



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Isabel Cristine Oliveira

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO
DA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Isabel Cristine Oliveira

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DA
AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Oliveira, Isabel Cristine

Percepções de enfermeiros acerca da implementação da avaliação na Atenção Básica / Isabel Cristine Oliveira.- 2018.

126 p.; 30 cm

Orientador: Teresinha Heck Weiller

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2018

1. Enfermagem 2. Política de Saúde 3. Atenção Básica 4. Avaliação 5. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde I. Weiller, Teresinha Heck II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DA
AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Elaborada por
Isabel Cristine Oliveira

Como requisito parcial para obtenção de grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA

**Teresinha Heck Weiller
(Presidente/Orientadora)**

**Rafael Marcelo Soder
(1ºExaminador)**

**Juliana Silveira Colomé
(2ºExaminador)**

**Carmem Lúcia Colomé Beck
(Suplente)**

Santa Maria, 20 de fevereiro de 2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais dos serviços de saúde e estudantes que, diariamente, superam os obstáculos que a vida e o trabalho apresentam e não desistem de lutar e concretizar os seus sonhos em busca de uma sociedade melhor.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.
(Paulo Freire)

RESUMO

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

AUTORA: Isabel Cristine Oliveira

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller

A busca contínua por um modelo que reorganize as práticas de gestão, focalizado em resultados que venham a propiciar a efetividade das ações e serviços ao usuário é um desafio. O obstáculo que a qualidade da gestão dos serviços públicos enfrenta é atingir a resolutividade. Nessa configuração, diversas iniciativas de avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS), entre estas institui-se como instrumento avaliativo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O êxito do programa tem como base as ações realizadas pela equipe multidisciplinar. Nesse contexto de trabalho, a figura do enfermeiro que integra o campo e o núcleo dos saberes fica evidenciada. Portanto, **objetiva-se** conhecer a percepção dos enfermeiros de Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos municípios da 19^o Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (CRS/RS) acerca da implementação do PMAQ e as repercussões nas ações em saúde, **questionando-se** qual a percepção dos enfermeiros de ESF acerca da implementação do PMAQ e a repercussão deste nas ações em saúde na Atenção Básica? Para tanto, foi desenvolvido um estudo de campo, de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva de caráter social. O cenário abarca 26 municípios da 19^a CRS/RS, integrando o estudo enfermeiros atuantes em ESF, pactuadas com o PMAQ. A coleta de dados deu-se mediante entrevista com questões norteadoras, gravadas e transcritas, perfazendo a análise temática. Ressalta-se que foram atendidos a todos os preceitos éticos, conforme a Resolução n^o 466/2012. A implementação do PMAQ viabilizou a instituição de um novo ciclo do Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), tencionando os avanços na saúde e o fortalecimento de qualificação das ações ofertadas na saúde pública. No entanto, não se minimizam os desafios diários que o serviço enfrenta, mas justificam o crescente investimento do MS na manutenção do programa, na duplicação do investimento federal na AB por meio dos ciclos avaliativos do PMAQ, promovendo padrões para as práticas e a organização do trabalho, impulsionando a inovação e a qualidade do uso dos sistemas de informação, fortalecendo a reflexão crítica dos profissionais e ressignificando o processo de trabalho. Por conseguinte, a implementação de ações depende de processos avaliativos e do desenvolvimento e da implantação de uma abordagem pedagógica adequada para a ampliação dos saberes e fazeres dos atores envolvidos. Portanto, o PMAQ pode ser considerado um aporte e um suporte expressivo no processo de trabalho, organização e planejamento, não somente sustentado pelo incentivo financeiro, mas pela elevação da qualidade dos serviços de saúde. Os resultados desta pesquisa fornecem subsídios para a reflexão mais aprofundada do papel do enfermeiro, ratificado pela sua importância frente ao PMAQ, em especial, na organização da AB. Dessa forma, este estudo tem o dever social de contribuir com a construção de conhecimento sobre a temática, reafirmando a importância do estabelecimento de uma cultura avaliativa permanente, eficaz e eficiente, pautada em qualidade, preocupada com os processos de trabalho e, principalmente, com os usuários do sistema de saúde.

Descritores: Enfermagem. Política de saúde. Atenção básica. Avaliação. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

ABSTRACT

PERCEPTIONS OF NURSES ABOUT THE IMPLEMENTATION OF THE EVALUATION IN BASIC ATTENTION

AUTHOR: Isabel Cristine Oliveira
ADVISOR: Professor Dr. Teresinha Heck Weiller

The continuous search for a model which reorganizes the management practices, focused on results that will provide the effectiveness of actions and services to the user is a challenge. The obstacles that the quality of the management of the public services faces is to reach the resolutiveness. In this configuration, several health evaluation initiatives have been developed by the Ministry of Health (MS), among them, the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB) is being established as an evaluation tool. The success of the program is based on the actions carried out by the multidisciplinary team. In this work context, the figure of the nurse who integrates the field and nucleus of knowledge is evidenced. Therefore, it is aimed to know the perception of the Nurses of Family Health Strategy (ESF) of the municipalities of the 19th Regional Health Coordination of the state of Rio Grande do Sul (CRS / RS) about the implementation of the PMAQ and the repercussions on health actions, questioning, what is the perception of the ESF nurses about the implementation of the PMAQ and the repercussion of this in the actions in health in the Primary Care? For that, a field study was developed, with a qualitative, exploratory and descriptive approach of a social nature. The scenario encompasses 26 municipalities of the 19th CRS / RS, of which the study integrates nurses working in ESF, agreed with the PMAQ. The data collection was done through interview with guiding questions, recorded and transcribed, making up the thematic analysis. It should be noted that all ethical precepts were complied with, pursuant to Resolution 466/2012. The implementation of the PMAQ enabled the institution of a new cycle of the National Program of Basic Attention (PNAB), intending the advances in the health and the strengthening of qualification of the actions offered in the public health. However, it does not minimize the day-to-day challenges the service faces, but it justifies MS's increased investment in maintaining the program, doubling federal investment in AB through PMAQ evaluative cycles, promoting standards for work practices and organization, fostering innovation and the quality of the use of information systems, strengthening the critical reflection of professionals and re-signifying the work process. Therefore, the implementation of actions depend on evaluation processes and the development and implementation of an appropriate pedagogical approach to increase the knowledge and actions of the actors involved. Therefore, the PMAQ can be considered a contribution and an expressive support in the work process, organization and planning, not only supported by the financial incentive, but by the elevation of the quality of the health services. The results of this research provide support for a more in-depth reflection on the role of nurses, ratified by their importance in relation to the PMAQ, especially in the organization of AB. Thus, this study has the social duty to contribute to the construction of knowledge on the subject, reaffirming the importance of establishing a permanent, efficient and efficient evaluation culture based on quality, concerned with work processes and especially with users of the health system.

Keywords: Nursing. Health policy. Basic attention. Evaluation. Quality, access and evaluation of health care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Frequência das publicações	61
---	-----------

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Imagem do cenário da pesquisa. Pinheirinho do Vale/RS.2017.....	13
Figura 2 - Imagem do cenário da pesquisa. Três Passos/RS. 2017.....	19
Figura 3 - Histórico do planejamento em saúde na América Latina.	25
Figura 4 - Representação do Ciclo de Planejamento Governamental	27
Figura 5 - Representação da Tríade Donabedian	29
Figura 6 - Quadro da expansão do PMAQ relacionado aos ciclos de adesão nas ESF..	35
Figura 7 - Imagem do trajeto percorrido durante a coleta de dados. RS.2017.....	42
Figura 8 - Municípios que integram a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde	46
Figura 9 - Quadro do cenário de pactuação dos municípios da 19ª CRS com o PMAQ relacionado com o número de habitantes.....	48
Figura 10 - Imagem do cenário da pesquisa. Cristal do Sul/RS. 2017.....	54
ARTIGO 1 -	
Figura 1 – Fluxograma das fases da revisão bibliométrica.....	60
Figura 2 – Palavras-chave recorrentes nas publicações.....	61
Figura 3 – Características dos estudos por Regiões do Brasil.....	63
Figura 11 - Imagem cenário da pesquisa. Caiçara/RS. 2017.....	90
Figura 12 - Imagem do cenário da pesquisa. Tenente Portela/RS. 2017.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMUCELEIRO	Associação dos Municípios da Região Ceileiro
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
AMQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CAEE	Certificado de Apreciação e Aprovação Ética
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEPESC	Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Base de dados especializada em ciências biomédicas e ciências da vida
MHD	Materialismo Histórico Dialético
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Estado do Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLC	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivo.....	18
1.2Objetivos específicos.....	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1Interfaces do Sistema Único de saúde: reconfigurações da atenção básica por meio da Estratégia da Saúde da Família	20
2.2O ciclo do planejamento em saúde, triangulação e monitoramento e avaliação das ações em saúde.....	25
2.3Implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica -PMAQ/AB	34
2.4Campo e Núcleo dos Saberes: implicações para a prática do enfermeiro na Atenção Básica.....	39
3 MÉTODO	43
3.1 Trajetória da pesquisa e convergência epistemológica.....	44
3.2 Cenário da pesquisa.....	46
3.3 Participantes da pesquisa.....	49
3.4 Entrevista piloto.....	50
3.5 Coleta de dados.....	51
3.6 Análise de dados.....	51
3.7 Aspectos éticos.....	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	54
ARTIGO 1 -Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB: um estudo bibliométrico.....	55
ARTIGO 2 -Impacto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: com a palavra, os enfermeiros.....	70
ARTIGO 3 - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexos nas equipes de Estratégia de Saúde da Família.....	82
5 DISCUSSÃO INTEGRADORA.....	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICE	114
APÊNDICE A:Instrumento de Coleta de Dados	115
APÊNDICE B:Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	118
APÊNDICE C:Termo de Confidencialidade.....	120
ANEXOS.....	121
ANEXO A: Lista de documentos para comprovação das ações da equipe.....	122
ANEXO B: Termo de aprovação da Comissão Intergestores Regionais: CIR	124
ANEXO C: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.....	125



Figura 1- Imagem do cenário da pesquisa. Pinheirinho do Vale, RS, Brasil, 2017.
Fonte: pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

Na organização da saúde do Estado brasileiro, encontra-se o Sistema Único de Saúde (SUS) tomado como base para a efetivação das políticas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde, integrando-se por um conjunto articulado e organizado de serviços e ações individuais e coletivas aos seus usuários. O SUS foi instituído pela Lei Orgânica Nº 8.080/90, apresentando como campo de atuação os serviços de saúde e almejando a reorientação das práticas de atenção. Dessa forma, é considerado o maior sistema de saúde existente e, por isso, o mais complexo, com compromisso de articular e coordenar ações de prevenção e promoção da saúde, cura e reabilitação de doenças, sendo classificado como um sistema comum, de serviços assistenciais (BRASIL, 2011).

Para reorientação da lógica assistencial do SUS, a proposta da Atenção Básica (AB) foi empregada, referindo-se ao primeiro nível de atenção à saúde. Confere a AB o pilar da organização dos sistemas de saúde, desenvolvendo práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, direcionadas a populações adscritas em seus respectivos territórios, com ações individuais e coletivas, dirigidas à promoção e à proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e preservação à saúde. Dessa forma, a AB deve ser o primeiro contato dos usuários, além do centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)(BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a).

Apresentando alto nível de descentralização e capilaridade, a AB é fundamentada nos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, que permeiam a proximidade e o vínculo com a vida da população. Portanto, a AB almeja a atenção integral, considerando o sujeito em sua singularidade e sua inserção sociocultural (STARFIELD, 2002; VILLELA *et al.*, 2009; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a).

Para reorganização da assistência em nível primário de atenção à saúde, com vistas à expansão de cobertura e acesso da AB, foi implantado no Brasil, em 1994, o Programa da Saúde da Família (PSF), objetivando uma proposta de reorientar o modelo assistencial vigente, centrado na doença e no profissional médico, o qual não o era no usuário com os seus direitos e nem na equipe de saúde. Em 2006, o PSF deixou de ser programa e passou a ser estratégia, haja vista ser um processo permanente e contínuo (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011a).

As ações desenvolvidas nas Estratégias da Saúde da Família (ESF) passam, desse modo, a serem baseadas nos princípios da integralidade, cuidado à saúde e humanização, participação e satisfação do usuário. Para a prática dessas ações, a ESF integra-se por meio do trabalho da equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), além do Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (NASF) e o Centro Especialidades Odontológicas (CEO)(BRASIL, 2000; BRASIL, 2011a).

Sendo a AB considerada o contato inicial do sistema de saúde, o ato de acolher, escutar e elucidar as demandas da população deve ser desenvolvido de forma responsável, humanizado e eficiente, a fim de diminuir os danos e os sofrimentos daqueles que buscam o serviço, promovendo a efetividade e a integralidade do cuidado. A prática dessas ações no contexto da ESF deve ser realizada em trabalho de equipe, que assume responsabilidade sanitária, somando os saberes e tornando os cuidados dirigidos aos integrantes desses territórios efetivos e resolutivos (BRASIL, 2011a)

Nessa configuração, há a necessidade de uma gestão em saúde adequada. É importante que a equipe desenvolva o planejamento para as suas ações em saúde embasadas em planos, considerando as metas e os resultados esperados a médio e a longo prazo. Assim, é possível realizar o monitoramento e a avaliação de suas atividades, culminando em melhorias na qualidade de seus serviços (BRASIL, 2011b; SILVA; NIERO; MAZZALI, 2012).

A busca contínua por um modelo que reorganize as práticas de gestão (que, atualmente, estão voltadas para procedimentos, normas, relatórios e estratégias), focalizado em resultados que venham a propiciar a efetividade dos serviços é um desafio. Os obstáculos que a qualidade da gestão dos serviços públicos enfrenta é atingir a resolutividade, capaz de reduzir ou solucionar problemas, bem como consolidar benefícios e valores almejados pela sociedade.

No processo de gestão do sistema complexo, o qual corresponde ao SUS, o planejamento torna-se uma ferramenta imprescindível na condução organizativa do sistema. O uso do planejamento como instrumento de previsão e racionalização de recursos e de mobilização dos sujeitos tem se desenvolvido de forma limitada no SUS, restringindo-se à formulação de planos, programas e projetos no intuito de atender às exigências normativas e de financiamento. Cabe ao planejamento reconhecer as diversidades e as desigualdades loco-regionais, sem afastar-se da integração sistêmica em processos descentralizados, que se direcionam aos âmbitos regionais e às esferas subnacionais. No entanto, incorporar interesses e necessidades dos sujeitos que disputam na política, sem absorver os princípios e diretrizes éticos-políticos da base discursiva do SUS, e manter consonância com a racionalidade do sistema, torna-se um desafio para a sociedade brasileira (VASCONCELOS; PASCHE, 2006; SILVA; NIERO; MAZZALI, 2012).

Para a mensuração da efetividade e da resolutividade das ações e dos serviços, diversas iniciativas para avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS). O interesse passou a aumentar a partir dos anos 1990, no momento

que as iniciativas ligadas às políticas públicas sociais expandiram-se no contexto da Constituição de 1988, que ampliou os direitos dos cidadãos brasileiros.

Nesse ensejo, o SUS ampliou a importância econômica e política dos programas e serviços de saúde. Mas o processo de institucionalização da avaliação no SUS ainda é incipiente. Cabe a inserção da avaliação na rotina dos serviços, possível somente por meio da implementação de uma cultura avaliativa. Dessa forma, é importante evidenciar a perspectiva útil da avaliação que permite a inclusão e a mediação dos diferentes grupos envolvidos, sejam eles prestadores, profissionais, gestores ou usuários, possibilitando potencializar e renovar a avaliação na rotina dos serviços (FELISBERTO *et al.*, 2010; CARVALHO, 2012).

As várias formas e abordagens em processos avaliativos visam à satisfação do usuário, considerando esse feito, o objeto de avaliação. Com isso, emerge um indicador de qualidade dos serviços de saúde capaz de estimular a promoção e a adequação de mudanças nas práticas de saúde. Seguindo os princípios da proposta da ESF, que elenca a participação e a satisfação da população, a avaliação em saúde permite uma peculiar atuação do usuário, remodelando as práticas de saúde, tornando-as mais humanas e resolutivas, distanciando-se do modelo assistencial hegemônico, positivista, assistencialista e curativista (COSTA, 2008; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Um dos instrumentos utilizados que visa à avaliação e ao fomento de melhorias da qualidade dos serviços, do processo de trabalho, gestão e ações ofertadas aos usuários é o Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), promulgado pela Portaria Nº 1.654/2011. O PMAQ avalia o desempenho dos sistemas de saúde, com o objetivo de mensurar os efeitos das políticas públicas, proporcionando a tomada de decisão, transparência na gestão do SUS, controle e foco no âmbito social e de saúde dos indivíduos, com transparência dos resultados alcançados. Assim, promove a ampliação do acesso, associado à melhoria da qualidade da AB, garantindo um padrão comparável em nível nacional, regional e local (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2015a).

O êxito do PMAQ é embasado no desenvolvimento das ações realizadas pela equipe multidisciplinar no contexto da organização, do ambiente e dos serviços disponíveis na AB. Para tanto, a equipe deve atuar pactuada na continuidade do que se propõe a desenvolver, resultando na produção de saúde (CAMPOS, 2000). Entre os integrantes da equipe, o enfermeiro intermedeia, muitas vezes, os processos de trabalho, coordenando a organização e interagindo com os demais profissionais de saúde, tornando-se elo de convergência e disseminação de informações entre os profissionais e usuários (KAWATA *et al.*, 2009; MATSUMOTO *et al.*, 2011; BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

Dessa forma, o enfermeiro integra o campo da saúde no contexto da AB, apresentando as ações gerenciais e o cuidado de enfermagem como núcleo de suas competências, além do monitoramento e da avaliação dos condicionantes da saúde individual e coletiva. Isso eleva a sua atuação, frequentemente, a coordenador do trabalho das equipes de saúde, possibilitando a articulação de diversos núcleos de saberes em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000; WEIRICH *et al.*, 2009).

Para a articulação das competências elencadas à atuação do profissional enfermeiro, o processo de gestão e gerenciamento das ações e serviços deve ser bem implementado. Cabe ainda instigar a equipe a pactuar e desenvolver as suas funções baseadas em um planejamento e que este esteja em contínuo monitoramento e avaliação. Nesse contexto, o PMAQ pode ser considerado como instrumento direcionador de estratégias para desenvolvimento de planejamento adequado com a realidade do território, com vistas à melhoria do acesso e da qualidade das ações e serviços na AB.

Assim posto, ressalta-se a relevância em conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da implementação do PMAQ nas equipes de ESF e as repercussões nas ações e serviços após implantado esse sistema avaliativo. Entende-se que essa reflexão pode ter influência sobre o processo de trabalho das equipes, bem como no processo de gestão e gerenciamento realizado pelo enfermeiro. Além disso, como grande parte dos estudos disponibilizados na literatura sobre o programa é analisada a partir do banco de dados secundário do PMAQ, justifica-se a pertinência em compreender como o profissional enfermeiro posiciona-se e reflete sobre as propostas do programa.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2015b) apresenta, em seu item 22 da subagenda de áreas descritas, a necessidade de estudos sobre a organização básica do sistema, assim como integralidade, descentralização, regionalização, intersetorialidade, cobertura, acesso e continuidade, qualidade e efetividade, traduzindo a relevância do tema (BRASIL, 2015b).

Corroborando com o contexto apresentado, o envolvimento da pesquisadora com as questões da AB iniciou como trabalhadora em nível técnico em enfermagem, com experiência de quatro anos no serviço de uma ESF. Na condição de estudante de graduação, por afinidade com as questões relacionadas à Saúde Coletiva manteve atividades voltadas para esse campo, entendendo como necessário, um olhar mais aprofundado para as questões da gestão e da avaliação do serviço, vistas como importantes no estabelecimento da qualidade da AB.

Ao ingressar no mestrado, a atuação no Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva/Universidade Federal de Santa Maria (GEPESC – UFSM), na Área de

Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, oportunizou o desenvolvimento de estudos na Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde. Isso viabilizou o envolvimento no projeto matricial intitulado “A percepção de usuários, gestores, profissionais e conselheiros municipais de saúde acerca da implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS”, configurando o desenho da pesquisa, com o propósito de abordar a dimensão dos profissionais enfermeiros.

Parte-se do pressuposto que, no processo de implementação do PMAQ, podem existir dúvidas e dificuldades dos enfermeiros no entendimento quanto à sua relevância e efetividade, uma vez que consiste em um programa relativamente novo na AB.

Tendo em vista essas considerações, esta pesquisa embasou-se na seguinte questão norteadora: “Qual a percepção dos enfermeiros de ESF acerca da implementação do PMAQ e a repercussão nas ações em saúde na Atenção Básica?”

Ressalta-se que a presente dissertação apresenta os resultados emergidos da pesquisa em formato de três artigos científicos.

1.1 Objetivo Geral

- Conhecer a percepção dos enfermeiros de ESF de municípios da 19ª CRS acerca da implementação do PMAQ e as repercussões nas ações em saúde.

1.2 Objetivos específicos

- Obter os indicadores bibliométricos sobre as produções científicas da implementação do PMAQ.

- Conhecer o impacto da implementação do PMAQ sobre o processo de trabalho do enfermeiro nas ESF.

- Conhecer e compreender a percepção dos enfermeiros sobre o processo de trabalho da equipe a partir do PMAQ-AB implementado nas ESF.



Figura 2- Imagem do cenário da pesquisa. Três Passos, RS, Brasil, 2017.
Fonte: pesquisa. 2017.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A apresentação do referencial norteador do estudo transcorrerá sobre o que a literatura tem apresentado sobre a temática, subdividido nos principais eixos: “Interfaces do Sistema Único de Saúde: reconfigurações da Atenção Básica por meio da Estratégia da Saúde da Família”; “O ciclo da gestão em saúde: planejamento em saúde, triangulação e monitoramento e avaliação das ações em saúde”; “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ/AB”; e “Campo e núcleo dos saberes: o trabalho em saúde e implicações para a prática do enfermeiro na Atenção Básica”.

2.1 INTERFACES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RECONFIGURAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

No arranjo organizacional do Estado brasileiro, encontra-se o SUS, considerado base para a efetivação da política de saúde no Brasil, traduzindo as políticas e as diretrizes em ações em saúde. Integra-se por um conjunto articulado e organizado de serviços e ações, concentrando organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional. Integra, ainda, os serviços privados de saúde, quando contratados ou conveniados para serem utilizados na prestação de serviços aos usuários, em sentido complementar (VASCONCELOS; PASCHE, 2006; SOUZA; COSTA, 2010).

O SUS foi instituído pela Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080/90, resultado da Reforma Sanitária Brasileira (1970), originada no movimento sanitário, processo de mobilização política no qual a população almejava novas políticas e modelos de organização do sistema, serviços e práticas no setor da saúde. Esse movimento culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986), que discutiu e elegeu o conceito de saúde e projetou os fundamentos do SUS. Como consequências desse processo, houve a inserção do texto constitucional de saúde, constituindo-se como direito dos cidadãos e dever do Estado, passando a ter força jurídica e política, as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 1990a; VASCONCELOS; PASCHE, 2006; SOUZA; COSTA, 2010; PAIM *et al.*, 2011).

O SUS abarca a coordenação e a integração do conjunto das ações e dos serviços de saúde nas três esferas de governo e implica a articulação de subsistemas verticais (vigilância e assistência à saúde) e subsistemas de base territorial (estaduais, regionais e municipais), para, assim, atender as demandas de atenção à saúde de modo funcional. Por conseguinte, é considerado um sistema complexo, com compromisso de articular e coordenar ações de promoção e prevenção com a cura e a reabilitação, não sendo classificado como um sistema

meramente de prestações de serviços assistenciais (BRASIL, 1990a; VASCONCELOS; PASCHE, 2006; SOUZA; COSTA, 2010; PAIM *et al.*, 2011).

As leis federais que regulamentam o SUS são a Lei n.º8.080, que origina o SUS, e a Lei n.º8.142, que imprime a efetiva participação da população na gestão dos serviços, ou seja, o controle social, ambas sancionadas em 1990. Essas leis especificam a organização e o funcionamento do sistema. Posteriormente, foi ampliado o arcabouço jurídico nacional por sucessivas leis relativas à saúde, como: a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); a criação do Sistema Nacional de Auditoria, regulamentado pela Lei 8.689/93; a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Lei 9.782/99; a Emenda Constitucional 29/2000, que vinculou recursos orçamentários para a saúde (BRASIL, 1990a; VASCONCELOS; PASCHE, 2006; SANTOS; CAMPOS, 2015).

As legislações estaduais e municipais complementam o ordenamento jurídico do sistema, regulamentando, em cada instância, a instituição ou a adaptação de órgãos, desde que previstos na legislação federal, como os conselhos de saúde e os fundos, e o funcionamento do SUS no âmbito municipal e estadual. O MS, mediante acordos na negociação tripartite entre gestores municipais, estaduais e federal, também orienta a operacionalização do sistema pelas resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, bem como nas Normas Operacionais Básica e de Assistência à Saúde (NOBs e Noas). Esse processo uniformizado das prescrições normativas mediante as leis e as portarias ministeriais não considera as diferenças locais entre os municípios e os estados, o que resulta, muitas vezes, na dificuldade de seu cumprimento (BRASIL, 1990a; VASCONCELOS; PASCHE, 2006; SANTOS; CAMPOS, 2015).

O texto constitucional e as leis ordinárias que regulamentam o SUS asseguram diretrizes organizativas e princípios doutrinários, elegidos pela sociedade brasileira, que se articulam e complementam na conformação da organização dos sistemas. Eles atuam como linhas de base às proposições de reorganização dos serviços e das práticas em saúde, estando em consonância com os preceitos de bem-estar social e racionalidade organizativa. Os princípios conferem legitimidade ao sistema, abrangendo a universalidade do acesso à saúde a todos os cidadãos brasileiros, a integralidade da atenção e a equidade, o direito à informação sobre a sua saúde, que representa a afirmação da cidadania, a utilização da epidemiologia na definição de prioridades e a participação da comunidade (BRASIL, 1990a; VASCONCELOS; PASCHE, 2006; SANTOS; CAMPOS, 2015).

A descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, é uma diretriz que visa imprimir racionalidade ao funcionamento do SUS. Nesse rol, é enfatizada a integração das ações e recursos embasados no planejamento ascendente em saúde (BRASIL, 1990a; VASCONCELOS; PASCHE, 2006; SANTOS; CAMPOS, 2015).

O SUS almeja a reorientação das práticas de atenção e apresenta, como base de atuação, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, a APS valeu-se dos princípios emergidos na Reforma Sanitária para reorientar o modelo assistencial no SUS. O conceito de Atenção Primária (AP) foi mencionado pela primeira vez no Relatório Dawson (1920), cujo documento apresentava anseios em reorganizar o modelo de atenção em ambientes de saúde primários, secundários, domiciliares, suplementares e hospitais de ensino. Essa percepção influenciou a maneira de organização dos sistemas de saúde no mundo ao caracterizar a organização dos sistemas em regional e integral (MATTA; MAROSINI, 2008; CONILL, 2008).

Nessa configuração, cabe ressaltar que, no Brasil, a expressão “Atenção Básica” é empregada ao primeiro nível de atenção à saúde, mas também coexistem as expressões “Atenção Primária (AP)” e “Atenção Primária à Saúde (APS)” em documentos oficiais, gerando controvérsias entre autores. Mello, Fontanella, Dermazzo (2009) consideram que esses termos podem ser usados como sinônimos, sem que ocorra um problema conceitual. Oliveira e Pereira (2013) fazem distinção entre as expressões, pois a APS na literatura internacional orienta-se por eixos estruturantes, nominados de atributos essenciais, que abrangem a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, assim como atributos derivados da orientação familiar e comunitária e competência cultural. O Banco Mundial, como exemplo de organismo internacional, assim como alguns países, concebe a atenção primária como um conjunto de ações de baixa complexidade para populações de “baixa renda”, com propósito de diminuir a exclusão social e econômica (BRASIL, 1979).

A fim de confrontar com essa orientação político-ideológica da AP direcionada a populações pobres, o Brasil emprega o uso da expressão AB, buscando reiterar o caráter universal da declaração Alma-Ata (1978)¹, englobando setores públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, no SUS (BRASIL, 1979).

¹ Declaração de Alma-Ata é a carta de intenções resultante da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Enquadrou-se no movimento mundial, sob a responsabilidade e empenho da OMS, de combater as desigualdades entre os povos e a alcançar a audaciosa meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”.

A AB é identificada de forma concomitante por ações individuais e coletivas, empenhada na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e preservação da saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2011a). Os serviços desenvolvidos apresentam potencialidades para elucidar problemas de saúde, como agravos patológicos de relevância epidemiológica, ou desenvolver ações que necessitam de pouca tecnologia, com equipamentos e insumos. Além disso, os serviços apresentam capacidade para coordenar atenção à saúde direcionada às necessidades dos usuários, que ultrapassam, muitas vezes, o domínio patológico e epidemiológico (BRASIL, 2011a).

A portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica, nº 2488/2011, determina que o desenvolvimento da AB seja por meio do exercício das práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe fundamentado na realidade das populações de territórios definidos. Essa configuração caracteriza a AB como pilar da organização dos sistemas de saúde (VILLELA *et al.*, 2009; BRASIL, 2011a).

Para atuar em territórios delimitados, o nível primário de atenção à saúde no Brasil é estruturado através da ESF. Nas estratégias, é aplicada a reorganização da assistência e implementação do SUS. As ações desenvolvidas nesse serviço são mediadas no trabalho em equipe multiprofissional, em que atuam médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e ACS (BRASIL, 2011a).

A referida lei preconiza que cada equipe deve se responsabilizar por 600 a 1000 famílias, podendo corresponder em média 2.400 a 4.500 habitantes. A população desse território deve ser cadastrada e acompanhada com o conhecimento por famílias, identificação das condições de saúde e situações de risco na coletividade, planejamento de atividades e realizações de ações no enfrentamento de fatores de risco no processo saúde-doença, bem como, educativas e intersetoriais, oferecendo, dessa forma, assistência integral às famílias. Importante salientar que a assistência integral consiste na prevenção, sem negligenciar a assistência (CAMPOS, 2000; MATTOS, 2004; ESCOREL *et al.*, 2007; BRASIL, 2011a; OLIVEIRA, 2013).

Para o êxito do SUS, no contexto da ESF, é necessário que a equipe designe um planejamento para as suas ações em saúde a partir de um plano, considerado produto momentâneo do processo de planejamento. Segundo Matos, Pires e Campos (2009), o plano é um instrumento de negociação, que permanece em constante construção. Na ESF, o plano deve ser considerado base de orientação da equipe de saúde, com potencialidade para apontar as necessárias correções dos rumos, para avaliar, posteriormente, os resultados obtidos, embasados nos objetivos propostos.

Ressalta-se que, em setembro de 2017, houve a implementação de uma nova portaria para regulamentação da Política Nacional de Atenção Básica, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. As novas propostas e as alterações impactam as estruturas e as organizações das equipes de saúde, os horários e as atribuições de alguns profissionais e a organização em territórios para o atendimento ao usuário, além da implementação de uma Cartilha de Serviços (BRASIL, 2017b).

2.2 O CICLO DA GESTÃO EM SAÚDE: PLANEJAMENTO EM SAÚDE, TRIANGULAÇÃO E MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

A gestão em saúde apresenta como desígnio a produção de decisões, que suscitam o processo de intermediação e implementação de políticas. Nesses processos, há subjetividade e complexidade, onde os sistemas de direcionamento e os arranjos para a tomada de decisões abarcam características e qualidades das pessoas envolvidas (motivações, interesses, racionalidades sobrepostas, qualidade estratégica, intuição). Esses atores devem ser dotados de experiência, conhecimento, habilidades, capacidades cognitivas, além de possuírem habilidades de controle de recursos e capitais (financiamento, tecnologias, informações, tempo). Dessa forma, não se configura um movimento simples, que parte somente de sistemas e serviço social (MIRANDA, 2005; SANTOS; ANDRADE, 2007; CARVALHO *et al.*, 2012).

No contexto do SUS, os interesses comuns tornam-se harmônicos decorrentes dos benefícios locais, regionais, estaduais e nacional, configurando-se um exemplo de federalismo cooperativo², contudo, mantendo a autonomia para garantir direção única de atenção à saúde. O resultado dessa articulação é o desenvolvimento de uma tecnologia de regulação fundamentada nas necessidades da população, bem como na vulnerabilidade e no risco. Por conseguinte, evidencia-se a necessidade de intervenção política e o estabelecimento de diretrizes e critérios no âmbito da participação e controle social (MIRANDA, 2005; SANTOS; ANDRADE, 2007; CARVALHO *et al.*, 2012). Esse ciclo de ações e estratégias para consolidar a gestão do SUS só é possível dentro dos sistemas de saúde, mediante um planejamento fundamentado e bem implementado.

Em entrevista realizada por Huertas (1996), Carlos Matus refere que:

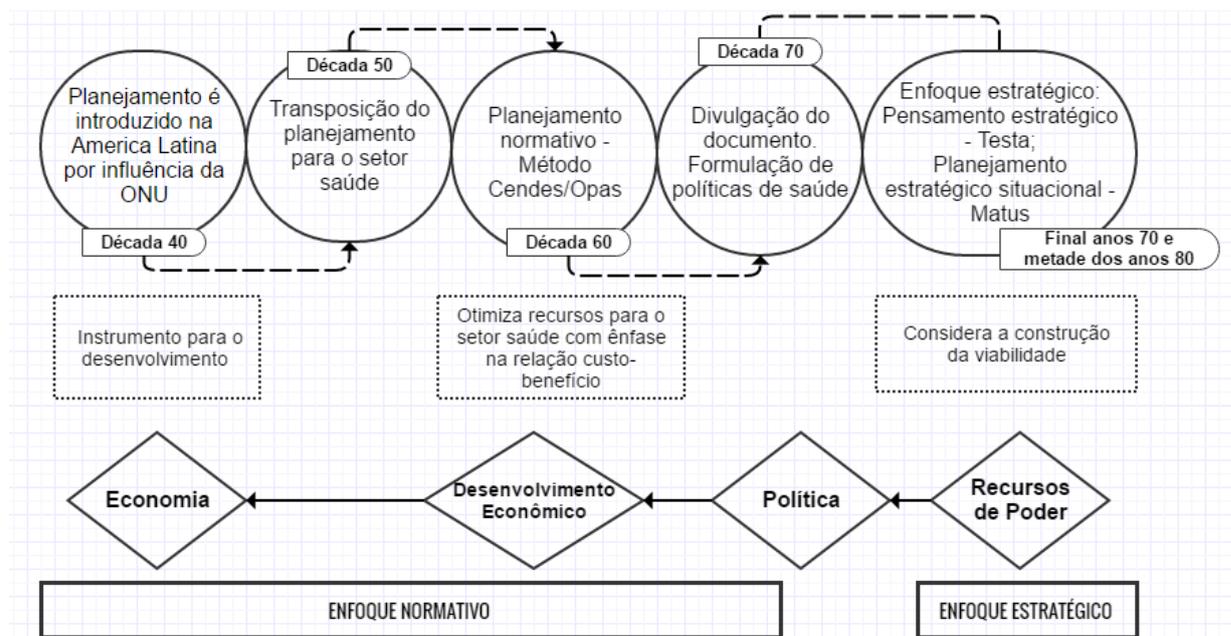
Planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor-se objetivos. É projetar-se para o futuro, porque as ações de hoje terão sido eficazes, ou ineficazes, dependendo do que pode acontecer amanhã e do que pode não acontecer. O Planejamento é a ferramenta para pensar e criar o futuro porque contribui com um modo de ver que ultrapassa as curvas do caminho e chega à fronteira da terra virgem ainda não palmilhada e conquistada pelo homem. Essa visão ampla serve como suporte de decisões de cada dia: os pés no presente e o olhar no futuro. Planejamento é o cálculo que precede e preside a ação.

(MATUS apud HUERTAS, 1996)

² A Constituição de 1988, em seu art. 23, instituiu no Brasil o **federalismo cooperativo** ao elencar as competências comuns entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de forma que todos os entes da Federação devem colaborar para a execução das tarefas determinadas pela Constituição.

O planejamento é implementado por meio de vários métodos. Cada modelo apresenta as suas vantagens e desvantagens conforme a situação em que se aplica, todavia, as maiores influências no planejamento em saúde são as do pensamento normativo e estratégico (GIOVANELLA, 1991). Conhecer a história do planejamento na América Latina, bem como as origens do planejamento em saúde, possibilita melhor compreensão sobre como essas duas correntes influenciam nesse contexto. A Figura 3 apresenta, em síntese, o histórico do planejamento em saúde na América Latina.

Figura 3 - Síntese do histórico do planejamento na América Latina



Fonte: (OLIVEIRA, 2017, adaptado de GIOVANELLA, 1991; ALMEIDA *et al.*, 2001; e TEIXEIRA, 2001).

O Planejamento Normativo é fundamentado em problemas de natureza técnica, centrado na lógica da formulação através de planos, programas e projetos para explanar o desejável, sendo o sujeito em destaque nesse modelo, as técnicas e o papel que desenvolvem. Os objetivos são definidos segundo os diagnósticos, que evidenciam o centro do planejamento, através de desenho que abrange os aspectos da realidade social. O objeto sofre influência das decisões tomadas pelo planejador, que está sobre e fora da realidade planejada, concentrando o monopólio do plano, da mesma forma que o sujeito que realiza o plano tem capacidade para controlar a realidade desejada (MATUS, 1993; MATUS, 1996; TESTA, 1989, 1995; TEIXEIRA; 2010).

O planejamento normativo não considera significativamente o oponente, os obstáculos e as dificuldades que possam condicionar a factibilidade do planejamento. O ponto de partida para a sua implementação é um modelo analítico que fundamenta a situação problema, expressado através de um diagnóstico, já o ponto de chegada configura um modelo normativo que indica o desenho que deve ser seguido (MATUS, 1993; MATUS, 1996; TESTA, 1989, 1995; TEIXEIRA; 2010).

O Planejamento Estratégico baseia-se no problema centrado na lógica da realização, através de planos, programas e projetos que expressam possibilidades, integrando o aporte metodológico dos diferentes profissionais, além das expectativas, interesses, necessidades e problemas dos envolvidos. O objeto é definido a partir do resultado emergido do consenso social entre os diferentes atores sociais. Mesmo que implicados no processo de resolução, não controlam a realidade planejada, sofrendo influência da política e da intervenção de todos os atores envolvidos (MATUS, 1993; TESTA, 1995; QUEIRÓS *et al.*, 2010; RIVERA; ARTMANN, 2010).

O centro do planejamento e a sua dinâmica de condução não se constituem em um plano, pois consideram as questões da conjuntura política, econômica e social. O planejamento estratégico busca conciliar o conflito e o consenso como fatores atenuantes dos processos sociais, que, como consequência, condicionam a realização do planejamento. O ponto de partida é a situação inicial, que explica a situação problema, expressa em forma de diagnóstico, e o ponto de chegada é a situação objetivo, que expressa a situação de tempo e da imagem objetivo, configurando-se no horizonte utópico. Nesse modelo de planejamento, o ator que planeja está inserido na realidade, coexistindo com os demais atores sociais que contribuem no planejamento. Dessa forma, não há monopólio na elaboração do planejamento, mas a contribuição de vários planos (MATUS, 1993; TESTA, 1995; QUEIRÓS *et al.*, 2010; RIVERA; ARTMANN, 2010).

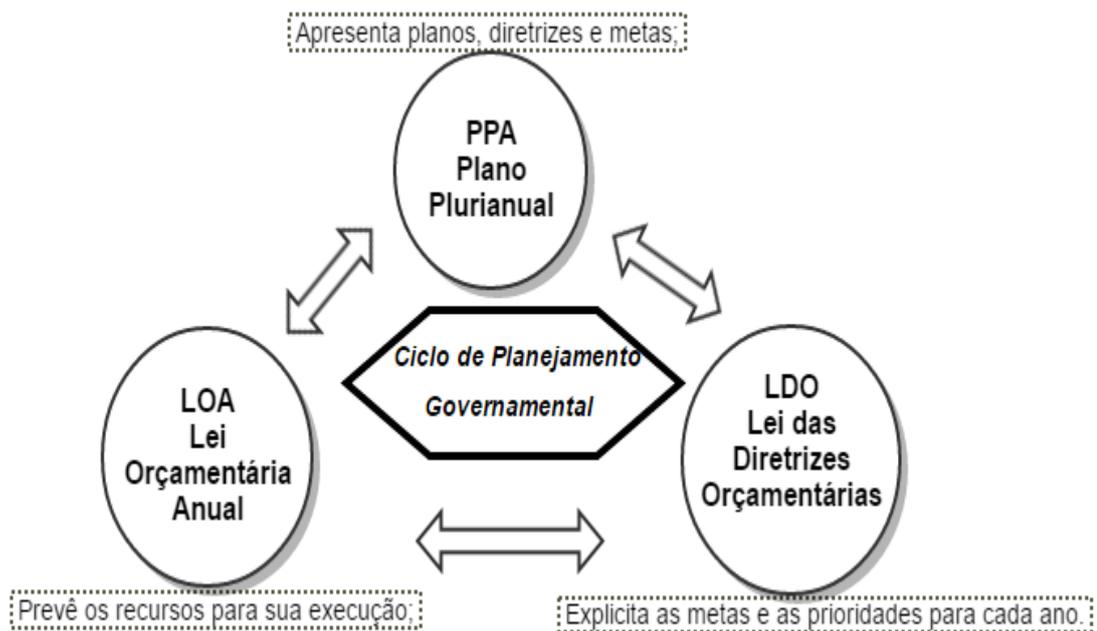
A perspectiva do modelo estratégico exerceu forte influência no movimento sanitário brasileiro, em que o Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi mais difundido, utilizado e atualizado (VILASBÔAS, 2004). Matus (1993) conceitua PES como a arte de governar situações de poder compartilhado, que remete às situações da realidade vivida. Ele considera esse processo dinâmico e contínuo, que ocorre antes da ação, mas possibilita dar sua direção, envolvendo aprendizagem-correção-aprendizagem. O método elaborado por Matus forma um complexo de ação, situação e ator social, voltado para situações problemas que devem ser sanadas através de intervenções. A proposta conceitual e metodológica do PES abarca um conjunto de métodos a serem empregados nos diferentes momentos do planejamento, que

podem ser: explicativo, normativo, estratégico e o tático-operacional (MATUS, 1989; GIOVANELLA, 2012).

No contexto do SUS, reconstruir ou implantar a cultura do planejamento torna-se um avanço pelo reconhecimento como uma ferramenta de gestão relevante e um desafio, pois o planejamento engloba a consolidação de uma cultura que demanda mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais (QUEIRÓS, 2010).

Como exemplo do esforço exercido pelas três esferas de governo a fim de viabilizar e implementar essa ferramenta, o PlanejaSUS contribui com o aperfeiçoamento permanente da gestão e, conseqüentemente, para a qualidade da vida da população, tornando a prestação dos serviços resolutiva e humanizada. O PlanejaSUS é concebido mediante revisão e sistematização do SUS no contexto do Pacto de Gestão, objetivando promover a articulação nas três esferas de governo, intermediado pela ação governamental, constituindo o Ciclo de Planejamento Governamental previsto pela Constituição de 1988 (ver Figura 4) (BRASIL, 1988; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

Figura 4 – Representação do Ciclo de Planejamento Governamental



Fonte: (OLIVEIRA, 2017 adaptado de BRASIL, 2009).

Considera-se que o processo ascendente de planejamento no SUS sustenta o aperfeiçoamento da gestão do sistema, conferindo-lhe direcionalidade. Para isso, deve garantir

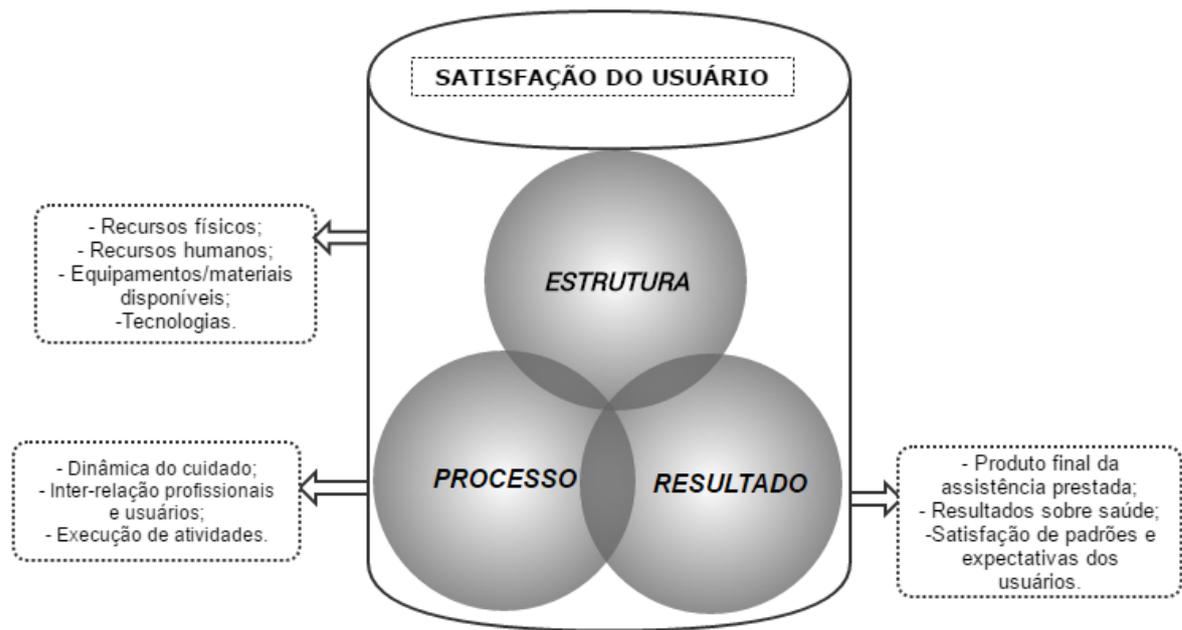
a participação popular e o controle social. Ressalta-se que os municípios utilizam diferentes modelos de planejamento, variando daqueles que contemplam a projeção de tendências até os mais complexos que objetivam uma visão problematizadora da realidade, a fim de construir os instrumentos de Planejamento do SUS, que contemplam o Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) (BRASIL 2006k; BRASIL, 2009; BRASIL, 2013a).

Após a implementação do planejamento visando à qualidade no contexto do SUS, a corrente de valorização da avaliação começou a crescer, conferindo a instituições e programas modificações compatíveis aos novos e complexos contextos da sociedade que se apresenta em constante transformação.

No Brasil, a avaliação fortaleceu-se, a partir dos anos 90, com a ampliação de direitos dos cidadãos na proposição de políticas públicas, sendo que o SUS representa o maior exemplo. A avaliação é caracterizada como uma ferramenta dos serviços de saúde, auxiliando o planejamento e a implementação das ações, direcionando o uso efetivo dos recursos, mensurando a qualidade e, principalmente, a satisfação da população usuária dos serviços disponíveis. Destaca-se, dentre os pesquisadores no âmbito da avaliação da qualidade de serviços de saúde no cenário mundial, a partir da década de 60, Avedis Donabedian e sua proposta de avaliação qualitativa denominada tríade: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980; CARVALHO; 2012).

De acordo com a tríade proposta pelo autor (ver Figura 5), a estrutura corresponde aos recursos físicos e humanos para a execução dos serviços, citando a estrutura física, equipamentos e insumos, quantidade e qualificação dos profissionais, além de recursos financeiros disponíveis para manter a infraestrutura e a tecnologia viável dos serviços. Entende-se por processo a efetivação das atividades e da dinâmica ajustada nas relações entre profissionais e usuários, alinhado ao resultado para ser empregado como estimativa da qualidade. O resultado é compreendido como etapa final da assistência prestada, levando em consideração a saúde, a satisfação de padrões e expectativas do usuário com o cuidado conferido, além do restabelecimento da função social e psicológica do paciente, dos conhecimentos construídos acerca da doença ou situação de saúde vivenciada e as atitudes cabíveis relacionadas (DONABEDIAN, 2001; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; ARAÚJO, 2014).

Figura 5 - Representação da Tríade de Donabedian (2001)



Fonte: (OLIVEIRA, 2017 adaptado de DONABEDIAN, 2001).

De acordo com a lógica do autor, o processo torna-se o percurso para o exame da qualidade dos serviços e das ações de cuidado, assim como os resultados, refletirão nos efeitos proporcionados pelo serviço bem estruturado e as ações resolutivas, alinhado a uma estrutura condizente. Esse conjunto caracteriza-se como um indicador indireto de qualidade. No entanto, a estratégia mais adequada para a avaliação da qualidade, será requerida pela seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (DONABEDIAN, 2001; PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

Frequentemente, as práticas resultantes da ação social planejada têm sido objeto de avaliação, como as políticas, os programas e os serviços de saúde. A política de saúde é entendida como conjunto de critérios normatizados pelo Estado, incluindo diretrizes, normas, programas, refletidos em ações, orientações e investimentos para serem aplicados aos problemas de saúde expostos pela população (PAIM; TEIXEIRA, 2006; ARAÚJO, 2014). Dessa forma, o MS tem concentrado esforços para a execução das políticas públicas, embasadas no monitoramento e na avaliação de processos e resultados, com o objetivo de suscitar os gestores dos três níveis de governo a disponibilizarem serviços de qualidade de acordo com as necessidades da população (ARAÚJO, 2014).

Existem diferentes concepções no que tange à saúde de boa qualidade, quer por prestadores, consumidores e sociedade no contexto geral. No entanto, todos identificam a

relevância dos aspectos interpessoais e técnicos para dimensionar a qualidade em saúde (DONABEDIAN, 2001).

Com intuito de manter e elevar a qualidade das ações e dos serviços de saúde e, em consequência, a satisfação de seus usuários, a avaliação em saúde tem corroborado nesse sentido. Todavia, é considerada tão velha quanto o mundo, segundo Contandriopoulos *et al.* (1997), constituindo um processo inerente ao aprendizado. Na saúde, ela emerge incorporada aos avanços da epidemiologia e da estatística, mediante testes de utilidade de variadas intervenções, que são direcionadas de maneira específica ao controle de doenças infecciosas e à criação dos primeiros sistemas de informação, que possibilitaram a orientação das políticas sanitárias nos países desenvolvidos (HARTZ, 2012).

É possível delimitar as tendências norteadoras da avaliação em trajetórias, organizadas em gerações. O princípio dessas gerações delimitou as mudanças teórico-conceituais que se fizeram presentes na época e ainda são essenciais na conformação e na legitimação no campo da avaliação. No período da 1ª Geração (1910-1930), a avaliação era instrumento de um técnico, que necessitava saber construir e usar instrumentos para medir os fenômenos e as intervenções. Na 2ª Geração (1930 – 1967), era necessário identificar e descrever os programas, compreender as estruturas, forças e fragilidades, verificando a possibilidade de atingir os resultados esperados e realizar as recomendações para sua implementação (CRUZ; REIS, 2011 apud GUBA; LINCOLN, 1989).

Posterior à Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a avaliação é marcada como processo social, formal e sistemático, aplicado no esforço de legitimar e institucionalizar uma prática de julgamento do êxito das políticas públicas implementadas, além da prestação de contas. A 3ª Geração (1967 - 1980) ressalta, como competência do avaliador, a institucionalização das práticas avaliativas, evidenciada pela emergência da profissionalização e pelo crescente número de publicações específicas, além do surgimento das associações de avaliadores internacionais e dos padrões de qualidade, para a possibilidade do julgamento do mérito e do valor de uma intervenção no auxílio da tomada de decisões adequadas (CRUZ; REIS, 2011 apud GUBA; LINCOLN, 1989).

A 4ª Geração (1980 - hoje) não exclui as necessidades anteriores, mas torna a avaliação inclusiva e participativa, constituindo um processo de negociação entre os sujeitos envolvidos na intervenção, no sentido que o pesquisador-avaliador também é colocado como parte do processo e não somente julgador (CRUZ; REIS, 2011 apud GUBA; LINCOLN, 1989).

A preocupação com a avaliação em saúde no Brasil fortaleceu-se a partir dos anos 90, devido à proposição das políticas públicas sociais que se refletem na ampliação dos direitos dos cidadãos por meio da Constituição de 1988. A partir da concepção do maior projeto social do país, o SUS, diversas iniciativas de institucionalização da avaliação vêm sendo implementadas. Institucionalizar-se refere incluir a avaliação na rotina das instituições, auxiliando como ferramenta no planejamento e na implementação das ações, norteando o uso adequado dos recursos, mensurando a satisfação da população usuária e, por conseguinte, influenciando o processo de trabalho (FELISBERTO *et al.*, 2006; CRUZ; REIS, 2011 apud GUBA; LINCOLN, 1989; SANCHO; DAIN, 2012).

Avaliar no contexto de saúde consiste em empregar um julgamento de valor a uma intervenção, devendo ocorrer mediante instrumentos que forneçam informações validadas cientificamente, que considerem as decisões e as ações pelos diferentes sujeitos envolvidos e empenhados com o objeto avaliado. O julgamento pode ser o resultado obtido após a aplicação de critérios e normas, conceituado como avaliação normativa, ou através da elaboração de procedimento científico, que é as chamadas pesquisas avaliativas (CONTANDRIOPOULOS, 2006; SILVA, 2008; CRUZ, 2012).

O estudo de cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios é caracterizado pela avaliação normativa. A pesquisa avaliativa tem como finalidade examinar as relações existentes entre os diferentes elementos de uma intervenção, embasada no procedimento científico, podendo ser compreendida como o julgamento das práticas sociais, a partir da concepção de um questionamento que ainda não foi elucidado. Isso ocorre em contexto geral ou particular, mediante as características dessas práticas e do recurso metodológico (CONTANDRIOPOULOS, 2006; SILVA, 2008; CRUZ, 2012).

Nas três esferas de governo, a competência da atuação do gestor do SUS é consolidada a partir das funções de gestão na saúde, das quais as subfunções e as atribuições compreendem a formulação de políticas e planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema, redes, e dos prestadores públicos ou privados, bem como a prestação direta de serviços de saúde. Dessa forma, monitoramento e avaliação são ferramentas essenciais para orientar a tomada de decisão, possibilitando o aprimoramento da qualidade da gestão em saúde (MATTA, 2008; CRUZ; REIS, 2011; BRASIL, 2016a).

O monitoramento acompanha diariamente as informações pertinentes dos serviços, verificando a existência de alterações, mas não busca a fundo conhecer as suas razões. Caracteriza-se por um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, propondo-se à obtenção de informações em tempo factível, subsidiando a tomada de

decisão, redução de problema e correção dos caminhos. A avaliação possibilita expandir a verificação do monitoramento para melhor compreensão do avaliado. Assim, requer maior rigor na manipulação dos procedimentos metodológicos e na busca de evidências com credibilidade para um julgamento de intervenção viável (CRUZ; REIS, 2011; CARVALHO *et al.*, 2012; CRUZ, 2012; BRASIL, 2016a).

Com o propósito de uma organização interna e de institucionalização da cultura de avaliação, o MS, no ano de 2000, criou a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, com o desígnio de formular e conduzir os processos avaliativos, e com o papel estratégico de redirecionamento da organização do sistema de saúde no país (BRASIL, 2005). Atualmente, o CAA/DAB e todo o MS têm elencado, como prioridade, a execução de ações de monitoramento e avaliação dos processos e resultados, além de iniciativas que identifiquem a qualidade dos serviços de saúde disponíveis à população e estimulem a ampliação do acesso e da qualidade nos âmbitos de saúde existentes no país.

Além dessa coordenação, outras estratégias foram adotadas pelo MS. O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), reformulado em janeiro de 2015 pela Portaria GM/MS N°. 28/2015, visando fortalecer a avaliação de saúde, e sua estratégia mais atual, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011 (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2016b; BRASIL, 2015c; BRASIL, 2016a), o qual será apresentado no próximo capítulo.

2.3 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ/AB

A cobertura da Atenção Básica no Brasil permite ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, compreendendo o acesso de mais de 100 milhões de brasileiros. São cerca de 39 mil Unidades Básicas de Saúde e mais de 600 mil profissionais atuando nos municípios do país (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015c)

Concomitantemente à expansão de cobertura e do acesso, foram fomentados esforços para a melhoria da qualidade dos serviços, do processo de trabalho, de gestão e das ações ofertadas aos usuários. Entre as transformações ocorridas no cenário de saúde, um dos produtos instituídos foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pela Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011 e Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015 (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2015a).

O PMAQ corresponde a um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde que propõe mensurar os efeitos das políticas de saúde, direcionando a tomada de decisão, transparência dos processos de gestão do SUS, fornecer o controle social e manter o foco do sistema de saúde nos usuários, permitindo a visibilidade dos resultados alcançados. Suscita a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2015a). Por conseguinte, permite maior efetividade das ações governamentais direcionadas à AB, sendo considerado locus privilegiado para o exercício do monitoramento e avaliação para fins de institucionalização de melhorias (BRASIL, 2015c; BRASIL, 2016a).

Os objetivos que regem o PMAQ-AB podem ser descritos como: a) Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população, garantindo a satisfação dos seus usuários, através de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações; b) Fornecer padrões de organização nos serviços e práticas adequadas que norteiem a melhoria da qualidade; c) Promover maior conformidade nos serviços com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, satisfação dos usuários, qualidade das práticas de saúde e eficiência e efetividade do sistema de saúde; d) Promover a qualidade e a inovação na gestão, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo; e) Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão; f) Institucionalizar uma cultura de avaliação e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; g) Estimular o foco no usuário, promovendo a

transparência dos processos de gestão, a participação e o controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2015a).

Os repasses do PMAQ correspondem a uma das fontes variáveis do Piso da Atenção Básica (PAB). Por meio da Norma Operacional Básica (NOB) 96, o Governo Federal financia a AB, mediante duas propostas de remuneração, nomeadas de PAB, sendo este o piso mínimo repassado aos municípios para investimentos na saúde. O PAB é dividido em duas modalidades, PAB fixo: parcela de recursos calculada de acordo com a população do município (censo-IBGE), multiplicado por valor em reais e PAB variável: repassado para os municípios que realizam ações estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde, sendo o PMAQ uma dessas (BRASIL, 2015a).

O programa permite elevar os repasses financeiros do incentivo federal para os municípios que fizeram adesão e que atingirem melhorias nos padrões de qualidade da AB. Com isso, espera-se que, no acompanhamento dos processos de trabalho e seus resultados, as equipes e os gestores envolvam-se na busca por soluções das intercorrências cotidianas, obtendo, como consequência, benefícios para os usuários de forma individual e coletiva.

O primeiro ciclo do programa foi lançado pelo MS em 2011. Em 2013, foi desenvolvido o segundo ciclo e, em 2015, iniciou-se o 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada³), incluindo as equipes de Saúde Bucal (SB), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que se encontram em congruência com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015a).

Nesse terceiro ciclo, 5.324 municípios brasileiros aderiram ao programa, correspondendo a 95,6%. Destes, totalizam 38.865 (93,9%) equipes de AB, apresentando 25.090 (95,9%) equipes de SB e 4.1140 (91,2%) NASF. Completando seis anos de implementação do programa, a adesão pelos municípios ao PMAQ tem aumentado consideravelmente (ver Figura 6).

Figura 6 -Quadro da expansão do PMAQ relacionado aos ciclos de adesão nas ESF

³Equipes parametrizadas são equipes de Atenção Básica tradicionais, que foram padronizadas em relação ao tipo de profissional, carga horária e adscrição da população, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Ciclo	ESF sem SB	ESF com SB	Total ESF	NASF
1º	5.024	12.458	17.482	0
2º	10.577	19.946	30.523	1.813
3º	13.775	25.090	38.865	4.110

Fonte: Oliveira, 2017

Para ser implementado nos municípios, o PMAQ estabelece algumas diretrizes que devem ser seguidas: a) Definir parâmetro de qualidade, dentro das diferentes realidades de saúde, a fim de promover maior resolutividade das equipes de saúde; b) Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados; c) Transparência nas etapas, permitindo o contínuo acompanhamento das ações e resultados pela sociedade; d) Envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais e municipais, as equipes de saúde da AB e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB; e) Desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização, implicando a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; f) Fomentar o fortalecimento do modelo de atenção previsto na PNAB, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades; g) Adesão voluntária das equipes de saúde e dos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pro-atividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2015a).

As etapas do processo de implementação de cada ciclo do PMAQ, que ocorre a cada 24 meses, constituem-se em três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que se complementam e configuram um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. A primeira fase de Adesão e Contratualização é a de adesão formal ao programa pelo Distrito Federal e Município, por meio do preenchimento de formulário eletrônico específico, indicado pelo MS. A contratualização da equipe de saúde da AB e do gestor do distrito federal (DF) e municipal será em consonância com as diretrizes e os critérios definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB. Será informada, nessa fase, a adesão do município ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e à Comissão Intergestores Regional (CIR). Ressalta-se que a primeira fase será realizada por equipes ao ingressarem pela primeira vez no programa, bem como o DF e município poderão incluir apenas uma parte de suas equipes de saúde ou todas na adesão ao PMAQ, se julgar conveniente (BRASIL, 2015a)

A segunda fase é a Certificação, composta pela Avaliação Externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da AB. A coordenação é feita por intermédio de instituições de

ensino ou pesquisa, que verificam um leque de evidências que compõe padrões previamente estipulados. Será realizada a avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, e ainda a constatação da realização do momento autoavaliativo pela equipe de AB. Posteriormente, as equipes avaliadas receberão as classificações de desempenho em ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. É importante salientar que o conjunto de desempenho das equipes envolvidas comporá o Fator de Desempenho do DF e de cada Município (BRASIL, 2015a).

A terceira fase é a Recontratualização, que permite a repactuação do DF e dos municípios, com incremento de novos padrões e indicadores, que visam estimular a incorporação de um processo contínuo de monitoramento a partir dos resultados alcançados. Essa fase é realizada para aqueles que já participaram em ciclo anterior (BRASIL, 2015a).

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB é composto por: I) Autoavaliação, que deve ser realizada pela equipe de saúde, intermediada pelos instrumentos disponibilizados pelo PMAQ, ou outros definidos, e pactuados pelo Estado, DF, Município ou Região de Saúde; II) Monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pela Secretaria de Estado da Saúde do DF, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo MS, juntamente com as CIR, a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ; III) Educação permanente considerando as necessidades das equipes, por meio de ações dos gestores municipais, DF e Estadual; IV) Apoio institucional, mediante estratégia de suporte às equipes de saúde pelos municípios e a gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); V) Cooperação horizontal presencial e/ou virtual entre gestores e equipes, almejando a troca de experiências e práticas para melhorar a qualidade em todas as fases desenvolvidas do PMAQ (BRASIL, 2015a).

A Autoavaliação corresponde a 10% da nota avaliativa, sendo composta por um conjunto de padrões de qualidade avaliados pela equipe, revelando quais os problemas a serem enfrentados com intuito de qualificar o processo de trabalho e a atenção disponibilizada aos usuários. O MS disponibiliza a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), instrumento de autoavaliação que possibilita identificar os nós críticos e as ações de intervenção que devem ser implementadas, auxiliando as equipes nesse processo. Salienta-se que o instrumento não é obrigatório, possibilitando aos gestores municipais, estaduais e equipes definirem o uso de ferramenta (s) que seja (m) adequada (s) a sua necessidade e realidade (BRASIL, 2016c).

O Monitoramento dos Indicadores de Saúde representa 30% da nota avaliativa e, nesse terceiro ciclo (2015), houve a pactuação entre a gestão municipal e as equipes para a adesão de um conjunto de indicadores, divididos por eixos, sendo para as equipes de AB e equipes de AB com saúde bucal: a) Acesso e continuidade do cuidado; b) Coordenação do Cuidado; c) Resolutividade; d) Abrangência da oferta de serviços. A Avaliação Externa corresponde a 60% da nota avaliativa, constituída pela verificação *in loco* de padrões de acesso e de qualidade aferidos pelas equipes, apurados por entrevistadores através da aplicação de instrumentos específicos. Cabe ressaltar que a população é consultada nessa etapa do programa (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016c).

O instrumento de avaliação externa mantém coerência com os padrões descritos no instrumento de autoavaliação disponibilizado pelo MS, o AMAQ. No *site* do Departamento de Atenção Básica, estão disponíveis essas documentações, permitindo a transparência do programa. Da mesma forma que o processo de classificação, conforme o art. 6º, § 1º, da portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, realizado após a avaliação externa, poderá ser acessado, sendo que a classificação das equipes dar-se-á em ótimo, muito bom, bom e ruim (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016c).

2.4 CAMPO E NÚCLEO DOS SABERES: O TRABALHO EM SAÚDE E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

O PMAQ opera no âmbito da AB a partir do desenvolvimento da organização, do ambiente, das ações da equipe multidisciplinar e dos serviços. Dessa forma, a equipe deve estar em consonância com a pactuação realizada para dar continuidade ao que se propõe. No contexto da saúde coletiva, é concretizada a produção de saúde pelo trabalho realizado por todos os integrantes dessa equipe. Contudo, esse campo da saúde vem se institucionalizando com alguns obstáculos na reconstituição de seus saberes e práticas, provocando uma fragmentação e diluição do campo científico, devido ao desequilíbrio de identidade, produzindo diferentes opiniões e discussões (CAMPOS, 2000).

A atuação da saúde coletiva na AB caracteriza o campo multidisciplinar de trabalho, permeada pelos saberes e discursos disciplinares e das práticas, configurando as formas de intervenção em saúde. A complexidade do sistema origina um conjunto de intervenções de cunho teórico, por meio das disciplinas que compõem o campo e através da política, do contexto social e cultural. Além disso, a hierarquia do processo de trabalho intervém nas práticas e na produção dos saberes disciplinares, que, em consequência de suas diferenças de formação e cultura, revela os discursos, normas, movimentando o campo de trabalho em dois raciocínios, denominados por Foucault (1996), de “regime de produção de verdades”.

A natureza complexa entre teoria e prática da saúde coletiva deve ser percebida e diferenciada, permitindo dar origem à lógica teórico-epistemológica da produção do conhecimento interpretativo ou explicativo ou à lógica operativa pragmática da eficácia, resultado da intervenção normativa da ordem da vida e, conseqüentemente, no controle ou eliminação do adoecimento em massa (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997).

Dessa complexidade, adota-se, como ferramenta conceitual de análise de campo, Bourdieu (1989), que, no âmbito da saúde coletiva, percebe a coexistência de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Assim, é possível perceber como um domínio específico de saberes e práticas dispõe, de forma hierárquica, os seus argumentos e os atores envolvidos emitem-nos em processo contínuo no campo e no núcleo dos saberes (LUZ, 2009; MATOS; CAMPOS, 2009).

O núcleo é considerado um aglomerado de conhecimentos, determinado por um padrão definido de compromisso com a elaboração de valores de uso, demarcando a identidade de uma área do saber e sua atuação profissional. Já o campo é um espaço sem marcos estipulados, onde todas as disciplinas e profissões buscam o apoio mútuo no

desenvolvimento das atividades teóricas e práticas. Dessa forma, núcleo e campo estão em constante mutação, não havendo possibilidade de delimitação entre ambos. Avaliado metaforicamente em seus sentidos, os núcleos seriam como os círculos concêntricos que se formam quando é atirado um objeto em água parada, e o campo seria a água e o seu cenário (CAMPOS, 2000; NETO, 2014).

Torna-se notável e temerosa a propensão de algumas especialidades que formam a equipe multidisciplinar, ao ponto de definirem um campo rígido de atribuições próprias. Em face disso, uma linha de raciocínio tende a dividir as áreas de competência de cada especialidade, em espaço amplo, denominado campo de competência, permitindo a intersecção com outras áreas, incluindo os principais saberes da especialidade central, com sobreposição do profissional em outra especialidade. E um espaço mais específico, denominado núcleo de competência, que agregaria as atribuições específicas de uma especialidade, fundamentando a sua existência como área, apresentando delimitações demarcadas. Essa conformação define que medidas, posições e polos atuam em regime de contradição ou complementaridade, reconhecendo que, no âmbito da AB, a saúde coletiva é um conhecimento característico e essencial a todas as práticas em saúde, além de produzir conhecimentos, políticas e valores pertinentes para a saúde a partir de outros campos (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; CAMPOS, 2000; ORCHARD, 2010).

Nessas discussões sobre o campo e o núcleo dos saberes, caberia combinar a perspectiva de socializar saberes e práticas, assim como ratificar a existência de especialistas com capacidade para executar saberes mais aprimorados na saúde pública, intervindo em situações mais complexas. Dessa forma, a finalidade de um serviço ou ação não deve ser considerada um dado inerente a um determinado núcleo, mas o resultado final é fruto da ação de diferentes atores sociais em sentido convergente no campo dos saberes, de acordo com as necessidades sociais. Pensar no fim para traçar os meios é assumir que os resultados obtidos da produção configuram-se uma coprodução, de maneira que o produtor e os demais profissionais envolvidos também são modificados pelo produto (CAMPOS, 2000).

O contexto do trabalho em saúde torna-se objeto de reflexões, tendo em vista a ocorrência de mudanças das práticas de saúde, com ênfase na integralidade e na qualidade da atenção no território nacional. As categorias de trabalho permitem melhor compreensão das relações sociais de produção dos serviços de saúde, portanto, representam alicerce de efetivação das práticas de saúde (ARAÚJO, 2014; MARX, 2011).

Um olhar mais específico, então, é lançado em direção à função do enfermeiro, que integra o campo da saúde no contexto da AB, dentro da equipe multidisciplinar, e apresenta,

como núcleo de competência, o cuidado de enfermagem e suas ações gerenciais, além do monitoramento dos condicionantes de saúde individual e coletiva. É inerente ao enfermeiro promover o conforto, o acolhimento e o bem estar do paciente por intermédio do cuidado, da coordenação de setores com fins de assistência e promover a autonomia da população por intermédio da educação em saúde (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

O trabalho gerencial é considerado uma ferramenta essencial no cotidiano de atividades para consolidação do SUS, sendo definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (BRASIL, 2013b). No contexto do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, evidencia-se um caráter multiprofissional, pois, além de desenvolver o seu trabalho embasado no planejamento, coordenação e supervisão, ele é responsável pela supervisão dos ACS e técnicos em enfermagem, o que permite a articulação das ações executadas, com conexões aos demais profissionais do sistema, caso necessite de intervenção especializada ao usuário, no ato do atendimento (ROCHA; ALMEIDA, 2000; WEIRICH *et al.*, 2009; MATUMOTO *et al.*, 2011).

A PNAB em suas resoluções define as atribuições específicas do enfermeiro no contexto da AB, as quais abrangem a realização da atenção à saúde dos usuários e suas famílias cadastradas na unidade, domicílio e demais espaços comunitários em todas as fases da vida; realização de atividades planejadas e de atenção à demanda espontânea; planejamento, gerenciamento e avaliação das atividades dos ACS; promoção e participação em ações de educação permanente da equipe de enfermagem e dos demais integrantes da equipe; gerenciamento dos insumos necessários para a efetivação das atividades; realização da consulta de enfermagem, procedimentos, intervenções grupais. Todas essas obrigações devem ser regidas por protocolos estabelecidos em consonância com as disposições legais da profissão e o gestor municipal, incluindo a solicitação de exames de cunho complementar, prescrição de medicações e encaminhamento de usuários a outros serviços (BRASIL, 2012a).

Percebe-se que a ESF proporcionou um avanço no trabalho da enfermagem, quando possibilitou a assistência direta ao usuário pelo enfermeiro, através da consulta de enfermagem e a visita domiciliar, contrariando o modelo até então, biomédico, por conseguinte, a prática da enfermagem passou a englobar a dimensão gerencial e assistencial. O enfermeiro é capaz de intermediar processos de trabalho, pois, da mesma forma que coordena a organização dos projetos de saúde, interage com os demais profissionais, sendo, muitas vezes, o elo de convergência e disseminação de informações. Essas articulações colocam o enfermeiro em posição influente de intervenção na prestação de cuidados à saúde

dos sujeitos, atingindo êxito nos resultados da prática interprofissional de cuidado ao paciente (ROSSI; LIMA, 2005; PROPP *et al.*, 2010; MATSUMOTO *et al.*, 2011).

A coordenação do trabalho das equipes de saúde da família assumida, frequentemente, pelo enfermeiro, além da vigilância das condições de saúde dos cidadãos pertencente ao território e a assistência ao indivíduo e comunidade, faz desse profissional o articulador de diversos núcleos de saberes em saúde. Dessa forma, o trabalho de enfermagem é compreendido como prática realizada a partir das necessidades sociais de uma população, em determinado contexto histórico (KAWATA *et al.*, 2009; MATSUMOTO *et al.*, 2011).

A prática social em saúde e enfermagem não permeia somente o conhecimento no âmbito técnico, científico e profissional, mas engloba a dinâmica social. Nessa lógica, o trabalho do enfermeiro é reconhecido na perspectiva assistencial e gerencial, com articulação e associação entre os processos e serviços, distante de um contexto desassociado ou fragmentado (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; FELLI; PEDUZZI, 2010).

Dessa forma, a enfermagem que atua inserida no contexto dos serviços de saúde pode utilizar a avaliação para viabilizar a interação entre os diferentes núcleos profissionais, contribuindo para a construção da interdisciplinaridade dos objetos de trabalho em saúde. O profissional enfermeiro nesse contexto assume papel fundamental ao corroborar com o processo crítico reflexivo sobre as práticas e os métodos desenvolvidos nos serviços de saúde. Nesse cenário, são progressivas as necessidades e os interesses em monitorar e avaliar os resultados alcançados em relação aos serviços e aos impactos na saúde da população. Portanto, o PMAQ pode ser considerado uma potencial ferramenta mediadora do processo de trabalho (SILVA *et al.*, 2014)

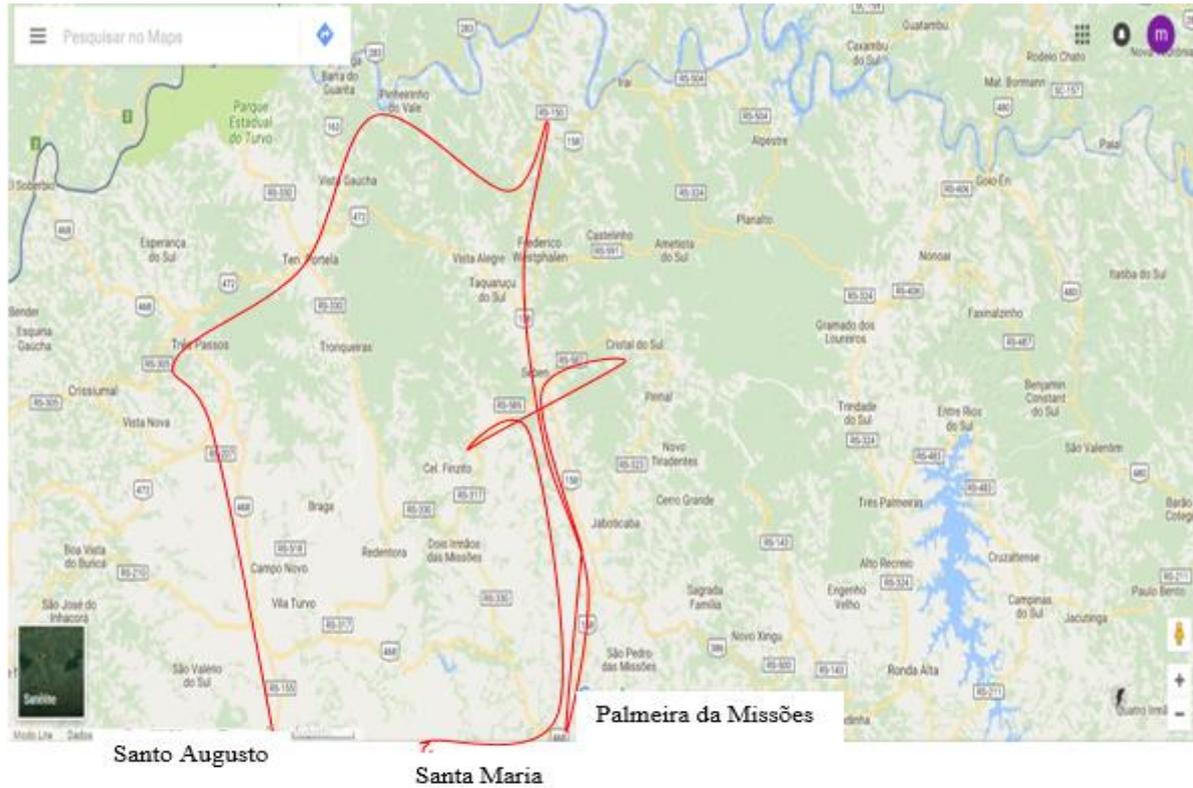


Figura 6 - Imagem do trajeto percorrido durante a coleta de dados. RS, Brasil, 2017.
Fonte: pesquisa.

3 MÉTODO

Neste capítulo, será apresentada a trajetória metodológica da pesquisa, que inclui a caracterização do estudo e a convergência epistemológica, a descrição do cenário da pesquisa e os participantes, o método, a análise dos dados e os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos.

3.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISA E CONVERGÊNCIA EPISTEMOLÓGICA

A fim de alcançar os objetivos propostos, esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa, exploratória-descritiva, empírica de campo.

No primeiro momento, foi desenvolvido um estudo bibliométrico, almejando conhecimento sobre o instrumento avaliativo que configura o PMAQ. Realizado entre janeiro de 2017 e janeiro de 2018, abarcou uma busca das produções científicas na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), (PUBMED), (SCOPUS), partindo-se da seguinte pergunta de revisão: quais as características da produção científica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ/AB? Os termos utilizados para busca foram ("PMAQ") OR ("Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade") OR ("*Program for Access and Quality Improvement in Primary Care*") OR ("*Programa de Mejoría del Acceso y de Lcalidad* ").

A análise e os resultados sustentaram a relevância desta pesquisa, apresentando como lacuna do conhecimento estudos qualitativos que investiguem o programa, a partir da percepção dos profissionais, em especial, enfermeiros que comumente desempenham a função de gestão das equipes de ESF. Esses dados e análises estão apresentados em formato de artigo na página 55 desta pesquisa.

Antevendo a necessidade de aprofundamento da questão proposta, delineou-se uma pesquisa de campo, para interagir com um único grupo em termos de estrutura social, procurando evidenciar uma realidade específica.

O método qualitativo utilizado possibilita responder questões muito particulares cujo nível de realidade não pode ou não deveria ser quantificado. Dessa forma, a pesquisa qualitativa compreende o universo dos significados, aspirações, crenças, valores, motivos e atitudes dos sujeitos e da coletividade, pois esse conjunto de fenômenos humanos é parte da realidade social na qual se insere. Para tanto, o universo das relações, das representações e da intencionalidade dos seres humanos é o objeto da pesquisa qualitativa, que dificilmente pode ser quantificável em números ou indicadores quantitativos (MINAYO, 2014).

Essa abordagem vai ao encontro do proposto pela pesquisa, que tem como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da implementação do PMAQ e as repercussões nas ações em saúde na AB. Dessa forma, propõe-se a refletir como esses profissionais compreendem a nova política que foi aderida nas ESF de seus municípios. Ademais, visa desvelar os motivos e as atitudes que direcionam esses profissionais a decidir e agir mediante a realidade vivida e partilhada com os seus semelhantes (POLIT; BECK, 2011).

O verbo principal utilizado em pesquisa qualitativa é “compreender”, conceito que denomina o exercer da capacidade de empatia, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de professar esse entendimento. Considerando a singularidade dos indivíduos, em que a sua subjetividade é uma manifestação do viver no meio social, as suas experiências e vivências ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que se inserem (MINAYO, 2014).

Esse tipo de abordagem possibilita desenvolver pesquisas históricas, compreendendo a lógica interna de constituição de grupos, instituições e atores. Ela permite interpretar os valores culturais e representações históricas, além de temas específicos como relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais. Nesse contexto, viabiliza a observação dos participantes em seu território e a interação entre eles (MINAYO, 2014).

Tendo em que vista que a implementação do PMAQ é recente (2011), o estudo exploratório contribui proporcionando mais familiaridade para explicitar o problema de pesquisa, abrindo espaço para o levantamento de dados através do estudo bibliográfico e, posteriormente, a entrevista. A característica exploratória da pesquisa constitui-se na forma do investigador adentrar no campo de estudo, seja teórico ou empírico. Tem como escopo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias por meio da formulação de questões mais precisas. Proporciona a visão geral, sugerindo tipo aproximativo de determinado fato, desenvolvido normalmente quando o tema é pouco explorado, tornando-se dificultoso formular pressupostos precisos e operacionalizáveis sobre ele (MINAYO, 2010).

Por sua vez, os estudos descritivos objetivam caracterizar determinada população ou fenômeno. Eles têm por objetivo observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos, sem interferir neles, descrevendo as características da população, evento ou fenômeno. Ademais, eles viabilizam a busca precisa da frequência com que um fenômeno ocorre, a sua relação e a conexão com os outros, a sua natureza e peculiaridades (GIL, 2008).

Dentre os objetivos dos estudos descritivos, salienta-se que a proposta desta pesquisa utilizou a abordagem para levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população específica, os enfermeiros de ESF de municípios que aderiram à proposta do PMAQ.

Para o desenvolvimento da pesquisa, a corrente de pensamento seguida compreende o materialismo histórico dialético (MHD) que, de acordo com Minayo (2014), propõe a junção da proposta de análise dos contextos históricos, as relações sociais de produção e de dominação assimilada às representações sociais. A dialética trabalha com a valorização das quantidades e qualidades, com as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas, o movimento perene entre parte e todo e interioridade e exterioridade dos fenômenos.

O MHD integra as correntes do Marxismo, definidas por Marx e Engels, que buscam explicar o processo de desenvolvimento social. A expressão materialismo histórico é representada pelo caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade. A dialética refere-se às questões de abordagem da realidade, reconhecendo o processo histórico como dinâmico, provisório e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos que vivem nas coletividades da sociedade, além da realização de crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre o participante e objeto, sendo ambos históricos (GIL, 2008).

Na perspectiva do MHD, viabiliza-se a discussão dos paradigmas de interpretação da realidade e da prática profissional. Dessa forma, a enfermagem brasileira consolida o seu saber como profissão e ciência, após a sua inserção no sistema de saúde, compreendido como força de trabalho e através da produção do conhecimento científico. No mesmo ensejo, a evolução do profissional de enfermagem é baseada em critérios científicos, que possibilitam a transformação da prática individual e coletiva. O método dialético instrumentaliza o conhecimento em realidade pela cinesia do pensamento e por meio da materialidade histórica, constituindo-se instrumento de conhecimento científico e mudanças transformadoras (GIL, 2008).

O caráter social que a pesquisa propõe é definido como processo formal e sistemático de desenvolver o método científico. O seu objetivo compreende desvendar respostas para questões mediante procedimentos científicos, permitindo a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social, buscando a aplicação, a utilização e as consequências práticas dos conhecimentos científicos (GIL, 2008; MINAYO, 2014).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida junto às ESF dos municípios de cobertura da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (19ª CRS/RS), órgão da Secretaria Estadual de Saúde, as quais se encontram vinculadas ao PMAQ. A 19ª CRS mantém a sua sede localizada no município de Frederico Westphalen/RS e inclui 26 municípios (ver Figura 8), compreendendo 191.323 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014).

Justifica-se o local do estudo pela necessidade do desenvolvimento de pesquisas em territórios onde a UFSM está inserida. Ampliar pesquisas para cenários que mantêm polo da universidade consiste em uma forma de devolutiva para região, que sustenta vínculo e parceria, sediando campos de estágio, bem como fundamentando pesquisas dos alunos.

Figura 8 – Municípios que integram a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: (AMUCELEIRO)

Dentre os 26 municípios que integram a 19ª CRS, 24 estão pactuados com o PMAQ⁴. Isso representa um total de 44 equipes de AB reconstruídas⁵ e 14 equipes de AB

⁴Dados correspondentes ao ano de 2016/2017, antes de iniciar o 3º Ciclo. Municípios não pactuados estão sinalizados no mapa da 19ª CRS.

⁵Constituiu-se a quarta fase do PMAQ. Ocorre após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma a estimular a

ranqueadas, ou seja, que se propuseram à adesão ao PMAQ, bem como 11 equipes do NASF (ver Figura 9). As ESF dos municípios que apresentam as suas equipes de AB e AB/SB reconstruídas foram utilizadas para compor o cenário da pesquisa, não sendo caracterizada distinção entre elas (BRASIL, 2015a).

Figura 9 – Quadro do cenário de pactuação dos municípios da 19ª CRS com o PMAQ relacionado com o número de habitantes

(continua)

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA (IBGE)	EQUIPES (Eq)	
		Atenção Básica (AB)	Saúde Bucal (SB)
Alpestre	7.752 hab.	2 eq. AB reconstruídas 1 eq. AB ranqueada 1 eq. AB/SB reconstruída 1 eq. NASF ranqueada	
Ametista do Sul	7.565 hab.	1 eq. AB reconstruída 2 eq. AB/SB ranqueada	
Barra do Guarita	3.226 hab.	1 eq. AB ranqueada	
Bom Progresso	2.285 hab.	1 eq. NASF ranqueada 1 eq. AB/SB reconstruída	
Caiçara	5.125 hab.	2 eq. AB/SB reconstruídas 1 eq. NASF ranqueada	
Cristal do Sul	2.916 hab.	1 eq. AB/SB reconstruída	
Derrubadas	3.173 hab.	1 eq. AB/SB reconstruída 1 eq. NASF ranqueada	
Eral Seco	7.834 hab.	2 eq. AB/SB reconstruídas 1 eq. AB/SB ranqueada	
Esperança do Sul	3.268 hab.	Não aderiu	
Frederico Westphalen	30.409 hab.	2 eq. AB reconstruídas 2 eq. AB/SB reconstruídas 1 eq. SB ranqueada 1 eq. NASF ranqueada	
Iraí	8.074 hab.	2 eq. AB/SB reconstruídas	
Liberato Salzano	5.789 hab.	2 eq. AB/SB reconstruídas 1 eq. NASF ranqueada	
Novo Tiradentes	2.325 hab.	1 eq. AB reconstruída 1 eq. NASF ranqueada	
Palmitinho	7.163 hab.	1 eq. AB/SB reconstruída 2 eq. AB/SB ranqueadas	
Pinhal	2.606 hab.	1 eq. AB/SB reconstruída	
Pinheirinho do	4.739 hab.	1 eq. AB/SB reconstruída	

institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (BRASIL, 2015a).

Vale		
Planalto	10.707 hab.	3 eq. AB ranqueadas 1 eq. AB/SB ranqueadas 1 eq. NASF ranqueada
Rodeio Bonito	5.949 hab.	2 eq. AB/SB recontratualizadas 1 eq. AB/SB ranqueada 1 eq. NASF ranqueada
Seberi	11.176 hab.	2 eq. AB/SB recontratualizada 1 eq. AB recontratualizada 1 eq. Não aderiu
Tacuarauçu do Sul	3.084 hab.	1 eq. AB/SB recontratualizada
Tenente Portela	14.056 hab.	3 eq. AB/SB recontratualizadas 1 eq. AB recontratualizada 1 eq. NASF ranqueada
Tiradentes	6.432 hab.	Não aderiu
Três Passos	24.656 hab.	8 eq. AB/SB recontratualizadas 1 eq. NASF ranqueada
Vicente Dutra	5.254 hab.	2 eq. AB/SB recontratualizadas
Vista Alegre	2.893 hab.	1 eq. AB/SB recontratualizada
Vista Gaúcha	2.867 hab.	1 eq. AB/SB ranqueada
TOTAL	191.323 hab.	Equipe AB Recontratualizada 08 Ranqueada 07 Equipe AB/SB Recontratualizada 36 Ranqueada 06 NASF Recontratualizado 0 Ranqueado 11

Fonte: (OLIVEIRA, 2017 adaptado de BRASIL, 2015a).

Legenda: Lilás: municípios < 05 mil habitantes; Verde: > 05 < 10 mil habitantes; Rosa: > 10 mil habitantes; Marrom: não aderiram ao PMAQ.

Tendo em vista a especificidade do território estudado, composto por municípios com diferença populacional significativa, optou-se por categorizá-los em três grupos. O primeiro composto por municípios menores de cinco mil habitantes; o segundo por municípios com população entre cinco e dez mil habitantes e o terceiro, municípios com mais de dez mil habitantes.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção dos participantes deu-se considerando o perfil populacional dos municípios, quando foi sorteado três de cada grupo populacional e, na sequência, a partir dos selecionados,

identificou-se as equipes que estavam pactuadas com o PMAQ, sendo que, entre elas, foi sorteada uma por município. Totalizaram nove enfermeiros de equipes de ESF de municípios pertencentes a 19ª CRS pactuados com o PMAQ como participantes da pesquisa.

Como critério de inclusão, optou-se por enfermeiros atuantes exclusivamente na AB em equipes de ESF, que apresentam adesão ao PMAQ. Excluíram-se profissionais do quadro do funcionalismo municipal que se encontram em período de experiência, contrato emergencial ou terceirização.

3.4 ENTREVISTA PILOTO

Visando ao desenho metodológico de pesquisa, foi preconizada a aplicação de um instrumento de coleta de dados piloto, após o projeto de pesquisa pronto e aprovado, questão norteadora e roteiro da entrevista semiestruturada pré-formatado. Para tanto, foi selecionado aleatoriamente um município de CRS diferente da região do estudo para que fosse aplicada a entrevista piloto.

A aplicação da entrevista piloto aproximou a pesquisadora da realidade vivenciada pelos participantes no contexto das ESF, despertando anseios e questionamentos sobre as intenções de todos os atores envolvidos na implementação do PMAQ nos serviços de saúde dos municípios, bem como para o processo de trabalho do enfermeiro nas equipes de ESF.

Após elucidar os objetivos e as intenções da aplicação da entrevista piloto ao enfermeiro participante e ele concordar, consciente das questões éticas que envolviam a ação, foram desenvolvidos todos os passos condizentes da pesquisa. Apresentado e esclarecido sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantido o anonimato, assegurado o direito de desistir de participar do piloto em qualquer momento, bem como sobre a ausência de benefícios financeiros e de qualquer espécie, foram-lhe apresentados ainda os benefícios e os riscos que a entrevista poderia ocasionar, mesmo que mínimos.

A aplicação da entrevista piloto, a sua transcrição, a análise e as adequações necessárias ocorreram em janeiro de 2017. A entrevista foi gravada, por meio de gravador de áudio digital, com duração de 75 minutos, e, posteriormente, transcrita e analisada no *Word* 2013.

A análise do roteiro das questões norteadoras resultou na sua adaptação, buscando ir ao encontro do objetivo da pesquisa. Percebeu-se que algumas perguntas direcionavam para respostas semelhantes ou confundiram o participante. Posteriormente, foi encaminhada a transcrição para validação do enfermeiro.

Observou-se com essa experiência que o momento da entrevista foi considerado pelo participante como uma oportunidade de reflexões acerca de seu processo de trabalho e as responsabilidades de gestão e gerenciamento que recaem no desempenho de sua função profissional. Enfatizou que mesmo compreendendo as suas atribuições e a relevância do PMAQ, apresenta-se sobrecarregado, visualizando na implementação do PMAQ mais uma atribuição para ser gerida, sentindo-se, por vezes, perdido e desamparado, desconhecendo canais de comunicação com outros responsáveis por esse programa e o processo, que pudesse auxiliar com instruções.

3.5 COLETA DE DADOS

A aproximação com os participantes do estudo deu-se após o contato por telefone e a explicação geral sobre a proposta da pesquisa, agendamento de dia e horário para a realização da entrevista.

No dia agendado, a pesquisadora dirigiu-se aos municípios, expôs a pesquisa formalmente, realizando esclarecimentos relativos às questões éticas e à coleta de dados, procedeu após os participantes concordarem em integrar a pesquisa e assinar, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2017 por meio de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), que serviu como eixo orientador ao desenvolvimento da pesquisa. A entrevista obedeceu a um roteiro que é apropriado fisicamente para as questões norteadoras, possibilitando que os objetivos e os pressupostos da pesquisadora sejam cobertos na conversa. Para elaboração do roteiro da entrevista, foi utilizado como base de estudo a Autoavaliação que compõe o instrumento AMAQ (BRASIL, 2016c).

A entrevista nessa modalidade deve conter determinados indicadores considerados importantes e suficientes em tópicos que sejam abrangentes para o tema em questão, trazendo informações relevantes e esperadas (MINAYO, 2014).

Para Minayo (2014), o roteiro na entrevista semiestruturada deve permitir a flexibilidade na conversa, fazendo com que o interlocutor possa trazer outras questões durante a entrevista, que sejam de relevância para o estudo. O roteiro difere do questionário, uma vez que este último possui questões fechadas, em que a flexibilização não é possível como no roteiro.

A coleta de dados foi realizada em um local reservado, sendo acordado com os participantes no momento de agendamento da entrevista, proporcionando a privacidade ao participante, permitindo tranquilidade para responder as perguntas realizadas. As falas foram gravadas por meio de gravador de áudio digital, após autorização, apresentando tempo médio de sessenta minutos. Segundo Minayo (2014), o gravador possibilita uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade estudada, mantendo um registro fidedigno da matéria-prima da fala.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram transcritos e analisados por meio da análise de conteúdo, mais especificamente, pela análise temática. A análise de conteúdo refere-se a técnicas de pesquisa que permitem replicar e validar conclusões sobre dados do contexto pesquisado, por meio de procedimentos especializados e científicos. Já a “análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado [...]”. Essa perspectiva permite encontrar significados que vão ser codificados e interligados; os códigos ou as características que denominam o segmento propõem a construção de classes equivalentes significativas, denominadas pelo codificador. Portanto, exigem sensibilidade, flexibilidade do pesquisador (MINAYO, 2014, p. 316). Para operacionalizá-los, é necessário transcorrer por três etapas que compreendem a Pré-Análise, a Exploração do Material e o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

A Pré-Análise elencou todas as entrevistas que foram utilizadas pela pesquisadora, embasadas nos pressupostos e objetivos da pesquisa, proporcionando a reflexão e a elaboração de indicadores que direcionam a compreensão e a interpretação dos dados. A leitura flutuante, que compõe essa etapa, consistiu no envolvimento profundo com o material de campo, buscando-se a validade qualitativa dos dados com exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A segunda etapa, Exploração do Material, consistiu em alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nessa fase operatória, buscou-se encontrar palavras significativas que envolvem o conteúdo de uma fala, a fim da organização e constituição de uma categoria. A terceira etapa, denominada Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, consistiu na releitura do material categorizado e na reflexão crítica dos resultados. Isso permitiu que a pesquisadora realizasse interpretações, correlacionando-as com achados da literatura ou ainda propiciou que surjam novas dimensões teóricas e interpretativas (MINAYO, 2014).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa abarcou todos os participantes da pesquisa que, voluntariamente, aceitaram participar e, depois de esclarecidos os objetivos do estudo, assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B). Uma via do termo ficou em poder do participante e outra sob responsabilidade da pesquisadora. Ao ser garantido o anonimato, foi assegurado o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, bem como não haver benefícios financeiros e de qualquer espécie aos envolvidos.

A etapa de coleta de dados foi realizada com o uso de gravador de áudio digital com o consentimento dos participantes. Os instrumentos de coleta de dados, bem como o HD externo com a transcrição das entrevistas dos participantes e demais documentos, estão sob responsabilidade da professora Dr.^a Teresinha Heck Weiller, em um armário chaveado, por um período de cinco anos, na sala 1305A, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, e serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados à presente pesquisa. Após, serão excluídos do HD externo e os instrumentos de coleta serão eliminados.

Dentre **os benefícios** que esta pesquisa pode trazer aos participantes enfatiza-se a oportunidade de momentos de reflexão, nas sessões das entrevistas, acerca da avaliação em saúde da AB, além do processo de envolvimento dos profissionais na implantação da avaliação através do PMAQ, o que pode apontar estratégias para o fortalecimento da AB, assim como fazer emergir as potencialidades e as necessidades de reavaliação do contexto de saúde.

Entre **os riscos** previstos, está a possibilidade da temática em questão apresentar inquietude ou ansiedade para os participantes ao remetê-los para a vivência do cotidiano. No decorrer da pesquisa, foi esclarecido que, ao apresentarem algum desconforto, sofrimento, ansiedade ou inquietude, os entrevistados seriam acolhidos pelos pesquisadores, a fim de encaminhá-los ao serviço de acolhimento psicológico.

Portanto, todos os preceitos éticos de pesquisa que envolvem seres humanos foram observados, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Ressalta-se que o projeto matricial INTITULADO “A percepção de usuários, gestores, profissionais e conselheiros municipais de saúde acerca da implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS” foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, sendo aprovado sob o Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAEE) nº 49534815.60000.5346 (ANEXO 3). Os pesquisadores da pesquisa comprometem-se a

preservar a privacidade dos participantes (APÊNDICE C). Assim sendo, estão nomeados de E1, E2, E3 (enfermeiro 1, enfermeiro 2) e assim sucessivamente.

Importante ressaltar o comprometimento ético dos pesquisadores na devolutiva dos resultados da pesquisa para a 19ª CRS, bem como aos participantes do estudo. A proposta de retorno para o serviço será acordada com a Coordenadoria de Saúde, após serem emitidas as conclusões, com o desenvolvimento da estruturação de apresentação dos dados levantados.



Figura 10 - Imagem do cenário da pesquisa. Cristal do Sul, RS, 2017.

Fonte:<http://www.cristal.rs.gov.br/>

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo estão apresentados em três artigos científicos pré-formatados para as seguintes revistas, respectivamente, Saúde e Sociedade e Cadernos de Saúde Coletiva.

ARTIGO 1

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA⁶

NATIONAL PROGRAM FOR IMPROVING ACCESS AND QUALITY OF PRIMARY CARE: BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTION

Resumo

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) encontra-se no seu terceiro ciclo de avaliação, completando, em 2017, seis anos de implantação. O PMAQ-AB é considerado um programa novo, que visa qualificar a Atenção Básica por meio da implementação de padrões de qualidade nos serviços, este artigo objetiva analisar as características da produção científica sobre o Programa. O estudo bibliométrico de abordagem descritiva permite o mapeamento da literatura e a construção de indicadores bibliométricos que possibilitam analisar o contexto do cenário emergido. A análise foi materializada em janeiro de 2017 a janeiro de 2018, mediada pelas recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses nas bases de dados LILACS, PubMed, SCOPUS e WoS. Verificou-se 59 estudos que permitiram analisar e caracterizar a produção científica pelo ano de publicação, periódicos de divulgação, palavras chaves, metodologia, participantes, instituição de ensino pesquisadora, autores e as características dos estudos por região. A produção científica aponta consideráveis transformações na Atenção Básica após a implementação do PMAQ, no entanto, sugere que as pesquisas qualitativas empíricas sobre o programa são incipientes, sendo frequente o embasamento dos estudos nos dados do banco secundário do PMAQ.

⁶ Artigo pré-formatado para a Revista Saúde Sociedade. .

Palavras-chave: Atenção básica. Avaliação da pesquisa em saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

Abstract

The National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) is in its third evaluation cycle, completing in 2017, six years of implementation. Considered a new program, which aims to qualify Basic Care through the implementation of quality standards in services, this article aims to analyze the characteristics of scientific production on the Program. The bibliometric study of a descriptive approach allows the mapping of the literature and the construction of bibliometric indicators that make it possible to analyze the context of the emerged scenario. The analysis was materialized in January 2017 to January 2018, mediated by the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses in the LILACS, PubMed, SCOPUS and WoS databases. There were 59 studies that allowed analyzing and characterizing the scientific production by year of publication, periodicals, key words, methodology, participants, research teaching institution, authors and the characteristics of the studies by region. Scientific production points to considerable transformations in Primary Care after the implementation of the PMAQ, however, suggests that qualitative empirical research on the program is incipient, being frequent the basement of the studies in the data of the secondary bank of the PMAQ.

Keywords: Basic attention. Evaluation of health research. Quality, access and evaluation of health care.

Introdução

O direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros advém da Constituição Federal de 1988, suscitando o início de uma das maiores políticas públicas de inclusão social implementadas no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Traduzido como o compromisso do estado com toda a população, foram estabelecidos os princípios e as diretrizes que norteiam esse sistema, quais sejam a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social (BRASIL, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com o intuito de efetivar o compromisso com a saúde, diversas ações, estratégias e programas, traduzidas em políticas públicas, vêm sendo implementadas ao longo dos anos, refletindo na necessidade de operacionalizar, garantir e qualificar o acesso ao sistema de saúde, objetivando a consolidação de um sistema público universal, equânime, que atenda as necessidades da população. Para tanto, um dos programas propostos pelo Ministério da Saúde

(MS) foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, por definição, busca a qualificação do serviço de saúde (BRASIL, 2011).

O programa foi instituído pela Portaria nº 1.654/2011, sendo desenvolvido no âmbito dos municípios, com o apoio dos Estados e da União. Advém de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, articuladas ao MS, gestão municipal e estadual, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Esses conselhos debateram e formularam soluções para viabilizar o desenho do programa, que possa permitir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB em todo o Brasil (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015).

Essa pactuação ratificou o compromisso dos representantes de governo com a gestão do SUS na melhoria do acesso e da qualidade do atendimento a toda população, constituindo-se um dos principais objetivos do PMAQ, garantindo um padrão comparável em nível nacional, estadual e municipal.

O programa é organizado em três fases complementares e um Eixo Transversal de Desenvolvimento que funcionam como um ciclo contínuo: Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização. Na primeira fase, ocorre a adesão formal ao programa por meio da contratualização de compromissos e indicadores estabelecidos entre o MS e os gestores municipais, seguido de uma pactuação local entre gestores e equipes de saúde. Na certificação, desenvolvem-se as ações de qualificação do processo de trabalho das equipes, por meio do Eixo Transversal de Desenvolvimento, que consiste em um conjunto de ações empreendidas pela equipe, gestores municipais e estaduais e pelo MS, promovendo movimentos de mudança da gestão e cuidado, por conseguinte, configurando a melhoria do acesso e da qualidade da AB. Esse eixo compreende as dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2015).

No processo de certificação, ocorre a Avaliação Externa, na qual o MS, em conjunto com instituições de ensino e pesquisa parceiras, realiza visitas técnicas às equipes para a avaliação de desempenho das metas e indicadores. Nesse processo, objetiva-se reconhecer e valorizar os esforços e os resultados das equipes de saúde e gestores municipais na qualificação do atendimento prestado.

A integralidade do processo avaliativo abarca a Autoavaliação (10%), Monitoramento dos Indicadores (30%) e Avaliação Externa (60%). Essa sequência desencadeia a classificação das equipes de saúde pactuadas em ótimo, muito bom, bom, regular, ruim.

Assim sendo, afere o recurso financeiro que será disponibilizado, encaminhando a equipe para a terceira fase, a recontractualização, que consiste na pactuação de novos padrões e indicadores de qualidade estabelecidos (BRASIL, 2013; PINTO; SOUZA; FERLA, 2014; BRASIL, 2015).

O PMAQ está viabilizando a implementação de um novo processo de implantação da cultura de avaliação nos serviços de saúde. Os padrões de qualidade suscitados pelo programa incitam à qualificação da gestão no SUS, com base na indução e no monitoramento de processos e resultados. Portanto, corrobora com a busca pela ampliação da transparência e efetividade das ações governamentais para a produção de resultados e um sistema de saúde resolutivo (BRASIL, 2012; MOTA; DAVIS, 2015).

Os métodos de avaliação propostos pelo PMAQ buscam dar suporte a processos decisórios, reorientando as ações e os serviços, por meio da avaliação e ampliação de novas práticas, mensurando o impacto das ações e dos programas no perfil de saúde da população, resultando na satisfação do usuário (SOSSAI *et al.*, 2016). Portanto, necessitam que todos atores envolvidos estejam trabalhando em consonância, articulados e empenhados na busca por resultados comuns, priorizando a qualidade do serviço.

Diante do exposto, o estudo é justificado na necessidade de uma revisão bibliométrica das produções científicas trazendo à luz do conhecimento o que está sendo desenvolvido sobre essa política implementada recentemente pelo MS e que apresenta o contexto nacional do programa, as suas estratégias e as reflexões dos impactos e repercussões na Atenção Básica. Para abarcar tais conhecimentos, indagou-se: quais as características da produção científica sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)? Para responder ao questionamento, objetivou-se analisar as características da produção científica sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Metodologia

Trata-se de um estudo bibliométrico, descritivo, que consiste em um método acessível de análise quantitativa da produção científica sobre determinado assunto (MUGNAINI, 2006). Esse método permite o mapeamento da literatura científica e a construção de indicadores bibliométricos que proporcionam analisar as produções de diferentes autores, grupos e instituições, subsidiando, teoricamente, o pesquisador para acompanhar a produção em sua área de estudo ou na área em que se propõe investigar (MUGNAINI, 2006; SANTOS, 2013; HAYASHI, 2013; SILVA *et al.*, 2011).

O estudo bibliométrico foi realizado no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018, utilizando as recomendações dos documentos da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER, 2009). O estudo foi desenvolvido obedecendo as seguintes etapas: 01) Deliberação da questão norteadora; 02) Definição das bases de dados; 03) Deliberação das palavras chaves; 04) Definição da estratégia de busca; 05) Deliberação dos critérios de inclusão e exclusão; e 06) Sistematização e análise das publicações selecionadas.

Contemplando a segunda etapa, a busca dos dados foi desenvolvida nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Public Publish Medline* (PubMed), SCOPUS (Elsevier) e *Web of Science* (WoS). As palavras-chaves selecionadas que compreendem a terceira etapa foram definidas como: "PMAQ", "Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade", "*Program for Access and Quality Improvement in Primary Care*" "*Programa de mejoría del acceso y de lacialidad*" e o operador boleano "OR" como estratégia de busca nas bases de dados supracitadas.

A fim de contemplar a quarta e a quinta etapa, foram definidos como critérios de inclusão artigos primários, sem delimitação de idiomas e marco temporal de 2011 até 31 de dezembro de 2017, justificado pelo ano de implementação do PMAQ (2011). Foram excluídos os artigos não disponíveis online, dissertações de mestrado e teses de doutorado, resumos, literatura cinzenta. Os artigos em duplicidade serão analisados uma vez.

Na sexta etapa, foi realizada a sistematização da seleção dos estudos, pelo programa *Microsoft Excel*®, sucedendo a análise e a codificação das publicações incluídas. Foram encontrados na LILACS (n=51), na PubMed (n=51), na Web of Science (n=18) e na SCOPUS (n=10), destes, o universo da análise bibliométrica será composto por 59 estudos. A Figura 1 detalha as fases da revisão, conforme o modelo traduzido e adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

Figura 1: Fluxograma das fases da revisão bibliométrica

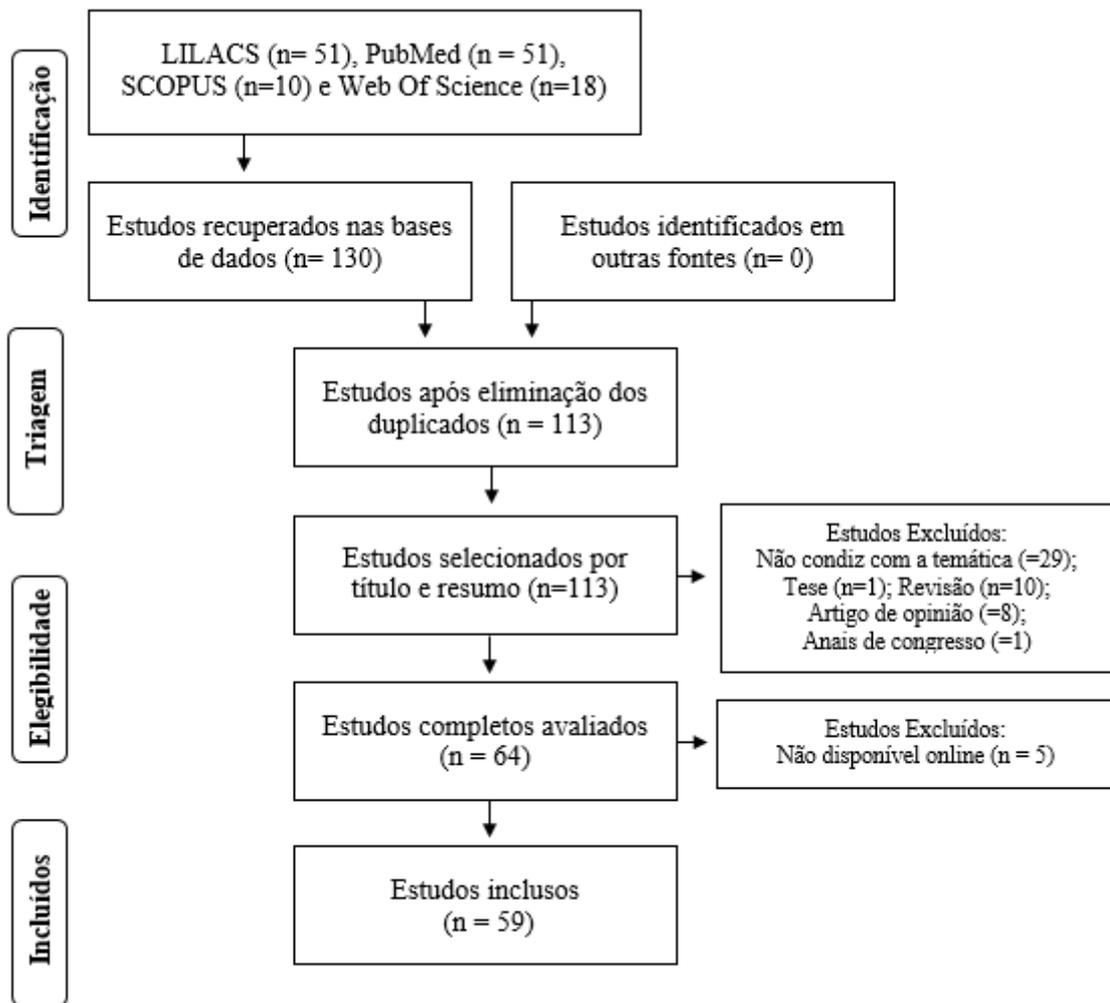


Figura 1: Fluxograma de fases da Revisão Bibliométrica

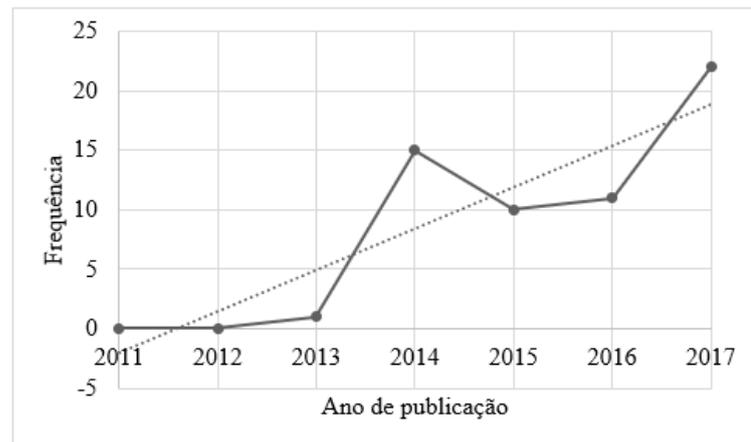
Fonte: PRISMA Statement, traduzido e adaptado.

Resultados

Para o estudo bibliométrico das produções científicas sobre o PMAQ-AB, foram analisados 59 estudos, organizados em quadro sinóptico: ano de publicação, periódicos de divulgação, palavras chave, metodologia, principais autores, participantes, instituição de ensino pesquisadora e as características dos estudos por região.

O primeiro estudo a divulgar o PMAQ-AB foi identificado no ano de 2013 e, posterior a essa data, aumentou consideravelmente as publicações envolvendo a temática, atingindo um pico de publicações no ano de 2017. Contudo, não foram identificados estudos nos anos de 2011 e 2012. O Gráfico 1, apresenta a frequência das publicações.

Gráfico 1: frequência das publicações



Fonte: dados da pesquisa

Com relação aos periódicos, a Revista Saúde Debate destaca-se como meio de divulgação preferencial da temática PMAQ (n=19), seguida da Revista Americana The Journal of Ambulatory Care Management (n=7), Revista Saúde Pública (n=6), Revista Ciência e Saúde Coletiva e Caderno de Saúde Pública (n=3). Os demais periódicos analisados apresentaram número inferior de publicação.

As palavras-chave utilizadas com maior frequência foram “Atenção Primária em Saúde” (n=32), “Acesso aos serviços de saúde” (n=2), “Avaliação em saúde” (n=11), “Estratégia Saúde da Família” (n=8), “Cuidados de saúde primários” (n=6). As palavras-chaves menos recorrentes foram sistematizadas com as demais na Figura 2 em sistema de nuvem de palavras (*word cloud*).

Figura 2: Nuvem de palavras-chave recorrentes



Fonte: dados da pesquisa

A abordagem quantitativa foi a abordagem mais utilizada (n=46), seguida da qualitativa (n=9) e a mista (n=4). Em relação à estratégia de coletas de dados, observa-se o recorrente uso do banco de dados secundários do PMAQ-AB (n=45), entrevista (n=15), grupo focal e revisão de literatura (n=1). A análise das pesquisas identificou como multinível (n=2), temática, (n=7), estatística (n=29) e descritiva (n=31). Ressalta-se que o uso do banco de dados secundários do PMAQ é, algumas vezes, associado a outro método de coleta e análise, como apresentado nos dados supracitados.

Para integrar os referentes estudos, os participantes selecionados preferencialmente pelos autores foram a equipe (n=33), os profissionais (n=21) e os usuários (n=8). Outros estudos (n=3) selecionaram outros participantes.

Os autores que mais publicaram artigos nessa temática são identificados como Machado, Antônio Thomaz Gonzaga da Matta (n=9); Abreu, Daisy Maria Xavier de; Thume, Elaine; Reis, Clarice Magalhães Rodrigues dos e Lima, Angela Maria de Lourdes Dayrell de (n=6). Os demais autores apresentaram menor frequência de publicações sobre o programa.

A procedência do primeiro autor das pesquisas sobre a problemática do PMAQ foi destacada. Esses pesquisadores provêm de Instituições de Ensino como Universidade Federal de Minas Gerais (n=11), Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ (n=8), Universidade Federal do Rio de Janeiro (n=5), Universidade de Campinas (n=4), Universidade Federal da Paraíba (n=3) e Universidade de Pelotas (n=3). As demais Instituições apresentaram menor frequência de publicação, dentre elas, destacam-se duas Instituições estrangeiras a *Harvard School of Dental Medicine* e a *UCLA Fielding School of Public Health*.

As pesquisas fazem referência a diferentes regiões. A Região Nordeste (n=8), Região Sudeste (n=6), Região Sul (n=3), Região Centro-Oeste (n=1) e Região Norte (n=1). Outros artigos (n=41) que utilizaram dados referentes a todas as Unidades Federativas, haja vista a manipulação dos dados via banco de dados secundários do PMAQ foram caracterizados como região Brasil, designada, neste estudo, apenas para fins didáticos de apresentação dos dados. A Figura 3 sistematiza as características dos estudos.

Figura 3: características dos estudos por Região do Brasil



REGIÃO BRASIL:

41 estudos; URCA, UFRGS, UNICAMP, UFRJ, UFPEL, UERJ, FIOCRUZ, UFMJ, UFBA, UFMG, UFES, UFBP, UFPEL, UCLA Fielding School of Public Health, ULBRA, UFMA, Harvard School of Dental Medicine, UFSC, UFCG, UNB
T: Implementação, Apoio, Estrutura, Processo de Trabalho e de Gestão, Tecnologias de Informação, Coordenação cuidado, Ações de saúde (Cuidados, pré-natal, PSE, Diabetes, Tuberculose, câncer cervical, câncer de colo de útero), Saúde Bucal, Medicação, Satisfação dos Usuários, Inserção profissional
S: Profissionais, Equipes, Usuários; M: Quantitativa, Qualitativa, Misto

Legenda: T (temática), S (sujeitos), M (Método)

Fonte: dados da pesquisa

Dentre as temáticas abordadas, resultantes aos dados secundários do PMAQ, destacam-se o processo de implementação na AB, os aspectos de avaliação do programa, o apoio institucional e a efetividade na qualidade de saúde. As avaliações compreenderam o Processo de Trabalho e de Gestão, assim como as ações de saúde no pré-natal, Programa de Saúde na Escola, doenças crônicas e a prevenção de câncer. Destacam-se ainda estudos que envolvem a temática da saúde bucal, avaliando as ações de promoção, equipamentos e insumos. A satisfação do usuário em relação ao acesso e a qualidade dos serviços é descrita, ainda que insuficiente.

Discussão

O PMAQ é considerado importante instrumento de reorganização e avaliação dos serviços e ações da Atenção Básica. Com a sua instituição, o MS objetiva incentivar os gestores municipais a qualificar a ampliação e o acesso dos serviços de saúde, garantindo um padrão de qualidade e permitindo transparência das ações governamentais direcionadas à AB, entre elas, a financeira (SOSSAI *et al.*, 2016). O programa destaca a relevância da

institucionalização da cultura avaliativa nos serviços de saúde. Para tanto, aposta em uma gestão com base no monitoramento de processos e resultados no SUS, ampliando o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e, por conseguinte, a satisfação dos usuários (MOTA; DAVID, 2015).

Nessa concepção, diversos estudos científicos foram advindo conforme a divulgação dos ciclos de desenvolvimento, possibilitando identificar um aumento expressivo de publicações entre o período de 2014 a 2017 em diferentes periódicos de divulgação. Contudo, salienta-se que nenhum estudo foi publicado entre os anos 2011 e 2012, justificado pela recente implantação do programa pelo MS, em outubro de 2011, e o desenvolvimento do primeiro ciclo avaliativo nos municípios em 2012, dispondo de um banco de dados secundários incipiente.

Na apreciação dos periódicos de divulgação dos estudos, evidencia-se a crescente internacionalização da pesquisa, que articula a atuação de diferentes instituições de ensino na consolidação de evidências científicas referentes ao PMAQ. No entanto, observa-se, nos últimos anos, o interesse de periódicos estrangeiros sobre a temática, como é o caso do “Journal Ambulatory Care Manage”, “Wolters Kluwer Health” e “International Journal of Environmental Research and Public Health”.

Sendo o Brasil considerado o único país que disponibiliza um sistema de saúde público integral para mais de 200 milhões de pessoas, organizado na Atenção Básica por meio das Estratégias de Saúde da Família, pesquisas têm apresentado interesse em compreender como o sistema é mantido, visto as características econômicas, populacionais e territoriais do Brasil. Observa-se que a experiência de países vizinhos permite comparações dos serviços de saúde desenvolvidos, propiciando ampliar o conhecimento sobre os programas e as políticas públicas de saúde que constituem o SUS (NORMAN; TESSER, 2015; MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

Em vista disso, justifica-se a utilização da “Atenção Primária em Saúde (APS)” como principal palavra-chave empregada pelos autores nos estudos científicos. Porém, observou-se, neste estudo, que não há padronização nos artigos em relação aos descritores. Evidenciou-se que a utilização de palavras-chave complementa-se com os atributos da APS, sendo os mais relevantes a acessibilidade, a avaliação em saúde nas ESF e os cuidados de saúde em nível primário. Esse reconhecimento da APS, segundo Starfield (2002), é fundamental nas evidências científicas para a compreensão dos aspectos distintos da organização e reorganização dos serviços de saúde (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, o método prevalente apontado no estudo foi a abordagem quantitativa, destacada na literatura como necessária, suficiente e adequada para a mensuração dos dados avaliativos advindos do PMAQ. Porém, o uso exclusivo dessa abordagem restringe a subjetividade dos sujeitos para a (re)construção de soluções fundamentadas na identificação de problemas. Recomenda-se para esse estilo de pesquisa uma concepção ampliada de métodos complementares, compatíveis com os conceitos e os objetivos propostos pelo Programa em questão (BRASIL, 2012; ROCHA *et al.*, 2016).

Dentre os participantes, os profissionais da saúde foram mais incidentes, seguido das equipes de saúde e de uma discreta publicação envolvendo a participação dos usuários. Essa prevalência pode estar associada ao método de avaliação supracitado, no qual a inserção dos usuários ocorreu apenas na avaliação externa, por meio de respostas a um questionário padronizado, que não se constituiu como parâmetro para a avaliação de desempenho das equipes. Sossai *et al.* (2016) destacam que, em certos momentos, as equipes não foram consultadas e nem manifestaram as suas escolhas na adesão ao PMAQ, o que pode constituir em fragilidade na condução e na avaliação. Além disso, as transformações nos serviços e ações podem estar incipientes em algumas ESF, dificultando a percepção do usuário, por conseguinte, não sendo capaz de fomentar o interesse dos pesquisadores (ROCHA *et al.*, 2016).

No entanto, o programa tem propiciado transformações na infraestrutura, viabilizando recursos materiais, organização dos registros e processos de trabalho, induzindo ao movimento de reestruturação da gestão em saúde embasada na avaliação e no monitoramento de desempenho permanente na AB. Esse processo de transição envolve diretamente as equipes e os profissionais da saúde (FEITOSA *et al.*, 2015).

Para o êxito do programa, o MS conta com o apoio de determinadas Instituições de Ensino no processo de avaliação externa, que, por meio de editais, formam equipes para serem capacitadas a tornarem-se avaliadores do programa e auxiliar na qualidade do processo de implementação do PMAQ. Essas instituições de ensino parceiras sobressaíram-se pelo quantitativo de produções demonstrado pela literatura. No entanto, a relação sobre o apoio institucional e a produção científica pode ser ambígua, podendo ser compreendida como mera função gerencial ou disparadora dos processos de mudança, estimulando as relações dialógicas e o empoderamento dos sujeitos (ROCHA *et al.*, 2016).

Ademais, verifica-se uma grande incidência de estudos pela Região Brasil, contemplando não apenas produções nacionais, como também internacionais. As Unidades de Análise do instrumento do PMAQ, Gestão e Equipe, e as suas respectivas subdimensões são

descritas, na maior parte pela abordagem quantitativa, de forma satisfatória, permitindo a construção de uma matriz de conhecimentos geral do Programa em questão. Rocha *et al.* (2016) apontam que o PMAQ-AB segue um entendimento político de sucessão de etapas normativas, que garantem a implementação das ações tal qual foram elaboradas, desconsiderando os vários sujeitos e as diferenças nos cenários de implementação da política, justificados pelas dimensões territoriais e pela diversidade do País.

Ao mesmo tempo em que esses estudos são satisfatórios para o conhecimento da realidade nacional da AB, eles apresentam lacunas quando avaliados em nível regional e podem comprometer o processo de implementação e os resultados das políticas públicas. Os estudos relacionados à Região Nordeste são de abordagem quantitativa, envolvendo profissionais e equipes e as dimensões da Gestão Municipal e da Atenção Básica. A Região Sudeste, apesar de apresentar um menor quantitativo de produções em relação à Região Nordeste, ressalta o uso de estudos mistos e quantitativos que permitem, além de avaliar, descrever a realidade vivenciada pelos sujeitos envolvidos. As demais regiões, Sul Centro Oeste e Norte, apresentaram o menor quantitativo de estudos, restringindo as análises em relação ao processo de implementação, ao processo de trabalho e de gestão.

Os estudos apontados nas regiões, individualmente, não são suficientes para descrever a realidade do contexto local após a implementação do PMAQ, uma vez que são embasados, majoritariamente, no banco de dados secundário do programa. Logo, as práticas de cuidado, gestão e educação podem não atingir os objetivos do programa, desconsiderando a profundidade e a singularidade do contexto que estão inseridos. Nessa perspectiva, interferem no planejamento e nas construções de estratégias adequadas às diferenças de território que mobilizem atores locais no enfrentamento de problemas e situações e no desenvolvimento permanente das ações em saúde (SOSSAI *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

Considerações finais

Este estudo possibilitou conhecer as características da produção científica sobre a temática do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Ademais, viabilizou a emersão de indicadores que permitem identificar que o programa tem apresentado transformações no cenário da saúde pública, impactando os aspectos estruturais, de insumos e processos de trabalho.

Essa análise bibliométrica evidenciou que existem lacunas em pesquisas qualitativas empíricas de campo que representam o protagonismo dos envolvidos com o PMAQ, a

realidade vivenciada por esses profissionais após a implementação do programa e o impacto nos serviços e ações em saúde.

O cenário da produção científica exposto denota significativo número de pesquisas embasadas no banco de dados secundários do PMAQ, que consistem nos relatórios dos ciclos avaliativos de cada município, região e estado, sugerindo a necessidade e a relevância de estudos e reflexões mais aprofundadas sobre a temática do PMAQ sob essa perspectiva.

Referências

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica Brasília, Ministério da Saúde; 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>

_____. 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/DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Ações, Programas e Estratégias, 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em: 10 jan 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. **Ações, Programas e Estratégias**. 2015. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf Acesso em 4 jan 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade. 2017. Disponível em

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf.
Acesso em 4 jan 2018.

FEITOSA, R. M. M. *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Sociedade**. v.25, n.3, p. 821-829, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821&l Acesso em 10 jan 2018.

FRAGOLLI, L.A.; GOMES, M. F.P.; NABÃO, F. R.Z.; SANTOS, M.S.; CAPPELLINI, V.K.; ALMEIDA, A.C.C. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.12, p.4851-4860, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf Acesso em: 02 fevereiro 2018.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of Ambulatory Care Management**. v.40, p.S4-S11, Abr- jun, 2017. Available from: https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Brazil_s_National_Program_for_Improving_Primary.2.aspx Cited 2018 jan 10.

MOTA, R. R. de A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.122-7, jan-fev. 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a20.pdf> Acesso em: 17 jan 2018. doi.org/10.12957/reuerj.2015.14725

MUNGIAM, R. **Caminhos para adequação da avaliação da produção científica brasileira: impacto nacional versus internacional** [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Comunicações e Artes; 2006.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Sociedade**. v.24, n.1, p.165-179, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=en

Acesso em: 10 jan de 2018.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos da atenção primária e estratégia saúde da família. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v.66, n.esp, p. 158-9, set, 2013.

PINTO, H.A.; SOUSA, ANA; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Divulgação Saúde Debate**. v.38, n. especial, p.43-57, 2014.

ROCHA, *et al.* Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: ambiguidades no discurso oficial. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v.18, n.1, p.21-35, jan-mar, 2016. Disponível em <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15127/10708>
Acesso em 10 jan 2018.

SANTOS, R. N. Produção científica: por que medir? O que medir? **Rev Digit Biblioteconomia Cienc Inform**. v.1, n.1, p.22-38, 2003.

SOSSAI, T. A. *et al.* Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, Vitória, v.18, n.1, p. 111-119, jan-mar, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15142>.
Acesso em 10 jan 2018. doi.org/10.21722/rbps.v18i1.15142

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

ARTIGO 2

IMPACTO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: COM A PALAVRA, OS ENFERMEIROS⁷

Resumo Objetivo: conhecer o impacto da implementação do PMAQ sobre o processo de trabalho do enfermeiro nas Estratégias de Saúde da Família. **Método:** pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, integrada por nove enfermeiros de equipes de Estratégia de Saúde da Família de municípios de uma Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, vinculadas ao PMAQ. Os dados foram coletados entre janeiro e abril de 2017, por meio de questões semiestruturadas, gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para análise temática. **Resultados/Discussão:** a implementação do PMAQ induz a mudanças na organização dos serviços por meio dos padrões de qualidade definidos pelo programa, os quais auxiliam no processo de organização do trabalho das equipes. Por conseguinte, os enfermeiros gestores das equipes têm evidenciado os impactos no processo de trabalho e gerenciamento da Estratégia da Saúde da Família, envolvendo o suprimento de insumos e equipamentos, além de reafirmar o compromisso dos profissionais com a alimentação dos sistemas de informação e a educação permanente em saúde, relevantes para o cotidiano de um atendimento com excelência. **Conclusão:** os reflexos dos investimentos fomentados pelos padrões de qualidade visados pelo PMAQ influenciam na gestão e no gerenciamento desempenhado pelo enfermeiro, que perpassa pelos aspectos organizativos e assistenciais dos serviços, possibilitando qualificar a rede de atenção à saúde nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Enfermagem. Política de saúde. Atenção básica. Avaliação. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

Introdução

Nas últimas décadas, acentua-se a preocupação sobre a qualificação do modelo de atenção à saúde disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse movimento, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem ocupando lugar estratégico e relevante no que se refere à equidade e ao acesso universal. Com a propagação desse sistema e os investimentos consideráveis no setor, emergem novas questões para reflexão, como a organização e a qualidade do acesso aos serviços de saúde.¹

⁷ Artigo Pré-formatado para a Revista Cadernos de Saúde Coletiva.

A APS pode ser denominada no Brasil como Atenção Básica (AB), considerada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde (RAS), promovendo a vinculação e a responsabilização pelas necessidades de saúde de toda a população, que, para atendê-las, levou o Ministério da Saúde (MS), em 1994, a reorganizar os cuidados prestados, estabelecendo uma cobertura de saúde mais abrangente. Com o apoio dos governos locais, estaduais e federais, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente, Estratégia da Saúde da Família (ESF), como uma das portas de entrada preferenciais do usuário ao sistema de saúde, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.^{1,2}

Concomitantemente à expansão de cobertura e do acesso, fomentam-se também esforços para a melhoria da qualidade dos serviços, do processo de trabalho, da gestão e das estratégias e ações ofertadas aos usuários. Um dos produtos instituídos para abarcar esses objetivos foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), conforme Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).^{3,4}

O PMAQ-AB é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento da AB. Permanentemente, almeja a progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, os cuidados à saúde considerados primários e a participação da população aos serviços, almejando alcançar um padrão de qualidade nacional.⁵ Ainda visa incentivar os gestores e as equipes a aperfeiçoar o padrão de qualidade da assistência oferecida nas ESF, por meio de processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e da avaliação externa. Os dados que constituem o programa abrangem todas as atividades consideradas prioritárias na AB. O resultado desse processo avaliativo possibilita extrair informações sobre a dimensão da estruturação e organização dos serviços de saúde em todo o território nacional.

A adesão ao PMAQ pelos municípios vem aumentando consideravelmente. No primeiro ciclo, que ocorreu em 2012, 71% dos municípios brasileiros participaram do processo avaliativo. Em seu terceiro ciclo, que ocorreu em 2017, 95,6% municípios participaram. Para receber a certificação do PMAQ, as equipes pactuadas devem realizar os processos autoavaliativos, que correspondem a 10% da avaliação, 30% representam os indicadores que são contratualizados e 60% envolvem a avaliação externa, necessitando um profissional de nível superior da equipe para responder ao avaliador. Ressalta-se que desses profissionais envolvidos, o enfermeiro apresenta destaque como entrevistado escolhido pela equipe para responder essa etapa.^{3,6}

A avaliação externa do PMAQ compreende avaliar a estrutura, os equipamentos, os materiais e insumos da unidade de saúde. O instrumento de avaliação contempla elementos relacionados às características estruturais e de ambiência no contexto de trabalho. Disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos são observados pelo avaliador de qualidade e elementos relacionados à organização do processo de trabalho são verificados mediante entrevista com profissional de saúde.^{3,6}

O contexto de responsabilidade concedida ao enfermeiro corrobora com a função de coordenador da equipe nas ESF que desempenha comumente, desenvolvendo atividades de caráter administrativo dos serviços e liderança das equipes, independente do porte populacional dos municípios.^{2,7} Portanto, o trabalho do enfermeiro está pautado nas vertentes da produção do cuidado e gestão do processo terapêutico e as atividades de gerenciamento dos serviços de saúde e da equipe de enfermagem.

O campo empírico da pesquisa qualitativa, que reúne informações sobre a implementação do PMAQ nas equipes de ESF, ainda é incipiente, uma vez que a maioria dos estudos disponibilizados advém do banco de dados secundários da avaliação do PMAQ. A institucionalização efetiva de um programa deve ser reconhecida por todos os envolvidos, portanto, torna-se relevante que as informações geradas pela avaliação do PMAQ sejam reconhecidas e significativas a ponto de contribuir para o trabalho de gestão.^{8,10}

Para compreender a percepção do enfermeiro sobre o trabalho que está sendo desenvolvido nas equipes de ESF indagou-se: qual o impacto do PMAQ no contexto da Estratégia da Saúde da Família? Com o objetivo de conhecer o impacto da implementação do PMAQ sobre o processo de trabalho do enfermeiro nas Estratégias de Saúde da Família.

Método

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, apresentando como participantes nove enfermeiros de equipes de ESF de municípios integrantes de uma Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, vinculadas ao PMAQ.

Tendo em vista a especificidade do território estudado, composto por municípios com diferença populacional significativa, optou-se por categorizá-los em três grupos. O primeiro composto por municípios menores de cinco mil habitantes; o segundo, por municípios com população entre cinco e dez mil habitantes e o terceiro, por municípios com mais de dez mil habitantes.

A seleção dos participantes deu-se considerando o perfil populacional dos municípios, quando foi sorteado três de cada grupo populacional e, na sequência, a partir dos selecionados,

identificou-se as equipes que estavam pactuadas com o PMAQ e, entre elas, foram sorteadas uma por município. Totalizaram, pois, como participantes da pesquisa, nove enfermeiros de equipes de ESF, sendo incluídos aqueles que, após os esclarecimentos da pesquisa, concordaram em participar.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2017, permeados por roteiro de questões norteadoras semiestruturadas, que foram gravadas em áudio com média de duração de sessenta minutos e, posteriormente, transcritas para análise temática.¹¹

Para a apreciação e interpretação dos dados, utilizou-se o método da análise temática, que preconiza a pré-análise, na qual foram reunidas todas as entrevistas e realizada a leitura flutuante, além da elaboração de indicadores para interpretação dos dados; exploração do material, a fim da compreensão do texto e destaque para as palavras significativas; assim como tratamento dos resultados obtidos e interpretação, compreendendo a reflexão crítica dos resultados e a correlação dos achados da literatura.¹¹

Os preceitos éticos foram seguidos conforme determina a legislação em vigor, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAEE) nº 49534815.60000.5346 e os participantes identificados pela letra 'E', seguida da ordem numérica. Ressalta-se que este estudo advém do projeto matricial intitulado "A percepção de usuários, gestores, profissionais e conselheiros municipais de saúde acerca da implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS".

Resultados e discussão

Os modelos assistenciais no SUS abarcam a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o tratamento do adoecer. Por conseguinte, as práticas assistenciais disponibilizadas na sua rede de saúde necessitam encontrar um equilíbrio para que as suas propostas complementem-se e os serviços ofertados atendam às necessidades de toda a população adscrita, comprometendo-se com os seus princípios e objetivos. Para tanto, equiparar a assistência com a qualidade nas ESF torna-se o desafio diário dos serviços e profissionais.

O conjunto de estratégias prioritárias desenvolvidas nos serviços é definido pela PNAB. O PMAQ integra esse movimento de reorientação que busca organizar o SUS, configurando-se como potencial ferramenta na gestão, contribuindo com melhorias no acesso e na qualidade, e, como consequência, no desempenho dos indicadores de saúde.¹² Dessa forma, os principais impactos observados na ESF, após a implementação do PMAQ, na percepção de enfermeiros, foram descritos em três categorias.

Qualificação das ações na Atenção Básica

A implementação do PMAQ nas equipes de ESF induz mudanças na organização dos serviços por meio dos padrões de qualidade definidos pelo programa, os quais auxiliam no processo de organização do trabalho das equipes. A adesão voluntária pelos municípios remete ao compromisso de melhorias nos serviços já implantados, bem como à incorporação daqueles que não estavam sendo ofertados, direcionando a superação dos desafios no cotidiano de trabalho, reafirmando as diretrizes do SUS e resultando na qualidade do serviço,^{3,12,13} corroborando com as evidências encontradas nas falas.

“[...]a gente, muitas vezes, tem uma visão de quantidade, então, uma palavra que nos chamou muita atenção é qualidade, qualificar a assistência. O que nos faz pensar: será que nosso atendimento está ruim? [...] nós achávamos que estava bom, mas recebendo todas as instruções, a gente viu que podia melhorar bem mais, partindo do programa”. (E1)

“[...]se todas as equipes conseguissem colocar em prática o PMAQ na sua integralidade, com certeza, os serviços seriam totalmente diferentes. Teria um atendimento muito mais resolutivo, com mais qualidade, mais organizado, a utilização de recursos seria melhor aproveitado e, conseqüentemente, a gente teria um retorno maior na questão da prevenção, com certeza, os usuários sairiam mais satisfeitos”. (E6)

“Organização! Na verdade, a gente tinha uma visão mais assistencialista, não que a gente não fizesse atividades coletivas, mas se trabalhava muito em produzir e pouco avaliar. Não se tinha aquele cuidado em avaliar o serviço: estou atendendo crianças, mas como estou atendendo crianças? Que avanços estou conseguindo? Então, hoje, a gente já tem esse olhar, tudo que a gente faz é com a ideia de prestar um serviço de qualidade, mas, ao mesmo tempo, em forma de monitoramento. Então, monitorar o cuidado”. (E6)

Ressalta-se que o conceito de qualidade torna-se relativo e complexo nos serviços de saúde, exigindo redefinições sucessivas, variando com o contexto histórico, político, econômico, cultural e de conhecimento científico acumulado pela sociedade. Estudos sobre a qualidade concluem que, dada uma boa estrutura, o atendimento torna-se mais resolutivo, visto o contexto da estrutura dos serviços, processos e resultados serem componentes da avaliação de qualidade.^{2, 13,14}

Os padrões de qualidade listados pelo PMAQ, norteadores do processo de organização dos serviços de saúde, fornecem informações que auxiliam nas discussões para a tomada de decisões, melhorando a atenção à saúde e possibilitando reflexões mais aprofundadas sobre a gestão que está sendo realizada, o que remete ao monitoramento e à avaliação das ações em saúde. Portanto, impulsiona a criação de estratégias que perpassa o sentido único de avaliar o desempenho da equipe e o desenvolvimento de atividades, mas instigando a reconhecer e analisar as características da oferta, infraestrutura, prestação e organização das ações, produzindo mudanças potenciais no serviço.^{15,16}

O monitoramento e a avaliação das ações em saúde estão sendo possibilitados a partir do fomento dos sistemas de informação, visto os últimos investimentos do Ministério da Saúde, fornecendo informações acerca da população adscrita no território e indicadores de saúde, direcionando a organização do trabalho no cuidado clínico e sanitário.

Sabe-se que os serviços ofertados nas ESF comumente ou permanentemente são baseados na priorização de intervenções. Integra-se nas responsabilidades desse serviço o cuidado individual e coletivo, portanto as intervenções específicas não devem afetar a flexibilização organizacional e o acesso ao cuidado. Os sistemas de informação, instrumento fundamental para o processo de trabalho, são utilizados como indicadores para identificação de problemas do território, subsidiando a rotina dos serviços e resultando na priorização de ações específicas.¹⁷ Essa configuração dificulta o acesso e induz a um enquadramento de demanda espontânea, desvalorizando a responsabilidade da ESF e a sua finalidade. Portanto, esses indicadores necessitam ser reconhecidos e utilizados como critérios de avaliação das ações das equipes, permeando o planejamento e a elaboração das estratégias de promoção da saúde.¹²

Fragilidades no processo de trabalho

Em algumas ESF, existem lacunas no processamento adequado dos sistemas de informação, como disponibilidade de rede de internet, capacitação de trabalhadores, tornando-se um obstáculo e, assim, sendo subutilizados. Com a proposta do PMAQ, ocorre uma revisão das necessidades da utilização desses sistemas, uma vez que os padrões de qualidade indicam uma série de ações em saúde que devem ser monitoradas constantemente, resultando no enfoque quantitativo de uma das fases da avaliação. Essas alterações foram identificadas pelos profissionais durante a pesquisa.

“[...] é as ações em saúde que vão alimentar o PMAQ, talvez faltou isso lá na implementação da gente deixar bem claro”. (E8)

“Eu acho que o PMAQ deu uma sacudida em todos os funcionários na questão de alimentação de sistema”. (E3)

“Quanto tu mexe mais no financeiro, a gestão acompanha o financeiro, então, o PMAQ fez despertar para a produção. Muita coisa se fazia e não se lançava, o PMAQ deu esse estopim”. (E3)

Quanto maior for a utilidade disponível e reconhecida pelos sistemas de informação, mais subsídios podem ser fornecidos para o planejamento e a elaboração de estratégias para promoção da saúde.¹⁷ Estudos têm apresentado a relevância dos registros, conotando importante indicador para a melhoria da atenção às ações em saúde, mas ainda há escassez de dados relativos à assistência desenvolvida nas ESF, configurando-se na necessidade de investimentos em tecnologias de informação e comunicação, além de capacitação para os profissionais.¹⁸

Percebe-se fragilidades na compreensão dos profissionais sobre as potencialidades proporcionadas pelos sistemas de informação, o que não é condição específica dos trabalhadores de saúde brasileiros. Julga-se que os fatores humanos desenvolvem a importante relação de conceber uma intervenção, determinando a sua usabilidade e adoção, por conseguinte, as questões organizacionais apresentam-se fundamentais por difundirem estratégias de implementação que sejam capazes de influenciarem a adoção e constituírem-se como ferramentas de trabalho.^{18,19}

Ainda que a utilização das tecnologias de informação na área da saúde apresente-se em processo de expansão, o PMAQ tem incentivado o fomento desse uso, recrutando informações para o processo avaliativo. No entanto, faz-se necessária uma compreensão mais aprofundada da funcionalidade dessas intervenções, para que se efetive o desenvolvimento dessa prática promotora de saúde.

Os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças precisam estar claros para todos os profissionais, pois esse entendimento tem relevância no cotidiano de trabalho e na consolidação das estratégias de promoção da saúde para a superação dos determinantes que influenciam o movimento de viver e adoecer dos indivíduos. As ações de promoção, como as atividades educativas, relevantes na avaliação do PMAQ, são utilizadas em grupos determinados, como de doenças crônicas, grupo de idosos. Nesses grupos, é reforçada a

necessidade de hábitos de vida saudáveis, mas ainda existe uma forte tendência de ocorrer de forma preventiva, com transmissão unidirecional do conhecimento, não se apresentando centrada na promoção da saúde.^{19,20}

Essa perspectiva deve também ser avaliada pela ausência de recursos e ferramentas que auxiliam o processo de atividades educativas, limitando, por vezes, as ações desses profissionais em algumas ESF. Realidade que se apresenta em processo de mudanças desde que houve o reconhecimento das necessidades de estratégias para melhorar e qualificar a AB, a fim de tornar os seus serviços mais efetivos. Por conseguinte, tem sido sintetizado pelo modelo do PMAQ-AB e o seu incentivo financeiro, articulando com diversas iniciativas e apresentando relevância nos serviços.^{4,20,21}

Repercussões do PMAQ na estrutura da ESF

“[...]antigamente, a gente falava breve, um assunto bem rápido e liberava os pacientes. Agora, não. Agora, eu acesso a um computador, tenho multimídia, retroprojektor, para passar atividade visual [...]. Eu posso proporcionar outros tipos de atividades para esse grupo, então só veio a qualificar o que a gente já fazia, que antes não tinha muitos instrumentos. A gente improvisava e, agora, nós temos acesso”. (E1)

“O PMAQ veio e contribuiu com as nossas ansiedades enquanto equipe, o PMAQ veio e disse que tinha que ser, e a gente conseguiu implementar, se não, nós não iríamos conseguir. (E2)

“Então a ideia era essa, não era aumentar serviço, era melhorar o que a gente já tinha para poder trabalhar melhor, também pensando na nossa qualidade no trabalho e aí todo mundo achou que era interessante e aderiu.” (E6)

Os dispositivos de tecnologia da informação contribuem no processo de planejamento e elaboração de estratégias para promoção da saúde, assim como para a capacitação profissional e comunicação, tornando-se um instrumento facilitador no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, uma vez que a inadequação ou indisponibilidade desses recursos inviabilizava, muitas vezes, a integração.^{17,18,20}

Os resultados disponíveis na literatura sobre a certificação do PMAQ e a associação das tecnologias de informação representam impactos positivos na melhoria da qualidade da atenção à saúde. Quando implementado de forma adequada nas equipes, no que se refere à infraestrutura, implantação de sistemas e utilização de informação, configuram-se em avanços no trabalho assistencial, auxiliando o processo de planejamento de ações e atividades.²¹

Para tanto, a expressiva necessidade de adequação das estruturas é observada na avaliação do PMAQ. Os estudos referentes ao banco de dados externo do programa demonstraram revelações expressivas na adequação que essas unidades de saúde apresentavam após a adesão em relação as demais, refletindo no processo de trabalho das equipes. Isso pode ser influenciado pelo reforço implantado nas unidades para aquisição dos equipamentos e insumos necessários às ações em saúde, realizados pelos gestores e equipes de saúde, uma vez que existem manuais com orientações sobre o programa, com disposição dos padrões de qualidade avaliados.²⁰

Propositalmente, esse viés é entendido com um aspecto positivo no processo avaliativo das equipes, contribuindo para a assistência à saúde da população. Por meio das melhorias na prestação do serviço, na estrutura e nas condições de trabalho da equipe, o contexto do processo de trabalho tem se alterado, assim como se qualificado, auxiliando o trabalho de gestão e gerenciamento do enfermeiro.²⁰

Conclusões

O estudo demonstrou que o PMAQ tem apresentado melhorias consideráveis nos serviços de saúde das ESF, implementando estratégias para mudança de realidades e corroborando para uma AB mais efetiva. A melhoria da qualidade está interfacetada pelos processos de melhoramento, por meio do suprimento de lacunas existentes, que intermediam a integração nas relações dos trabalhadores e incitam a valorização do profissional, além de contribuir no processo de gestão e gerenciamento da unidade e equipe, geralmente/usualmente desempenhado pelo enfermeiro.

Os reflexos dos investimentos fomentados pelo PMAQ influenciam no trabalho do enfermeiro como coordenador da equipe. O gerenciamento do trabalho, que perpassa pelos aspectos organizativos e assistenciais dos serviços de saúde, tem obtido auxílio pelos padrões de qualidade visados pelo PMAQ, possibilitando qualificar a saúde dentro dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS. Essa qualificação incita a equipe a um comprometimento e envolvimento maior com o serviço, participando efetivamente das reuniões de equipe, dos processos de educação permanente e qualificações no momento e lugar requeridos, configurando-se como um serviço de saúde mais resolutivo, o qual apresenta mudanças sentidas por todos.

O programa pode ser reconhecido como um instrumento potencial para o campo da avaliação no âmbito da AB. Contudo, reflete-se sobre o seu processo de implementação nos municípios e, como consequência, nas equipes. As informações úteis proporcionadas a partir

do seu desenvolvimento e acessíveis aos profissionais, além do entendimento do seu propósito, e a sua efetividade nas intervenções de Promoção a Saúde deveriam ser reconhecidas por suas ações avaliativas, utilizadas como ferramenta no processo decisório do trabalho e de formação dos profissionais, não somente consideradas como mero mecanismo externo avaliativo.

Consideram-se incipientes os estudos qualitativos do campo empírico sobre o PMAQ e o envolvimento dos profissionais. As pesquisas existentes são derivadas do banco de dados secundários do PMAQ, Ciclo I, II e III, considerado um fator limitante deste estudo. Nesse ínterim, visualiza-se a necessidade de estudos mais abrangentes para compreender como o PMAQ tem influenciado nos serviços de saúde, na percepção dos profissionais que estão diretamente desenvolvendo o programa, entre eles, o enfermeiro, que, normalmente, toma para si o processo de implementação e gestão do PMAQ, abarcando, assim, a compreensão dos meios e fins da proposta desse processo avaliativo na Atenção Básica.

Esta reflexão expõe na centralidade das iniciativas avaliativas no campo da AB como potencial ferramenta para o aprimoramento da atenção e promoção, enfocando para a relevância que as informações coletadas, analisadas e sistematizadas tenham utilidade para as equipes de saúde na melhoria do sistema.

Referências

1. FaustoMCR, Fonseca HMS. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 out 24; Seção 1:48.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo [Internet]. Brasília 2012 [citado 2017 dez 23]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2015.
5. Seidl H, Vieira S de P, Fausto MCR, Lima Rde CD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate [Internet]. 2014 Out [citado 2017 Jul 30];38(spe):94-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en. doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008.

6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Banco de Dados PMAQ-AB. [Internet] [citado 2018 Jan. 10] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php
7. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB; Florêncio AR, Matos IB, Barbosa MG *et al.* Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulgação em Saúde Debate* [Internet]. 2014 Out [citado 2018 Jan. 10];51:145-160. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
8. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M de, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 Out [citado 2017 Jul 31];38(spe):237-251. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600237&lng=en. doi.org/10.5935/0103-1104.2014S018.
9. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc.* [Internet]. 2015 Mar [citado 2018 Jan 10];24(1):165-179. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=en. doi:10.1590/S0104-12902015000100013
10. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Divulgação em Saúde Debate* [Internet] 2014 Out [citado 2018 Jan 10];51:43-57. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
11. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo, HUCITEC-ABRAMO, 2014.
12. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [Internet] 2015 Dez [citado 2017 Jul 31]; 39(107):1033-1043. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401033&lng=en. doi.org/10.1590/0103-110420161070360.
13. Kordowicz M, Ashworth M. Capturing general practice quality: a new paradigm? *British Journal of General Practice* [Internet] 2013 [cited 2018 Jan 10];63(611):288-289. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662424/> doi: 10.3399/bjgp13X668041
14. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* [Internet] 2005 Dec [cited 2018 Jan 10];83(4):691-729. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/> doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
15. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulgação em Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2018 Jan 10]; 51:30-37. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
16. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de Atenção à saúde na perspectiva das 59 equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Revista Saúde em Debate* 2014; 34(especial):13-33.

17. Heidemann ITSB, Costa MFBNA da, Hermida PMV, Marçal CCB, Cypriano CC. Sistema de informação da atenção básica: potencialidades para a promoção da saúde. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2015 Abr [citado 2017 July 29]; 28(2):152-159. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200152&lng=en. doi.org/10.1590/1982-0194201500026.
18. Santos A de F dos, Fonseca SD, Araujo LL, Procópio C da SD, Lopes EAS, Lima AM de LD de *et al.* Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2017 Jul 30]; 33(5): e00172815. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605003&lng=en. doi.org/10.1590/0102-311x00172815.
19. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
20. Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):122-7. doi.org/10.12957/reuerj.2015.14725
21. Janssen M, Fonseca SC, Alexandre GC. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 July 30]; 40(111): 140-152. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400140&lng=en. doi.org/10.1590/0103-11042016111

ARTIGO 3

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXOS NAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA⁸

Resumo Objetivo: conhecer e compreender a percepção dos enfermeiros sobre o processo de trabalho da equipe a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) implementado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). **Método:** pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com nove enfermeiros de ESF de municípios integrantes de uma Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram realizadas entre janeiro e abril de 2017, por meio de questões semiestruturadas e, posteriormente, interpretadas e analisadas pelo método de análise temática. **Resultados e Discussão:** os padrões de qualidade requeridos pelo PMAQ-AB contribuem para a superação das lacunas da organização e assistência dos serviços de saúde. A pactuação de metas e indicadores incitam a mobilização dos atores envolvidos, intermediando ações, manejos e recursos a fim de suprir as necessidades das equipes de ESF. Por conseguinte, o estímulo organizacional, estrutural e financeiro permeia as condutas do processo de trabalho, ocorrendo mudanças significativas no contexto relacional e processual de produção. **Considerações finais:** o PMAQ efetivo nas equipes de ESF apresenta melhorias consideráveis do acesso e da qualidade no contexto estrutural, equipamentos, insumos, refletindo diretamente no processo de trabalho das equipes. Entretanto, infere-se que ações que não demandam custo efetivo também têm apresentado transformações, evidenciando o enlace existente na ampliação do acesso e a qualidade das ações na AB a partir de incentivos financeiros.

Descritores: Enfermagem. Estratégia da saúde da família. Política de saúde. Gestão dos serviços de saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

Introdução

O Brasil é destacado internacionalmente por ser o único país com população superior a 200 milhões de habitantes mantendo um sistema público, universal, integral e gratuito de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Associado ao número expressivo de habitantes, encontram-se as consideráveis dimensões territoriais do país, as transições demográficas e

⁸ Artigo Pré-formatado para a Revista Cadernos de Saúde Coletiva.

epidemiológicas, além das desigualdades regionais, configurando um cenário de inúmeros desafios para a consolidação da saúde pública de qualidade.¹

Para enfrentar e sustentar a realidade vivenciada no SUS, a Atenção Básica (AB) é considerada a porta de entrada preferencial do sistema público de saúde, além de ser articuladora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As necessidades e as demandas sanitárias emergentes desses cenários de saúde exigiram a ampliação da cobertura de serviços, programas, territórios e população, emanando em atualizações da política base, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).¹⁻³

Essa política orienta-se pelos princípios do SUS, além de ações de promoção e prevenção, e de acesso ao sistema de saúde, que devem ocorrer no âmbito da AB, principalmente, por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Por conseguinte, a ESF visa atender uma demanda de 3.000 a 4.000 habitantes, abrangendo territórios específicos de cobertura populacional.¹

A criação das ESF possibilitou considerável expansão dos serviços de AB, necessitando, progressivamente, de iniciativas desenvolvidas voltadas a avaliação, incitadas pela necessidade de qualidade e efetividade das intervenções em saúde, processos de trabalho e aperfeiçoamento das práticas de gestão e atenção à população adstrita nos territórios.⁴

Os trabalhadores que integram as equipes de ESF, enfermeiro, técnico em enfermagem, médico, Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde Bucal, são responsáveis pela avaliação dos indicadores de saúde de sua área. Nessa configuração, devem priorizar e conhecer a realidade das famílias, realizando identificação e elaborando estratégias de enfrentamento em saúde, além de ações educativas, assistência direta na unidade e no domicílio desses usuários. Para tanto, o modelo da ESF pressupõe o envolvimento da equipe entre si e com a população, a fim de viabilizar a promoção da saúde e a resolução de problemas. O enlace das relações pode necessitar de adaptações, visto as características de cada trabalhador, equipe e organização.⁵

O expressivo crescimento territorial de atenção à saúde, bem como processos de trabalho, configura as necessidades de investimentos na remodelagem dos serviços. Nessa perspectiva, visando qualificar e tornar resolutivas as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e processos de trabalho, foi desenvolvido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa objetiva incentivar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, a fim de garantir um padrão de qualidade comparável nos três níveis de governo, nacional, regional e local, evidenciando a transparência e a efetividade das ações governamentais direcionadas à saúde pública.⁶

Cada ciclo do PMAQ é composto por três fases. A primeira etapa é a adesão e a contratualização voluntária pelos municípios; na segunda, ocorre a autoavaliação e o monitoramento das ações pactuadas e que foram desempenhadas pela equipe, caracterizando-se como foco das estratégias de mudanças; a terceira é a avaliação externa, onde são verificadas as condições de acesso e qualidade das equipes com base em padrões de qualidade estipulados pelo PMAQ. Após findadas as avaliações, os serviços participantes recebem a certificação e ocorre a recontratualização a partir da avaliação de desempenho, com a pactuação de novos compromissos e indicadores.⁷

O trabalho na ESF é permeado por um processo coletivo, realizado por diversos indivíduos. No entanto, configura-se marcante o assalariamento e a fragmentação dos atos de produção dos trabalhadores nesses serviços, distanciando a noção do todo, requerendo intervenções no campo das condições de trabalho, uso de tecnologias, interação entre profissionais, planejamento e educação permanente.⁸ Pressupõe-se que esses novos padrões de qualidade suscitados pelo PMAQ podem indicar uma reconfiguração nos modelos adotados por esses profissionais para a organização do processo de trabalho.

Dessa forma, na gestão e na execução das práticas assistenciais, educativas e preventivas no nível da AB, o trabalho do enfermeiro é estratégico e indispensável. A sua inserção nas equipes e territórios é assegurada por meio dos marcos programáticos e legais do SUS. Os enfermeiros têm assumido a função de coordenador nas equipes de ESF, bem como a responsabilidade na gestão e no andamento do processo de execução do PMAQ⁹ na busca de uma certificação expressiva, o que requer atingir os padrões de qualidade.

Portanto, questiona-se: quais os reflexos que os enfermeiros têm visualizado nas equipes de ESF após a implementação do PMAQ? Para tentar responder a esse questionamento, objetivou-se conhecer e compreender a percepção dos enfermeiros sobre o processo de trabalho da equipe a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) implementado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Metodologia

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com nove enfermeiros de ESF de municípios integrantes de uma Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.

Tendo em vista a especificidade do território estudado, composto por municípios com diferença populacional significativa, optou-se por categorizá-los em três grupos. O primeiro composto por municípios menores de cinco mil habitantes; o segundo, por municípios com

população entre cinco e dez mil habitantes e o terceiro, por municípios com mais de dez mil habitantes.

A seleção dos participantes deu-se considerando o perfil populacional dos municípios, quando foi sorteado três de cada grupo populacional e, na sequência, a partir dos selecionados, identificou-se as equipes que estavam pactuadas com o PMAQ e, entre elas, foram sorteadas uma por município. Totalizaram, como participantes da pesquisa, nove enfermeiros de equipes de ESF, sendo incluídos aqueles que, após os esclarecimentos da pesquisa, concordaram em participar.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2017, permeados por roteiro de questões norteadoras semiestruturadas, que foram gravadas em áudio com média de duração de sessenta minutos e, posteriormente, transcritas para a análise.

A interpretação e análise deu-se pelo método de análise temática, que preconiza a pré-análise, na qual foram reunidas todas as entrevistas e realizada a leitura flutuante, além da elaboração de indicadores para a interpretação dos dados; exploração do material e categorização dos dados, a fim da compreensão do texto e destaque para as palavras significativas; tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que compreendeu a reflexão crítica dos resultados e correlação dos achados da literatura.¹⁰

Os preceitos éticos foram seguidos conforme determina a legislação em vigor, sendo que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAEE) nº 49534815.60000.5346 e os participantes identificados pela letra 'E', seguida da ordem numérica. Ressalta-se que este estudo advém do projeto matricial intitulado “A percepção de usuários, gestores, profissionais e conselheiros municipais de saúde acerca da implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS”.

Resultados e discussão

O instrumento do processo de avaliação externa do PMAQ deve ser respondido por um profissional de nível superior, escolhido pela equipe, detentor de conhecimentos abrangentes sobre a comunidade, processos e trabalhos do serviço de saúde. No primeiro ciclo das equipes que fizeram adesão ao programa, os envolvidos foram 15.876 enfermeiros (92,30%), 993 médicos (5,77%) e 333 dentistas (1,93%). No segundo ciclo, a participação dos profissionais correspondeu a 27.822 enfermeiros (93,43%), 1.686 médicos (5,66%) e 270 dentistas (0,91%).¹¹

Os dados do PMAQ evidenciam que é delegada ao enfermeiro a responsabilidade de informar sobre os processos de organização do trabalho. Corroborando com isso, frequentemente, o enfermeiro desempenha a função de gestor, realizando a manutenção e o controle dos serviços de saúde, intensificando e ampliando as suas atividades na ESF, tanto na área da assistência e educação em saúde, quanto no gerenciamento dos serviços, justificando a coordenação no processo e busca pelos padrões de qualidade estipulados pelo PMAQ.⁹ Dessa forma, as principais percepções observadas por esses profissionais sobre o processo de trabalho da equipe, a partir do PMAQ implementado nas ESF, foram descritos em três categorias.

(Re) Organização do processo de trabalho das equipes de ESF

Os padrões de qualidade direcionam para a adequada ambiência dos serviços de saúde, buscando garantia de infraestrutura, equipamentos e insumos fundamentais para o processo de trabalho das equipes. Como componentes do processo de avaliação do PMAQ, na dimensão de “valorização do trabalhador”, alteram significativamente as condições e a qualidade do trabalho, expressando o interesse das equipes e tornando-se fonte de relevante mobilização.¹²

Em estudo avaliativo¹³ realizado para estimar a qualidade dos serviços de saúde, concluíram-se que os obstáculos promotores de mudanças no comportamento das equipes podem estar relacionados ao contexto e à estrutura apresentada no serviço, assim como a organização do processo de trabalho,⁶ o que tem justificado as propostas do PMAQ e os reflexos nas equipes.

“[...]mexeu com a postura dos profissionais, eles se organizaram para que fizessem um bom trabalho. Se a gente for passar por todos os profissionais, a gente vai notar esse diferencial, antes e depois do PMAQ”. (E1)

“Na verdade, ele cobra o que deve ser feito naturalmente. Mas vem com incentivo, porque, assim, tu sabe que tens aquelas metas, mas se não tem, digamos, apoio, não tem motivação. Eu acho que quando você tem o incentivo e a cobrança ao mesmo tempo, daí funciona. Não adianta também só cobrar. Às vezes, o funcionário está sobrecarregado, então, acho que foi uma maneira boa de cobrar, incentivando”. (E4)

“[...]é um programa que realmente veio para favorecer, valorizar o profissional da Saúde, no sentido também de alertar que ele precisa prestar um atendimento com qualidade. Não adianta ele ser valorizado e não qualificar os seus atendimentos, não melhorar suas ações,

desde as técnicas, por isso, a importância de ter um recurso para usar nas atividades de educação permanente”. (E8)

O documento normatizador do PMAQ, concebido pelo MS, reconhece a precariedade existente na AB, reafirmando a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes, com integração e orientação do trabalho, visualizando as prioridades, metas e resultados de acordo com as diretrizes do SUS. A sobrecarga das equipes, com número excessivo de população sendo atendida em cada território, potencializa os impactos na cobertura e na qualidade dos serviços, comprometendo o vínculo e a continuidade das atividades realizadas, dificultando a sua integração.¹²

No entanto, a gestão do trabalho configura-se nas relações estabelecidas a partir da sua concepção, na qual cada profissional é essencial para a efetividade do sistema de saúde. Na organização do processo de trabalho, a participação do trabalhador é fundamental, atuando como coparticipante nas ações e decisões, não sendo considerado agente receptor e cumpridor de tarefas. O trabalho sobre essa configuração é considerado um processo de troca, a partir de coparticipação e corresponsabilização,⁸ promovendo valorização profissional e, por conseguinte, mudanças no processo de trabalho.

Na consolidação do SUS, o trabalhador precisa ser visto como agente transformador da realidade, dessa forma, a política de gestão do trabalho pressupõe a necessidade de garantir condições que valorizem o trabalhador e as suas atribuições como Plano de Carreira, Cargos e Salários, vínculos de trabalho com proteção social, espaços de discussão sobre as relações de trabalho, capacitação e educação permanente.¹³

O processo de trabalho pode ser influenciado pela ausência ou insuficiência de incentivos para qualificação, desenvolvendo obstáculos para manutenção das atividades e desmotivando os profissionais. As atividades de educação permanente têm influência na qualificação e motivação do trabalhador desde que permeie as suas necessidades, a partir da realidade das práticas concretas de saúde, com uso de metodologias ativas e buscando a interação com as exigências do trabalho.^{9,14} Portanto, torna-se relevante investir nessas iniciativas, fortalecendo a participação dos trabalhadores e o seu comprometimento com as atividades.

Nessa perspectiva, a adequação aos padrões de qualidade propostos pelo PMAQ incluem incentivo financeiro que podem subsidiar processos de educação permanente aos profissionais, contribuindo para o avanço dos serviços desenvolvidos na ESF, bem como melhorias nas condições de trabalho. No primeiro ciclo de implementação do PMAQ, em 2011,¹² gestores municipais relataram mobilizações e trabalho conjunto das equipes que

havia aderido ao programa, com propósito de qualificar e implantar os padrões de qualidade. Essa mobilização está diretamente relacionada com as dimensões do PMAQ, na forma de garantir condições de trabalho em padrões instituídos e autodenominados pela própria equipe como valorização do trabalhador.^{12,15}

Essas mudanças têm reflexos no cotidiano das equipes de ESF. Além de potencializar a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços da AB, viabilizam os avanços na universalidade do acesso, na integralidade da atenção, promovendo o bem estar e a melhoria do processo de trabalho.

Motivação e compromisso da equipe de ESF

“[...]a gente viu um fortalecimento da equipe, todo mundo ajuda, a equipe acabou ficando mais unida. Então, tudo a gente discute em equipe, todas as coisas, a gente senta e conversa para ver o que vai ficar bom para todos. Então, todo mundo se sente valorizado”. (E6)

“[...]não tinha aquele compromisso, agora, vejo mais esse comprometimento, parceria de todos da equipe. A nossa equipe ficou mais unida, nós falamos a mesma língua”. (E1)

“A questão de ambiente de colaboração. Então, acho muito importante todos colaborarem com a sua parte e, para isso, precisa estar motivado, sem motivação não faz nada, e o trabalho vai ficando pesado, cansativo. Acho que não rende, nem os pacientes saem satisfeitos”. (E4)

O trabalho na área da saúde é um processo coletivo, desempenhado por profissionais que dispõem de saberes diferenciados, integrando-se na busca de objetivos comuns. Nesse contexto, frequentemente, ocorre uma divisão parcelar do trabalho, considerada a fragmentação dos atos de produção por trabalhadores especializados, podendo resultar em lacunas na organização da rede de atenção à saúde, por conseguinte, não sendo resolutivo. Os espaços para discussão e interação dos profissionais e equipes, integrando-se sobre as condições de trabalho, uso de tecnologias, planejamento e educação permanente, associado ao plano de carreiras e outros subsídios como gratificação e avaliação de desempenho, podem ser utilizados como relevantes ferramentas de gestão.¹⁴

O PMAQ vem fomentando um conjunto de ações necessárias para produzir um padrão de qualidade correspondente à avaliação e, como consequência, a certificação. Esse processo tem estimulado a gestão dos municípios, proporcionando às equipes a modificação no

cotidiano dos serviços disponíveis à população. Essas alterações têm destacado as equipes que fizeram adesão ao PMAQ em padrões diferenciados de qualidade.¹⁶

Eventualmente, o usuário não se sente amparado pelos profissionais, situações que estão relacionadas, muitas vezes, aos seus hábitos culturais, costumes ou religião, influenciando os padrões de satisfação e, em decorrência, podem afetar as relações de vínculo. A falta de interesse sobre o contexto de vida e outras necessidades, sugestões de soluções inapropriadas para a realidade do usuário, falta de atenção, de escuta qualificada, compromisso, comunicação aberta com linguagem facilitada estão entre as principais causas de insatisfação dos usuários.¹⁷

O cenário da organização e da dinâmica dos processos de trabalho revela o compromisso contínuo das equipes em qualificar o acesso dos serviços de saúde e das atividades desenvolvidas, destacando a importância de estreitar as relações entre os profissionais e usuários. Dessa forma, os padrões de qualidade do PMAQ permeados por um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde envolvem a satisfação do usuário ao adentrar no serviço de saúde e sentir que as suas demandas foram supridas de forma resolutiva.

Diante dessas configurações que estão sendo estabelecidas, as ESF têm requerido profissionais com o núcleo de saberes cada vez mais aprimorados, com desempenho que vão além das competências técnicas, exigindo do enfermeiro a gestão e o gerenciamento dos serviços de saúde.⁹

Qualificação do papel do enfermeiro como gestor na ESF

No Rio Grande do Sul, há cadastrados 11.022 enfermeiros, destes, 2.363 enfermeiros de ESF, credenciadas em 2.157 equipes de ESF e distribuídas em 467 municípios.¹¹ O exercício profissional do enfermeiro no contexto da saúde pública está descrito em documentos legais, pautados nas vertentes da produção do cuidado e gestão do processo terapêutico, e as atividades de gerenciamento dos serviços de saúde e da equipe de enfermagem, independente do porte populacional dos municípios.¹

Por vezes, as ações administrativas sobrepõem outras ações do enfermeiro, além da gestão dos conflitos, tensões do cotidiano e a própria organização do processo de trabalho das equipes.¹² No entanto, com a proposta do PMAQ, a configuração dessas demandas tem se alterado.

“[...]como coordenadora, ficou mais fácil de trabalhar com os colegas profissionais. Marcamos uma reunião, pontualmente, estão todos lá para poder explicar, planejar”. (E1)

“O enfermeiro tem a função de coordenar, de motivar, de certa forma, a equipe, organizar melhor o atendimento, o enfermeiro é líder [...]. Eu vejo que melhorou depois da implementação, a gente pode atuar melhor”. (E4)

“[...] foi muito bom, porque, hoje, eu tenho um espelho da unidade, consigo visualizar melhor”. (E3)

O incentivo financeiro do PMAQ fomenta a gestão dos municípios por ampliar os recursos em saúde, mas também as equipes ao estimular a adoção de remuneração baseada em resultados e desempenho, ficando a critério do município a resolução do emprego do recurso. Muitas vezes, o recurso estimula o contexto de mudanças no processo de trabalho e, em decorrência, de qualidade e afinco no serviço.¹² Cabe ressaltar que este não deve ser o ponto disparador de mudanças, uma vez que as dimensões do programa estão relacionadas com a garantia de melhores condições de trabalho, denominado “valorização do trabalhador”.

Os reflexos dos investimentos fomentados pelo PMAQ influenciam no trabalho desempenhado pelo enfermeiro como coordenador da equipe. A qualificação em saúde que o programa propõe provoca a equipe a um comprometimento e envolvimento maior com o serviço, participando das reuniões de equipe e dos processos de educação permanente.

A reunião de equipe é o momento com potencial para organização do processo de trabalho e avaliação, como interação social, proporcionando espaços de reflexão sobre as ações e as atividades que estão sendo realizadas e o seu andamento. A reunião deve ser permeada pelo diálogo, com direito à exposição de opinião, visando às novas pactuações para intervenções na organização do processo de trabalho, considerando os modos de vida da população, a fim de alcançarem a integralidade do cuidado.¹⁸⁻²⁰ Portanto, a participação de todos da equipe é fundamental.

Os reflexos observados e sentidos nas equipes de ESF, a partir do relato dos entrevistados, direcionam para novas configurações nos processos de trabalho que o enfermeiro, como coordenador da equipe, terá que assimilar, possivelmente, transcendendo o modelo tradicional do ser e fazer da profissão, reconstruindo novos rumos e caminhos nas estratégias e ações em saúde. Neste sentido, a adesão e a introdução do PMAQ de forma efetiva nas equipes condicionam ao fomento de modelos tecno-assistenciais de produção do cuidado, que reorientem as tecnologias leves e as relações de vínculo, ampliando e qualificando a escuta e

o acolhimento, exigindo das equipes um olhar reestruturativo das condições produtivas na rede de atenção à saúde.⁹

Considerações finais

Os padrões de qualidade requeridos pelo PMAQ estreitam uma ponte de possibilidades no suprimento de aspectos organizativos e assistenciais dos serviços de saúde, muitas vezes antes, desconsiderados. A pactuação de metas e indicadores pelos municípios promove uma mobilização no contexto da gestão municipal, intermediando ações, manejos, recursos, antes incipientes, para suprir as necessidades das equipes de ESF e a qualidade dos serviços.

Por conseguinte, o estímulo organizacional, estrutural e financeiro permeia as condutas do processo de trabalho, ocorrendo mudanças significativas no contexto relacional e processual de produção. Essas evidências sinalizam que o processo de trabalho deve ser permeado pelo estímulo e motivação, indicando a necessidade de valorização do profissional nas múltiplas dimensões do ser e fazer em saúde, especialmente do enfermeiro.

A posição diferenciada que o enfermeiro tem assumido como coordenador/gestor das equipes de ESF indica a ampliação dos limites de sua atuação profissional. Para tanto, esse profissional deve estar consciente da responsabilidade da função e desempenhar uma gestão do trabalho efetiva e eficiente, distanciando-se do modelo fragmentado do processo de trabalho e das relações entre os profissionais, estreitando as relações entre a equipe e o vínculo com os usuários, e o entendimento da cultura sanitarista biomédica, ainda predominante, de saúde como ausência de doença e, desse modo, ampliar e fortalecer a concepção de saúde como produção conjunta de ordem social, econômica, cultural e de qualidade de vida.

Compreende-se que são incipientes os estudos qualitativos do campo empírico sobre o PMAQ. As pesquisas existentes, na sua maioria, são derivadas do banco de dados secundários do PMAQ, Ciclo I, II, considerado um fator limitante deste estudo. Contudo, os resultados apresentados têm demonstrado a melhoria do acesso e da qualidade da AB, corroborando com os achados da pesquisa, principalmente no contexto estrutural, equipamentos, insumos, o que pode ser justificado pelo recurso da certificação, e refletem diretamente no processo de trabalho das equipes. Entretanto, infere-se que as reuniões de equipe não demandam custo efetivo e também apresentam transformações consideráveis após a implementação do programa. Fazem-se necessários futuros estudos mediados por reflexões mais aprofundadas do enlace existente na ampliação do acesso e a qualidade das ações na AB a partir de incentivos financeiros.

Referências

1. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2016 [citado 2018 Jan 10];24:e2721. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609 doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721
2. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). 2011. Disponível em: [emhttp://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab)
4. Felisberto E, Albuquerque LC, Albuquerque AC. Avaliação na estratégia saúde da família: os sentidos da institucionalização dessa prática. In: Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM. (org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes, 2014.
5. Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Silva AO, Dias D. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet] 2013 Jan-Mar [citado 2018 Jan 10];15(1): 146-55. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a17.pdf> doi: 10.5216/ree.v15i1.14084.
6. Mota RR de A, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar *Rev Enferm UERJ* [Internet] 2015 jan/fev [citado 2018 Jan 10]23(1):122-7. Acesso em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a20.pdf> doi.org/10.12957/reuerj.2015.14725
7. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Seidl H, Vieira S de P, Fausto MR, Lima R de CD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Out [citado 2017 Jul 30];38(spe):94-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en. doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008.
9. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MAC, Lima RCD. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2016 Jan-Mar [citado 2018 Jan 05];20(1):90-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v20n1/1414-8145-eann-20-01-0090.pdf> Doi: 10.5935/1414-8145.20160013
10. . Minayo, M.C. de S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo, HUCITEC-ABRAMO, 2014.
11. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Atenção Básica. Banco de Dados PMAQ-AB. Disponível em:http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=banco_dados Acesso em: 20 jun. 2016.
12. Pinto, H. A. Informe técnico institucional: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. *Revista Tempus Actas*

de Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [citado 2018 Jan 02];6:315-318. Disponível em: <www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1131/1044>.

13. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. Saúde debate [Internet]. 2015 Dez [citado 2017 July 31];39(107):1033-1043. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401033&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070360>.

14. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. The Journal of Ambulatory Care Management [Internet]. 2017 April-June [cited 2018 Jan 10];40:S4-S11. Available from: https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Brazil_s_National_Program_for_Improving_Primary.2.aspx doi: 10.1097/JAC.0000000000000189

15. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima JJO de S, Oliveira KKD de, Freitas RJM de, Silva WF da. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde soc. [Internet]. 2016 Set [citado 2018 Jan 29];25(3):821-829. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=en. dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016151514.

16. Barcelos MRB, Lima R de CD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 2017 Jul 30];51:67. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100261&lng=en. [hdx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006802](http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006802).

17. Protasio APL, Gomes LB, Machado L dos S, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 2017 July 30];33(2):e00184715. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205007&lng=en doi.org/10.1590/0102-311x00184715.

18. Vasconcelos ACF de, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 Mar [citado 2017 July 30];20(56): 47-158. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100147&lng=en. doi.org/10.1590/1807-57622015.0395.

19. Casanova AO, Oliveira CCM de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. Saúde debate [Internet]. 2015 Dez [citado 2018 Jan 15]; 39(107):1033-1043. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401033&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070360>.

20. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 July 30]; 15(2):171-180. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-382920150002>.



Figura 11 - Imagem do cenário da pesquisa. Caiçara, RS., Brasil, 2017.
Fonte: <http://caicara.rs.gov.br/>

5. DISCUSSÃO INTEGRADORA

O ano de 2011 ficou marcado pelo lançamento da Portaria nº1654 do MS, que instituiu o PMAQ-AB no âmbito do SUS, por meio de incentivo financeiro, PAB variável, configurando um novo ciclo da PNAB. Esse movimento tencionou os avanços na saúde e o fortalecimento de qualificação das ações ofertadas na saúde pública (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c).

Os resultados desta pesquisa, observados nos artigos dois e três, confirmam expressivos impactos do PMAQ no processo de gerenciamento do serviço, com suprimento de equipamentos, materiais e insumos, na gestão do trabalho e o reflexo direto na equipe de saúde, na percepção de enfermeiros.

Na conjuntura atual do Brasil, pode ser considerado um progresso relevante. Estima-se no país uma população de 207,7 milhões, distribuídas em 27 estados, e uma cobertura dos serviços de saúde a 123.556.551 pessoas, por meio de 48.580 equipes de ESF cadastradas pelo MS, em 5.409 municípios. No Rio Grande do Sul, que apresenta uma população estimada de 11.322.895, distribuída em 497 municípios, 467 destes apresentam ESF, sendo credenciadas pelo MS 2.157 equipes de ESF, cuidando da saúde de 6.129.965 pessoas (BRASIL, 2017). Em suma, a cobertura de saúde no país abrange mais de 120 milhões de brasileiros, com mais de 600 mil profissionais atuando (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015c).

A literatura tem apresentado vasta evidência dos impactos das ESF no funcionamento do serviço nacional de saúde e, como corolário, na saúde da população brasileira. A expansão desse serviço tem sido associada à diminuição de diferentes indicadores de saúde, tais como mortalidade infantil, mortalidade pós-natal e óbitos em crianças menores de cinco anos, além de melhorias na qualidade da saúde. Influenciou consideravelmente os indicadores da saúde do adulto, com reduções nas internações evitáveis para doenças crônicas e redução de mortes por doença cardiovascular e cerebrovascular (CARVALHO, 2012; DAVID, CAMARGO, 2013; RIZZOTTO *et al.*, 2014; MACINKO *et al.*, 2017).

Os “*upgrade*” não minimizam os desafios que o serviço enfrenta, como a necessidade de expansão do acesso aos cuidados e o aperfeiçoamento de sua qualidade. Esses impasses justificam a iniciativa do MS no desenvolvimento do PMAQ, que embora seja um programa de adesão voluntária, apresenta um crescente aumento de implantação pelos municípios, levando à duplicação do investimento federal na AB nos dois primeiros ciclos (CARVALHO, 2012; DAVID, CAMARGO, 2013; MACINKO *et al.*, 2017).

Conforme dados apresentados no artigo dois, o PMAQ implementado nas equipes pressupõe a institucionalização da cultura avaliativa nos serviços de saúde, sustentada por uma gestão embasada no monitoramento de processos e resultados. Promove padrões para as

práticas e organização do trabalho, além de inovação e qualidade no uso dos sistemas de informação, possibilitando a reflexão crítica dos profissionais e a ressignificação do processo de trabalho (BRASIL, 2011; BRASIL 2015a).

Para tanto, o Programa aposta em uma gestão com base no monitoramento de processos e resultados no SUS, ampliando o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e, por conseguinte, a satisfação dos usuários, provendo padrões para as práticas e a organização dos serviços de saúde, além de promover a inovação e a qualidade na gestão da AB e qualificar o uso dos sistemas de informação (BRASIL, 2011a; RIZZOTTO *et al.*, 2014; MOTA; DAVID, 2015).

A oferta de serviços de qualidade nos municípios decorre de um conjunto de aspectos que vão além dos caracterizados em uma ESF na AB. O contato inicial do sistema de saúde é produto das políticas setoriais e macroestruturais em níveis diferentes de gestão e de outras esferas governamentais, não somente local. No entanto, as decisões que se têm tomado no contexto municipal, bem como de políticas de incentivo estadual, apresentam-se extremamente relevantes na ampliação da resolutividade e desempenho dos sistemas de saúde no âmbito da AB (RIZZOTTO *et al.*, 2014).

Sendo o PMAQ uma iniciativa do MS, financiado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), desenvolvido com o objetivo de induzir avanços que levem a AB no Brasil ao nível da excelência, o município ao aderir ao programa torna-se responsável, juntamente com as equipes de ESF, de implantar e habilitar os serviços condizentes aos padrões de qualidade pactuados. Por conseguinte, cumpre adequar-se às exigências de alimentação dos sistemas de informações, monitorá-los, desenvolver ações de educação permanente, proporcionar a melhoria das condições de trabalho e investir no desenvolvimento dos trabalhadores, apoiando as equipes em todas as ações e as atividades nas fases do programa (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Neste sentido, o programa preconiza e valoriza diretrizes de ação e os resultados almejavéis para as situações problematizadas, compreendendo as singularidades dos contextos dos municípios e as prioridades definidas por cada serviço (BRASIL, 2011c). À vista disso, está relacionado diretamente com a participação efetiva dos trabalhadores na mobilização e no enfrentamento de problemas e situações condicionantes do desenvolvimento e da qualificação da AB, configurando-se em um desafio (SOSSAI *et al.*, 2016).

Os resultados do artigo dois demonstram que o PMAQ é sustentado na mobilização dos sujeitos locais e na necessidade do desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, com negociação e gestão, promovendo de forma permanente a ação local para o processo de

mudança das condições e práticas de atenção, gestão, educação e participação (BRASIL, 2016b; SOSSAI *et al.*, 2016).

Por ser um programa multifacetado, encontram-se limitações e dificuldades durante o seu processo de implantação. Tem-se apresentado desarticulação dos atores de saúde, gestores e trabalhadores, conferindo o PMAQ uma caráter de compensação financeira, na maioria das vezes, imposto pela gestão municipal. De um modo geral, a sua implementação implica uma gestão do trabalho traçada em controle de resultados e metas estabelecidas, caracterizando um cenário fragmentado de práticas nos serviços (SOSSAI *et al.*, 2016).

Corroborando com os resultados do artigo um, alguns estudos têm evidenciado que é inexistente a preparação e a participação da equipe na adesão ao PMAQ, condições que se constituem necessárias para o conhecimento e o envolvimento desses profissionais no processo, configurando-se uma lacuna na implantação e condução do PMAQ. A compreensão da equipe de ESF sobre os princípios e as diretrizes do programa é identificada como uma concepção parcial ou distorcida, em alguns casos. O desconhecimento do programa suscita possíveis riscos à implementação de ações indutoras de melhorias e qualidade nos serviços (SOSSAI *et al.*, 2016; PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

Esses impasses que ocorrem durante o processo de implementação e desenvolvimento do PMAQ são atribuídos, frequentemente, ao profissional enfermeiro, que desempenha a coordenação da equipe de ESF. Dessa forma, tem exercido atividades de assistência do cuidado e administrativas, como a manutenção dos serviços e programas de saúde (JONAS *et al.*, 2011; GAVOLETE *et al.*, 2016).

Os dados evidenciados no artigo dois demonstram que as práticas de gestão desempenhadas pelo enfermeiro, que abarcam ações de assistência e gerência, denotam ao enfermeiro a posição de profissional que faz tudo na percepção da equipe. Sabe-se que as ações de gerência deveriam ser executadas em conjunto com todos os envolvidos no processo de trabalho, contudo, os resultados de estudos apresentam evidências que os enfermeiros desempenham individualmente, associado à abordagem do cuidado integral, ocasionando sobrecarga de trabalho (KEBIAN, ACIOLI; 2014).

Esse cenário demonstra uma realidade de trabalho desafiadora para o enfermeiro, configurada no cuidado ainda fragmentado, envolvendo as práticas tradicionais sobre o processo saúde /doença com as suas lógicas subjacentes. Pode-se dizer que coincide na reprodução de instrumentos de interpretação e de intenção no processo focalizado de saúde e doença (SILVA *et al.*, 2012; BACKES *et al.*, 2014; BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

Embora muitas mudanças positivas sejam visualizadas com a implementação do PMAQ, exemplificadas pelas descritas nos artigos dois e três, percebe-se a ausência de análise mais aprofundada dos processos de trabalho e educação permanente do serviço, permeada pelo processo de avaliação. A permanência de contradições entre a realidade das necessidades de saúde da população e a persistência de práticas e de posturas resistentes a mudanças pode fragilizar as tentativas de políticas e programas implementados no âmbito do SUS.

A necessidade de avançar no processo de institucionalização de uma cultura avaliativa na AB foi visualizada em 2000 por meio do Estudos de Base do Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família (ELB/PROESF), que já evidenciava a baixa cultura avaliativa nos municípios, agravada pela rotatividade de gestores e profissionais, influências políticas locais, baixa qualificação profissional, entre outros. O foco das ações evidenciado neste estudo perpassava as ações individuais, e as coletivas eram desenvolvidas em torno de ações programáticas por agravos (MOTA, DAVID, 2015).

O PMAQ, além de estabelecer novos mecanismos de avaliação, proporciona formas de incentivos financeiros por meio do “Componente de Qualidade” do PAB Variável, possibilitando até dobrar o recurso recebido por equipe, caso o desempenho alcançado nos “padrões” de referência, tomados como objeto de contratação e avaliação do PMAQ, seja ótimo (BRASIL, 2011c).

O desempenho remunerado é uma estratégia desenvolvida relacionada à realização bem sucedida, coerente com objetivos de programas implementados. O PMAQ visa melhorar os indicadores em saúde e motivar as melhorias de qualidade nos cuidados. Essa estratégia é realizada em serviços de saúde de diversos países da América Latina. Para tanto, a atenção é cuidadosa aos incentivos fornecidos, avaliando o recebimento, o tamanho do incentivo em relação aos orçamentos e as formas que são implementados. Essas evidências no Brasil foram pouco geradas, possivelmente em configuração de recursos mais baixos envolvidos, sendo um país de renda média maior e que apresenta uma população grande e desigualdades socioeconômicas e geográficas consideráveis (MACINKO; HARRIS; MATTHEW; ROCHA, 2017).

Nota-se que a implantação de ações avaliativas não depende somente da definição de indicadores, de pagamento por desempenho, de motivação, mas existe a necessidade de implementação de uma abordagem pedagógica adequada para ampliar a capacidade avaliativa dos atores envolvidos (DAVID; CAMARGO, 2013).

É inegável que a ESF configura-se como um modelo de saúde que proporcionou o aumento do acesso a saúde, a partir de sua cobertura nos municípios, mas com ela trouxe um

conjunto de obstáculos que necessitam a qualificação dos serviços ofertados, profissionais capacitados, educação permanente em saúde e ações avaliativas que sejam realmente consideradas para embasar a gestão do sistema de saúde. Assim sendo, o PMAQ pode ser considerado um aporte expressivo no contexto de trabalho das equipes, corroborando com as evidências apresentadas por esta pesquisa.



Figura 12 – Imagem do cenário da pesquisa. Tenente Portela, RS, Brasil, 2017.

Fonte: <http://www.tenenteportela.rs.gov.br>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresentada buscou refletir acerca da implementação do PMAQ e as suas repercussões nas ações em saúde desenvolvidas na ESF sob a percepção dos enfermeiros, atuantes no serviço. Constata-se que o profissional tem sentido impactos positivos consideráveis do programa no contexto e no processo de trabalho, com transformações estruturais, suprimento de equipamentos e insumos, configurando um novo cenário de trabalho, que reflete diretamente na gestão municipal e, principalmente, na equipe.

Essas evidências da contribuição do PMAQ têm sido difundidas em diferentes pesquisas dispostas na literatura nacional e ascendendo a estudos de periódicos internacionais, identificando a lógica do padrão de qualidade que o programa almeja alcançar, aplicado ao único sistema público de saúde disponibilizado para uma população equivalente a 200 milhões, no caso do Brasil.

Contrapondo essas ponderações, observa-se que existem fragilidades na compreensão do objetivo e do processo de adesão ao programa por parte dos atores envolvidos, uma vez que o PMAQ é um instrumento de avaliação que visa obter subsídios para direcionar a organização, o melhoramento e a qualidade do processo de trabalho. Isso pode ser relacionado a uma implantação ainda fragmentada, não inclusiva, afastando os trabalhadores do processo de decisão e pactuação. Essas lacunas podem comprometer o êxito do processo avaliativo do PMAQ ou distorcer a sua finalidade, visto que a ampliação do acesso e a qualificação dos serviços da AB ocorrem por meio da mudança das práticas e processos, que deve promover o protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários.

Dessa forma, por ser um programa de adesão voluntária, compreende-se que os mecanismos dos processos de adesão e implementação devem ser constituídos por todos, gestores, coordenadores, profissionais da equipe, visando à construção de dispositivos para adequar a gestão e o gerenciamento do serviço de saúde. O PMAQ, por ser um programa de cunho avaliativo, auxilia no avanço de estratégias de planejamento e intervenção, visando a melhorias dos serviços de saúde, do processo de trabalho, configurando-se em uma Atenção Básica resolutiva.

As informações emergidas do programa podem ser usadas como subsídios para o planejamento e o monitoramento em saúde, proferindo uma gestão baseada nas necessidades específicas de cada território. As possibilidades viabilizadas pelo PMAQ transcendem o sentido único financeiro, mas permitem suprir as fragilidades do serviço, efetivando uma saúde de qualidade e resolutiva. Contudo, mesmo com as mudanças visíveis, os profissionais precisam aprofundar-se nessa temática.

No entanto, mesmo que o PMAQ não evidencie as funções atribuídas e desempenhadas pelos enfermeiros, como coordenador de equipes de ESF, a sua expressiva participação como informantes-chave nos ciclos avaliativos sinaliza as recorrentes necessidades que esses programas têm exigido, requerendo uma formação profissional com primazia e um trabalhador cada vez mais habilitado no campo e núcleo dos seus saberes para atuar à frente desses serviços.

Os resultados desta pesquisa podem fornecer subsídios para a reflexão de enfermeiros, gestores municipais, estaduais e federal sobre os redimensionamentos necessários ao aprimoramento do PMAQ. Além disso, o estudo pode contribuir com a construção do conhecimento sobre a temática, tanto para obter melhor clareza das ações em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro e pela enfermagem, como para definir melhor os seus processos e os produtos almejados.

Por fim, considera-se que este estudo contribuiu para reafirmar a importância de estabelecer-se uma cultura avaliativa nos serviços de saúde. Os dados e as discussões suscitados remetem a questionamentos, reflexões e implicam novos estudos voltados para elucidar os mecanismos promotores de mudanças que influenciam os profissionais envolvidos com o PMAQ, bem como os impasses, as repercussões e os impactos que o programa tem oferecido nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S. *et al.* **Planejamento e programação em saúde**. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. (Org.). *Gestão de serviços de saúde*. São Paulo: EdUSP, 2001.

AMUCELEIRO. Disponível em <<http://www.amuceleiro.com.br/?pg=lista-municipios>> Acesso em 04 abril, 2017.

ARAÚJO, R. E. **Análise exploratória dos indicadores de resultado dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF): a experiência de Belo Horizonte**. 2014. 121f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em <<http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/defesas/20150626135140.pdf>> Acesso em 05 mai. 2017.

BACKES, D. S. *et al.* The Idealized Brazilian Health System versus the real one: contributions from the nursing field. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.6, p.1026-1033, Dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692014000601026&lng=en&nrm=iso>. Acesso 17 Jan. 2018. doi.org/10.1590/0104-1169.0040.2512.

BARBIANI, R.; DALLA NORA, C.R.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.24, p.e2721, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf Acesso em 15 jan 2018. doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721

BAUMAN, Z. **O mal-estar da Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Porto: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. 1979. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em 02 dez 2018.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p. Brasília, DF, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. p. 18055. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretária de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Cad. 1. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da qualidade da Estratégia da Saúde da Família**. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: instrumentos básicos**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília, DF, 2009.

_____. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011.

_____. **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). **Diário Oficial da União**, n.204, p.55, Seção 1, pt1. 24 out. Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção para Entender a Gestão do SUS**. vol. 1, 3 e 13, Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 25 set. Brasília, DF, 2013a.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Conselho Nacional da Educação. Câmara Nacional de Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral**. MEC, SEB, DICEI. Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ações, Programas e Estratégias**. 2015a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf> Acesso em: 03 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**, 2 ed. 4 reimpr. Brasília, DF, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2015c.

_____. **CONASS. Guia de apoio à gestão estadual do SUS: monitoramento e avaliação.** 2016a. Disponível em <http://www.conass.org.br/guia_informacao/monitoramento-e-avaliacao/> Acesso em: 11 jan. 2018.

_____. 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, DF, 2016b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/AMAQ_AB_SB_3ciclo.pdf> Acesso em: 07 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ.** 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde). Brasília, DF, 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php> Acesso de: 10 jan. 2018

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>. Acesso em: 10 jan.2018

BUFREM, L.; PRATES, Y. **O saber científico registrado e as práticas de mensuração da informação.** Ci Inf .34(2):9-25, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v34n2/28551>> Acesso em 18 jan 2018.

CAMPOS, F.C.C. de; FARIA, H.P. de; SANTOS, M.A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde-** 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. de S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. de C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan. 1997.

CARVALHO, A. L. B. de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 901-911, 2012.

CONILL, E.M. Ensaio Histórico-conceitual sobre a atenção primária a saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 24 Suppl 1:S7-16, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.*et al.* **A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos.** In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p 29-47, 1997.

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

COSTA, G. D. da *et al.* Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 705-726, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2018.

CRUZ, M.M; REIS, A. C. **Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde**. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro, RJ: EAD, Ensp. 2. ed. rev. e atual., 2011. 480p. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_511202866.pdf> Acesso em: 11 jul. 2016.

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: Instituto de Medicina Social, 2011. p. 181-199. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 22 jan 2018.

DAVID, H.M.S.L; CAMARGO, J. K.R. Prática avaliativa na atenção básica: revisitando a pedagogia da problematização. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.21, p. 677-81, 2013. Disponível em:<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10054> Acesso em: 10 jan de 2018.

DONABEDIAN A. Evaluacion de la calidad de la atención médica. **Revista de Calidad Asistencial**. Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Suplemento número 01, Volumen 16. 2001.

_____. The definition of generally and approaches to its assenment explorations in quality assessment and monitoring. **Ann Arbor**. Helth Administration Press, 1980.

_____. The Quality of care:how can it be assessed? Archives of Pathology & Laboratory Medicine; Vol. 121, 11; **Pro Quest Nursing Journals** p.1145, Nov. 1997.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** / Pan American Journal of Public Health; n.21, v.2, p.64-76, 2007.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência saúde coletiva**, vol.11, n. 3, 2006.

FELISBERTO, E. *et al.* Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, Jun 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600003.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª e. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

GALAVOTE, H.S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.20, n., p.90-98, Jan-Mar, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf> Acesso em 10 jan de 2018.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26- 44, jan./mar. 1991.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z.M.A. Meta-evaluation of health management: challenges for “new public health”. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.17, v.4, p. 832–4, 2012.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.18, n.2, p.258-65, 2009.

HUERTAS, F. **O Método PES: entrevista com Matus** São Paulo: Fundap, 1996.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

KAWATA, L.S, *et al.* O Trabalho Cotidiano da Enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas de gestão. **Texto Contexto Enfermagem** 2009; n.18, v.2, p. 313-20.

KEBIAN LVA, ACIOLI S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Enfermagem**. n.16, v1, p.161-9, 2014. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf Acesso em 10 jan 2018. Doi. org/10.5216/ree.v16i1.20260.

JONAS, *et al.* A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Revista APS**. N.14, v.1, p.28-38, jan-mar, 2011. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/977/443> Acesso em 20 jan 2018.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

MACINKO, James *et al.* Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care, **The Journal of Ambulatory Care Management**. v.40 p. S4-S11, 2017. Disponível em: https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Brazil_s_National_Program_for_Improving_Primary.2.aspx Acesso em 10 Jan 2018.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**: livro 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.

MATOS, E; PIRES, D.E.P.; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes Interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.62, n.6, p.863-9, 2009.

MATOS, E., PIRES, D.E.P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.18, n.2, p.338-46, 2009.

MATSUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, n.19, v.1, jan-fev, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010411692011000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 13 jan. 2017.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção à Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (organizadores). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2008. p.44-50.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set-out. 2004.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, Tomo 1. 1993.

_____. **Carlos Matus e o Planejamento Estratégico-Situacional**. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. Planejamento e Programação em Saúde. Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, Vol. 2. 1989. 222p.

_____. **Estratégias Políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi**, tradução Giselda Barroso Sauveur. FUNDAP. São Paulo, 1996.

MELLO, G.A, FONTANELLA, B.J.B.; DERMAZO, M.M.P. Atenção Básica e atenção Primária à Saúde – Origens e diferenças conceituais. **Revista APS**. Juiz de Fora, MG, v.12, n.2, p.204-13. 2009.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo, Hucitec, 2010.

_____. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo, HUCITEC-ABRAMO, 2014.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MIRANDA, A.S. **Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde**. Relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS). 2005.

MOTA, R. R. de A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.122-7, jan-fev.2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a20.pdf> Acesso em: 17 jan 2018. doi.org/10.12957/reuerj.2015.14725

NETO, J. B. de A. Bioética como núcleo de saberes e práticas: contribuições à formação de bioeticista. **Revista SORBI**. v.2, n.1, p.24-3. 2014.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos da atenção primária e estratégia saúde da família. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v.66, n.esp, p. 158-9, set, 2013.

ORCHARD, C. A. Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. **J Nurs Manag.** v.18, p.248-57. 2010.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 73-78, Aug. 2006.

PAIM, J.S. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro; história, avanços e desafios.** Lancet. (Série Brasil). p.11.31. mai, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf> Acesso em 10 ago. 2017.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.44, n.4, p. 1024-1031. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400024&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 mai. 2017. doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024

PINTO, H.A.; SOUSA, ANA; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Divulgação Saúde Debate.** v.38, n. especial, p.43-57,2014.

POLIT D. F.; BECK C. T. Problemas, questões e hipóteses de pesquisa. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 171-195.

PROPP, K. M. *et al.* Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurseteam communication practices perceived to enhance patient outcomes. **Qualitative Health Research.** V.20, n.1, p.15-18. 2010. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/content/20/1/15>> Acesso em 12 ago. 2016.

QUEIRÓS, P.S. *et al.* Planejamento estratégico de uma unidade saúde da família: Região Leste de Goiânia. **Revista Salud Pública.** Bogota, v. 14, n.1, p. 15-23, jun 2010. Disponível em: <http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_1_05_art2_pp%2015_23.pdf> Acesso em: 25 set. 2017.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

RIZZOTTO, M. L. F. *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.spe, p.237-251, Out 2014. Disponível em: [11042014000600237&lng=en&nrm=iso](https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S018). Acesso em 31 Jul 2017. doi.org/10.5935/0103-1104.2014S018

ROCHA, S.M.M; ALMEIDA, M.C.P. O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e a Interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana Enfermagem-Ribeirão Preto**, v.8, n.6, p.96-101. 2000.

ROSSI, F.R; LIMA, M.A.D.S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.39, n.4, p.460-8, 2005.

SANCHO, L.G; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.765-774, 2012.

SANTOS, L.; ANDRADE, M.O.L. **SUS: O espaço da Gestão Inovadora e dos Consensos Interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas, SP, CONASEMS-IDISA, 2007.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. de S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, jun, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso Acesso em 02 mai. 2017.

SILVA, M.V. **Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde**. In: HARTZ, Z.M.A., SILVA, L.M.V. (Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, 275 p.

SILVA, S. V.; NIERO, J. C. C.; MAZZALI, L. **O Planejamento Estratégico Situacional no Setor Público: a contribuição de Carlos Matus**. 2012. Disponível em <http://sistema.semead.com.br/12semead/resultado/trabalhosPDF/473.pdf> Acesso em 03 out. 2017.

SILVA, L.M.S. *et al.* Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, n.especial.2, p. 784-8, 2012.

SILVA, F.S.; WEILLER, T.H.; MAYER, B.L.D. *et al.* Avaliação da atenção básica e os enfermeiros: estudo das tendências da produção de conhecimento. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.05, n. 03, p.2079-95. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22714/0> Acesso em 15 jan de 2018.

SOSSAI, T. A. *et al.* Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, Vitória, v.18, n.1, p. 111-119, jan-mar, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15142>. Acesso em 10 jan 2018. doi.org/10.21722/rbps.v18i1.15142

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento e programação em saúde: fundamentos**. In. O futuro da prevenção, Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

_____. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

TESTA, M. **Mário Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde**. 1989. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. Planejamento e Programação em Saúde. Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, Vol. 2, 1989, 222p.

_____. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro/ São Paulo: HUCITEC, 1995. 306p

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.

VILLELA, W.Z. *et al.* Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v.25, n.6, p.1316-24. 2009.

WEIRICH, C. F. *et al.* O Trabalho Gerencial do Enfermeiro na Rede Básica de Saúde **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p.249-57. 2009

APÊNDICE

APÊNDICE A: ROTEIRO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**AÇÕES EM SAÚDE A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS**

CÓD. ENFERMEIRO _____ **CÓD. UNIDADE** _____

Início Entrevista ___:___h.

Fim Entrevista ___:___h.

Gênero _____

Idade _____

Tempo de formação _____

Especialização _____

Qual instituição trabalhou anteriormente e por quanto tempo?

Tempo de trabalho neste estabelecimento de saúde _____

OBJETIVO: conhecer a percepção dos enfermeiros de ESF dos municípios da 19º CRS acerca da implementação do PMAQ e as repercussões nas ações em saúde.

Roteiro da Entrevista

- Possui experiência profissional com processo de avaliação dos serviços de saúde em seus trabalhos anteriores?
- Quais ações em saúde que realiza no âmbito de campo e de núcleo?
- Como foi a experiência de aproximação ao PMAQ?
- Como a equipe foi convidada a participar da Implementação do PMAQ e quais os critérios usados para escolha?
- Equipe recebeu formação? Havia um mediador e um acompanhamento no processo? A organização foi realizada por alguém de forma específica? Quem coordena os trabalhos do PMAQ na sua equipe?
- Quais foram os estímulos que a equipe recebeu para aderir ao PMAQ?
- Papel do Gestor Municipal de Saúde e do Secretário Municipal? Eles participaram de alguma formação?
- Como foi para o participante, profissional enfermeiro, o processo de implementação, como avalia a sua inserção e experiência, ressaltando os aspectos positivos e negativos?
- A implementação e adesão ao PMAQ na sua equipe de trabalho reproduziu mudanças na atuação enquanto enfermeiro? Quais foram as mudanças?
- Contribuições da Enfermagem no âmbito do campo e núcleo após a implementação do PMAQ? Onde fica mais evidenciada e porquê?
- Impacto do PMAQ no acompanhamento das ações gerais, na adesão da equipe no Campo e no Núcleo?

-Qual a sua percepção acerca da implementação do PMAQ e a repercussão deste nas ações em saúde na Atenção Básica?”

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) Sr.(a) estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa denominado “Ações em saúde a partir da implementação da avaliação na Atenção Básica: percepções de enfermeiros”. O objetivo geral do estudo está em conhecer a percepção dos enfermeiros acerca das ações em saúde desenvolvidas, após a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Este projeto tem como pesquisadora responsável a Professora Doutora Teresinha Heck Weiller e como pesquisadora Isabel Cristine Oliveira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

Os benefícios esperados estão em conhecer com mais propriedade, a percepção dos enfermeiros de ESF dos municípios da 19ª CRS acerca da implementação do PMAQ e as repercussões nas ações em saúde e, assim contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre a avaliação e seus impactos nas ações de enfermagem desenvolvidas na Atenção Básica.

Embora adotado todos os cuidados, têm-se o risco das questões suscitar em algum desconforto em razão de fatos e/ou lembranças. Para minimizar esse risco será feita uma abordagem inicial e explicitação do tema, do pressuposto, questão de pesquisa, objetivo e, principalmente, do instrumento. Depois de informada e esclarecida todas as dúvidas, e da obtenção do aceite, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os riscos oferecidos pela pesquisa são baixos, praticamente mínimos, visto que não gera conflitos ou exposição social dos participantes. Contudo, caso o participante em algum momento se sentir cansado ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir, a pesquisadora suspenderá momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que o participante achar necessário, podendo organizar um reagendamento para um novo encontro em local e horário a ser definido. Se o participante achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, o mesmo será retirado/excluído do estudo sem ônus ao entrevistado, assim como para a pesquisa. Mesmo havendo perdas no público-alvo, estas não representam riscos à pesquisa, visto que há um contingente de entrevistados bastante significativo para compor a população do estudo.

Nesta pesquisa considerar-se-á o respeito ao participante em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados; mantendo a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, reafirmando o sentido de sua destinação sócio humanitária.

Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, compõe a responsabilidade da pesquisadora, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. Os indivíduos que irão compor esse estudo são indivíduos com autonomia plena.

Fica assegurada aos participantes da pesquisa a interrupção de sua participação a qualquer momento, sem necessidade de aviso-prévio e/ou justificativa, além de nenhum tipo de penalização. Será garantido o sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. O TCLE será assinado em duas vias, pelos pesquisadores e pelos pesquisados, sendo que cada um desses ficará de posse de uma via desse documento. Nesse contexto, assegura-se inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias, conforme preconizado pelo IV.6.b. da Resolução CNS nº 466/2012.

Os dados coletados serão transcritos na íntegra e as análises decorrentes desta pesquisa, assim como, os diários de campo, serão armazenados no Departamento de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Enfermagem, Prédio 26, sala 1305A, situado na Avenida Roraima, número 1000, Cidade Universitária - Camobi, CEP 97105-900 Santa Maria/RS, com intuito de manter os dados da pesquisa em arquivo, físico e/ou digital, sob guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Após esse período serão eliminados.

Se houverem dúvidas quanto a sua participação na pesquisa, maiores informações poderão ser requeridas junto a pesquisadora responsável ou Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, destacados nos endereços abaixo:

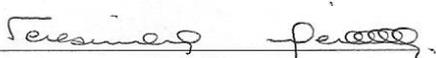
Prof. ^a Dr. ^a Teresinha Heck Weiller	Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM
E-mail: weiller2@hotmail.com	Reitoria 2º andar. Cidade Universitária - Camobi, CEP 97105-900 Município: Santa Maria/RS Telefone: 3320- 9362 E-mail cep.ufsm@gmail.com

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____

_____,
declaro ter a oportunidade de conversar com a pesquisadora mestranda responsável a fim de esclarecer minhas dúvidas e estou suficientemente informado. Fica claro que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes, além da garantia de confidencialidade e de esclarecimentos sempre que desejar. Dessa forma, expresso minha concordância em participar desta pesquisa assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

_____, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante



Prof.^a Dr.^a Teresinha Heck Weiller

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Mestranda

APÊNDICE C: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: AÇÕES EM SAÚDE A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS

Objetivo geral: conhecer a percepção dos enfermeiros de ESF dos municípios da 19^oCRS acerca da implementação do PMAQ e as repercussões nas ações em saúde.

Pesquisadora responsável: Teresinha Heck Weiller

Pesquisadora: Isabel Cristine Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Telefone para contato: (55)3220-8029.

Local da coleta de dados: Estratégias da Saúde da Família que aderiram ao PMAQ, dos municípios da 19^a CRS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos dados que serão coletados em formulários impressos e gravados digitalmente. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Enfermagem, situada na Cidade Universitária, Avenida Roraima, número 1000, Camobi, CEP. 97105-900 Santa Maria/RS, Prédio 26, sala 1305A. Todos os dados referentes à pesquisa serão armazenados neste local por um período de cinco e anos sob responsabilidade da pesquisadora responsável e após serão eliminados.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 24/09/2015, com o número do CAAE 49534815.6.0000.5346.

Santa Maria,, de 2017.

Prof.^a Dr.^a Teresinha Heck Weiller
 Pesquisadora responsável

Enfermeira Isabel Cristine Oliveira
 Pesquisadora Mestranda

Reitoria 2^o andar.
 Bairro- Cidade Universitária - Camobi,
 CEP 97105-900 Santa Maria/RS
 Telefone: 3320- 9362
 E-mail cep.ufsm@gmail.com

ANEXOS

ANEXO 01 - LISTA DE DOCUMENTOS PARA COMPROVAÇÃO DAS AÇÕES DA EQUIPE

<i>Documento</i>	<i>Número do Padrão de qualidade</i>
II.2.4/1	Apresentar ata de reunião assinada pela gestão e profissionais da equipe
II.2.5/1	Apresentar Termo de compromisso da adesão assinado pelo responsável da equipe
II.6.1/1	Apresentar mapa do território da equipe
II.7.1/1	O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários no arquivo ou ver o prontuário eletrônico a fim de observar se os prontuários estão organizados por núcleo familiar
II.7.2/1	O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários e observar se tem folha de rosto padrão preenchida
II.7.4/1	Apresentar o sistema do prontuário eletrônico instalado no computador
II.8.7/1	Apresentar instrumento de autoavaliação preenchido ou um consolidado do instrumento utilizado (ex.: Matriz de Intervenção do AMAQ; Plano de Ação)
II.13.1/1	Apresentar planilha, caderno, ficha ou outro documento que comprove que a equipe realiza a coleta atrasada de exame citopatológico
II.13.2/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações que comprove o registro de mulheres com a coleta atrasada de exame citopatológico
II.13.3/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações que comprove o registro de mulheres com exame citopatológico alterado
II.13.4/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações que comprove o registro de mulheres com exame mamografia e/ou ultrassom mamário alterado
II.16.6/1	Apresentar relatório ou e-SUS ou planilha ou lista contendo informações que comprove o registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade
II.16.7/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações que comprove o registro dos usuários com hipertensão, de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção
II.17.4/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações que comprove o registro dos usuários com diabetes arterial sistêmica com maior risco/gravidade
II.17.5/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações que comprove o registro dos usuários com diabetes, de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção
II.20.3/1	Apresentar ficha de notificação de casos de tuberculose
II.21.3/1	Apresentar ficha de notificação de hanseníase
II.23.2/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações do que a equipe possui de registro do seu território: Usuário em sofrimento psíquico; Usuário de crack, álcool e outras drogas e Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anticonvulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
II.23.3/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações que

	comprove o registro dos Usuários em sofrimento psíquico; Usuário de crack, álcool e outras drogas e Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
II.24.6/1	Apresentar lista, planilha ou outro documento contendo o registro dos usuários com deficiência (impressa ou eletrônica)
II.26.3/1	Apresentar o “Guia Alimentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde
II.28.3/1	Apresentar documento que comprove a realização de planejamento das ações do PSE junto com os profissionais da escola
II.30.2/1	Apresentar lista, planilha, mapa ou outro documento contendo registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família
II.31.5/1	Apresentar lista, planilha ou outro documento com registro dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção
II.32.5/1	Apresentar livro, ata das reuniões do conselho local de saúde ou de outro espaço de participação popular
VI.4.4/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista ou outro documento que comprove a investigação do perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território. Exemplo: Classificação de risco de cárie dentária, índices CPO-D ou ceo-d, Índice de Higiene Oral Simplificado, Auto percepção de saúde bucal, Índice Periodontal Comunitário, Alteração de tecido mole.
VI.4.5/1	Apresentar ata de reunião, evolução em prontuário ou plano terapêutico que comprove a discussão de casos e de projetos terapêuticos
VI.4.7/1	Apresentar instrumento de autoavaliação preenchido ou um consolidado do instrumento utilizado (ex.: Matriz de Intervenção do AMAQ; Plano de Ação)
VI.6.2/1	Apresentar o sistema do prontuário eletrônico instalado no computador
II.6.6/1	Apresentar ficha com odontograma anexada ao prontuário familiar ou na tela do prontuário eletrônico
VI.10.6/1	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações que comprove o registro dos usuários biopsiados na UBS ou encaminhados para o serviço de referência
VI.11.5/1	Lista de pacientes encaminhados para outros pontos de atenção da rede de saúde
Anexo A	Apresentar a “Ficha de Informações para o Profissional de Nível Superior”
Anexo B	Apresentar a “Ficha de Informações para o Profissional de Nível Médio e Técnico”

Fonte: Instrumento Avaliação PMAQ/2016.

**ANEXO 02: APROVAÇÃO DA COMISSÃO INTER GESTORES REGIONAIS-CIR
DA 19ª CRS/RS PARA AUTORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
19ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
CIR – COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
REGIÃO DE SAÚDE 15 CAMINHO DAS ÁGUAS
RESOLUÇÃO Nº 27/2015 - 19ª CRS**

Aprova o pleito do município de Três Passos que solicita autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Percepção de Usuários, gestores, profissionais e conselheiros municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS”

A Comissão Intergestores Regional – CIR da Região de Saúde 15 Caminho das Águas composta pela 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando:

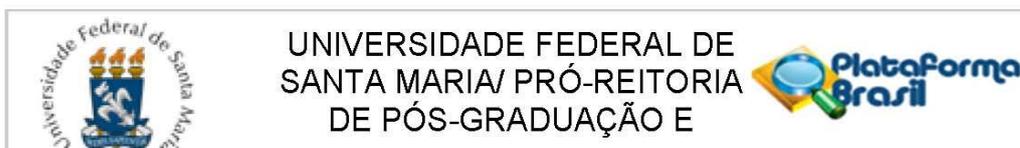
Resolve:

Art. 1º: APROVAR o pleito do município de Três Passos que solicita autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Percepção de Usuários, gestores, profissionais e conselheiros municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS”

Art. 2º: Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Frederico Westphalen, 27 de julho de 2015

**Fernando Francisco Panosso
Delegado Regional de Saúde
19ª CRS**

ANEXO 03: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de Usuários, Gestores, Profissionais e conselheiros Municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ na 19ª CRS/RS.

Pesquisador: Teresinha Heck weiller

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49534815.6.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.280.829

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de caráter social, que, de acordo com Gil (2009), utiliza metodologia científica e permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. A pesquisa social tem o interesse na aplicação, utilização e conseqüências práticas dos conhecimentos.

Sendo assim, a abordagem que se pretende utilizar é qualitativa, visto que esta incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2010).

Além disso, trata-se de estudo exploratório e descritivo. O estudo exploratório proporciona visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este é desenvolvido quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. E, o estudo descritivo por ter o objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Deste modo, o delineamento da pesquisa é de estudo de campo, por se tratar de um estudo com um único grupo em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação de seus

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

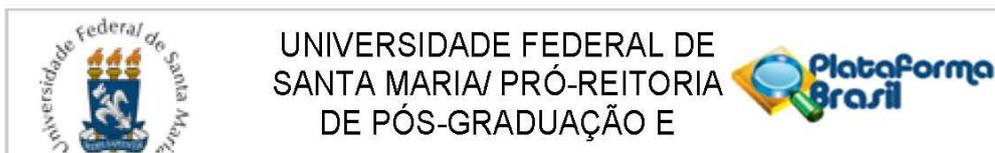
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.280.829

componentes e o aprofundamento das questões propostas (GIL, 2009).

Associamo-nos a Minayo (2010) quando afirma que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, os quais estão situados num espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Neste sentido o estudo pretende valorizar a percepção do usuário frente às mudanças geradas à partir da implementação do programa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: analisar a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, no âmbito dos municípios da 19ª CRS que aderiram ao programa, na percepção dos usuários, profissionais de saúde, gestores, conselheiros municipais de saúde.

Objetivo Secundário:

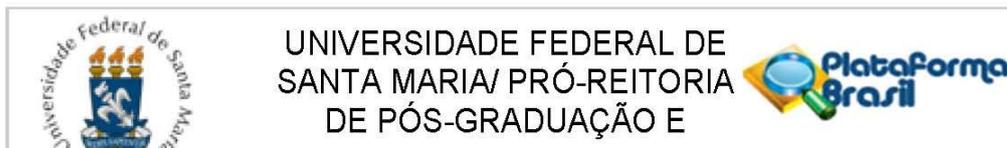
- Identificar as mudanças ocorridas no atendimento prestado nas Unidades Básicas de Saúde, após a implantação do PMAQ a partir da ótica dos usuários, profissionais de saúde, gestores, conselheiros municipais de saúde e seus reflexos no atendimento;
- Identificar da ótica dos gestores municipais as mudanças ocorridas após a implantação do PMAQ, em seus municípios;
- Identificar da ótica dos profissionais da saúde as mudanças ocorridas a partir da implantação do PMAQ em suas unidades básicas;
- Identificar da ótica dos conselheiros municipais de saúde a implantação do PMAQ, nas unidades básicas de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: entre os riscos previstos estava a possibilidade da temática em questão apresentar inquietude ou ansiedade para os participantes ao remetê-los para a vivência do cotidiano de trabalho. No decorrer da pesquisa será esclarecido aos participantes que apresentarem algum desconforto, sofrimento, ansiedade ou inquietude, serão acolhidos pelas pesquisadoras e convidados a deixar de participar da pesquisa caso for necessário.

Benefícios: dentre os benefícios que esta pesquisa pode trazer aos participantes será de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.280.829

oportunizar momentos de reflexão nas sessões das entrevistas, acerca da avaliação em saúde da AB, principalmente, do processo de participação dos sujeitos da pesquisa na implantação da avaliação da AB, o que pode apontar estratégias para o fortalecimento da mesma, assim como das potencialidades e necessidades da avaliação da AB a partir do cotidiano de trabalho das equipes de ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo tem como questão de pesquisa avaliar o impacto da implantação do PMAQ, junto aos municípios vinculados a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde - 19ªCRS, sob a ótica do usuário, gestores, profissionais e conselheiros municipais de saúde. A relevância do estudo está fundamenta na valorização do protagonismo dos sujeitos sociais que constroem o Sistema Único de Saúde (SUS), usuários, profissionais, gestores e conselheiros municipais de saúde. Trata-se de uma pesquisa de caráter social, que utilizará metodologia científica e permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. O trabalho possibilitará visualizar as ações desenvolvidas a partir da implantação do programa, favorecendo análise sob o tema do acesso e da qualidade do atendimento nos serviços de atenção básica junto aos municípios que integram a 19ª

Coordenadoria Regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul, permitindo uma reflexão das políticas públicas, gestão, controle social e atenção à saúde contribuindo para a qualificação das ações de planejamento e gestão desenvolvidas no âmbito da ação das Coordenadorias Regionais de Saúde.

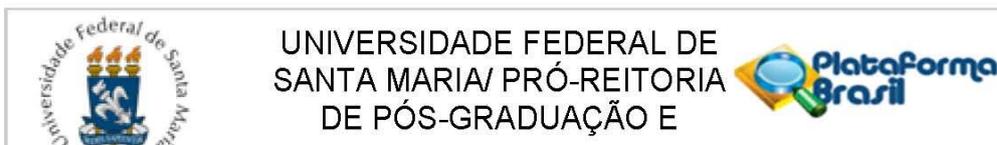
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa apresenta o TCLE de acordo com as exigências deste comitê. Mas não apresentou em separado o termo de confidencialidade.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.280.829

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_581199.pdf	24/09/2015 18:47:53		Aceito
Outros	Untitled_20150924_184423.PDF	24/09/2015 18:46:28	Teresinha Heck weiller	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	10/09/2015 10:57:54	Teresinha Heck weiller	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_fosto.pdf	10/09/2015 10:22:20	Teresinha Heck weiller	Aceito
Outros	resolucao.pdf	10/09/2015 10:20:51	Teresinha Heck weiller	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_matricial.docx	10/09/2015 10:16:54	Teresinha Heck weiller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL.docx	04/09/2015 19:17:10	Teresinha Heck weiller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 14 de Outubro de 2015

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

