão municipal no processo de implantação, para eles, o PMAQ-AB gerou efeitos positivos nos serviços de saúde em que atuam, como mudanças na organização dos processos de trabalho, estímulo ao alcance de melhores indicadores, acesso a recursos que contribuem para a melhoria da qualidade da atenção, como o Telessaúde, além de constituir um disparador para a prática reflexiva do processo de trabalho das equipes.

*“Acho que houve melhoras na organização, sinceramente, acho que está aí o ponto positivo, um dos pontos positivos, organização da equipe, do trabalho. Eu vejo como um ponto positivo, de reunião mensal que tem que ser feita, fazer a agenda em conjunto com os profissionais de nível superior, isso facilita muito e dá abertura maior para o paciente. Um ponto que eu vejo como característica, foi melhoria da organização do trabalho”.* (P4)

*“Melhorei meus índices de alguns indicadores através do PMAQ, algumas coisas que o PMAQ pedia a gente não sabia (que existia) e*

*teve a inclusão (por meio) do PMAQ, programas que eram oferecidos, como o teleaula, a gente começou a assistir. Então teve um impacto bom, trouxe mudanças!”. (P1)*

*“Eles reuniram todas as equipes e colocaram pra gente o seguinte: que cada mês teria que estar introduzindo alguma coisa que não era feito nesse nível de atividade [...] Eu marcava uma vez por mês, no final do mês mais ou menos, com a equipe toda e a gente lia, via o que precisava melhorar e a partir dali a gente já colocava uma outra meta para o próximo mês”. (P7)*

No entanto, fica claro na narrativa de P3, que os efeitos produzidos no processo de trabalho das equipes tiveram maior potência no início da implantação, sendo minimizadas no decorrer do processo. Vale lembrar, que os esforços empreendidos pela gestão, de modo similar, até mesmo pela rotatividade de gestores ocorrida à época, estiveram restritos ao início do processo de implantação. Portanto, presume-se que a implementação do programa envolta nessa conjuntura, promoveu o enfraquecimento das ações e dos benefícios auferidos inicialmente.

*“Eu avalio positivamente, porque ele (PMAQ) no início da formatação, nos fez refletir sobre como estava o nosso processo de trabalho e como a gente abordava as coisas. Mas eu vejo que seria contínuo e a gente não deu esse seguimento, se teve foi pequeno. Ele não estava pleno, então o impacto da aplicabilidade foi pequeno. Por exemplo, alguns índices que a gente não havia atingido, eu acho que nós nos esforçamos. Índices relativos à população, atendimentos, fazer a cobertura da saúde da criança, da gestante, acho que isso daí teve um impacto sim, não posso dizer que não teve, teve!”. (P3)*

Entre os benefícios alcançados, os trabalhadores enfatizaram que adquiriram conhecimentos e práticas relativas a um melhor registro das informações, definição de reuniões de equipe periódicas, planejamento de agenda e de ações em equipe e análise de indicadores, que contribuíram para a reorganização do trabalho a partir da implantação do PMAQ-AB.

*“Muita coisa que eu, pessoalmente, não tinha conhecimento eu passei a ter, alguns indicadores eu controlo mais depois do PMAQ, essas melhoras”. (P8)*

*“Muitos quesitos que o PMAQ cobra, a gente já fazia, a gente só organizou melhor. Antes, se você precisasse de um dado de três meses atrás de uma puericultura, não tinha registro no livro, hoje em dia a gente tem tudo isso de forma certinha. Com isso vem o planejamento das ações, com os agentes de saúde, com a equipe, reunião mensal.[...] Na organização acho que acabou facilitando um pouco a rotina do dia a dia e com isso você trabalha melhor, e você consegue alcançar mais fácil acho, a sua meta. Um ponto que eu vejo como característica foi a melhoria da organização do trabalho.”. (P4)*

*“Assim, eu nem digo impacto, mas teve um efeito bom, por exemplo, na parte de registros, não que antes a gente não registrava, mas a gente sempre vê uma forma de registrar melhor as informações, as ações do PSE, antes a gente não tinha um livro de registro especificamente para isso, só registrava em prontuário, agora tem um livro específico para tal coisa. Ajudou sim no processo de trabalho, então eu vejo como um efeito bom. Avaliar melhor os indicadores, cobrar mais dos agentes comunitários, sempre enriquecendo o processo de trabalho para que a gente consiga prestar uma assistência melhor”. (P6)*

O profissional P8 acredita que o PMAQ-AB seja capaz de padronizar as práticas nos serviços, de forma a garantir acesso e assistência de qualidade equivalentes nas UBSs do município.

*“Muita coisa que a gente fazia e a gente nem sabia se estava correto, se estava padronizado aqui e com o PMAQ a gente consegue moldar um serviço. Acho que nivelar as unidades de saúde. Eu vejo o PMAQ assim, nada mais é que nivelar a assistência, o acesso, a qualidade de todas as unidades da cidade. Porque às vezes eu fazia alguma coisa na unidade e outra unidade fazia diferente. Então eu vejo essa melhoria”. (P8)*

Sob essa ótica, ressalta-se que um dos objetivos específicos do programa, é fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB (BRASIL, 2012b; 2013; 2015b).

Segundo estudo de Souza et al. (2016), na perspectiva dos avaliadores externos, entre os profissionais que responderam à entrevista na avaliação externa, houve demonstração de reconhecimento do PMAQ-AB como uma estratégia de reorganização do processo de trabalho da equipe.

Nos manuais instrutivos do PMAQ-AB, o MS reconhece que existem vários desafios a serem enfrentados para a qualificação da AB, entre eles, a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes que atuam nos serviços. Assim, a política estabelece que desde a adesão e contratualização, as equipes, assim como os gestores, deverão se responsabilizar por ações que possam qualificar seu processo de trabalho (BRASIL, 2012b, 2013; 2015b).

No entanto, no município estudado, apesar das eSFs terem instituído algumas práticas, a partir da implantação do programa, que favoreceram a reorganização dos seus processos de trabalho, o envolvimento dos trabalhadores, assim como o da gestão, parece não ter sido uniforme, tampouco progressivo no decorrer do tempo, demonstrando que na realidade local, a implementação do programa não tem ocorrido conforme proposta em sua formulação, organizado em fases que se complementam e que em conjunto, conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB.

Os profissionais apontaram uma boa interação com as equipes de avaliadores externos na ocasião da avaliação externa nos serviços, como pode ser constatado nas falas. *“Foi uma relação boa a minha equipe com o PMAQ [...] a interação com o pessoal da avaliação foi uma relação boa, não foi ruim não”*. (P1)

*“Teve nenhum problema não”*. (P4)

*“Foi tudo bem, tranquilo; foi super tranquilo”*. (P6)

*“Foi tranquila”*. (P8)

*“Foi tranquilo. Muito tranquilos, eles aceitavam tudo o que você falava”*. (P9)

*“Foi boa, foi tranquilo”*. (P10)

Porém, em uma das narrativas houve críticas a esta relação com a equipe e à própria equipe de avaliadores, em que foi alegada falta de paciência com a profissional.

*“Eu não gostei, porque eles não tinham paciência, até porque foi a primeira vez que respondi (à avaliação externa), eles chegaram, me colocaram numa salinha ali, duas pessoas, três aliás, nossa, foram muito apressados. Teve uma das falas, que foi falado bem assim: “Você foi a enfermeira que mais ocupou o meu tempo”. Odiei. Não gostei”*. (P5)

Destaca-se que a avaliação externa é realizada por várias equipes de avaliadores, sendo que cada uma fica responsável pela coleta de dados de determinado número de equipes de saúde, o que influencia na experiência vivenciada por cada profissional de saúde a depender da equipe que o avalia e a forma como se dá a interação entre eles.

Como ainda é atribuído às avaliações um caráter negativo, que com frequência é percebido como um processo que gera punição ou constrangimento, a fase da avaliação externa do programa tende a ser para muitos um momento de ansiedade, tanto para gestores quanto para as equipes (CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2016). Nesta pesquisa essa associação foi corroborada por alguns dos entrevistados.

*“Foi muito estressante. [...] Mas eu digo que foi estressante porque a gente nunca tinha tido essa experiência, ser avaliado, não sabia como era e tal, aí depois que passou a gente falou: Nossa! Um alívio! Não é um bicho de 7 cabeças. Porque se você fez, você não tem que temer. A gente ficou sem dormir, alguns enfermeiros, mas mais por ansiedade mesmo, foi tranquilo”. (P7)*

*“Foi tudo bem, tranquilo, claro que quando fala avaliação, qualquer avaliação que seja, a gente sempre fica assim, principalmente a primeira, que a gente não sabia como que ia ser, mas foi super tranquilo”. (P6)*

Entretanto, o conhecimento das etapas prévias à visita do avaliador externo, envolvendo as equipes e a gestão, dá, ao menos na perspectiva formal, o reconhecimento de que a avaliação não deverá resumir-se ao “juízo de valor” a partir de indicadores (SANTOS et al., 2016), identifica-se, portanto, que houve falta ou distorção na compreensão do programa.

Segundo Gomes e Merhy (2016, p. 60), “de certo modo, os instrumentos de avaliação externa e as suas estratégias de aplicação se aproximaram muito mais de uma “fiscalização” do que de uma avaliação compartilhada”, pois os instrumentos utilizados são questionários estruturados, com perguntas previamente elaboradas e respostas também pré-definidas, tendo o trabalhador, no caso do módulo II, de entrevista com o profissional de saúde, apenas a liberdade de optar por uma das alternativas disponibilizadas. No que se refere às estratégias de aplicação dos instrumentos, a aplicação dispõe de tempo determinado e além disso, são observadas as características estruturais, de ambiência, os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis nas UBSs, assim como informações sobre o processo de trabalho das eSFs, a organização do serviço e do cuidado para os usuários e ações para a qualificação dos

profissionais, sendo os avaliadores treinados para a realização dessa coleta de dados e orientados a apenas considerar o que for visualizado, comprovado.

Todavia, ao contrário da associação negativa constatada no município, a proposta do PMAQ-AB é que a avaliação seja um instrumento potencializador de transformações nos processos de trabalho que conduzam à melhoria da qualidade do cuidado prestado, logo não deve ser vista como ameaça, mas como incentivo à organização do trabalho, às boas práticas e para que os diversos serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (SCHERER; LOPES; COSTA, 2015). Contudo, pensá-la desta forma exige mais do que uma modificação de discursos, requer uma efetiva mudança de perspectiva, já que tais alternativas constituem diferentes maneiras de engendrar a política (GOMES; MERHY, 2016).

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo evidenciam que houve inicialmente um esforço tanto da gestão municipal quanto das equipes para a implantação do PMAQ-AB, porém no decorrer desse processo foram observados vários entraves que comprometeram sua implementação. Entre eles, destaca-se o desconhecimento do programa em suas diretrizes, princípios e objetivos, o que favorece uma imagem distorcida de sua proposta pelos profissionais, o que impossibilita o real reconhecimento da política em curso, assim como interesse local e implicação dos atores, tornando improváveis os desfechos satisfatórios.

Constata-se que o destaque conferido à fase de avaliação externa do programa e a associação negativa que se atribui à mesma ratificam uma visão deturpada do que esse propõe e assinalam a persistência de uma percepção desfavorável à deflagração das mudanças pretendidas. No entanto, vale ressaltar que a aferição do desempenho das equipes na fase de certificação do programa também proporciona maior ênfase na avaliação externa, uma vez que esta constitui maior parte da nota das equipes, embora a base do programa esteja em sua fase de desenvolvimento, atualmente, Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento. Além disso, a metodologia empregada na coleta de dados aproxima-se mais a uma fiscalização, auditoria, do que a uma avaliação compartilhada.

Foi possível observar incipiência na qualificação dos profissionais e no apoio da gestão, tendo sido associadas tais ações como fundamentais para o processo de implantação do programa. A desarticulação entre os atores com a ausência de contrapartida por parte da gestão municipal, no que diz respeito às ações perpetradas pelas equipes e ao desempenho obtido pelas mesmas após as certificações, mostrou-se como o elemento-chave para o descontentamento e a

desmotivação das equipes em relação ao PMAQ-AB, assim como para a inviabilização de mudanças expressivas nos processos de trabalho.

Foram verificadas mudanças na organização do processo de trabalho, melhoria dos resultados de alguns indicadores e até mesmo a introdução de uma prática reflexiva no processo de trabalho das equipes.

O PMAQ-AB é um programa recente, multifacetado, inovador, uma vez que engloba várias iniciativas governamentais orientadas para o fortalecimento e a qualificação da AB. É necessário considerar o curto período de tempo de implantação do programa e, ainda, que trata-se de uma política pública de abrangência nacional que, ao ser formulada, não tem como referência uma única realidade, mas realidades diferentes, sendo em âmbito local instituída de maneira singular e em meio às relações no campo da micropolítica.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. do S. V. de et al. Reflexões sobre o processo de realização do PMAQ no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (Orgs.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013. p. 91-115.

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; ABDON, C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na atenção primária à saúde no Brasil. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Orgs.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 893-932.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 38 p.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo - 3º ciclo (2015-2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 78 p.

CAVALCANTI, P. C. da S.; NETO, A. V. de O.; SOUSA, M. F. de. Uma narrativa sobre o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 17-47. (Atenção Básica e Educação na Saúde; 7).

COTTA, R. M. M. et al. **Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa-MG: Ed. UFV, 2013.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, jan./mar. 2015.

EMMI, D. T. et al. Percepção dos avaliadores quanto ao processo de avaliação do PMAQ-AB. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 293-326. (Atenção Básica e Educação na Saúde; 7).

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

- FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010.
- FLEGELE, D. S. et al. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 5-11, 2010.
- FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. de. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 343-357, out. 2014.
- GARCIA, A. C. P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 221-236, out. 2014.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise política do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 49-73. (Atenção Básica e Educação na Saúde; 7).
- MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.
- MERHY, E. E. Projeto de pesquisa: Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. 2013.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.
- PASSAMANI, J. D.; SILVA, M. Z.; ARAÚJO, M. D. Estratégia saúde da família: o acesso em um território de classe média. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v. 10, n. 2, p. 37-45, 2008.
- PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. Dissertação (mestrado). Porto Alegre: UFRGS/Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. de; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out. 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desempenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl. ago. 2012.

PISCO, L.; SORANZ, D. **Formas de remuneração e pagamento por performance**. Portugal, 2012. 18 p. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/portaldoconhecimento.php?conteudo=rv\\_x\\_rd](http://dab.saude.gov.br/portaldab/portaldoconhecimento.php?conteudo=rv_x_rd)>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ROCHA, E. M. S. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as concepções de qualidade no cuidado presentes na política e aquelas construídas pelos usuários**. Dissertação (mestrado). Vitória, ES: UFES/Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

SANTOS, T. C. et al. Desmistificando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) como instrumento punitivo. In: 11º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, Ceará, abr. 2014. **Anais**. Interface (Botucatu), supl. 3, 2014.

SANTOS, T. C. dos et al. PMAQ-AB e os pactos do SUS: função dispositivo ou repetição? In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 75-99. (Atenção Básica e Educação na Saúde; 7).

SARTI, T. D. et al. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Rev. Odont.**, v. 10, n. 1, p. 63-69, 2008.

SCHERER, M. D. A.; LOPES, E. A. A.; COSTA, A. M. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 237-250, jun. 2015.

SOUSA, M. F. de. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Orgs.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 40-76.

SOUZA, L. A. de et al. Retratando o percurso do PMAQ-AB em Mato Grosso do Sul: o olhar do avaliador no processo de avaliação externa. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.;

FERLA, A. A. (Orgs.). **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 327-348. (Atenção Básica e Educação na Saúde; 7).

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010.

#### **Contribuição dos autores:**

Elza Cléa Lopes Vieira: concepção e planejamento, análise dos dados, revisão crítica e aprovação final do manuscrito.

Heletícia Scabelo Galavote: análise dos dados, revisão crítica e aprovação final do manuscrito.

Paula de Souza Silva Freitas: análise dos dados, e aprovação final do manuscrito.

Maria Angélica Carvalho Andrade: revisão crítica e aprovação final do manuscrito.

Rita de Cássia Duarte Lima: análise dos dados, revisão crítica e aprovação final do manuscrito.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em estudos de políticas públicas têm-se adotado a ideia do Ciclo da Política para buscar compreender determinado momento das mesmas. O momento denominado fase de implementação, tem tido destaque no debate acadêmico, por ser percebida como uma etapa que tem grande autonomia comparada às anteriores - montagem da agenda, formulação e tomada de decisão - podendo inclusive, divergir significativamente do que foi formulado como política. Isso pode ocorrer porque na implementação de políticas estão em cena diferentes atores, a saber, gestores, trabalhadores e usuários, com seus interesses, disputando os rumos do processo (MENICUCCI, 2006; MENICUCCI; BRASIL, 2010).

No presente estudo, foi avaliado o processo de implantação, ou seja, a implementação do PMAQ-AB, uma política pública de saúde específica. A implementação da política em nível local, nos serviços de saúde, dá-se em meio a um campo permeado de linhas de força de subjetivação, de agenciamentos coletivos, que fazem com que cada trabalhador signifique esse processo de modo singular, transcendendo à mera execução do instituído. No cotidiano do trabalho em saúde, na prática diária de suas ações o trabalhador se depara com diversas e distintas lógicas como de ordem moral, capitalística e até mesmo da ciência que influenciam seu (auto)governo do processo de trabalho, ora tornando-o prisioneiro do instituído, ora possibilitando “linhas de fuga” para realizá-lo conforme sua própria vontade (FRANCO, 2015).

Nessa perspectiva, uma política de saúde de abrangência nacional toma forma e se efetiva de muitas maneiras a depender de determinado território em que ela se inscreve, do conjunto de atores envolvidos, assim como das subjetividades destes no “jogo” da implementação. Logo, foi fundamental a avaliação da implementação do PMAQ-AB e seus efeitos no cotidiano de trabalho das equipes de saúde que aderiram ao programa sob o aspecto da micropolítica.

De modo geral, os profissionais que participaram desta pesquisa demonstraram uma visão fragmentada da política em curso, esta falta de conhecimento da política em

sua totalidade fez com que suas percepções estivessem, muitas vezes, associadas a fases específicas relativas à avaliação.

Tal visão, distorcida, do programa evidenciou outros nós críticos como o caráter avaliativo atrelado à punição e ao cumprimento de metas, percebidos como fatores dificultadores da implementação, da forma como foi preconizada em nível federal, nas equipes estudadas. Além disso, a incipiência na qualificação dos profissionais, de apoio da gestão e de contrapartida de informações por parte da gestão municipal às equipes também foram ressaltados como fatores que geraram desânimo e desmotivação, tornando-se desfavoráveis à deflagração de mudanças expressivas nos processos de trabalho.

Assim, constatou-se nos discursos que integraram os resultados desta pesquisa, a ideia posta anteriormente de que a implementação de uma política está diretamente relacionada ao protagonismo dos diferentes atores no campo da micropolítica e que existe certo distanciamento entre as fases de formulação e implementação, o que faz com que nem sempre a política se materialize da maneira como foi pensada e pretendida *a priori*.

Cabe salientar que o PMAQ-AB constitui programa abrangente, complexo e ainda recente, portanto a produção científica acerca do tema é escassa, configurando-se como uma limitação do estudo ao mesmo tempo em que propicia, sugere e incentiva novos estudos e outras alternativas no sentido de criar subsídios para um aprofundamento de seu entendimento e futuras comparações.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 03, n. 01, p. 01-03, jan-jun. 2007.

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

ALMEIDA, P. F. de; 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 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.

AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; ABDON, C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Orgs.) **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 893-932.

AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. da S; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

BANCO MUNDIAL. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90**. Washington: Divisão de Recursos Humanos, Departamento I, região da América Latina e Caribe, 1995. 215 p. Original Inglês.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 566-570, 2010.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Brasília, DF, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 476 de 14 de abril de 1999**. Brasília, DF, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, abr./jun. 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF**. Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna. 2. ed. atual. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005a. 210 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 38 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Manual Instrutivo - 3º ciclo (2015-2016). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. 78 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil (Versão preliminar). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 23p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Redes e programas**: Saúde Mais Perto de Você – Atenção Básica. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho de equipe de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997. p. 229-66.

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria sócio-humanista. In: LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. p.201-40.

CARRENO, I. et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 947-956, 2015.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006.

COTTA, R. M. M. et al. **Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas.** Viçosa-MG: Ed. UFV, 2013.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde.** Rio de Janeiro, 2011. p.181-199.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: How can it be assessed? **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 121, n. 11, nov. 1997.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DUBOIS, C-A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19-40.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria da Saúde. **PDR - Plano Diretor de Regionalização da Saúde: Espírito Santo - 2011.** Vitória, ES, 2011.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-32, jul./set. 2004.

\_\_\_\_\_. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010.

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

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. de. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 343-357, out. 2014.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 226-242.

FRANCO, T. B. Prefácio. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 13-16.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, supl. 1, p. 102-114, 2015.

GARCIA, A. C. P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 221-236, out. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@ - Espírito Santo – Colatina**: informações completas. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=320150&search=espírito-santo|colatina>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

LIMA, R. de C. D. **Enfermeira**: uma protagonista que produz cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes, 2001.

LINHARES, P. H. A.; LIRA, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M. N. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 195-208, out. 2014.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Coordenação e revisão de Paul Singer. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1996. (Os Pensadores, livro 1, tomo 2).

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 72-87, mai./ago. 2006.

MENICUCCI, T. M. G.; BRASIL, F. P. D. Construção de agendas e inovações institucionais: análise comparativa da reforma sanitária e da reforma urbana. **Estud. Sociol.**, v. 15, n. 29, p. 369-96, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 19-67.

\_\_\_\_\_. Projeto de pesquisa: Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. 2013b.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

\_\_\_\_\_. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 109-137.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 117-42.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

PASSAMANI, J. D.; SILVA, M. Z.; ARAÚJO, M. D. Estratégia saúde da família: o acesso em um território de classe média. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v. 10, n. 2, p. 37-45, 2008.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. In: FIOCRUZ, **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>>. Acesso em: 28 out. 2015.

PINTO, E. P. J. et al. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.267-277, jan./mar. 2015.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação,

implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. de; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out. 2014.

PIRES, D. E. P. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, abr./out. 2000.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre o texto “análise do trabalho em saúde”. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, artigo debatedor, 2011.

SARTI, T. D. et al. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Rev. Odont.**, v. 10, n. 1, p. 63-69, 2008.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 94-108, out. 2014.

SCHERER; M. D. A.; LOPES, E. A. A.; COSTA, A. M. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 237-250, jun. 2015.

SILVA, N. C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 2, p. 274-281, mar./abr. 2014.

SILVA, C. P. R.; NORA, A. M. Indicadores de qualidade. In: LEÃO, E. R. et al. (Org.). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. p. 1-13.

SOUSA, M. F. de. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Orgs.) **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 40-76.

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

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

WHO - World Health Organization. **Primary Health Care**: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, URSS, 6-12 September 1978. Geneva: WHO, 1978.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A -****Roteiro de Coleta de Dados  
Instrumento de Pesquisa**

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Idade: ( ) 19 a 29 ( ) 30 a 39 ( ) 40 a 49 ( ) 50 a 59 ( ) 60 anos e mais

Estado civil: ( ) solteiro (a) ( ) casado (a) ( ) viúvo (a) ( ) separado (a)  
( ) união estável ( ) outro

Categoria profissional: ( ) médico (a) ( ) enfermeiro (a)

1. Há quanto tempo trabalha nesta eSF?

2. Qual a forma de ingresso no cargo?

3. Fez pós-graduação? Qual?

4. Faixa salarial (salário mínimo).

( ) Menos de 1

( ) De 1 a 2

( ) De 3 a 5

( ) Mais que 5

5. Tempo de experiência em Saúde da Família.

6. Qual sua opinião sobre o PMAQ? Qual o sentido desse processo para você?

7. Como foi a implantação do PMAQ aqui na USF?
8. Sua equipe teve algum tipo de apoio institucional durante a implantação do PMAQ? Se sim, como foi esse suporte?
9. Como você avalia o processo de implantação do PMAQ aqui no serviço onde atua? Você acha que o PMAQ teve algum impacto/propiciou mudanças na organização da AB? Quais impactos este processo causou no seu cotidiano de trabalho?
10. Como se deu sua inserção no PMAQ, de quais etapas você participou? (discutiu o processo com a gestão, participou da autoavaliação, organizou a USF para receber os avaliadores, discutiu o processo junto com a equipe, respondeu o instrumento da avaliação externa, falar como foi a participação)
11. Existe alguma estratégia de capacitação e/ou qualificação profissional no município relativa ao PMAQ?
12. O que ficou acordado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a sua equipe em relação ao incentivo pela participação no PMAQ?
13. Como foi a avaliação externa da sua equipe? Você concorda com a avaliação? Se não, por quê? Qual foi sua participação na avaliação externa? Como foi a relação com a equipe de avaliadores externos?

## APÊNDICE B -

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### **Título da Pesquisa: “Análise do processo de implantação do PMAQ-AB no estado do Espírito Santo: o caso do município de Colatina”**

Eu, \_\_\_\_\_, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Análise do processo de implantação do PMAQ-AB no estado do Espírito Santo: o caso do município de Colatina**”, sob a responsabilidade da aluna de mestrado Elza Cléa Lopes Vieira.

A pesquisa possibilitará a análise do processo de implantação do PMAQ-AB em um município do estado do Espírito Santo (ES).

Os objetivos da pesquisa são analisar o processo de implantação do PMAQ-AB no município de Colatina/ES; compreender o processo de implantação sob a ótica de profissionais de equipes de Saúde da Família (eSFs) que aderiram ao programa no município; investigar os efeitos da implantação do programa no cotidiano do trabalho das eSFs e identificar os efeitos da implantação no monitoramento dos indicadores de desempenho pelas eSFs.

Sua participação é muito importante e ela se daria através de uma entrevista individual, com perguntas propostas pelo pesquisador. A coleta de dados terá duração de 60 dias e será realizada individualmente no seu local de trabalho.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que o (a) senhor (a) não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes

da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são indiretos e se referem à análise da implantação do PMAQ-AB em um município do estado do ES e os efeitos que está produzindo no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

Quanto aos riscos, não se tem em vista que a sua participação poderá envolver riscos ou desconfortos. Particularmente neste estudo, o aspecto mais relevante é aquele resultante da situação de entrevista, em que os participantes falam sobre os aspectos de sua vida profissional, com garantia de sigilo absoluto.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Elza Cléa Lopes Vieira (pesquisadora responsável), Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe - Vitória/ES - CEP 29.040-090, Telefone/Fax: (27) 3325-7602 - (28) 9921-0624, e-mail: elzaclea@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Espírito Santo, situado na Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe - Vitória/ES - CEP 29.040-090, telefone: (27) 3335-7211, e-mail: cep@ccs.ufes.br - cep.ufes@hotmail.com, endereço eletrônico: <http://www.ccs.ufes.br/cep/>.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo (a) pesquisador(a).

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “**Análise do processo de implantação do PMAQ-AB no estado do Espírito Santo: o caso do município de Colatina**”, eu, Elza Cléa Lopes Vieira, pesquisadora principal, declaro ter cumprido as exigências do (s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Colatina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

**Participante da pesquisa**

---

**Pesquisador Responsável**

**Elza Cléa Lopes Vieira**

**RG: MG-10.822.244**

**ANEXOS**

## ANEXO A -

## Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE VEIGA DE  
ALMEIDA / UVA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**Pesquisador:** Emerson Elias Merhy

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38804614.8.1001.5291

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 876.415

**Data da Relatoria:** 18/11/2014

**Apresentação do Projeto:**

ok

**Objetivo da Pesquisa:**

ok

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

ok

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

ok

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

ok

**Recomendações:**

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

ok

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Ibituruna nº 108, Bloco B, 5º andar  
 Bairro: Tijuca CEP: 20.271-020  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)1574-8800 Fax: (21)1574-8800 E-mail: cep@uva.br

UNIVERSIDADE VEIGA DE  
ALMEIDA / UVA



Continuação do Processo: 876.415

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

RIO DE JANEIRO, 18 de Novembro de 2014

---

Assinado por:  
Alexandre Felipe Silva Corrêa  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ilustrada nº 108, Bloco B, 5º andar  
Bairro: Tijuca CEP: 20.271-020  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)1574-8800 Fax: (21)1574-8800 E-mail: cep@uva.br

**ANEXO B -  
Comprovante de submissão do artigo**

[ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - ISSN 0103-1104](#)



**saúde**  
EM DEBATE  
REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

UMA PUBLICAÇÃO  
**cebes**  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Seu trabalho **Avaliação do processo de implantação do PMAQ-AB na perspectiva dos profissionais** foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção.  
Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente,  
Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104  
Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: |21| 3882-9140 e |21| 3882-9141 -  
FAX.: |21| 2260-3782 - [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

© Todos os direitos reservados para CEBES - [Desenvolvido por Zanda Multimeios da Informação](#)