

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

Rafaela Souza

**AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO INTERIOR DO RIO
GRANDE DO SUL: O OLHAR DA GESTÃO**

Santa Maria, RS
2018

Rafaela Souza

**AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL:
O OLHAR DA GESTÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e gestão em enfermagem e saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Souza, Rafaela

AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE
DO SUL: O OLHAR DA GESTÃO / Rafaela Souza.- 2018.
112 p.; 30cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller

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

1. Atenção Básica à Saúde 2. Gestor de Saúde 3.
Avaliação em Saúde 4. Enfermagem I. Weiller, Teresinha
Heck II. Título.

Rafaela Souza

**AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL:
O OLHAR DA GESTÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Linha de Pesquisa: Trabalho e gestão em enfermagem e saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 08 de março de 2018:

Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Maíra Rossetto, Dra. (UFFS)

Rosângela Marion da Silva, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação ao meu pai, **Arlindo Norberto Souza** (in memoriam) que nos deixou de forma inesperada, ainda durante o Mestrado.*

E àquelas que são o meu porto seguro, minha mãe Italina e irmã Tamires.

AGRADECIMENTOS

O mestrado foi um período muito intenso em minha vida. Passei por momentos dolorosos, uma enorme perda, e por vezes, precisei renovar minhas forças para continuar firme em meu objetivo. Felizmente eu não estava sozinha. Na verdade, eu nunca estive sozinha...

E neste momento, chegada a hora de encerrar esse ciclo, preciso agradecer imensamente quem esteve ao meu lado durante essa caminhada, quem me ajudou, amparou, consolou, deu forças e me estendeu a mão quando eu mais precisei. Essas pessoas foram de extrema importância para a consolidação deste trabalho.

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida, pela proteção constante e por colocar pessoas maravilhosas em meu caminho, pois se não fossem elas, não estaria aqui.

Ao meu pai amado por ter sido o maior incentivador, torcedor e que apesar de todas as dificuldades sempre fez o possível para nos ver bem e felizes. Lá do céu deve estar feliz pelas minhas escolhas e contando todo orgulhoso sobre suas filhas “doutoras”... Te amo PAI! Para sempre e sempre!

A minha mãe Italina Souza pelo exemplo de mulher, mãe e ser humano. Não tenho palavras para agradecer a dedicação, o amor e o carinho. Nada que eu possa escrever seria o suficiente para expressar toda a minha gratidão, por ter pais tão especiais e comprometidos com a minha felicidade e realização. A eles devo a minha vida e a minha felicidade. Obrigada!

A minha irmã Tamires Patrícia Souza por ser o meu maior exemplo na vida e também na pós-graduação. Sua coragem, determinação e força de vontade me motivam a ir além, sempre. Obrigada por todo auxílio, e de modo especial, agora na dissertação. Obrigada, eu te amo muito! Agradeço também ao meu cunhado Maurício Querubim pelo incentivo e conselhos. Obrigada Mau!

Ao meu namorado Allan Markoski que durante esta jornada esteve sempre ao meu lado, compartilhando conquistas e desafios, pela força e incentivo e pela compreensão nos momentos em que precisei me ausentar. Te amo muito!

À Tere, por ser mais que uma orientadora, ser também uma mãe, amiga, por todos os conselhos de vida. Pelo seu exemplo de profissional, ética, comprometida com a universidade e com os seus. Pela visita à casa de minha mãe no momento mais difícil de nossas vidas e dizer: “Você não está sozinha, eu estou ao seu lado”. Nada se compara a esse gesto de carinho e solidariedade. Todo o meu respeito, admiração e reconhecimento na certeza de que

nossa caminhada, que começou lá na residência multiprofissional, não se encerra aqui. Mil vezes Obrigada!

À banca examinadora composta pelas professoras Dr^a Máira Rosseto e Dr^a Rosângela Marion da Silva, agradeço pela disponibilidade em participar deste processo e pelas importantes contribuições para o aprimoramento do trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa pela troca de saberes e experiências, pelas discussões que enriqueceram esta dissertação e pela colaboração constante.

Aos colegas da 10^a turma do mestrado do PPGEnf, de modo especial ao amigo Fábio, pela parceria em todos os momentos, por todo o auxílio e conselhos. Ao querido Marcelo, Íris e Isabel, obrigada por tudo!

Aos professores que de forma incansável transmitiram o conhecimento com excelência e dedicação.

À Universidade Federal de Santa Maria e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela qualidade de ensino e possibilidade de realização deste curso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro no segundo ano de mestrado.

Aos gestores municipais de saúde da 19^a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, os quais confiaram e aceitaram participar desta pesquisa e foram fundamentais para o desenvolvimento da mesma. A eles todo o meu respeito e gratidão.

Ao Cássio e ao Cassiano por serem a minha família em Santa Maria, pela parceria e companheirismo ao longo desses anos.

Aos bons e verdadeiros amigos, de perto ou de longe, que estão sempre na torcida.

E às demais pessoas que fizeram parte desta caminhada, embora aqui não citadas, mas que de alguma forma contribuíram para a conclusão do mestrado.

Obrigada a todos!



RESUMO

AValiação Na Atenção Básica No Interior Do Rio Grande Do Sul: O Olhar Da Gestão

AUTORA: Rafaela Souza

ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos gestores municipais de saúde da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, acerca da implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida nos municípios pertencentes à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado. Os participantes foram 24 gestores municipais de saúde. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2017 por meio de entrevista semiestruturada. Para apreciação dos dados obtidos foi empregada a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo. Foram seguidas as recomendações previstas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Houve expressiva contribuição de gestores do sexo feminino, com idade superior a 40 anos. Destacou-se a valorização da experiência no cargo e formação superior, porém ainda é necessário avançar no incentivo à formação na área da saúde. A inserção de gestores de saúde ao cargo, mediante indicação política, aliado aos desafios enfrentados na atual conjuntura do país, repercute diretamente nas ações e serviços de saúde. Foi apontada a criação de vínculo entre os gestores e o espaço local, no intuito de fortalecer as alianças comuns da realidade organizacional. O programa foi considerado uma possibilidade real e palpável de reorganizar o processo de trabalho das equipes e estabelecer vínculos com os usuários, a partir da realidade local. Identificou-se melhoria do acesso à saúde por meio da ambiência, acolhimento e adequação de estrutura física. A qualificação dos profissionais de saúde foi valorizada, no entanto, o apoio institucional por meio de ações de educação permanente, ainda é incipiente. Além disso, questionou-se a capacidade do programa de refletir a realidade das equipes. A percepção dos gestores a respeito do programa envolveu aspectos subjetivos e objetivos vinculados ao papel da gestão no processo de qualificação da Atenção Básica. Pontuou-se que as gestões municipais e estadual apostem e estimulem processos de educação permanente nas equipes, vinculando às estratégias de apoio institucional para o enfrentamento das dificuldades apontadas.

Palavras-Chave: Atenção Básica à Saúde. Gestor de Saúde. Avaliação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

PRIMARY HEALTH CARE ASSESSMENT IN RIO GRANDE DO SUL: THE MANAGEMENT'S VIEW

AUTHOR: Rafaela Souza

ADVISOR: Teresinha Heck Weiller

The purpose of this study was to analyze the perception of the municipal health managers of the 19th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul about National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care implementation. It was a descriptive and exploratory research, with qualitative approach, developed in the municipalities belonging to the 19th Regional Health Coordination of the state. The participants were 24 municipal health managers. Data collection was performed from January to May 2017 through a semi-structured interview. For the evaluation of the data was used the Thematic Content Analysis proposed by Minayo. The recommendations set forth in Resolution 466/2012 of the National Health Council were followed, respecting the regulatory norms of research involving human beings. There was an expressive contribution of female managers, older than 40 years. It was highlighted the value of the experience in the position and higher education; however, still it is necessary to advance in the incentive to formation in health area. The inclusion of health managers in charge through a political party, allied to the challenges faced in the current conjuncture of the country has a direct impact on health actions and services. It was pointed out the creation of a link between the managers and the local space in order to strengthen the common alliances of the organizational reality. The program was considered a real and palpable possibility to reorganize the work process of the teams and to establish links with the users from the local reality. Improvement of access was identified through the ambience, embracement and adequacy of the physical structure. The qualification of the health professionals was valued; however, the institutional support through actions of permanent education is still incipient. In addition, the program's ability to reflect the reality of teams was questioned. The perception of the managers about the program involved subjective and objective aspects related to the role of management in the process of primary care qualification. It was pointed out that the municipal and state administrations bet and stimulate processes of permanent education in the teams, linking to the strategies of institutional support to face the difficulties pointed out.

Keywords: Primary Health Care. Health Manager. Health Evaluation. Nursing.

LISTA DE QUADROS

APRESENTAÇÃO

Quadro 1 – Municípios que integram a 19ª CRS e suas respectivas populações e IDH44

LISTA DE FIGURAS

APRESENTAÇÃO

Figura 1 – Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	36
Figura 2 – Mapa das Macrorregiões, CRS e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul	43
Figura 3 – Localização dos municípios que compõe a 19ª CRS/RS	44
Figura 4 – Secretaria Municipal de Saúde de Derrubadas, RS.....	45
Figura 5 – Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Guarita, RS	46
Figura 6 – Secretaria Municipal de Saúde de Liberato Salzano, RS.....	46
Figura 7 – Secretaria Municipal de Saúde de Bom Progresso, RS	46
Figura 8 – Secretaria Municipal de Saúde de Vista Gaúcha, RS	47
Figura 9 – Secretaria Municipal de Saúde de Tiradentes do Sul, RS.....	47
Figura 10 – Secretaria Municipal de Saúde de Erval Seco, RS.....	47
Figura 11 – Secretaria Municipal de Saúde de Pinheirinho do Vale, RS.....	48
Figura 12 – Secretaria Municipal de Saúde de Vicente Dutra, RS	48
Figura 13 – Secretaria Municipal de Saúde de Ametista do Sul, RS	48

LISTA DE TABELAS

RESULTADOS – ARTIGO 1

Tabela 1 – Caracterização dos gestores quanto ao nível de escolaridade, área de formação e participação em cursos de educação permanente.	58
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAA – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CAEE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEPEN – Centro de Ensino e Pesquisa em Enfermagem
CIR – Comissão Intergestora Regional
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DAB – Departamento da Atenção Básica
DERCA – Departamento de Registros e Controle Acadêmico
ESF – Estratégia Saúde da Família
GAP – Gabinete de Projetos
IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOS – Lei Orgânica de Saúde
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSE – Programa Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RS – Rio Grande do Sul
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIE – Sistema de Informações para o Ensino
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 Objetivo Geral.....	19
1.1.2 Objetivos Específicos	20
1.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
1.2.1 Atenção Básica no Brasil: aspectos históricos e conceituais.....	22
1.2.2 Gestão em saúde.....	28
1.2.3 Avaliação em saúde: conceitos e evolução	31
1.2.4 O programa nacional de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica	34
1.2.5 Construção do conhecimento acerca do PMAQ-AB.....	39
1.3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
1.3.1 Tipo de estudo	42
1.3.2 Caracterização do cenário do estudo	42
1.3.3 Participantes do estudo.....	49
1.3.4 Coleta de dados	49
1.3.5 Análise dos dados	50
1.3.6 Aspectos éticos da pesquisa	51
2 RESULTADOS	54
2.1 ARTIGO 1 – O SER E O ESTAR GESTOR NA IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS	55
2.2 ARTIGO 2 – PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE UM PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	70
3 DISCUSSÃO	89
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94
ANEXO A – FATOR DE DESEMPENHO PARA A CERTIFICAÇÃO DO PMAQ-AB ..	102
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)	103
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	107
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108
APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	110

O INÍCIO DO CAMINHO...



1

“Desejo a paz e a fortaleza das águas, que,
impetuosas em caudalosos rios;
vão percorrendo montanhas,
e contornando obstáculos.
Na nascente; estreito riacho,
rolando seixos,
silenciosamente engrossa seu leito,
e proporciona abundante colheita”
(Cristina Reis)

¹ Vista do rio Uruguai, limite do estado do RS com SC. Município de Barra do Guarita, RS, 2017. Fonte: Autora.

1 APRESENTAÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde foi ampliado, tornando-se um direito constitucional de todos os cidadãos brasileiros e assegurado pelo Estado por meio de recursos públicos de acordo com o previsto na legislação. Para tanto, incorpora espaços e instrumentos para democratização da gestão do sistema de saúde em sua estrutura organizacional e decisória (BRASIL, 1988; AGUIAR, 2011).

O SUS é constituído pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, os quais integram as organizações públicas dos níveis de gestão municipal, estadual e federal, bem como serviços privados complementares (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Integra-se ao cenário das políticas públicas de seguridade social, abrangendo a Previdência e Assistência Social, além da saúde (BRASIL, 2011a).

Após a promulgação da “Constituição Cidadã”, como ficou conhecida a Constituição Federal de 1988, procederam-se negociações com vistas a atender a conjuntura política pós-constituente. Desse modo, o Congresso Nacional aprovou em 1990 a Lei 8.080 e após, a Lei 8.142, as quais receberam a denominação de Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Estas foram implantadas com o intuito de regulamentar a construção do SUS, dispondo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; incluindo também, a participação popular e recursos financeiros (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Os avanços desde a criação do SUS são inegáveis, contudo, a complexidade da realidade da saúde dos brasileiros é evidente e agravada pelo contexto social, econômico e ético dos últimos anos. Visando a qualificação do modelo de atenção, o Ministério da Saúde (MS) fundamentado na experiência de outros países com sistemas de saúde universais, como os da Europa, do Canadá e da Nova Zelândia, propôs mudanças na assistência à saúde brasileira, pautado na reorganização da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2011b; FAUSTO et al., 2013).

Como resposta a essa demanda, o Programa Saúde da Família (PSF) instituído em 1994, e posteriormente a Estratégia Saúde da Família (ESF), passaram a representar o modelo de atenção na AB; demonstrando impacto positivo na saúde da população no alcance de maior equidade e satisfação dos usuários, além de menores custos para o SUS e maior cobertura de atendimento (BRASIL, 2012a).

Considerados como elementos estratégicos permanentes para a consolidação do SUS, o PSF e o consequente fortalecimento da AB foram fundamentais para a discussão e aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, bem como a sua reformulação² em 2011 (BRASIL, 2011c; 2012a). Essa configuração teve como objetivo desenvolver uma atenção integral que impactasse na situação de saúde e autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, no que tange a política assistencial brasileira (RODRIGUES, 2011).

A PNAB é compreendida como resultado das experiências vivenciadas pelos atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e consolidação do SUS. É elaborada de maneira descentralizada, ocorrendo em locais próximos à vida das pessoas, sendo considerada a principal porta de entrada ao sistema de saúde. A descentralização ampliou o contato do sistema de saúde com a realidade social, política e administrativa do país e suas particularidades regionais, estabelecendo a necessidade de uma gestão em saúde fortalecida (BRASIL, 2011b; 2012a).

Nessa perspectiva, os grandes desafios do sistema de saúde brasileiro, referem-se à busca para superar a fragmentação das políticas e programas de saúde mediante à organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços. Soma-se a sua capacidade de adotar instrumentos de gestão e de assistência que concorram para a concretização das diretrizes que emanam do arcabouço jurídico institucional (WEILLER, 2008). Visualizando maior aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde de forma compartilhada (PILAR, 2016).

A descentralização da saúde contribuiu para a modernização da gestão local, inovando em várias áreas de competência das secretarias municipais de saúde, tais como: gestão da informação e de pessoas, estabelecimentos de parcerias, celebração de convênios, apoio técnico e avaliação dos serviços (FLEURY, 2014). Nesse contexto, o gestor municipal de saúde assume papel principal na mobilização e nas tomadas de decisões, elaborando estratégias na configuração da rede de saúde para atender às necessidades da população.

Ressalta-se que a gestão em saúde compreende a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde seja municipal, estadual ou federal, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação (GONÇALVES, 2013). Os pressupostos do planejamento e gestão no SUS

² Ressalta-se que a PNAB sofreu nova reformulação através da Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Contudo considera-se que a mesma não avançou na consolidação dos princípios da AB.

compreendem maior responsabilidade, ascensão e integração entre os entes federados, tendo como base as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011e).

A avaliação em saúde revela-se essencial para a melhoria das ações do gestor, proporcionando maior rendimento e efetividade da administração pública, oportunizando a implementação de políticas que impactem positivamente nos indicadores de saúde (DAMACENO, 2015). Entretanto, para que o julgamento avaliativo seja crítico e a avaliação seja parte da transformação é necessário fornecer a formação e aprendizagem para os atores envolvidos, possibilitar debates em torno dos resultados da avaliação, multiplicar esclarecimentos que a avaliação permite, refletindo sobre a natureza do que é uma avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2011).

Nesse aspecto, a Portaria do MS nº. 1.654 de 2011, instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para avaliar o desempenho das equipes de saúde da família, além de mensurar efeitos da política de saúde no SUS e oferecer fundamentos para tomada de decisão. O PMAQ-AB foi pactuado nas três esferas de gestão, viabilizando uma estratégia que possa permitir a ampliação do acesso e da qualidade da AB em todo o país (BRASIL, 2011d; 2015c).

A principal inovação do PMAQ-AB diz respeito a sua capacidade de mensurar indicadores da AB de modo que possam ser avaliados pelos parâmetros de qualidade estabelecidos nas diretrizes do programa. Proporcionando assim, um padrão de qualidade comparável nos três níveis de gestão e fornecendo maior transparência e efetividade nas ações concernentes à avaliação dos serviços de Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015c).

O PMAQ-AB fundamenta-se em diretrizes, destacando as peculiaridades das regiões do país, envolvendo a gestão, o processo de trabalho das equipes e os resultados em saúde, gerando melhorias. Além de instaurar uma cultura de planejamento, negociação e contratualização na área da saúde, estimulando a mudança no modelo de atenção (BRASIL, 2015c).

O PMAQ-AB representa um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde visando subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Para mobilizar a adesão do programa, o MS adotou a estratégia de indução financeira com repasse de recursos às equipes, vinculado ao desempenho destas, conforme padrões específicos estabelecidos (BRASIL, 2015c).

A presente pesquisa insere-se no contexto da avaliação na AB, tendo em vista a expansão da ESF nos municípios e o PMAQ-AB como um programa atual e de magnitude nacional. Torna-se importante ouvir os gestores municipais de saúde, pois são atores desse processo, no espaço local. Representa ainda, a valorização e a institucionalização da avaliação em saúde para o planejamento e gestão.

Ao realizar um levantamento bibliográfico³ em teses e dissertações brasileiras a respeito do PMAQ-AB, os resultados evidenciaram a efetividade e os reflexos da implementação do programa nos serviços de saúde da AB. Porém, observa-se uma tendência por parte dos pesquisadores em investigar sobre os repasses financeiros enviados às equipes, conforme o resultado da avaliação. Aponta-se também, uma grande parcela de estudos que utilizaram os dados secundários do banco do PMAQ-AB, não havendo a aproximação com a realidade local.

Os resultados da revisão bibliográfica mostraram vazios no conhecimento científico, principalmente no que tange as singularidades de cada região do país. Apontaram ainda, a necessidade da realização de estudos mistos de abordagens qualitativas e quantitativas, no intuito de compreender com maior completude os processos envolvidos na avaliação das ações e serviços da AB em saúde, no que se refere à instituição do PMAQ-AB.

A partir do exposto, a relevância desta pesquisa está fundamentada na valorização do protagonismo dos sujeitos sociais que constroem o SUS, na importância da avaliação em saúde para garantir a qualidade dos serviços e no papel central do gestor, possibilitando visualizar o processo envolvido na implementação do PMAQ-AB e seu destaque na atual conjuntura do SUS. Ao buscar a compreensão de aspectos políticos, administrativos e organizacionais para o âmbito local, o PMAQ-AB busca evidenciar fatores externos e internos para o desenvolvimento de programas e resolutividade da AB.

Convergente também à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, no que diz respeito ao item “Organização e Avaliação de Políticas, Programas e Serviços”; ratificando a importância de desenvolver investigações na temática (BRASIL, 2015). Ressalta-se que o desenvolvimento deste estudo contribui para a produção de conhecimentos nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas de saúde.

Minha trajetória acadêmica despertou o interesse pela temática da avaliação dos serviços de saúde, no cenário da AB, a qual inicia-se com formação em Nutrição pela

³ Produto da disciplina Construção do Conhecimento em Enfermagem e Saúde, realizada no PPGEnf da UFSM no primeiro semestre de 2016, o qual será descrito de forma mais detalhada no próximo capítulo.

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), campus Palmeira das Missões. E após, com a inserção como nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde, ênfase na Atenção Básica, na mesma instituição. A experiência da Residência possibilitou a inserção em uma ESF, a qual ...

Mais recentemente, a participação enquanto mestranda e bolsista no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem, pertencente à linha de pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, proporcionou vivenciar o SUS em todas as suas possibilidades, potencialidades e limitações. Pautando-se no aprofundamento teórico, crítico e reflexivo sobre políticas, planejamento e gestão em saúde, fomentando o desejo de pesquisar e buscar contribuir na real efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Nesse contexto, aspira-se conhecer o envolvimento e a participação dos gestores como mediador desse processo que engloba essa nova fase da AB. Espera-se contribuir com a reflexão e construção e aprimoramento das diferentes profissões do campo da saúde que atuam com avaliação na AB, a fim de colaborar para o avanço do Sistema de Saúde nos espaços locais, com implicações importantes para redefinição das políticas públicas regionais. Por fim, busca-se corresponder com o objetivo da nossa Universidade para com o desenvolvimento da região Norte do Rio Grande do Sul, realizando estudos nas áreas de abrangência da extensão da UFSM.

Diante de tais constatações, esta pesquisa foi conduzida pela seguinte **questão norteadora**: Qual a percepção dos gestores municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ-AB em municípios pertencentes à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (19ªCRS/RS)?

Para tanto, tem-se como **objeto de estudo**: a percepção dos gestores municipais de saúde sobre a implementação do PMAQ-AB em municípios pertencentes à 19ª CRS.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos gestores municipais de saúde da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, acerca da implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

1.1.2 Objetivos Específicos

Conhecer o perfil dos gestores municipais de saúde da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul que aderiram ao PMAQ-AB;

Compreender a percepção de gestores de saúde acerca da implementação do PMAQ-AB em seu município.

O CAMINHO...

4

“Use a sua força para guiar o seu destino.
Tudo o que você desejar com intensidade
pode transformar seu caminho.
Quem acredita nos seus sonhos
tem apenas uma direção:
sempre em frente”
(Autor desconhecido)

1.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão apresentados os temas que embasaram a construção da problemática de pesquisa, composta pelos seguintes eixos: Atenção Básica no Brasil: aspectos históricos e conceituais; Gestão em Saúde; Avaliação em Saúde: conceitos e evolução; e por fim, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

1.2.1 Atenção Básica no Brasil: aspectos históricos e conceituais

Este eixo apresenta um breve histórico, o qual descreve os passos para a concretização da AB, desde a época da República Velha até os dias atuais. Inicia-se destacando sobre os termos que são considerados sinônimos no Brasil: Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS).

A terminologia Atenção Primária à Saúde foi proposta originalmente na Conferência de Alma-Ata, em 1978. Desde então, justifica-se a utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde devido às diversas interpretações da abrangência e do escopo nos diversos países e continentes, além de sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação (BRASIL, 2011b).

No Brasil, também foram apontadas diferentes interpretações para a Atenção Primária. Paim (1998) afirma que ao assumir o termo “cuidados primários de saúde” na década de 1980, a comunidade científica brasileira afastou a temática do centro das discussões da época. Os cuidados primários de saúde tinham um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia que reorientasse o sistema de serviços de saúde no país.

A partir da necessidade de diferenciação entre a proposta da Saúde da Família e a dos cuidados primários de saúde, interpretados como política seletiva e focalizada, passou-se a utilizar o termo Atenção Básica para designar a Atenção Primária à Saúde no Brasil (TESTA, 1992). Deste modo, utilizaremos a terminologia Atenção Básica, em consonância com o foco desta pesquisa.

Historicamente, o período da República Velha (1889-1930) no Brasil foi marcado pela saúde pública baseada em práticas normativas de prevenção de doenças, a partir de campanhas sanitárias como modelo de intervenção de combate às epidemias rurais e urbanas (AGUIAR, 2011). Esse período também ficou marcado pelo surgimento e fortalecimento do

modelo médico previdenciário, atuando com a interferência do Estado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 1923, através da Lei Eloy Chaves (Lei nº 4.282), as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foram criadas, incorporando a assistência médica aos trabalhadores, mediante uma contribuição. Consideradas os embriões da previdência, as CAPs eram financiadas com recursos das empresas, do governo e dos empregados e controladas por patrões e empregados. Utilizava o modelo clínico curativo-privatista, privilegiando a abordagem individual e medicalizante dos problemas de saúde (BERTOLLI FILHO, 2004).

Por outro lado, surge o modelo sanitaria campanhista, pautado sob a influência dos saberes fundamentados pela bacteriologia e microbiologia. O sanitarismo envolve uma abordagem coletiva e ambiental da doença, porém foi caracterizado pela prática autoritária tendo em vista o cenário da época (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Diante deste panorama político, culminando com a Revolução de 1930, Getúlio Vargas assume o poder, possibilitando mudanças importantes por meio da participação estatal nas políticas públicas, aliado às políticas populistas. O crescimento acelerado da indústria aumentou os riscos e problemas de saúde dos trabalhadores urbanos, contudo a assistência médica mantinha-se vinculada à Previdência Social (BERTOLLI FILHO, 2004; AGUIAR, 2011).

A partir de 1933, o modelo das CAPs foi expandido, transformando-se em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), vinculando outras categorias profissionais e passando gradativamente o controle ao Estado. A assistência médica não é mais considerada prerrogativa fundamental nesse período, mas sim, a acumulação de recursos para investimento em outras áreas de interesse do governo (MENDES, 1993; AGUIAR, 2011).

Na década de 40 foi criado o Ministério da Educação e Saúde, o qual tinha a função de coordenar as ações de saúde pública, aprofundando a centralização e verticalização das ações de cunho sanitaria campanhista (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Destaca-se a criação dos Serviços Nacionais de Saúde voltados ao combate da febre amarela, malária, tuberculose, etc. E do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com ações de combate a doenças em áreas de interesse estratégico para a economia do país (AGUIAR, 2011).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, porém a sua atuação foi pouco efetiva nas questões concernentes à saúde pública brasileira, devido à escassez de recursos destinados a ele. Ainda permanecia a dicotomia entre os serviços de saúde públicos e a assistência médica: de um lado emergia o sanitarismo desenvolvimentista, pautado na descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias de acordo com as necessidades da população; e de outro, o

modelo sanitaria campanhista com a prática higienista e proposta de ampliação da cobertura populacional da previdência social (ESCOREL; TEIXEIRA; 2012).

Essa discussão manteve-se até a 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963 com a consolidação deste último modelo, unificando o IAPs em 1966, através da criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS). Assim, deu-se início a um complexo sistema previdenciário de assistência médica, intensificado na década de 70, porém marcado pela crise econômica que afetou o sistema social e de saúde na época (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A grave crise associada ao enfraquecimento do regime militar e à necessidade de alternativas para ampliação da cobertura de atendimento médico e da reorientação dos gastos públicos culminaram em ações, como a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976. O PIASS foi uma importante experiência brasileira de expansão de cobertura, destinando recursos à construção de unidades básicas de saúde (UBS), observando-se também experiências municipalistas que tinham fundamento na AB como alternativa ao modelo vigente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; BRASIL, 2011b).

Paralelamente e este processo, aconteceu em 1978 na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Conferência de Alma-Ata propôs o termo Atenção Primária à Saúde como estratégia para melhoria da saúde e alcance da meta “saúde para todos no ano 2000”, um pacto assinado por 134 países durante a conferência. No relatório da Conferência, a APS foi definida como:

Uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas do seu desenvolvimento (OMS, 1978).

Em 1980, mediante articulação entre o Ministério da Saúde e a assistência médica previdenciária, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). Este programa pretendia estender os benefícios a toda população, através de uma integração entre os Ministérios da Saúde e Previdência Social, com ênfase na AB e na participação comunitária. Todavia, não chegou a ser implementado (AGUIAR, 2011).

Cabe salientar que ao longo dos anos 70 e 80 articulava-se o Movimento da Reforma Sanitária brasileira, envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores sanitaristas, lideranças populares; além de parlamentares de esquerda e intelectuais

(ESCOREL, 1999). Este projeto defendia a unificação do sistema de saúde e valorizava o primeiro nível de atenção, visando um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático (FLEURY, 1999). E lutava pelo reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

O movimento social mantinha-se organizado e pressionava o governo por mudanças no modelo de assistência previdenciária em crise crescente em função da escassez de recursos e alto custo operacional. Em 1982, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), rompendo a tendência centralizadora na formulação de políticas e abrindo espaços para experiências locais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A partir desse plano, sanitaristas puderam influenciar e atuar em áreas estratégicas do INAMPS (AGUIAR, 2011).

Como reflexo do plano CONASP, foi criado em 1983 o programa de Ações Integradas de Saúde (IAS) com o objetivo de articular os serviços básicos nos municípios com base em convênios entre as três esferas de governo, integrando as ações preventivas e curativas. As IAS estimularam a integração das instituições de atenção à saúde, como o MS, o INAMPS e as secretarias estaduais e municipais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A implementação das IAS propiciou a organização de um primeiro nível de atenção, no qual as UBS de nível local eram responsáveis por ações preventivas e de assistência médica. Integrando o sistema de saúde pública ao modelo de assistência à saúde previdenciária, independente de contribuição financeira à previdência social. As IAS promoveram ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em muitos municípios brasileiros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, importante evento político-sanitário para o debate dos problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública (AGUIAR, 2011). A VIII CNS teve desdobramentos que serviram de base para o encaminhamento de propostas à Assembleia Nacional Constituinte e sua inscrição na Carta Magna (BRASIL, 2011a).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, foi aprovado o Sistema Único de Saúde, incorporando a maioria das propostas apresentadas por emenda popular (BRASIL, 1998). Aprovam-se as leis Nº 8.080 e 8.142 de 1990 que regulamentam o SUS e aos poucos vão sendo implementadas e organizadas em todo o território nacional (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Na década de 90, o MS fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, visando à promoção da saúde. Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é instituído, promovendo mudança nas ações de saúde ao desenvolverem atividades extramuros, não mais centradas na figura do médico (AGUIAR, 2011). A formulação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96) foram pontos importantes para a organização dos serviços em uma concepção ampliada de atenção à saúde e integralidade das ações (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A partir da NOB 96, a Atenção Básica assumiu característica de primeiro nível de atenção, incorporando tecnologias e mudanças nos métodos de programas e planejar as ações. Também trouxe inovações quanto à alocação de recursos, instituindo nova modalidade de financiamento, o PAB fixo e o PAB variável⁵; fortalecimento da capacidade gestora do Estado em nível local; e definindo indicadores de produção e de impacto epidemiológico (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Porém, principalmente no período de 1998-2002, o PSF deixou de ser uma política de focalização da Atenção Básica, para ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS, com vistas à universalização dos atendimentos (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). A adoção da Saúde da Família como estratégia deu à AB um caráter mais abrangente, articulada aos demais níveis de atenção para orientar a reestruturação do sistema. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A partir de 2003, a ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) visou o fortalecimento da AB nos grandes centros urbanos do país. Todavia, evidências da época mostraram que este modelo continuava mantendo-se paralelo ao modelo de atenção básica tradicional; organizado para atender a demanda espontânea e/ou programas específicos (ESCOREL et al, 2002).

Levando em consideração estas evidências, o MS criou em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNAB preconiza equipe multiprofissional, territorialização, adstrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. O

⁵ O bloco de financiamento da Atenção Básica é constituído por dois componentes: o Componente Piso da Atenção Básica (PAB Fixo) e o Componente Piso da Atenção Básica (PAB Variável). O PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios. Já o PAB Variável, também fundo a fundo, é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde. (BRASIL, 2007).

objetivo é que AB seja a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, integrada aos demais serviços da rede. As equipes devem trabalhar no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo atividades de planejamento, de educação em saúde, ações intersetoriais e garantia da assistência integral às famílias (BRASIL, 2006; CONILL et al., 2010).

A PNAB foi atualizada no ano de 2011, introduzindo conceitos e elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Também avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que progride na gestão e coordenação do cuidado do usuário junto a RAS (BRASIL, 2011c). Mais recentemente, uma nova revisão das diretrizes para a organização da AB, através da Portaria nº. 2.436 de setembro de 2017, aprova a nova PNAB (BRASIL, 2017a).

A nova Política trouxe alguns avanços no que se refere à incorporação de conceitos e aprendizados advindos de outras políticas e ações como o PMAQ-AB, Telessaúde Brasil Redes, implementação do e-SUS e Mais Médicos. Também reforça normas já estabelecidas em outras portarias, como a implantação de prontuário eletrônico e o alargamento das atribuições dos ACS (PINTO, 2017). Entretanto, a PNAB aponta importantes e consequentes mudanças, as quais merecem atenção, a saber:

- Não há mais um número mínimo de ACS obrigatório por equipe de saúde da família, admitindo que esta atue com auxiliares ou técnicos de enfermagem no lugar do ACS;
- Potencial fragilização das ações de educação e promoção da saúde;
- Flexibilização da carga horária, admitindo a contratação de até três profissionais de mesma categoria para cumprir as 40 horas semanais de sua área de atuação;
- Definição de uma Atenção Básica mínima dita “essencial”. A nova PNAB estabelece um “padrão essencial⁶” como uma norma, portanto, estanque (PINTO, 2017).

Após o processo histórico de evolução para a consolidação da AB no Brasil, vive-se atualmente um momento de desafios para contrapor às persistentes pressões em relação ao retrocesso na perspectiva biomédica e medicalizadora. Esse movimento aponta para uma associação da capacidade resolutiva da AB à realização de procedimentos simplificados, incluindo a precarização e o clientelismo político-partidário (MOROSINO; FONSECA, 2017).

⁶ Termo derivado do PMAQ-AB, no qual é compreendido as condições mínimas de acesso e qualidade que as equipes de AB devem ofertar aos usuários. Caso a equipe contratualizada não alcance todos os padrões essenciais de qualidade, ela será automaticamente certificada com desempenho ruim (BRASIL, 2015c).

Nesse sentido, discute-se a seguir a função da gestão em saúde como papel central, fomentando discussões públicas e políticas emergentes. Atuando numa perspectiva de superação das desigualdades sociais e regionais no acesso e na qualidade das ações e serviços de saúde, objetivando a efetivação do direito à saúde em nosso país.

1.2.2 Gestão em saúde

O processo de descentralização do SUS trouxe mudanças principalmente no que se refere às responsabilidades, às atribuições e ao repasse dos recursos para estados e municípios. A nova concepção do sistema de saúde, administrado democraticamente, afetou não somente as relações de poder político, mas também a distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade. Os gestores setoriais obtiveram o papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira (BRASIL, 2011a).

A direção do SUS é única em cada nível de governo nacional, estadual e municipal; sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, respectivamente (BRASIL, 2011a). As funções de seus representantes abarcam um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários à implementação de políticas na área da saúde (MATTA, 2007).

São reconhecidas duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores de saúde - a política e a técnica -, levando-nos a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública, bem como as possíveis tensões relativas à direcionalidade das políticas de saúde (SOUZA, 2002). O cargo de secretário de saúde tem significado político importante, sendo seu ocupante designado pelo chefe do Executivo, democraticamente eleito em cada esfera (BRASIL, 2011a).

A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisões existentes, formais e informais. O desempenho das funções do Poder Executivo em um sistema político, republicano e democrático como o Brasil e os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos de representação e atuação do governo (SOUZA, 2002).

O gestor tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS, que constituem o modelo de atenção à saúde adotado pelo Estado. Por outro lado, a atuação técnica do gestor de saúde, mediada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde,

cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde (SOUZA, 2002).

Pode-se designar quatro grandes funções gestoras na saúde, sendo elas: 1) a formulação de políticas e planejamento; 2) o financiamento; 3) a regulação; e 4) a prestação direta de serviços de saúde. Cada uma dessas macrofunções compreende uma série de subfunções e de atribuições dos gestores, sendo exercidas de forma específica pelos três níveis de gestão, de acordo com a regulamentação (SOUZA, 2002).

Em relação à formulação de políticas e o planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações e serviços em todos os níveis de atenção (SOUZA, 2002). Além de requisito legal, o planejamento é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores no âmbito de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica (BRASIL, 2016).

A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho. O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os Municípios até a União. O desafio dos gestores é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõem a região de saúde (BRASIL, 2016).

O financiamento refere-se à alocação de tributos, a elaboração e a execução de orçamentos públicos voltados a ações e serviços de saúde, bem como a constituição de fundos específicos para o recebimento e a utilização das receitas destinadas à saúde. A responsabilidade do financiamento ainda aborda a prestação de contas quanto ao valor empenhado na saúde e o destino dos recursos (SOUZA, 2002).

A regulamentação, financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle foi regulamentado pela Portaria nº. 204 de 2007. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento, constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos (BRASIL, 2007).

No que se refere à regulação, esta inclui a proposição de normas técnicas e padrões, a coordenação, controle e avaliação de serviços e sistemas de saúde; e a gestão de informações em saúde. Além disso, estabelece contratos e convênios com prestadores privados e atua na fiscalização de serviços e de produtos com implicações para a área da saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A regulação da atenção à saúde como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade tem como objetivo a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, direcionada aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados. Os principais sujeitos são os gestores municipais e, de forma suplementar, os gestores estaduais e o gestor federal (SHILLING; REIS; MORAES, 2006). Sob essa lógica, a função reguladora do Estado é fundamental para harmonizar e articular a oferta e a demanda, melhorando a qualidade das ações e serviços prestados à população por meio da avaliação (CASTRO, 2002).

E por último, a prestação direta de ações e serviços de saúde, a qual abrange todos os procedimentos técnicos e administrativos vinculados à execução de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; por serviços públicos do respectivo âmbito de governo (SOUZA, 2002). O SUS é responsável pela garantia de acesso de toda a população brasileira ao conjunto destas ações.

A Lei n. 8.080/90 traz a definição da competência e das atribuições da direção do SUS em cada âmbito de governo – nacional, estadual e municipal. De um modo geral, o papel principal do gestor municipal, foco deste estudo, é a gestão local do planejamento, da organização e execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos serviços públicos e privados do sistema. (BRASIL, 1990a).

Não restam dúvidas de que a gestão enfrenta enormes desafios, tendo a responsabilidade de equilibrar interesses a fim de garantir avanços e manejar dinâmicas de poder para favorecer que seus serviços cumpram seus papéis sociais de proteger, recuperar e promover a saúde da população. Sustentar os ciclos de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação é uma ação de extrema importância para ampliar o acesso e qualidade dos serviços (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017).

Entretanto, cabe refletir sobre os papéis técnicos e políticos atribuídos aos gestores, os quais podem acabar em um centralismo exagerado, verticalizado e autoritário, prejudicando a criação de espaços em que os diversos atores sejam convidados a participar e onde diferentes ideias, perspectivas e experiências sejam valorizadas. A criação desses espaços deve ser incentivada no trabalho em saúde, proporcionando que a cogestão não apenas subsidie

processos avaliativos mais democráticos e responsivos, mas também produza sentido para os que nela atuam (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017).

Nesse movimento, as práticas avaliativas podem operar como potente dispositivo de implicação, descoberta e apoio à mudança. Atores em sua ação concreta e cotidiana, como os gestores em saúde, são os mais indicados a propor alternativas de ação que poderá provocar alterações na forma como o usuário utiliza o serviço ou como o serviço o aborda (TANAKA, 2017).

A avaliação, tema discutido no próximo capítulo, poderá apontar mudanças que estão dentro da governabilidade desses agentes, concretizadas em interação singular e contextualizada. Segundo Tanaka (2017), a avaliação é mais um processo político de disputa de poder do que um processo técnico e para que possam interferir na tomada de decisão do gestor, seus participantes devem estar dispostos a disputar o poder.

1.2.3 Avaliação em saúde: conceitos e evolução

Como exposto, a avaliação em saúde integra às ações dos gestores de saúde nos três níveis de direção de governo e, portanto, está no centro das discussões neste cenário. Também é consenso entre os protagonistas da saúde, a necessidade de se institucionalizar a “cultura de avaliação” em nosso país.

A avaliação em saúde constitui um instrumento técnico-político essencial para que os direitos do cidadão sejam respeitados e os serviços sejam acessíveis e de qualidade. Sua importância está fundamentada na capacidade de provocar transformações no cotidiano da gestão em saúde, na expectativa por serviços com maior capacidade estratégica, eficiência, transparência e controle social (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017).

Ao propiciar a participação de diferentes atores sociais no processo avaliativo pode favorecer o desenvolvimento de processo crítico-reflexivo sobre as práticas, no âmbito dos sistemas de saúde. Ainda, desencadear um processo de responsabilização dos sujeitos implicados, a fim de tornar a avaliação contínua e sistemática, mediada por relações de poder e interesse (CHAVES et al., 2017).

Existem diversas maneiras de mobilizar e trazer os atores para uma avaliação, porém não se configura em uma tarefa fácil. Seja qual for o caminho de mobilização e engajamento escolhido para uma avaliação, aponta-se que quanto maior o vínculo no processo avaliativo, maiores são as chances de o estudo tornar-se relevante (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017).

Sobre o tema, destaca-se o autor Avedis Donabedian (1978; 1980), o qual desenvolveu um quadro conceitual a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, conhecidos como a “Tríade de Donabedian”. Este modelo teve como objetivo fornecer subsídios para avaliação da qualidade com a determinação do grau de sucesso dos profissionais e serviços, e através da monitorização das ações de vigilância contínua, de tal forma que pontos vulneráveis pudessem ser precocemente detectados e corrigidos.

Segundo Champagne et al. (2011), avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, fornecendo informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre esta. Com o objetivo de que os diferentes atores envolvidos estejam aptos a se posicionar sobre ela, apesar dos campos de julgamento serem por vezes diferentes. Para assim, contribuir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Contandriopoulos (2011) complementa que a avaliação é uma intervenção formal que mobiliza recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, o aperfeiçoamento das decisões.

Para o Ministério da Saúde, a avaliação compreendida como atribuição da gestão, é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático, cuja temporalidade é definida em função do âmbito que ela se estabelece. Deve-se constituir-se em um processo de negociação e pactuação entre os sujeitos que compartilham a gestão em saúde (BRASIL 2005).

No Brasil, as primeiras publicações sobre avaliação em saúde foram voltadas às atividades de controle das ações e dos serviços, a fim de verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos.

Em 1993, a Lei nº 8.689, estabeleceu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), para exercer a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, de forma descentralizada em cooperação com os Estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2014). O SNA foi regulamentado pelo Decreto nº 1.651/1995, que prevê as ações de controle da execução, avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, e auditoria da regularidade dos procedimentos (BRASIL, 2014).

Em 1998, o MS criou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), o qual foi implementado anos mais tarde e teve como objetivo avaliar os serviços hospitalares, classificando-os em níveis de qualidade. O PNASH consistiu-se em uma pesquisa da satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação e aplicação de um roteiro técnico de avaliação. Foi realizado pelos gestores estaduais e

municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, considerando a estrutura existente e os processos prioritários (BRASIL, 2015b).

Na Atenção Básica, a avaliação em saúde foi estimulada a partir dos anos 2000 por incentivo do governo federal com o financiamento, apoio e realização de pesquisas de monitoramento e avaliação, além do financiamento por instituições internacionais, como o Banco Mundial (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Nesse período, houve a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) em um processo de reorganização interna do Ministério da Saúde e devido à expansão de cobertura da ESF. Inicialmente denominada de Coordenação de Investigação, a CAA/DAB teve como objetivo formular e conduzir os processos avaliativos relacionados à AB (BRASIL, 2005). As ações estavam voltadas principalmente para monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços na AB mediante a utilização dos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas da ESF (BRASIL, 2005).

Em 2003, o MS redefiniu a missão da CAA/DAB num novo contexto político e de reorganização institucional e de novos desafios evidenciados com a ampliação da Estratégia Saúde da Família, especialmente nos grandes municípios do país. A CAA passou a monitorar e avaliar a AB como forma de instrumentalizar a gestão e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS (BRASIL, 2005). O MS formulou a proposta de pactos de gestão entre as secretarias estaduais e municipais de Saúde, sendo utilizado como um instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à AB (BRASIL, 2005).

Em 2004, com o intuito de ampliar o PNASH, o programa foi reformulado e passou a ser denominado como Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). O objetivo do PNASS foi avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade nas diferentes dimensões (BRASIL, 2015b).

Já em 2015, o PNASS foi reformulado e ampliou ainda mais o seu escopo de atuação. O novo PNASS expandiu o seu objetivo, consistindo em avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do MS. A avaliação abarcaria às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (BRASIL, 2015b).

Certamente a avaliação na AB faz parte do cotidiano de muitos profissionais e gestores de saúde brasileiros. Afinal, em um contexto de ampliação e garantia ao acesso equitativo a serviços de qualidade, a avaliação em saúde apresenta-se como um importante dispositivo para compreender os sistemas de saúde. Além de sistematizar e analisar os cenários, correspondendo às necessidades de informações dos responsáveis pela tomada de decisão (CHAMPAGNE et al., 2011).

Nesse contexto, o PMAQ-AB destaca-se por envolver as três esferas da gestão na principal estratégia de avaliação da AB no Brasil atualmente, cuja implementação é o ponto central desse trabalho.

1.2.4 O programa nacional de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica

O Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade de Atenção Básica foi criado mediante a Portaria nº. 1.654 de 19 de julho de 2011 e após, reformulado no ano de 2015 (BRASIL, 2011d; 2015c). O principal objetivo do PMAQ-AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente; de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015c).

As diretrizes do programa visam considerar as diferentes realidades de saúde do país, gerar melhorias que envolvam a gestão, o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e os resultados em saúde; a transparência nas etapas do programa; a mobilização/responsabilização dos gestores das três esferas de governo, por meio de uma cultura de planejamento, negociação e contratualização; estimular a mudança no modelo de atenção com foco nas necessidades e satisfação dos usuários; e o caráter voluntário de adesão ao programa (BRASIL, 2015c).

O PMAQ-AB representa um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde visando subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Para mobilizar a adesão do programa, o MS adotou a estratégia de indução financeira com repasse de recursos às equipes, vinculado ao desempenho destas, conforme padrões específicos estabelecidos (BRASIL, 2015c).

Dentre os desafios que o PMAQ-AB pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se:

I – Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;

II – Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;

III – Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;

IV – Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;

V – Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;

VI – Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;

VII – Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;

VIII – Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

IX – Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;

XI – Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade;

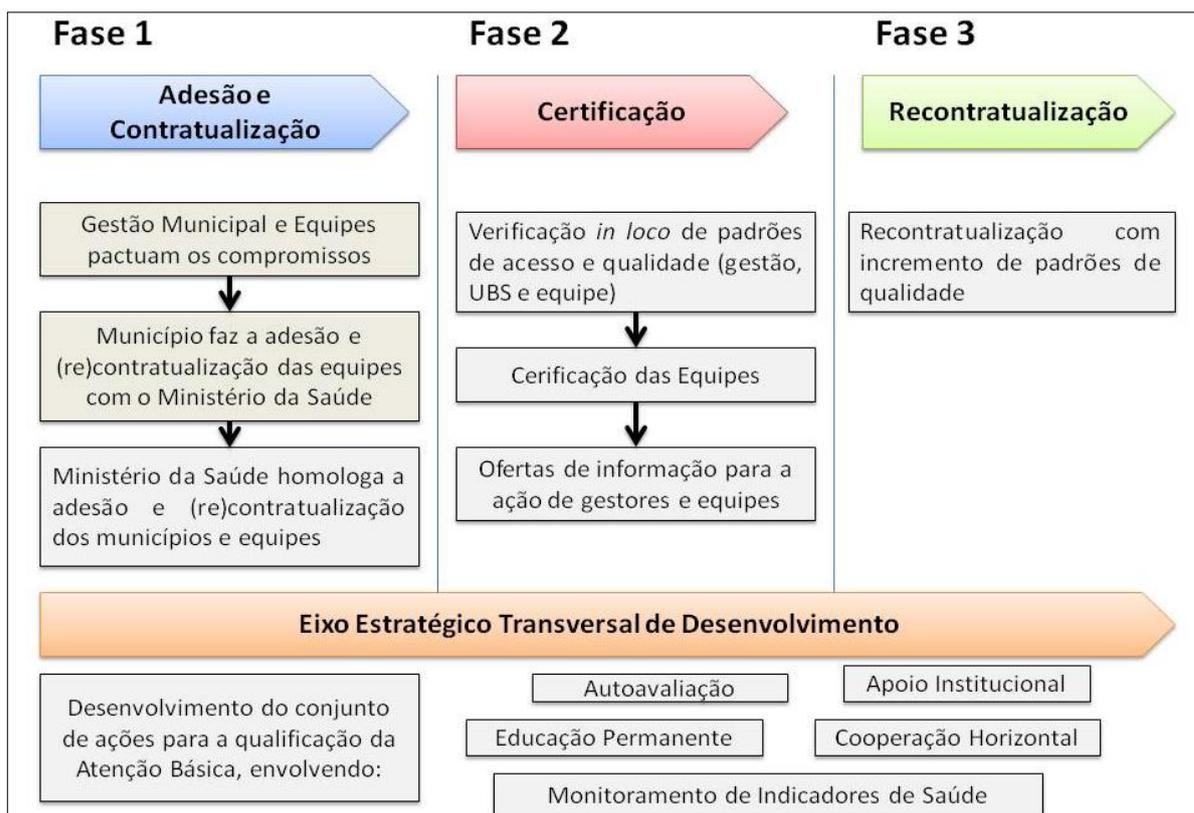
XII – Baixo investimento em infraestrutura de informática e insuficiente uso das tecnologias da informação para a tomada de decisão (BRASIL, 2015c).

Cabe ressaltar que além destes desafios, o PMAQ-AB visa identificar novos problemas no âmbito local, e prevê um instrumento a fim de fornecer subsídios para o enfrentamento destes problemas por meio da matriz de intervenção⁷.

⁷ Construção dos planos estratégicos de intervenção.

O programa está organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento (Figura 1) que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, o qual ocorre a cada 24 (vinte e quatro) meses (BRASIL, 2015c; 2017b).

Figura 1 – Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica



Fonte: Adaptado do Manual 3º Ciclo PMAQ-AB, 2015c.

A fase 1 **Adesão e (Re)contratualização** é voluntária e pressupõe um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e NASF) e os gestores municipais, e desses com o MS, em um processo que envolve pactuação local. Para as equipes participantes dos ciclos anteriores, ocorre o processo de recontratualização. A partir dos resultados alcançados pelas equipes, é possível identificar tendências que nortearão o planejamento de gestores e trabalhadores. O gestor municipal é o responsável pela confirmação da adesão e (re)contratualização das equipes do seu município.

Ao completar a etapa de contratualização no sistema de adesão ao PMAQ-AB, os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade no âmbito da AB. Os compromissos das equipes de AB abordam:

- Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da AB e instituir espaços para discutir sobre ele;
- Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea;
- Alimentar o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica/e-SUS-SISAB;
- Programar e implementar atividades, priorizando grupos com maior risco e vulnerabilidade;
- Instituir processos autoavaliativos com a participação de todos os profissionais que constituem a equipe;
- Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde, pactuando metas e compromissos para a qualificação da AB com a gestão municipal.

A fase 2 **Certificação** deve ser entendida como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da AB. As equipes serão certificadas conforme o seu desempenho, considerando: a avaliação externa com os padrões gerais, essenciais e estratégicos (correspondente a 60% da nota); a verificação da autoavaliação pelos profissionais das equipes de atenção básica (correspondente a 10% da nota); e a avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização (correspondente a 30% da nota).

Após o processo de avaliação externa, as equipes podem ser classificadas em desempenho: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim. Após a classificação da totalidade das equipes será definido um Fator de Desempenho (ANEXO A), em que se considerará o orçamento global destinado ao pagamento da certificação das equipes contratualizadas e a distribuição das equipes nas categorias de desempenho. Sendo que o Fator de Desempenho será o valor mínimo que uma equipe receberá. A portaria do PMAQ-AB não estabelece a forma como os municípios devem utilizar os valores repassados de acordo com a certificação de cada equipe, ficando essa decisão a cargo da gestão municipal.

Em relação aos Padrões Essenciais, são aqueles relacionados às condições mínimas de acesso e qualidade, estabelecidas na portaria do PMAQ-AB, que as equipes de Atenção Básica devem ofertar aos usuários. Caso a equipe contratualizada não alcance todos os padrões essenciais de qualidade, ela será automaticamente certificada com desempenho ruim. Os Padrões Estratégicos são ofertas e ações de padrões elevados de acesso e qualidade na AB. Para que a equipe seja classificada com o desempenho ótimo, além de obter as maiores notas, deverá alcançar um percentual de padrões considerados estratégicos. E por fim, os padrões

gerais são os demais itens pontuados durante a Avaliação Externa, discriminados no instrumento da avaliação.

A Fase 3 **Recontratualização** caracteriza-se pela pactuação singular dos municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB. A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas. Ao mesmo tempo, o desempenho das equipes poderá ser comparado não somente com as demais equipes, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação.

Por sua vez, o **Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB** consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esse eixo deve ser entendido como transversal a todas as fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do programa.

Como apoio ao processo de desenvolvimento do eixo transversal a gestão poderá constituir grupos de trabalho para maior diálogo entre os atores que compõem o processo de trabalho do PMAQ-AB no território. O eixo de desenvolvimento está organizado em cinco dimensões: 1) Autoavaliação; 2) Monitoramento; 3) Educação Permanente; 4) Apoio Institucional; e 5) Cooperação Horizontal.

De acordo com Pinto, Sousa e Ferla (2014) o PMAQ-AB atua como um dispositivo de mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, impactando na situação de saúde da população, promovendo o desenvolvimento dos trabalhadores e orientando os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários. É uma estratégia que pressupõe o fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança, entre equipes, gestores e usuários. Assumindo também o compromisso com a transparência do processo e socialização das informações justamente na expectativa de fortalecer o uso da informação e a participação de amplos segmentos da sociedade.

Esse processo de mobilização dos atores locais pretende promover mudança de condições, saberes e práticas de atenção, gestão e participação na AB em direção aos

objetivos estratégicos do programa, traduzidos nos padrões de acesso e de qualidade utilizados pelo mesmo e valorados em seu processo de avaliação e certificação. O PMAQ-AB assume que essa mobilização não seja pontual e eventual, mas que impacte nos modos de agir da gestão, da atenção e do controle social, a ponto de se transformar num processo contínuo e progressivo de mudança e no estabelecimento de uma nova cultura nesses campos (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

1.2.5 Construção do conhecimento acerca do PMAQ-AB

Este último elemento da fundamentação teórica será dedicado a apresentar os principais resultados de uma revisão narrativa de literatura, elaborada a partir da necessidade de conhecer a tendência das produções científicas, a respeito do PMAQ-AB. O estudo teve como objetivo identificar as tendências de teses e dissertações na temática do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade Atenção Básica (PMAQ-AB).

O levantamento foi realizado no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos Catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), e por fim, no banco de dados do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Em ambos foram utilizadas as estratégias de busca: “PMAQ-AB”, “PMAQ-AB” e “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”.

Os critérios de inclusão foram teses e dissertações sobre a temática do PMAQ-AB e o recorte temporal compreendeu estudos realizados a partir de 2011, tendo em vista o ano da instituição do programa. Os estudos duplicados foram analisados apenas uma vez. A busca dos estudos foi realizada no mês de maio de 2016 por duas pesquisadoras de forma independente. Inicialmente foram encontrados 110 estudos, dos quais 59 foram selecionados para a análise por atenderem aos critérios de inclusão.

As produções abordaram principalmente a implementação, o processo de adesão e às contribuições do PMAQ-AB nos municípios pactuados. No entanto, foi observado que grande parte dos estudos utilizou o banco de dados secundários, disponível no portal da Atenção Básica na internet. Ressalta-se que a utilização de dados secundários pode dificultar a compreensão em relação ao movimento, à mobilização e ao processo envolvido pelos atores, no nível local.

Quanto à implementação, as produções evidenciaram a efetividade do programa e os reflexos deste, nos serviços de saúde e no processo de trabalho das equipes de AB. A

experiência com o PMAQ-AB foi considerada satisfatória pelos trabalhadores das equipes de saúde da família. Avalia-se a implementação do mesmo como um avanço importante, mesmo diante do potencial técnico e o caráter complexo e multidimensional que o cercam. Contudo, julga-se premente promover atualizações em sua concepção e operacionalização (PIANCASTELLI, 2015).

O estudo de Oliveira (2014) aponta que o PMAQ-AB, mesmo sendo definido como de abrangência nacional, traz em sua configuração um grau de homogeneização que impossibilita evidenciar questões específicas dos territórios. Além disso, pesquisa afirma que o processo de implementação do PMAQ-AB ocorreu de forma verticalizada pelo MS, com fragilidades em relação à pactuação entre as três esferas de gestão (LINHARES, 2013).

Dessa forma, reflexões sobre o papel do gestor na formulação de estratégias de apoio às Equipes de Saúde da Família são necessárias. À medida que se dispõe a analisar os resultados obtidos após a implementação do programa, propicia-se às equipes e aos gestores refletir sobre as suas ações em saúde. A qualificação das práticas e o fornecimento de subsídios para possíveis necessidades de reorganização no processo de trabalho dessas equipes, possibilita incentivar a implementação e sistematização de uma cultura avaliativa (BARBOSA, 2015).

Melo (2015) evidenciou necessidades semelhantes, propondo que nos próximos ciclos de avaliação do PMAQ-AB, haja adequação dos instrumentos utilizados na avaliação externa, referente à dimensão Apoio Institucional. A fim de avançar na valorização dos atores envolvidos, principalmente, no tocante à cogestão enquanto processo coletivo e democrático.

Esta revisão apontou a necessidade de investigar os reflexos produzidos pela implementação do PMAQ-AB nos municípios pactuados, tanto na efetividade quanto nas relações consequentes a esse processo. A partir do papel fundamental do gestor em saúde, sendo o mediador e responsável pela adesão ao PMAQ-AB em seu município, é fundamental compreender a sua percepção a respeito do PMAQ-AB e sua política avaliativa.

NAVEGAR É PRECISO...

8

“No barco da vida, não somos meros passageiros.
Temos todos remos para ditar o passo da viagem,
e timões para guiar-nos o caminho.
O rio, todavia, é um só:
o tempo, fonte interminável de correnteza,
esta que não retorna,
que não tem o sentido alterado.
Nem pelo maior dos remos,
Nem pelo melhor dos timoneiros”
(Eduardo R. Breda)

⁸ Balsa sob rio da Várzea, responsável pelo transporte entre os municípios de Rodeio Bonito e Liberato Salzano, RS, 2017. Fonte: Autora

1.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será apresentado o percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa, sendo descritos: o tipo de estudo, a caracterização do cenário, os participantes, a coleta e análise de dados e os aspectos éticos da pesquisa.

1.3.1 Tipo de estudo

Considerando a coerência com o objeto de pesquisa, foi desenvolvido um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva tem como finalidade descrever determinado fenômeno ou fatos obtidos da própria realidade que se deseja estudar, compreendendo os processos dinâmicos vividos pelos indivíduos, os quais contribuem nas suas relações (GIL, 2010; RICHARDSON, 1999).

A pesquisa de caráter exploratório visa conhecer e explorar os conceitos e ideias, proporcionando uma visão geral do objeto de pesquisa (GIL, 2010). Assim, pela temática do PMAQ-AB ser ainda pouco explorada, a intenção foi proporcionar maior familiaridade com o problema, buscando torná-lo mais visível para construção de novos pressupostos.

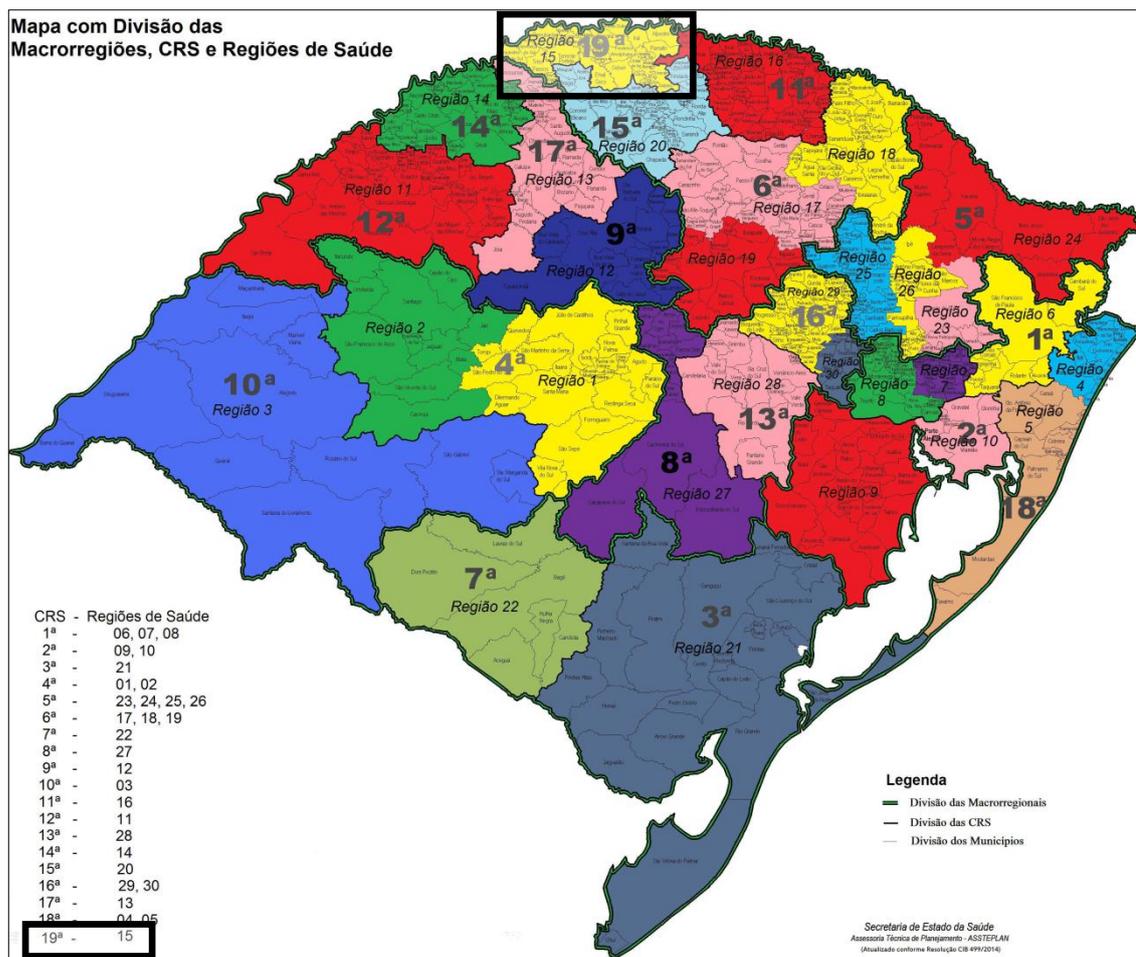
A abordagem qualitativa trabalha com um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, percepções e opiniões; a partir das relações, as quais não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis (MYNAYO, 2014).

Sob esta perspectiva, esse delineamento vai ao encontro do proposto pela pesquisa, haja vista a gestão dos serviços de saúde ser uma realidade complexa que demanda conhecimentos objetivos e subjetivos integrados. Além de postura ética, participativa e processo de tomada de decisão.

1.3.2 Caracterização do cenário do estudo

A 19ª Coordenadoria Regional de Saúde está localizada geograficamente na região norte e noroeste do estado do RS, fazendo fronteira com a Argentina e limite territorial com o estado de Santa Catarina, conforme demonstrado na figura 2.

Figura 2 – Mapa das Macrorregiões, CRS e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul

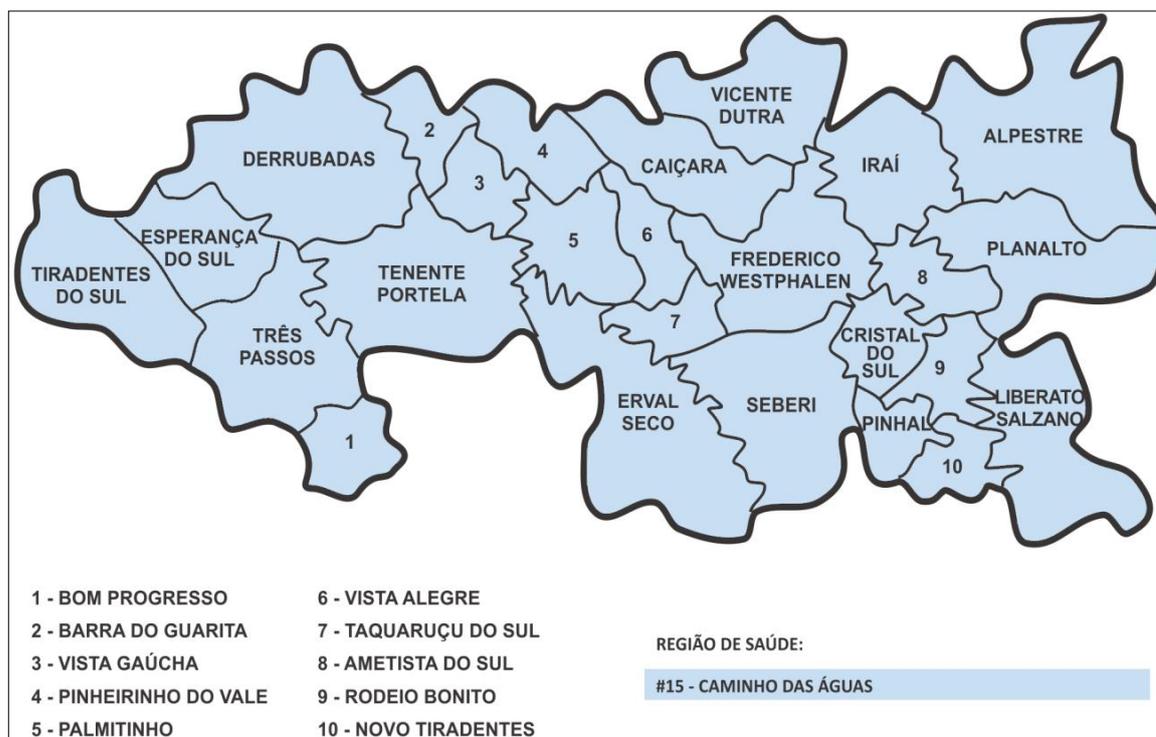


Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do RS, 2018.

A 19ª CRS/RS é um órgão da Secretaria Estadual de Saúde do RS e responsável política-administrativamente pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde do território adscrito pela 15ª Região de Saúde, denominada de **Caminho das Águas** (RIO GRANDE DO SUL, 2016, grifo nosso). A região apresenta uma densidade demográfica de 37 hab./m² e as principais fontes de renda da região são a agricultura familiar, a extração de pedras preciosas (garimpo), o comércio e os serviços (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

A 19ª CRS/RS possui a sua sede localizada no município de Frederico Westphalen e abrange um total de 26 municípios, como demonstra o mapa da figura 3. Os municípios são: Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu Do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre e Vista Gaúcha.

Figura 3 – Localização dos municípios que compõe a 19ª CRS/RS



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do RS, 2018.

Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2010, a população da área estudada compreende 187.072 habitantes. O quadro a seguir, apresenta a última estimativa populacional realizada e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos respectivos municípios (IBGE, 2010).

Quadro 1 – Municípios que integram a 19ª CRS e suas respectivas populações e IDH

Município	População / mil hab. (Censo 2010)	IDH (Censo 2010)	População / mil hab. (Estimativa 2017)
Alpestre	8.027	0,671	7.433
Ametista do Sul	7.323	0,682	7.576
Barra do Guarita	3.098	0,734	3.253
Bom Progresso	2.328	0,723	2.216
Caiçara	5.071	0,699	5.064
Cristal do Sul	2.826	0,660	2.918
Derrubadas	3.190	0,707	3.102
Erval Seco	7.878	0,685	7.660
Esperança do Sul	3.272	0,661	3.204
Frederico Westphalen	28.843	0,760	30.832
Iraí	8.078	0,671	7.921
Liberato Salzano	5.780	0,685	5.686

Município	População / mil hab. (Censo 2010)	IDH (Censo 2010)	População / mil hab. (Estimativa 2017)
Novo Tiradentes	2.277	0,676	2.312
Palmitinho	6.920	0,720	7.174
Pinhal	2.513	0,720	2.616
Pinheirinho do Vale	4.497	0,710	4.803
Planalto	10.524	0,687	10.623
Rodeio Bonito	5.743	0,732	5.967
Seberi	10.897	0,723	11.144
Taquaruçu do Sul	2.966	0,739	3.101
Tenente Portela	13.719	0.708	14.008
Tiradentes do Sul	6.461	0,689	6.294
Três Passos	23.965	0,768	24.632
Vicente Dutra	5285	0,638	5.152
Vista Alegre	2.832	0,739	2.877
Vista Gaúcha	2.759	0,757	2.882

Fonte: IBGE (2010; 2017).

A fim de trazer uma maior dimensão do cenário de pesquisa, traduzindo a realidade local com suas particularidades e singularidades, serão apresentadas a seguir algumas imagens de secretarias municipais de saúde, as quais realizaram a adesão ao PMAQ-AB e participaram deste estudo. As imagens foram registradas durante o período da coleta de dados.

Figura 4 – Secretaria Municipal de Saúde de Derrubadas, RS



Fonte: Autora.

Figura 5 – Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Guarita, RS



Fonte: Autora.

Figura 6 – Secretaria Municipal de Saúde de Liberato Salzano, RS



Fonte: Autora.

Figura 7 – Secretaria Municipal de Saúde de Bom Progresso, RS



Fonte: Autora.

Figura 8 – Secretaria Municipal de Saúde de Vista Gaúcha, RS



Fonte: Autora.

Figura 9 – Secretaria Municipal de Saúde de Tiradentes do Sul, RS



Fonte: Autora.

Figura 10 – Secretaria Municipal de Saúde de Erval Seco, RS



Fonte: Autora.

Figura 11 – Secretaria Municipal de Saúde de Pinheirinho do Vale, RS



Fonte: Autora.

Figura 12 – Secretaria Municipal de Saúde de Vicente Dutra, RS



Fonte: Autora.

Figura 13 – Secretaria Municipal de Saúde de Ametista do Sul, RS



Fonte: Autora.

1.3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os secretários de saúde dos municípios pertencentes à 19ª CRS/RS.

Como critérios de inclusão, foi definido: ser secretário municipal de saúde em municípios que realizaram a adesão e contratualização ao PMAQ-AB. Como critério de exclusão estabeleceu-se: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza, no período da coleta de dados.

Cabe destacar que a adesão e contratualização ao PMAQ-AB é responsabilidade do gestor municipal de saúde. A informação de quais municípios e equipes aderiram ao programa, está disponível no portal do Departamento de Atenção Básica (DAB) para livre acesso⁹. Ao verificar a região estudada, constatou-se que dos 26 municípios, apenas dois não haviam realizado a adesão e contratualização ao PMAQ-AB até o período da coleta de dados, sendo excluídos. Assim, 24 secretários municipais de saúde participaram da coleta de dados.

1.3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2017 por meio de entrevista semiestruturada. Esta consiste em uma combinação de perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistador tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem limitar-se ao questionamento enunciado (MINAYO, 2014). Para tanto, foi elaborado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), o qual buscou aprofundar questões relacionadas à experiência na gestão municipal de saúde, o conhecimento sobre o PMAQ-AB e a experiência com a implementação no município; além da avaliação do gestor, a respeito do programa.

A pesquisadora realizou o contato com a coordenação da AB na 19ª CRS, a qual disponibilizou uma lista constando os municípios integrantes, bem como, o número de telefone para contato com o secretário municipal de saúde dos respectivos municípios. Após, foi realizado o contato via telefone com os gestores de saúde. Na oportunidade, foi elucidado o objetivo da pesquisa, convidando-os para participar da mesma. Todos os participantes, de acordo com os critérios de inclusão do estudo, aceitaram participar, sendo então, realizado o agendamento prévio das entrevistas conforme a disponibilidade de cada participante.

⁹ Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_PMAQ-AB.php

As entrevistas tiveram caráter individual, sendo realizadas nos respectivos municípios dos participantes, mais especificamente no local de trabalho, em uma sala reservada, a fim de garantir a privacidade deste. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 40 minutos e foram gravadas em áudio, com o consentimento dos mesmos, de modo a registrar a fala na íntegra, assegurando material autêntico para a análise. Segundo Minayo (2014), o gravador possibilita que haja uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade estudada, mantendo um registro fidedigno da matéria-prima da fala.

Não foi utilizado critério de saturação de dados.

1.3.5 Análise dos dados

Foi utilizada a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo. Esta corresponde a um conjunto de técnicas de pesquisa e procedimentos especializados e científicos que permitem inferir dados de um determinado contexto, mediante a organização, leitura e discussão dos dados coletados (MINAYO, 2014). Ainda segundo a autora, a análise temática visa descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto estudado.

A análise temática encontra-se operacionalmente dividida em três fases: pré- análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014), as quais serão detalhadas a seguir.

Primeiramente, foi realizada a transcrição dos dados obtidos por meio das gravações das entrevistas, de forma literal em um editor de textos, constituindo o corpus da pesquisa. Após, este foi impresso de modo a facilitar o manuseio e visualização por parte da pesquisadora.

A pré-análise correspondeu à organização do material para posterior análise, com base na questão orientadora e objetivos do estudo. Esta etapa foi realizada mediante a escuta das gravações e a leitura flutuante, que consistiu no primeiro contato da pesquisadora com o material oriundo das entrevistas, a partir do qual emergiram as impressões iniciais. Após, através de uma sequência de leituras exaustivas, os trechos das falas dos participantes foram pintados por cores diferentes com pincel marca texto, segundo as ideias semelhantes. A aplicação da técnica cromática possibilitou compor o material que foi submetido a uma análise mais aprofundada.

Durante a segunda etapa, a exploração do material, foi realizado o recorte de informações comuns encontradas no conteúdo das falas transcritas, o qual subsidiou a

constituição de categorias. Neste sentido, foram enumeradas as unidades de registro, que se referem a palavras, frases e expressões que dão sentido ao conteúdo das falas e sustentam a definição das categorias (MINAYO, 2014).

Nessa fase, o primeiro passo compreendeu a busca dos temas que compuseram as unidades de registro. Após encontrar estas unidades, tornou-se possível definir categorias temáticas. A categorização consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões mais significativas dentro do corpus de análise (MINAYO, 2014).

Por fim, a terceira etapa constitui-se no Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Nesta, a pesquisadora buscou propor inferências e interpretações acerca dos resultados, sempre retornando aos objetivos do estudo. Desta forma, recortes realizados anteriormente, foram analisados de acordo com a fundamentação teórica.

Os dados sobre o perfil dos gestores municipais de saúde foram agrupados e descritos, a partir da apresentação dos mesmos com frequência, percentual e média.

1.3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Todos os preceitos éticos de pesquisa que envolve seres humanos foram observados, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS (BRASIL, 2012b).

Este estudo é parte integrante do projeto matricial intitulado “Percepção de Usuários, Gestores, Profissionais e Conselheiros Municipais de saúde, acerca da implementação do PMAQ-AB na 19ª CRS/RS”, o qual foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, no Sistema de Informações de Ensino (SIE).

Posteriormente, foi submetido à apreciação da coordenação da AB na 19ª CRS a fim de obter o aceite para o desenvolvimento da mesma. Após, foi registrado na Plataforma Brasil para ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM, sendo aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº 49534815.60000.5346 (ANEXO C). A coleta de dados iniciou após aprovação da pesquisa em todas as instâncias acima citadas.

Antes do procedimento de coleta de dados, os participantes foram esclarecidos quanto ao estudo, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Os participantes receberam informações acerca da justificativa, objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa, além do destino dos dados coletados, empregando uma linguagem acessível para tal. O TCLE foi assinado em duas vias pelos participantes após os devidos esclarecimentos, ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora. Também foi

destacado o caráter voluntário de participação, bem como garantia de anonimato e sigilo das informações coletadas. Para isso, os participantes do estudo foram identificados a partir de um código (P1, P2, P3...).

O Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C) resguardou o sigilo e a privacidade dos participantes. Os participantes também foram informados que poderiam suspender a sua participação na pesquisa sem possibilidade de retomá-la em outro momento, e que neste caso, as informações seriam excluídas e inutilizadas.

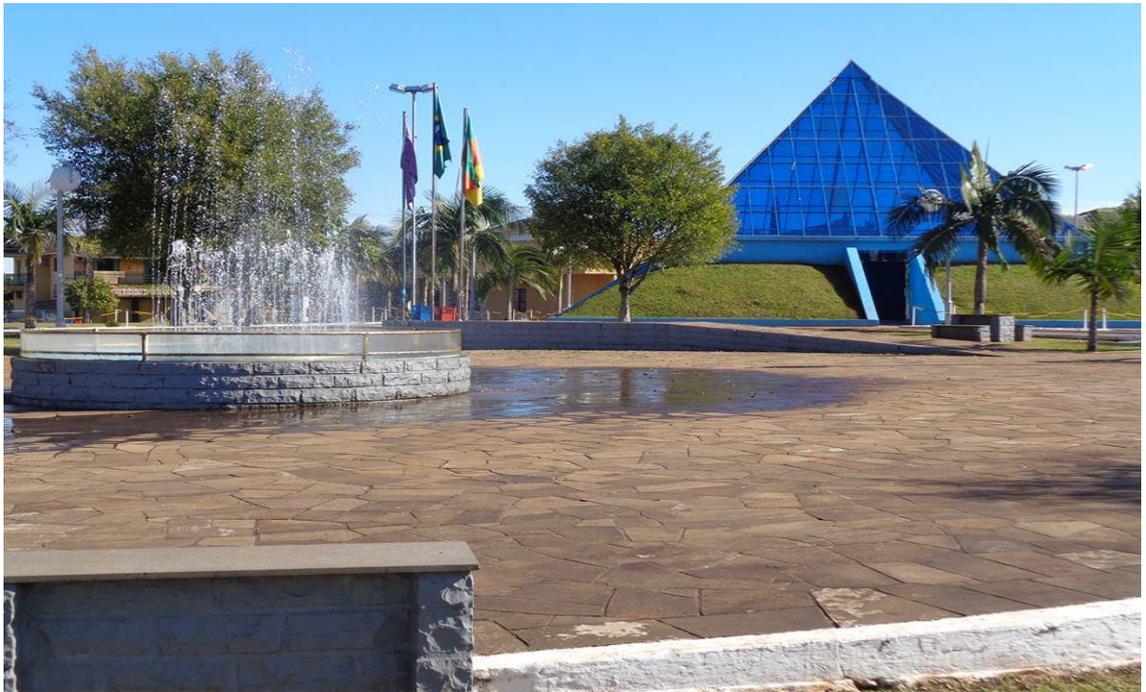
A participação dos gestores de saúde não envolveu qualquer tipo de remuneração, sendo que a pesquisadora se propôs a esclarecer dúvidas que eventualmente poderiam surgir no transcorrer da pesquisa.

Quanto aos riscos, a participação nesse estudo não apresentou nenhum risco físico. No entanto, as questões da entrevista poderiam mobilizar sentimentos ou desconfortos, como lembranças, questionamentos e/ou conflitos de dimensão emocional, pelo fato de que foi realizada uma entrevista na qual o participante refletiu sobre o seu cotidiano de trabalho. No decorrer da pesquisa foi esclarecido aos participantes que caso apresentassem algum desconforto, sofrimento, ansiedade ou inquietude, estes seriam acolhidos pela pesquisadora e convidados a deixar de participar da mesma, caso julgassem necessário.

Os benefícios desta investigação foram diretos e consistiram em oportunizar momentos de reflexão durante as entrevistas acerca da avaliação em saúde da AB, principalmente do processo de participação dos gestores na implementação do PMAQ-AB, apontando estratégias para o fortalecimento do programa. Ainda, os dados gerados forneceram subsídios para a construção de conhecimento na área da avaliação em saúde, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre esta temática.

Os materiais oriundos da coleta constituíram um banco de dados, que foi arquivado e será mantido sob os cuidados da professora responsável pelo projeto, Professora Doutora Teresinha Heck Weiller, em um armário chaveado, por um período de cinco anos, na sala 1305a, prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM; e serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a este projeto de pesquisa. Após, serão incinerados e os arquivos deletados.

A pesquisadora se comprometeu com o retorno da pesquisa, após a defesa da dissertação, através da apresentação dos resultados do estudo junto a reuniões da Comissão Intergestora Regional da 19ª CRS/RS. E para o meio acadêmico, através de publicação em periódicos científicos, bem como, apresentação dos resultados em eventos como Congressos e Seminários, dentre outros.

ENCANTOS NO CAMINHO...

10

“Suba o primeiro degrau com fé.
Não é necessário que você veja toda a escada.
Apenas dê o primeiro passo”.
(Martin Luther King)

2 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de dois artigos científicos. O primeiro intitulado: “O SER e o ESTAR gestor na implementação do PMAQ-AB em municípios do interior do RS”, tem como objetivo: conhecer o perfil dos gestores municipais de saúde da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul que aderiram ao PMAQ-AB.

O segundo artigo intitulado “Percepção de gestores municipais de saúde sobre um programa nacional de avaliação da Atenção Básica”, possui como objetivo: compreender a percepção de gestores municipais de saúde acerca da implementação do PMAQ-AB em seu município.

Ambos serão apresentados segundo as normas das revistas elencadas para submissão, conforme recomendações da UFSM (UFSM, 2015).

2.1 ARTIGO 1 – O SER E O ESTAR GESTOR NA IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS

RESUMO

O movimento de descentralização do Sistema Único de Saúde exige dos gestores municipais de saúde novas competências para além do aspecto político e técnico, em consonância com o espaço local. Objetivo: conhecer o perfil dos gestores municipais de saúde da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul que aderiram ao PMAQ-AB. Metodologia: estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados com os secretários municipais de saúde. Resultados: Participaram do estudo 24 secretários municipais de saúde. Destaca-se a valorização da experiência no cargo e formação superior, onde se faz necessário o avanço no incentivo à formação na área da saúde. Aponta-se a criação de vínculo entre os gestores e o espaço local, no intuito de fortalecer as alianças comuns da realidade organizacional. Conclusão: Conhecer o perfil de secretários municipais de saúde permitiu a elucidação de aspectos que transcendem a esfera política e técnica. Este estudo contribuiu para a descortinação de estratégias a serem exploradas na gestão, impactando na tomada de decisão.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Gestor de Saúde; Gestão Descentralizada do Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988¹, ampliou o escopo de atuação dos gestores de saúde no âmbito dos municípios. A gestão em saúde a nível municipal integra atividades políticas, técnicas, administrativas e sociais, desenvolvidas no intuito de afirmar o planejamento, a organização, o controle e a avaliação do sistema e dos serviços de saúde².

A coerência das atividades gestoras ocorre por meio da região de saúde, a qual promove a integração dos serviços, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem perder o princípio constitucional da descentralização³. A região de saúde compreende um espaço geográfico contínuo constituído por municípios limítrofes e delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura⁴.

Nesse cenário, a atuação dos gestores de saúde segue permeada por duas dimensões: a política e a técnica. Levando-nos a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública, bem como as possíveis tensões relativas à direcionalidade das políticas de saúde⁵.

A dimensão política do gestor do SUS é estabelecida em seu relacionamento constante com diversos atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisões existentes, formais e informais. Este tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde, segundo as determinações constitucionais e legais do SUS, as quais constituem o modelo de atenção à saúde adotado pelo Estado. Por outro lado, a atuação técnica é mediada por variáveis políticas do exercício das funções gestoras e, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde⁶.

A fim de evitar um centralismo exagerado, verticalizado e autoritário, é atual a reflexão sobre os papéis técnicos e políticos atribuídos aos gestores. A criação desses espaços deve ser incentivada no trabalho em saúde, proporcionando que a cogestão não apenas subsidie processos avaliativos mais democráticos e responsivos, mas também produza sentido para os que nela atuam⁷.

Esta seara exige dos gestores municipais de saúde competências e capacidades administrativas, políticas e institucionais para além do preparo técnico. E principalmente, requer convergência com o espaço local, com os profissionais do serviço e principalmente, com os interesses públicos.

Este artigo tem como objetivo conhecer o perfil dos gestores municipais de saúde da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Os participantes foram os secretários municipais de saúde dos municípios pertencentes à 19ª coordenadoria regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul, a qual abrange 26 municípios⁸. Como critérios de inclusão, foi definido: ser gestor municipal de saúde em municípios que realizaram a adesão e contratualização ao PMAQ-AB. Como critério de exclusão estabeleceu-se: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza, no período da coleta de dados.

Ao verificar os municípios da região estudada, constatou-se que apenas dois não haviam realizado a adesão e contratualização ao PMAQ-AB até o período da coleta de dados, sendo portanto, excluídos.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2017 por meio de entrevista semiestruturada⁹. A pesquisadora realizou o contato prévio com os secretários municipais de saúde, convidando-os a colaborar com a pesquisa, conforme a disponibilidade

dos mesmos. As entrevistas tiveram caráter individual e foram realizadas no local de trabalho dos participantes. Foram gravadas (áudio) com o consentimento dos mesmos e, posteriormente, transcritas na íntegra; assegurando material autêntico para a análise.

Os dados foram analisados conforme a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta de Minayo⁹, contemplando três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os dados sobre o perfil dos gestores municipais de saúde foram agrupados e descritos, a partir da apresentação dos mesmos com frequência, percentual e média.

Este estudo deriva de um projeto matricial, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número do CAAE 49534815.60000.5346. Ressalta-se que todos os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 foram respeitados e seguidos¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 24 gestores municipais de saúde. Os resultados foram organizados em duas categorias temáticas: “Falando sobre os Gestores Municipais de Saúde de municípios do interior do RS” e “O SER e o ESTAR gestor: desafios e competências que o constituem no âmbito da saúde”.

Entre o perfil idealizado e o concreto

Os dados nos convidam a refletir que, na realidade estudada, há uma expressiva contribuição do sexo feminino 62,5% (n=15), em relação ao sexo masculino 37,5% (n=9). A média de idade dos gestores foi de 43 anos.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo¹¹ com gestores de Saúde em Natal (RN), cuja média foi de 43 anos; e no RS, onde secretários municipais de saúde pertencentes às sete macrorregiões de saúde do estado apresentaram a média de 42,76 anos¹². Em estudo² de 2016 realizado na macrorregião Norte do Paraná, onde participaram 72 secretários municipais de saúde, a média de idade foi de 41 anos. Os achados corroboram com a faixa etária encontrada neste estudo.

Esse perfil pode sinalizar a valorização de gestores municipais de saúde com mais experiência, numa expectativa de que o fator idade possa corroborar para a gestão, visto que as experiências acumuladas podem impactar no processo da tomada de decisão. A experiência que os trabalhadores de maior idade adquirem ao longo do curso da vida, lhes permite um

bom desempenho de suas funções. Ainda sobre esse aspecto, França et al.¹³, ao avaliar as percepções de gestores de organizações públicas e privadas quanto à produtividade, identificou que as características dos trabalhadores de maior idade referem-se à confiabilidade, lealdade e às habilidades sociais.

Em relação à predominância do sexo feminino, esta informação infere um avanço no cenário da saúde na região estudada. Mostra-se em consonância com estudos^{11,13-14} que apontam a feminilização da ocupação na área da saúde, revelando o peso relativo do sexo na composição de uma profissão ou ocupação¹⁵.

Para Machado¹⁶, a participação das mulheres no mercado de trabalho, em especial da saúde, têm-se constituído em importante tema para debate; tendo em vista a sua expansão nos últimos anos. Destaca-se o crescimento do número de mulheres para assumir a função gestora, cargo historicamente masculino^{13,17}. No entanto, autores¹⁴ alertam sobre questões relacionadas à análise de gênero, as quais tem primado por discutir temas relacionados ao mercado de trabalho em geral, limitando-se na especificidade de sexo no campo da saúde.

A tabela 1 caracteriza os gestores quanto ao nível de escolaridade, área de formação e participação em cursos de educação continuada.

Tabela 1 – Caracterização dos gestores quanto ao nível de escolaridade, área de formação e participação em cursos de educação permanente.

Variável	n (%)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	02 (8,33)
Ensino Médio Completo	05 (20,83)
Ensino Técnico	01 (4,16)
Ensino Superior	16 (66,67)
Total	24 (100,00)
Profissão	
Enfermagem	05 (31,25)
Administração	03 (18,75)
Outras áreas de conhecimento ¹¹	8 (50,00)
Total	16 (100,00)
Cursos de Educação Permanente	
Participa	10 (41,66)
Não participa	14 (58,34)
Total	24 (100,00)

Fonte: Autora, Santa Maria, RS, UFSM, 2018.

¹¹ Assistência Social; Tecnologia do Turismo; Letras e Literatura; Contabilidade; Ciências Naturais; Ciências Biológicas; e Direito.

A pesquisa revela predominância de gestores com formação superior, destacando-se dois núcleos profissionais, enfermagem e administração. Porém, ainda é forte a presença de outras áreas de conhecimento na gestão em saúde. Confirmando o estudo de Silva et al.¹⁸, realizado com gestores municipais na mesma coordenadoria de saúde, em 2013. Corroborando também com demais estudos^{11,19}, os quais afirmam que apesar dos gestores estarem em busca de formação acadêmica, a graduação na saúde ainda é pouco expressiva.

Este resultado aponta que a despeito da melhoria em relação ao nível de formação dos gestores municipais de saúde, é oportuno e indispensável avançar quanto ao fomento à formação na área da saúde. Premissa fundamental, haja vista o exercício da função de gestor em saúde exigir competências para além das questões técnicas e políticas, suscitando um profundo conhecimento dos princípios do SUS¹⁸.

Com relação à formação permanente, identificou-se que 14 (58,34%) gestores afirmaram não ter participado de ações dessa natureza, apontando uma fragilidade na qualificação para exercer o cargo.

Este achado vai ao encontro de estudos^{11,18} que apontam a premência na reformulação de mecanismos para a qualificação dos gestores no SUS. A julgar que o sistema de saúde compreende um amplo modelo de gestão pública com enfoque em diferentes formas de controle da qualidade, resultados e dos custos; vinculados à responsabilidade social e à democratização do acesso aos serviços de saúde¹¹.

Identificou-se que a média do tempo de atuação na gestão foi de 3,76 anos, sendo o mínimo 6 meses e o máximo de 20 anos. Corroborando com Pinafo et al.², os quais apontaram uma expressiva quantidade de gestores em saúde atuando por até três anos na função, em que o tempo mínimo foi de dois meses e o máximo de 27 anos. Estudo de Junqueira et al¹⁹, por sua vez, apontou que a média de tempo de serviço como secretários municipais de saúde era de 1,58 anos.

Importante salientar que oito (33,34%) participantes, afirmaram possuir menos de um ano na função de secretário municipal de saúde. Pesquisa²⁰ aponta para a necessidade de um tempo maior no cargo para que se adquira um conjunto de conhecimentos e experiências sólidos de formação na gestão. Isto significa que apesar da região de saúde comportar uma maioria de gestores com experiência no cargo, desafia o gestor estadual a acompanhar o trabalho dos mesmos; de modo a prover subsídios para que possam efetivamente exercer o cargo no SUS.

Em relação ao vínculo dos gestores municipais de saúde no setor público, 13 (54,16%) referiram integrar o quadro de servidores públicos municipais; cinco (20,83%) apontaram ser

a primeira relação com o setor público; quatro (16,67%) afirmaram já ter exercido o cargo de vereador e dois (8,34%), de secretário municipal de assistência social. Destaca-se que 13 (54,16%) gestores municipais de saúde referiram ser esta, a primeira experiência na área da saúde.

Este fato é especialmente significativo, considerando que o perfil do secretário municipal de saúde está fundamentado em duas dimensões, equanimemente importantes: a política e a técnica. A dimensão política exige do gestor do SUS uma atuação social nos diferentes espaços de negociação, interação e de tomada de decisão, tão predominantes nessa função. Já a dimensão técnica está baseada na interlocução com as políticas de saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde^{6,21}.

Frente a tais constatações, destacaram-se os seguintes relatos:

“Na verdade eu nunca tive essa experiência, então para mim esta sendo bem novo, mas uma coisa bem boa que estou aprendendo muito”. “(...) quando o prefeito me convidou para ser secretário e eu nunca fui político, foi uma surpresa muito grande para mim, porque eu nunca esperava isso (...)” (P20).

“(...) quando a gente recebeu o convite do prefeito para ser secretário de saúde, a gente entrou com o intuito de continuar a realizar o trabalho que já vinha sendo realizado” (P21).

“Pra mim foi um desafio novo quando o prefeito se elegeu, me convidou pra ser secretário de saúde, até no início eu fiquei bem apavorado porque eu sou leigo no assunto, não tenho conhecimento nenhum” (P09).

As manifestações refletem a inserção dos secretários de saúde ao cargo mediante indicação do gestor municipal eleito, fato muito comum nos municípios da região. Situação esta que pode ocorrer, não levando em consideração o desempenho do gestor, segundo as dimensões política e técnica. Fica estabelecida a necessidade de discutir sobre a introdução de modelos profissionais de gestão que contraponham ao clientelismo de forma explícita, principalmente nas cidades de pequeno porte¹⁹.

Dentre as funções da gestão pública em saúde, destaca-se o processo de tomada de decisão, pois a partir desta produção, são desencadeadas a formulação, implementação e avaliação das políticas. Procedimentos complexos e polivalentes, na medida em que exigem do gestor conhecimento, capacidades, habilidades e intuição. Para além, as ações políticas em saúde pública envolvem motivações, interesses ocultos e controle do capital financeiro.

Sobre esses aspectos, manifestam os gestores:

“Porque quando tu não tem conhecimento, eu venho de uma área, eu faço administração, tenho a minha empresa, eu conheço, é diferente de você vir pra uma área que tem pouco conhecimento” (P09).

“E uma área que eu cheguei aqui, sentei aqui, abri as portas, 5 minutos depois já tinha gente com problema precisando de solução. Solução do secretário, preciso de um conselho, vamos fazer isso... Cara, e tu não conhece nada...” (P09).

Nesta perspectiva, os gestores de saúde não podem ser considerados meros agentes administrativos, seguindo uma ideologia tecnocrática, a qual os reduz a recursos humanos com atribuição meramente funcional e adaptativa²¹. Deve-se considerar todo o contexto histórico de construção, o arcabouço jurídico e legal, o processo saúde-doença-cuidado, e principalmente, os personagens que compõe o Sistema Único de Saúde.

O SER e o ESTAR gestor: desafios e competências que o constituem no âmbito da saúde

A função gestora enfrenta desafios principalmente relacionados à regulação de acesso aos serviços de saúde especializados. Soma-se a isso, as atuais políticas de austeridade advindas da esfera central, refletindo diretamente no financiamento de políticas públicas na saúde, além de outros setores. Salienta-se que estes constituem um escopo de poder governamental e por isso, ocorrem tensionamentos e mediações políticas contínuas e permanentes.

Tais constatações e realidades estão postas aos gestores municipais no âmbito do SUS de modo geral, situações aqui consideradas como “ESTAR gestor”. Todavia, como estes interpretam, reagem (e agem) e criam mecanismos de enfrentamento para tais dificuldades, constituem o “SER gestor”. Essa reflexão emergiu sob vozes embargadas, olhos marejados e pedidos velados para dividir angústias e inquietações.

Em relação ao processo de regulação, chama-nos atenção as seguintes manifestações:

“O que mais angustia hoje e eu vou falar exclusivamente de mim, a minha maior angústia são as referências. A dificuldade de tu ter um paciente aqui e eu vou usar um caso de Cardiologia: paciente infartou (...), aí tu vai para o telefone garimpar uma vaga em algum lugar (...), tu estás com ele [paciente] na mão, mas tu não sabe quantos minutos ele vai aguentar ou se ele vai ter um segundo infarto vai morrer na tua mão” (P07).

“Os desafios começam com a estrutura de uma cidade pequena, nós temos pouco veículo, na verdade faltam várias especialidades, somos carentes de vários setores no município” (P09).

“Porque nossa rotina, um grande percentual tu resolve no dia, mas muitas situações ficam pro dia seguinte ou talvez dependem da regulação, do agendamento e você acaba se envolvendo com as pessoas por um período longo e às vezes para sempre” (P10).

“As dificuldades são os atendimentos de consultas especializadas que tem que mandar para as nossas referências, fora do município” (P11).

“Então você acaba sofrendo junto com os pacientes. É a questão de internação, a questão de consultas pelo SUS que não é o suficiente pelo teto que a gente tem. A questão de exames especializados, então agora eles tem referências de internações hospitalares, referências para vários exames e consultas (...), questão de veículos também”... (P12).

Essas falas revelam as dificuldades de estrutura e acesso a serviços especializados vivenciadas na realidade de municípios de pequeno porte no interior do país. Situação esta que leva o gestor a apresentar sofrimento por ser o responsável pela garantia da integralidade de atenção em saúde da população sob a sua responsabilidade. Demonstrando que a relação do gestor de saúde para com os usuários é de aguçada sensibilidade. Isso pode ser revelado pelo estabelecimento de vínculo entre o gestor e a população local, emergido a partir do sentimento de pertencimento. Aproximamo-nos da perspectiva teórica de René Kaës²², a qual aponta que os processos subjetivos acontecem mediante pactos e contratos inconscientes, produzidos a partir dos benefícios, prazer e do sofrimento que os trabalhadores experimentam nas organizações.

Para Kaes²², as alianças e pactos são formações intersubjetivas pertencentes aos espaços comuns da realidade organizacional, fomentados a partir de investimentos que esta exige dos trabalhadores²³. Tal conceito é útil para a compreensão do vínculo que os gestores desenvolvem em relação à instituição, profissionais e usuários; desenvolvendo a responsabilização e postura de alteridade.

Em relação à regulação dos procedimentos nas especialidades, bem como os exames e as cirurgias correspondem, segundo os gestores investigados, os principais alvos de racionamento dos gastos públicos na saúde, estabelecendo longos períodos de espera à população²⁴, vivenciados no nível local. Aqui se fundamenta outro, e talvez ainda maior, desafio enfrentado pelos gestores de saúde na atualidade: a austeridade financeira.

Pautado no argumento falacioso do gestor federal, medidas de austeridade financeira estão sendo adotadas, impactando no espaço local, tais como o congelamento do gasto público com a saúde, desvinculações do Estado com despesas e redução significativa dos gastos com políticas sociais. Em relação a estes aspectos, foi destacado o seguinte:

“O que nos preocupa muito é que em função da situação financeira nacional, ao meio das dificuldades, aumentam as desavenças, aumentam os problemas sociais e as doenças aparecem” (P08).

“(...) de 2012 para cá com estas quedas de recursos, tanto de nível federal quanto estadual, acabou prejudicando um pouco e quem sofre é o município” (P21).

“O desafio grande nosso é fazer mais com menos. É o financiamento, às vezes assim tu fica esse é o desafio enquanto gestor, tu fica muito amarrado, engessada ao recurso. Isso é difícil de dizer, explicar para as pessoas que tu não pode mais prestar certo atendimento, encaminhar. Manter certos serviços por falta de financiamento” (P08).

“Sabemos que o que o Ministério repassa é insuficiente (...). Então assim, às vezes com poucos, escassos, mas fazendo o possível para atender toda a nossa demanda” (P08).

Em momentos em que os governos adotam medidas austeras, por meio da implementação de políticas que restringem a oferta de bens e serviços públicos ou pelo aumento da carga tributária com a finalidade de reduzir gastos estatais, a população num gradiente mais vulnerável é a maior afetada²⁵. Ressalta-se que a redução de gastos implica também no fechamento de serviços, redução de horas de funcionamento e da força de trabalho, efeitos estes percebidos pelos gestores:

“A realidade nossa de secretário municipal na cidade pequena, é muito difícil (...) e como tu tem pouca equipe, pouca estrutura, tu tem que estar muito presente” (P09).

“(...) eu queria fazer um trabalho mais voltado à conscientização e a gente não tem equipe. A nossa equipe é muito restrita, muito resumida, faltou um profissional, tirou férias, ficou doente nós já não sabemos o que fazer” (P09).

“A gente tenta fazer convênios com médicos que vem pra cá, mas também é outra dificuldade porque o município é pequeno, então a grande maioria é tudo referenciado” (P01).

Estudos internacionais²⁶⁻²⁸ têm apontado que a austeridade implica diretamente – e negativamente – na saúde das pessoas. Em Portugal, tem sido observado piora do acesso aos serviços de saúde, a partir do aumento do copagamento pelo uso de serviços de saúde e do corte de gastos que provocam fechamento de serviços, redução de horas de funcionamento e da força de trabalho²⁶. Em outros países do continente europeu, a redução do gasto do governo com proteção social tem sido associada ao aumento da pobreza e da desigualdade, comprometendo a saúde das populações²⁷.

A partir do exposto, afirma-se que políticas de austeridade na saúde não resolvem os problemas da crise econômica. Pelo contrário, as medidas de proteção social que blindam os

recursos públicos destinados a projetos de bem estar social, revelam-se mais eficientes na elevação do PIB²⁹. Por fim, Stuckler e Basu²⁸ resumem categoricamente que os efeitos secundários da austeridade mostram-se fatais, pois não se fundamentam numa lógica sólida ou dados concretos.

Neste amplo espectro que diz respeito às responsabilidades dos gestores de saúde, por vezes é deixado de lado o elemento humano e sua dimensão relacional. O cargo de gestor configura uma posição de status perante a comunidade, um campo de poder, onde ocorrem tensionamentos e cobranças de forma contínua. Esta relação fica evidenciada nos relatos abaixo:

“A pressão que o gestor sofre é muito grande porque tu fica na mão do sistema, tem que seguir o que preconiza ali, mas ao mesmo tempo tu tem o teu amigo, teu vizinho, teu parente que não entende e que ele vem e te exige” (P07).

“Tem as desvantagens do município pequeno porque todo mundo quer ser atendido, acha que não dá pra esperar, tudo pra eles é uma urgência, ahh tenho que ser atendido... conheço a [secretária], tem essa parte” (P02).

A tendência pela indicação política ao cargo de gestor de saúde segue permeada pelo poder institucional (político, técnico e administrativo). Este atua sob a orientação do mandato executivo, logo, o seu arbítrio segue em consonância com o alinhamento político. As atribuições de poder e autonomia dos gestores de saúde são mediadas por uma relação contratual (informal) de confiança com os gestores que detêm a autoridade política formal de um mandato eletivo³⁰.

No exercício da função de gestor de saúde, sua conduta técnica segue permeada por conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde. Esse conjunto articulado de saberes e práticas de gestão são relevantes para a condução de políticas de saúde²¹.

No âmbito da saúde, busca-se por gestores que desempenhem o papel de protagonistas no fazer saúde, que compreendam as mudanças em curso e reorientem o sistema de saúde para que a organização se torne uma importante potência de transformação e de inovação no gerenciamento dos serviços³¹. Um relato, dessa nova perspectiva na gestão:

“Nós sentamos para discutir o nosso processo de trabalho. Então não existe outra forma se a gente não colocar na roda a nossa semana de trabalho, muito bom porque é lá que se lava roupa suja, se discute, se encaminha, se planeja e tem uma pauta definida. Então toda quinta-feira de tarde nós fechamos a unidade e a equipe senta no auditório para conversar. A gente não abre mão disso, porque não tem como não ser assim, acho que todo

mundo tem que botar na roda o que vem fazendo, o seu processo de trabalho porque tem muita demanda (P08).

Deve-se ressaltar que a gestão envolve posturas e condutas crítico-reflexivas em relação ao trabalho, demonstrando autonomia e instigando a este uma posição frente às tomadas de decisões, tão importantes no cenário da saúde³². Além disso, requer capacidade de adaptação a situações inesperadas e adversas, com vistas a interagir, motivar e influenciar a cooperação de todos e no aprendizado da equipe. Como manifesto:

“Então são algumas coisas que angustiam a gente como gestora, que você vê que o município tem que pode ofertar, mas que estava paradinho ali. Eu acho que está faltando mexer na equipe, conscientizar a equipe. Porque se tem os exames, tem a consulta, o que está acontecendo com esse paciente não vem buscar ajuda? E porque que ele não está sendo encaminhado para o lugar certo para fazer os exames e consultas especializadas? Não tá sendo encaminhado corretamente, o que está acontecendo? Então a gente vê que dá para nós fazermos, movimentar, tirar do acomodamento, quando a gente tira as pessoas da sua zona de conforto é ruim, é complicado, mas é isso aí que a gente vai buscar, que a gente está fazendo” (P13).

Por fim cabe destacar que os gestores manifestam um conceito ampliado de saúde, reconhecendo que as demandas que chegam a esse nível de atenção extrapolam o atendimento individual curativo. Como evidenciado a seguir:

“Eu tenho bem claro o conceito de saúde no dia-a-dia porque eu atendo muitas pessoas que não vem me pedir remédio, que vem pedir comida. Eu atendo muitas pessoas que vem conversar comigo questões muito amplas que são além do contexto de Atenção à Saúde num primeiro momento. Então assim, o acesso delas muitas vezes na Atenção Básica é para dividir angústias com alguém, sofrimentos muitas vezes nem físicos e psicológicos, então nossa preocupação está muito, está fundamentada, eu acredito, na qualidade de vida e bem-estar do ser humano” (P10).

“Eu em particular, eu sei onde as pessoas moram, grande parte dos nossos munícipes eu sei quem são pelo nome porque é uma é uma vida toda dedicada ao trabalho dedicado para população nas coisas mais essenciais do tipo entrar na casa do teu usuário, de tomar chimarrão com ele. Eu sou dos profissionais que no final de semana, daquilo que eu consegui resolver durante a semana, mas aquilo que me incomoda, que me preocupa, que às vezes me faz acordar na calada da noite pensar nessa situação daquela família, daquele usuário, eu ainda tiro um tempo, geralmente no sábado, e faço uma visita extra profissional, como alguém que se preocupa, que tem vínculo (P09)”.

Para Fischer, Horn e Schommer³³, atualmente há uma demanda por um perfil de gestor público que articula competência técnica e sensibilidade política, capaz de dialogar para com o outro e capaz de fomentar a coprodução do bem estar social. As competências identificadas pelos gestores de saúde corroboram com esta afirmação, reafirmando o compromisso na intermediação e na produção de trabalho coletivo em torno de objetivos comuns.

CONCLUSÃO

Os resultados sinalizam que, na região estudada, valoriza-se um perfil de gestores municipais de saúde com experiência no cargo e formação superior. No entanto, ainda é necessário avançar quanto ao incentivo à formação na área da saúde, além de instituir e aprimorar mecanismos de qualificação dos mesmos.

Além disso, a inserção destes ao cargo mediante indicação do gestor municipal eleito, aliado aos desafios enfrentados na atual conjuntura do país, repercutem diretamente nas ações e serviços de saúde.

Como alternativas para o enfrentamento de tais situações, sugere-se incorporar dispositivos capazes de qualificar a atuação na gestão em saúde, fomentando uma proposta regional de educação permanente voltada a estes atores, sob coordenação da CRS e instituições de ensino superior que atuam a região de saúde.

Ademais, deve-se valorizar o vínculo estabelecido pelos gestores e o espaço local, no intuito de fortalecer as alianças comuns da realidade organizacional. A responsabilidade para com o outro é a essência do cuidado, mas também da gestão.

A apresentação dos resultados deste estudo para gestores municipais e regionais da saúde contribuirá para que estes repactuem as ações, potencializando a reorganização das práticas de trabalho, contribuindo para a qualificação da atenção à saúde disponibilizada para a população no cenário local e regional.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

2 Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA, Domingos CM, Bonfim MCB. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. Rev. Saúde Pública Paraná. 2016;17(1):130-137.

3 Santos L, Campos GW de S. SUS Brazil: The health region as a way forward. Saude soc. [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Jan 30];24(2):438-446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>

4 Brasil. Decreto n. 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; 2011.

5 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011.

6 Souza RR. O Sistema Público de Saúde brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002. [citado 2018 Jan 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf

7 Silva RR, Gasparini MFV, Barboza M. Avaliações sob medida – produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: Tanaka OY. Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 2017.

8 Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. [citado 2018 Jan 30]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>.

9 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

10 Brasil. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, 2012. [citado 2018 Jan 18]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

11 Melo CF, Alchieri IC, Araújo Neto JL. Avaliação do perfil técnico-profissional de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 Jul [citado 2018 Jan 18];7(7):4670-80. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11717/13938>

12 Martins MD, Costa CF. Gestão por Competências: O Perfil dos Secretários Municipais de Saúde do Estado Do Rio Grande do Sul. In: Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. Brasília/DF: ANPAD, 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnGPR130.pdf>

13 França LHFP, Nalin CP, Siqueira-Brito AR., Amorim SM, Canella Filho TR, Ekman NCA. A percepção dos gestores brasileiros sobre os programas de preparação para a aposentadoria. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, 2014;19(3):879-898.

14 Wermelinger M, Machado MH, Lobato MF, Oliveira ES, Moyses NN, Ferraz W. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Divulg. saúde debate. 2010;(45):54-70.

- 15 Yannoulas SC. Feminização ou feminilização?: apontamentos em torno de uma categoria. *Temporalis*. Brasília. 2011 Jul/Dez;2(22):271-292.
- 16 Machado MH. Gestão do trabalho em saúde em contexto de mudanças. *Revista de Administração Pública*. 2000;34(4):136-146.
- 17 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). 2º Levantamento da Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde. Brasília: Conass, 2015.
- 18 Silva LAA, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jan 30];38(1):e58779. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100407&lng=en
- 19 Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 May [citado 2018 Jan 30];26(5):918-928. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500014&lng=en.
- 20 Sales NC, Silva MGC, Pinto FJM. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de Centros de Saúde da Família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014 Jul/Set;27(3):389-397.
- 21 Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Gondim R, Gabrois V, Mendes W, (Org.) *Qualificação de gestores no SUS*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.
- 22 Kaës R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës R, (Org.). *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1989.
- 23 Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Ago [citado 2018 Jan 28];15(5):2345-2354. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500010>.
- 24 Costa NR. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Jan 30];22(4):1065-1074. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401065&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28192016>.
- 25 Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? (Nota Técnica, nº 26). Brasília: Ipea, 2016. [citado 2018 Jan 30]; Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/09/160822_nt_26_disoc-Crise-econ%C3%B4mica-austeridade-fiscal-e-sa%C3%BAde.pdf

26 Legido-Quigley H, Karanikolos M, Hernandez-Plaza S, de Freitas C, Bernardo L, Padilla B, et al. Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy*. 2016;120(7):833-839. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.009>

27 Labonté R, Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it *J Epidemiol Community Health*. 2016 Mar;70(3):312-8.

28 Stuckler D, Basu SA. *A economia desumana: Porque mata a austeridade*. Portugal: Bizâncio, 2014. OR *The body economic: why austerity kills*. New York: Basic Books, 2013.

29 Bahia L, Scheffer M, Poz M Dal, Travassos C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 2018 Jan 31];32(12):e00184516. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00184516>.

30 Lotufo M, Miranda AS. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. *Revista de Administração Pública* 2007;41(6):1143-1163. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122007000600007>

31 Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2007 Abr [citado 2018 Jan 30];12(2):443-453. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200021&lng=en.

32 Silva LB, Amorim TNGF. Estudos sobre competências: uma análise dos artigos publicados nos EnANPADs. *Revista Reuna*. 2012 Jan/Abr;17(1):61-76.

33 Fischer SD, Horn FB, Schommer PC, Santos JGM. Competências para o Cargo de Coordenador TAC. 2014 Jul/Dez;4(2):117-131.

2.2 ARTIGO 2 – PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE UM PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção de gestores de saúde acerca da implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em seu município. **Metodologia:** estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Participaram do estudo, 24 gestores municipais de saúde. Utilizou-se entrevista semiestruturada e análise de conteúdo do tipo temática, proposta de Minayo. **Resultados:** o programa foi considerado uma nova possibilidade real e palpável de reorganizar o processo de trabalho das equipes e estabelecer vínculos com os usuários, a partir da realidade local. Identificou-se melhoria do acesso por meio da ambiência, acolhimento e adequação de estrutura física. A qualificação dos profissionais de saúde foi valorizada, no entanto o apoio institucional por meio de ações de educação permanente, ainda é incipiente. Além disso, questiona-se a capacidade do programa de refletir a realidade das equipes. **Conclusão:** a percepção dos gestores a respeito do programa envolve aspectos subjetivos e objetivos vinculados ao papel da gestão no processo de qualificação da atenção básica. É central que as gestões municipais e estaduais apostem e estimulem processos de educação permanente nas equipes, vinculando às estratégias de apoio institucional para o enfrentamento das dificuldades apontadas.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Atenção Básica; Gestão em Saúde; Gestor de Saúde; Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde.

Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), desde a sua criação em 2011, vem tencionando mudanças no processo de trabalho das equipes, com impacto positivo nas ações e no serviço prestado à população. O

programa tem como característica central a articulação da certificação das equipes vinculando repasses de recursos financeiros proporcionalmente ao desempenho pactuado⁽¹⁾.

Em um contexto de ampliação e garantia de acesso equitativo a serviços de qualidade, a avaliação em saúde se apresenta como um importante dispositivo para compreender os sistemas de saúde⁽²⁾. Por conseguinte, o PMAQ-AB representa a metodologia de avaliação da atenção básica em vigência no país.

Aposta-se na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção possível de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais, a fim de direcionar as ações em saúde de acordo com as características esperadas para a atenção básica, como resolutividade, porta de entrada preferencial e acolhimento à demanda espontânea; além das potencialidades loco regionais⁽¹⁾.

Dentre os objetivos do programa, destacam-se os avanços tanto no modelo de atenção quanto de gestão, impactando na situação de saúde da população, promoção ao desenvolvimento dos trabalhadores e reorientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários^{1,3}. Compreende uma alternativa para suscitar espaços de diálogo, problematização, negociação entre equipes, gestores e usuários^(1,4).

Os gestores municipais de saúde que realizaram a adesão e contratualização ao PMAQ-AB são convidados a levantar reflexões críticas e políticas acerca da gestão em saúde, pautadas nas diretrizes do programa. Pois, o PMAQ-AB apresenta-se como uma proposta para avaliar, refletir e superar desafios do sistema de saúde tais como, a escassez de recursos humanos qualificados e comprometidos com o trabalho local, a insuficiência de material de consumo e de instrumental básico, os quais contribuem para o impedimento da eficácia estrutural e funcional do Sistema Único de Saúde⁽⁴⁾.

Considerando que o PMAQ-AB é um programa recente e de amplo espectro, é importante que sejam realizados estudos sobre o impacto da sua implementação nos diferentes

cenários de saúde da atenção básica dos municípios brasileiros. Contudo, deve-se ter cautela para não restringir a um programa que ranqueia equipes e viabiliza repasse extra de recursos financeiros aos gestores e trabalhadores. Não é objetivo negar a importância desses elementos, mas sim, retomar o papel da Atenção Básica na conformação da rede de atenção à saúde nos territórios.

Diante do exposto, este estudo objetiva compreender a percepção de gestores de saúde acerca da implementação do PMAQ-AB em seu município.

Metodologia

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Os participantes foram os gestores municipais de saúde dos municípios pertencentes à 19ª coordenadoria regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul, a qual abrange 26 municípios. Como critérios de inclusão, foi definido: ser secretário municipal de saúde em municípios que realizaram a adesão e contratualização ao PMAQ-AB. Como critério de exclusão estabeleceu-se: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza, no período da coleta de dados.

Dos municípios da região estudada, dois não aderiram ao PMAQ-AB até o período da pesquisa, sendo portanto, excluídos. Esta foi realizada no período de janeiro a maio de 2017 por meio de entrevista semiestruturada⁽⁵⁾. Foi realizado contato prévio com os gestores municipais de saúde, os quais foram convidados a colaborar com a pesquisa, conforme a disponibilidade dos mesmos. As entrevistas tiveram caráter individual e foram realizadas no local de trabalho dos participantes, nos respectivos municípios. Foram gravadas (áudio) com o consentimento dos mesmos e, posteriormente, transcritas na íntegra; assegurando material autêntico para a análise e foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo⁽⁵⁾.

Os dados sobre o perfil dos gestores municipais de saúde foram agrupados e descritos, a partir da apresentação dos mesmos com frequência, percentual e média.

Este estudo deriva de um projeto matricial, submetido e aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob número do CAAE: 49534815.60000.5346. Ressalta-se que todos os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 foram respeitados e seguidos⁽⁶⁾.

Resultados

O perfil dos gestores municipais de saúde da 19ª CRS apresenta uma expressiva contribuição do sexo feminino 62,5% (n=15), em relação ao sexo masculino 37,5% (n=9). A média de idade dos gestores foi de 43 anos. Em relação ao nível de escolaridade, área de formação e participação em cursos de educação continuada, a pesquisa revela predominância de gestores com formação superior, destacando-se dois núcleos profissionais, enfermagem e administração. Porém, ainda é forte a presença de outras áreas de conhecimento na gestão em saúde.

Identificou-se que 14 (58,34%) gestores afirmaram não ter participado de ações dessa natureza, apontando uma fragilidade na qualificação para exercer o cargo.

O olhar da gestão sobre as potencialidades do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica:

Para os gestores municipais de saúde, o PMAQ-AB trouxe uma possibilidade real e concreta de reorganizar o processo de trabalho das equipes, promovendo mudanças nas práticas dos serviços como demonstram a seguir: *Quando tem um novo programa no Ministério da Saúde que você tem capacidade e possibilidade de buscar e que te traz o retorno, tanto em qualidade quanto em financiamento, nosso município teve esse entendimento que seria um dos caminhos para melhorar a Atenção Básica (P10); Fora a parte organizacional das estratégias, enquanto equipe eu acho que melhorou, porque cada uma delas se auto avaliou e várias coisas que a gente começou a implantar, então a caderneta da gestante, a ficha espelho, a puericultura (P01); Essa questão da divisão de áreas e de identificação nas portas, isso tudo foi também a partir dali (PMAQ-AB) a gente começou a cuidar mais, da pessoa chegar na UBS, se identificar ali e saber o nome da enfermeira, da técnica, porque antes tu trabalhava e tal mas tu não prestava muito atenção nisso, sabe? (P01).* Verifica-se que a contribuição do PMAQ-AB perpassa a territorialização e

a importância do registro das informações obtidas pelas equipes.

Soma-se o incentivo financeiro o qual é considerado um fator positivo nesta mobilização, significando um estímulo aos profissionais de saúde para a consolidação das ações na Atenção Básica: *Além do município ter gratuitamente uma organização do sistema através do PMAQ-AB, ainda tem um financiamento que gratifica o profissional de saúde que faz com que ele desempenha mais, que se empenhe melhor, que busque conhecimento (P10). E de que forma que ele estimula? Vindo um reconhecimento a nível financeiro (P11).*

A partir da primeira avaliação externa, as próprias equipes foram percebendo quais pontos poderiam ser melhorados, construindo junto à gestão novas estratégias de melhorar a qualidade da Atenção Básica: *ele [referindo-se ao PMAQ-AB] nos norteia e nos dá parâmetros básicos de como, de fato, ter uma estrutura adequada para atingir o que a gente tem que fazer. Favorece bastante o processo de trabalho das equipes no sentido de que eles têm uma questão palpável para se basear e faz com que eles [equipe] busquem atingir uma nota muito melhor (P11); Você acaba, como gestor, uniformizando o trabalho das equipes. Mais ou menos eu diria numa ideia de protocolo porque tem as metas e os objetivos bem claros. Então o município que implanta o PMAQ-AB tem um sistema mais uniforme de trabalhar com usuário (P10).*

O PMAQ-AB contribuiu para o estabelecimento de vínculo entre os membros da equipe, o que por sua vez, fortalece a relação com os usuários e o contexto local. Em relato, um secretário de saúde sinaliza que ao propor em seu planejamento anual, uma mobilidade de profissionais entre as unidades de saúde devido ao perfil de trabalho, a reação foi inesperada: *Teve um profissional que me falou assim: - se tu queres, se você realmente precisa que eu mude de equipe, eu vou estar à disposição para essa mudança depois da avaliação. Para iniciar um novo ciclo, um novo processo. Porque ele faz uma visita ou uma atividade na comunidade, ele registra, então o trabalho dele é voltado atender esses indicadores. E com*

isso, a equipe também se une mais e até para mim, em algumas [unidades], ficou impossível de mexer (P10).

Ainda sobre o vínculo, os gestores de saúde inferem: *Então essa lei [lei municipal, a qual estabelece como o recurso do PMAQ-AB será administrado] que regulamenta o acesso a essa gratificação tem os critérios, a questão de alcançar as metas, a questão do relacionamento, a questão do relacionamento inclusive com a comunidade (P10); Para atender as exigências do programa (...), ter o servidor uniformizado, com crachá, que o usuário saiba o nome dele porque não está trocando toda hora de unidade, que consiga construir vínculos e que consiga como resultado disso tudo melhorar a qualidade de vida da pessoa, do usuário, do ser humano que é o que nos interessa (P10); Ele [referindo-se ao usuário] vai à unidade de saúde por muitos motivos, então uma unidade de saúde mais acolhedora, uma unidade de saúde mais próxima de um atendimento afetivo com vínculos (P10).*

A melhoria do acesso é contemplada quando os participantes reconhecem a influencia do programa na ambiência, na estrutura física, na oferta de materiais de consumo e na oferta de serviços de saúde: *Para a população eu acho que a saúde aqui melhorou porque a gente começou a ofertar mais coisas pra eles [usuários] (...), mas a população tem aqui um acesso maior, em termos de medicamento, em termos de exame, possibilidades assim (P01); Que eu considero o maior investimento do PMAQ-AB é na qualidade da estrutura física, do acesso às capacitações, eu valorizo muito mais do que a fatia em recursos financeiros que o funcionário recebe por alcançar (P10). Até também a gente fez a Unidade Básica de Saúde nova, só que não tinha aquela parte da frente, aquele toldo lá na frente, então a gente decidiu, pensou: as pessoas chegavam, chovia, então com o recurso do PMAQ-AB a gente fez essa reforma (P02). Então tudo isso, com o financiamento a gente consegue oferecer material para fazerem artesanato (P08).*

Consequentemente, os gestores de saúde sentem-se responsáveis, pois a estrutura física é um fator que envolve fundamentalmente a gestão. *Em relação à estrutura física, com o PMAQ-AB, a cobrança do gestor é maior, estraga uma coisa hoje já cobra de imediato, tem um vazamento, tem uma torneira quebrada, tem uma pintura que precisa ser renovada, a cobrança para o gestor é muito maior (P10); Eu acho que o PMAQ-AB é show porque a gente equipou, todo mundo agora tem computador, todo mundo tem split, tudo o que faltava a gente compra, tudo o que as enfermeiras pedem e que necessitam, tem como a gente comprar, tem o recurso pra pagar. Não existe mais esse negócio de 'ah não posso comprar isso'. Não existe (P01); Na medida em que foram sendo construídas e novas equipes implantadas, em nosso município nunca vi uma unidade de saúde desleixada (...). Mas com a implantação do PMAQ-AB, essa preocupação passou a ser muito maior no cuidado (P10).*

O PMAQ-AB tem um aspecto relevante na promoção de práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS). Os gestores reconhecem e valorizam a qualificação dos profissionais de saúde. Do mesmo modo, os profissionais também sentem-se valorizados: *Porque eu pago o PMAQ-AB todo mês para o servidor, mas a minha valorização maior é com o que esse servidor consegue através do programa, por exemplo, a qualificação profissional e como ele tem metas para cumprir, como o programa incentiva também e nós incentivamos da Secretaria de Saúde e da prefeitura como um todo, porque tem lei específica que libera o servidor para fazer um mestrado e doutorado. Então, incentiva a buscar qualificação, mas muito também a partir do programa (P10); Isso soma, deixa eles mais entusiasmados pra participar de uma capacitação, até mesmo quando somos informados que tem um curso, que não é oferecido pela 19ª[CRS], que não é gratuito, que não é oferecido pelo Estado, se interessam em participar porque sabem que tem uma possibilidade (P02).*

A partir do PMAQ-AB, a realização da auto avaliação e a implantação de processos exige mobilização e esforço das equipes e dos gestores, intensificando o comprometimento da

gestão em relação aos objetivos do programa e à completude da Atenção Básica: *Então pra nós o PMAQ-AB só veio a contribuir. Exige bastante de nós. Mas eu te digo quando eu recebi a fiscalização eu me senti super à vontade porque tudo o que eles pediam a gente tinha, nada do que eles pediam era fora da realidade. Então, a gente já vinha cumprindo vários fatores, só que não estavam sendo valorizados (P02); Eu digo assim que é um compromisso, na medida que você tem o PMAQ-AB, você também se sente responsável com o trabalho. Porque agora não tem mais desculpa, entende? Você está tendo uma valorização financeira, também pessoal (P02).*

No que tange o apoio institucional relacionado ao PMAQ-AB, percebe-se a expressiva atuação da coordenadoria regional de saúde, porém não foi identificada a presença de apoio institucional a partir do governo estadual e/ou federal. *A 19ª [CRS] ela assumiu um papel muito importante, a gente tem uma ligação do PMAQ-AB com a enfermeira [nome da enfermeira]: ‘Ohh, fez? Olha só, tem que fazer a recontractualização de novo, tem que ir lá nos passo a passo’(...)Mas a gente teve [apoio] da 19ª [CRS] e foi aprendendo, eu acho que quanto mais tu meche, mais tu aprende (P02); A [nome da enfermeira] que coordena a atenção básica, então sempre vem pro município, fala muito do PMAQ-AB nas reuniões nossas, ainda ontem na reunião da CIR, ela reforçou tudo isso. Que ela defende muito isso que uma equipe valorizada, comprometida, mas que o financiamento é para isso (P08); E essa informação que a gente teve foi através de uma das nossas estratégias que é de fazer uma parceria, um laço muito forte com a [nome da enfermeira], a enfermeira da 19ª que está nos norteando (P11).*

Limites para a consolidação do programa, sob a ótica de gestores de saúde:

O PMAQ-AB é um programa de grande envergadura, o qual foi implantado em um curto espaço de tempo. Logo, as percepções dos participantes trouxeram aspectos importantes no que se refere às dificuldades enfrentadas no processo de implementação do mesmo.

Sobre a interpretação da avaliação externa, emergiram as seguintes constatações: *Nós recebemos a avaliação externa, recebemos a nossa avaliação, mas não soubemos tirar dali o que realmente tem de bom e o que tem de ruim (P01); Quando eu assumi como secretária fui tentar ver os relatórios e entender tudo isso, o que era de diferente entre uma equipe e outra e na verdade eu não consegui tirar de lá alguma coisa que me esclarecesse (P01); O relatório traz coeficientes. Muitos números... e aí tu não sabe. Eu não consegui ver nada nada lá, sabe? É um relatório gigante de quase 100 páginas, e cheio de desvio padrão e coeficientes e não sei o que e não verdade eu achei bem complexo o relatório e no final das contas eu só tirei que uma ficou acima da média e as outras medianas (P01);*

Soma-se neste cenário, o desafio da não compreensão da administração pública municipal quanto à importância do repasse às equipes locais de saúde do valor referente ao incentivo financeiro para os profissionais, culminando em conflitos entre os trabalhadores, gestão de saúde e a administração municipal: *(...) nós não temos acesso a esse recurso. Fizemos projeto para tentar ir pra câmara de vereadores pra tentar esse recurso para nós... não, não saiu do papel... O dinheiro nunca foi repassado pra nós, do PMAQ-AB. Nunca vimos a cor do dinheiro. Nunca! Por exemplo, tem alguns municípios: 'Ah! Dá uma porcentagem, 30% pros funcionários'... Nós não temos isso aqui. Nós nunca ganhamos nada (P03);*

Foi evidenciada também, a inexistência de consenso, entre os próprios profissionais e a gestão, sobre a utilização dos recursos do PMAQ-AB para gratificação/remuneração por desempenho dos profissionais da AB. Desencadeando desconfortos no processo de trabalho e nos diálogos entre trabalhadores e secretaria municipal de saúde. *Houve briga entre, entre as equipes devido que quando o PMAQ-AB foi instalado aqui no município, se criou uma lei municipal que todos os profissionais que trabalham na saúde tem direito ao recurso do PMAQ-AB, até os agentes comunitários de saúde também tem direito. E isso gerou uma briga*

muito grande entre as equipes (P09);

Nesse aspecto, a maioria dos gestores defende o rateio do recurso previsto pelo PMAQ-AB entre todos os membros das equipes de saúde: *Acho que nada mais justo do que ser discutido com toda a equipe, e naquele momento nós decidimos que fosse dividida uma parte do recurso não só pra equipe da enfermagem e médica, mas pra todos os profissionais, porque desde o servidor que faz a higienização, ele assumiu um papel muito importante (P02); Então nós decidimos que não iríamos fazer essa exclusão, só para os profissionais da enfermagem, todo mundo, desde o motorista, todos participam do PMAQ-AB (P02); (...) nós colocamos na nossa Lei, porque achamos injusto isso, colocar só pra equipe porque a gente entende aqui em [nome do município], e todo mundo foi a favor quando fizemos a Lei, que o motorista interfere, que a servente interfere, que todo mundo de certa forma contribui. (P01); Porque na minha opinião se os profissionais fazem, os médicos e companhia, o digitador na minha opinião também tem direito porque se ele não digitar a produtividade, eles também não vão receber. Se a nossa atendente que é responsável pela marcação de consulta e pela organização de toda estrutura, na minha opinião pessoal tem direito também (P10).*

Em relação à dificuldade de alguns gestores em utilizar as ferramentas do PMAQ-AB, disponíveis no sistema pela internet, manifestaram: *O AMAQ nunca está disponível. Talvez essa dificuldade que nós vimos de índices e tudo mais talvez seja pela falta de prática de utilizar. Nós não tivemos uma orientação, um treinamento para o uso disto. No momento que eu não tenho orientação, eu também corro risco de fazer de uma forma que não é o desejado (P11); Às vezes, nós ficamos perdidos, tem o [profissional] que é nosso técnico administrativo, às vezes nos perdemos nos passos, porque ele é bem burocrático, não é um “programinha” que estamos acostumados a trabalhar (P02).*

Nesse ponto, os gestores apontam a falta de capacitação para o gerenciamento das questões administrativas que envolvem a execução do PMAQ-AB: *Porque somos muito*

fracos em termos de capacitação. Eu sou muito crítica porque eu vou pra capacitação delas e não trazem nada pra nós, nada. Eu já fui por causa do PMAQ-AB, eu já fui até pra Porto Alegre e eu achando: 'Meu Deus eu vou pra Porto Alegre e eles vão falar o que eu precisava ouvir do PMAQ-AB' e eles não te trazem nada sobre o PMAQ-AB de coisas pra melhorar e o objetivo do dia a dia, de como trabalhar? Como melhorar? Como fazer? O que está faltando nas Estratégias? O que falta nas equipes? O que falta no gestor, também (P01)?

Os gestores de saúde questionaram a envergadura do programa para refletir a realidade das equipes, visto que este limita o trabalho das equipes ao cumprimento do pactuado: *eu acho que o governo em vez de mandar penduricalhos, ele deveria fazer um programa mais consistente. Porque ele começa a criar, cria PMAQ-AB, cria NAAB, cria NASF, cria isso, cria aquilo, restringe muitos, premia alguns, não tem um critério de avaliação preciso, depende muito de vários setores e fatores e aí isso fica no ar também. Não tem como tu chegar e cobrar uma qualidade maior ou menor, simplesmente preenchendo lá uma vez por ano uma planilha (P07); Veio a avaliação externa falando que uma equipe é muito acima da média e as outras duas eram medianas. Então foi bem longe, extremamente longe uma avaliação perto da outra, sendo que pra nós que estamos aqui, a nossa realidade, não é essa diferença (P01). Porque a equipe não tem culpa que ela não tem estrutura física adequada ou que tem duas Estratégias na mesma UBS e que não seja tudo identificado e que não seja adequada e que não tenha sala de esterilização adequada, que não tenha a entrada para o deficiente adequada (P01).*

Discussão

A reorganização do processo de trabalho apontado pelos gestores é uma prerrogativa inerente às equipes que fizeram adesão ao programa, sendo sinalizada por autores^(7,8) os quais afirmam que o fato das equipes realizarem a autoavaliação previamente, implica na identificação de problemas e definição de prioridades para o desenho de uma matriz de

intervenção. Além de incentivar a gestão à prática da avaliação dos serviços de saúde, no intuito de qualificar a organização e o processo de trabalho das equipes⁽⁷⁾.

Em consonância com o avanço no registro das informações relatado pelos gestores, estudos realizados em 2016 apontam que após a implementação do PMAQ-AB, houve mudanças significativas no registro das atividades realizadas pelas equipes. Possibilitando assim, a identificação do cuidado prestado à comunidade^(9,10).

Os gestores relatam que os profissionais das equipes de saúde passaram a utilizar o acolhimento como dispositivo de ampliação do acesso aos serviços de saúde. Demonstrando que uma unidade de saúde mais acolhedora favorece que o usuário visite o serviço mais frequentemente.

O acolhimento produz novas formas de mediação entre trabalhadores e usuários, estabelecendo e/ou fortalecendo os vínculos, tomando como base os aspectos sociais e a subjetividade dos diversos sujeitos⁽⁹⁾. Além do acolhimento, outros mecanismos de melhoria do acesso foram apontados, como o aumento da oferta de ações e serviços de saúde e garantia de atendimento⁽⁹⁾, contribuindo para que o serviço seja reorientado para a atenção básica.

Para os gestores do estudo, o PMAQ-AB promove o fortalecimento das relações entre profissionais de saúde e usuários na medida em que avalia aspectos referentes ao acolhimento, escuta e vínculo. Aproximam-se do conceito de acolhimento-postura, no qual o usuário identifica o profissional de saúde e a equipe com quem ele estabeleceu vínculo mediante o reconhecimento direto dos profissionais e no pertencimento àquele local. Quando o serviço tem como postura acolhera, a comunidade reconhece e aproxima-se da unidade de saúde⁽¹¹⁾.

Em relação às mudanças ocorridas na estrutura física das unidades, um estudo realizado em 2016 no Rio Grande do Norte corrobora com os nossos achados. Segundo os autores, o PMAQ-AB possibilita os instrumentos de mudanças, induz e estimula não só mudanças na ambiência dos serviços, como também propicia a avaliação e o monitoramento

permanente da Atenção Básica⁽¹⁰⁾.

Destacam-se, os achados significativos sobre o comprometimento dos gestores com a existência de ações de educação permanente, em consonância com demais estudos⁽¹²⁻¹⁴⁾. Pois, o PMAQ-AB tem uma das suas diretrizes potencializar as ações de educação permanente em saúde, tanto para a produção de movimentos locais quanto na singularização, suporte, qualificação e reinvenção desse movimento de mudança das práticas de atenção, gestão, educação e participação⁽¹⁵⁾.

O PMAQ-AB avalia questões relativas a esse tema, mas também incentiva iniciativas institucionais de apoio nos processos formativos intraequipe⁽¹⁾. Inserindo a educação permanente em saúde numa necessária constituição de relações e processos em atuação conjunta às práticas organizacionais⁽¹⁶⁾.

Nesse aspecto, percebe-se uma ligação consistente entre os gestores de saúde e a coordenadoria regional. No entanto, nota-se que o apoio institucional aos gestores e equipes em relação ao PMAQ-AB ainda é incipiente e está centrado no compromisso dos apoiadores institucionais, ainda não se constituiu numa política instituída na esfera regional. E sobre essa dimensão, autores alertam quanto a extrema necessidade de eventos para esclarecimentos e reorientação do programa⁽¹⁷⁾, fomentando encontros para debater o programa, sanar dúvidas, trocar experiências e principalmente incentivar esta discussão nos municípios.

Encontra-se aqui uma discrepância de informações, pois, se há educação permanente, porém falta apoio institucional, existe uma falha na implementação deste método. Levando a compreender que as ações de educação permanente não estão sendo desenvolvidas a partir das demandas das equipes. É possível que as estratégias implementadas não sejam coordenadas por critérios técnicos continuados⁽³⁾.

Esta pesquisa abordou a insatisfação de gestores quanto ao repasse e destinação dos recursos financeiros advindos do programa, seja por discordância entre a administração

pública municipal ou entre as próprias equipes. Estudo recentemente publicado, corrobora com este descontentamento das equipes pactuadas ao PMAQ-AB. Os autores indicam a necessidade de traçar metas de intervenção para a melhoria da execução do programa nos municípios⁽⁴⁾.

Nesse contexto, estudo realizado em 2015 faz um apontamento ao programa no que diz respeito ao estímulo à relação competitiva entre as equipes e à obtenção do reconhecimento por mérito, essencialmente relacionados à quantificação da produção e aos indicadores de resultados⁽¹⁸⁾. Além de questionar sobre a transparência do uso dos recursos⁽¹⁹⁾. Entretanto, pontua-se que o município é autônomo para decidir a gestão estratégica dos mesmos⁽³⁾.

Como limitações de estudo, aponta-se a coleta de dados em apenas uma região de saúde no estado do Rio Grande do Sul.

No entanto, trata-se de um estudo pioneiro, revelando realidades vivenciadas em municípios de pequeno porte. Ressalta-se a abrangência, homogeneidade e autonomia metodológica do PMAQ-AB, características importantes na contribuição para o avanço do conhecimento científico quanto aos aspectos requeridos na atenção básica.

Conclusão

A partir da percepção de gestores municipais de saúde sobre o PMAQ-AB foi possível compreender e sinalizar elementos, tanto da prática profissional, como da organização do serviço que se relacionam com aspectos da qualidade do cuidado em saúde. Além de proporcionar análise situacional dos municípios e matriz de quais pontos devem ser melhorados, pautados em legislações vigentes e na própria Política Nacional de Atenção Básica.

Salienta-se que superar os limites do PMAQ-AB apontados por este estudo, não é compromisso apenas do ente municipal, mas sim, deve-se buscar a pactuação nas três esferas

de gestão em saúde. Através de mecanismos eficientes para o planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, visando a melhoria do acesso e da qualidade do serviço prestado aos usuários.

Aponta-se que deve haver uma vinculação entre os processos de educação permanente às estratégias de apoio institucional, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos gestores e profissionais de saúde em seu cotidiano.

Estes processos já estão previsto nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, no entanto parecem adormecidos. É preciso avançar nesse sentido, fomentando espaços de diálogo e problematização por meio do caráter transversal do PMAQ-AB, envolvendo também a academia nessa mobilização.

Referências

1. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: faces of an innovative policy. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Out [citado 2018 Jan 17];38(spe):358-372. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>
2. Champagne F, et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.41-60.
3. Jales ED, Jales RD, Gomes JGN. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. *RSC online*. 2017;6(3):77-97. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasauedeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/486>
4. Freitas PSF, Monteiro FPM, Nogueira FF, Barbosa MA, Santos TS, Pinheiro MSL. Avaliação de um programa de melhoria da atenção básica na perspectiva de profissionais de

saúde. Rev enferm UFPE on line. Recife, [Internet] 2017 Maio [citado 2018 Jan 17];11(5):1926-35. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23342>

5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2018 Jan 18]. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

7. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. Saúde debate [Internet]. 2015 Dez [citado 2018 Jan 17];39(107):1033-1043. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1590/0103-](http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070360)

[110420161070360](http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070360)

8. Santos RKF, Vital AVD. Programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Rev.Saúde.Com [Internet]. 2014 [citado 2018 Jan 17]; 10(3):307-314. Disponível em:

<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/238>

9. Andrade RTS, Santos AM, Oliveira MC. Program for the Improvement of Primary Health Care Access and Quality in Amargosa, Bahia. Rev. baiana saúde pública [Internet]. 2016 [citado 2018 Jan 17];40(1):123-146. Disponível em:

<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/796/1970>

10. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima JJOS, Oliveira KKD, Freitas RJM, Silva WF. Changes offered by the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. Saude soc. [Internet]. 2016 Set [citado 2018 Jan 17];25(3):821-829. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=en

11. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. User embracement as a good

- practice in primary health care. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Jan 17]; 22(1): 132-140. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>
12. Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira I, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 2018 Jan 16];24:e2672. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100304&lng=pt
13. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Educação Permanente e qualificação profissional para Atenção Básica. *Revista Saúde e Pesquisa.* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jan 16];10(1):101-109. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n1p101-109>
14. Aurélio PH, Ferla AA, Ceccim RB, Florêncio AR; Matos IB, Barbosa MG, et al. Primary Care and Continuing Health Education: scenario appointed by the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care PMAQ-AB. *Divulg Saúde Debate*, Rio de Janeiro. [Internet]. 2014 Out [citado 2018 Jan 17];51:145-160. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-771505>
15. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde.* Rio de Janeiro. [Internet]. 2012 Ago [citado 2018 Jan];6(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>
16. Ceccim RB. Permanent education in the healthcare field: an ambitious and necessary challenge. *Interface: comunicação, saúde, educação.* Botucatu. [Internet] 2005 [citado 2018 Jan];9(16):161-168. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/129275>

17. Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. Saúde debate [Internet]. 2014 Out [citado 2018 Jan 17];38(spe):195-208. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S015>
18. Mota R, Leal DH. National Primary Care Access and Quality Improvement Program: issues to discuss. Revista Enfermagem. [Internet] 2015 [citado 2018 Jan];23(1):122-127. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14725>
19. Bello FMA, Carvalho EF, Farias SF. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife-PE. Saúde debate [Internet]. 2014 Dez [citado 2018 Jan 17];38(103):706-719. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140065>



12

*A vida inventa!
A gente principia as coisas,
no não saber por que,
e desde aí perde o poder de continuação
porque a vida é mutirão de todos,
por todos remexida e temperada.
O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas,
mas que elas vão sempre mudando.*

Grande Sertão: Veredas
(Guimarães Rosa)

¹² Salto do Yucumã visto do Parque do Turvo, localizado no município de Derrubadas, RS. Fonte: Autora.

3 DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados, infere-se que o perfil dos gestores municipais de saúde da 19ª CRS apresenta uma expressiva contribuição do sexo feminino 62,5% (n=15), em relação ao sexo masculino 37,5% (n=9). A média de idade dos gestores foi de 43 anos. Esse perfil pode sinalizar a valorização de gestores municipais de saúde com mais experiência, numa expectativa de que o fator idade possa corroborar para a gestão, visto que as experiências acumuladas podem impactar no processo da tomada de decisão.

Em relação ao nível de escolaridade, área de formação e participação em cursos de educação continuada, a pesquisa revela predominância de gestores com formação superior, destacando-se dois núcleos profissionais, enfermagem e administração. Porém, ainda é forte a presença de outras áreas de conhecimento na gestão em saúde. Identificou-se que 14 (58,34%) gestores afirmaram não ter participado de ações dessa natureza, apontando uma fragilidade na qualificação para exercer o cargo.

O perfil dos gestores apontado neste estudo pode ser comparado à concepção de liderança de Senge (2000), a partir da metáfora do jardim. Segundo o autor, a liderança “jardineiro” não é aquele tipo que prostrado sobre as plantas, implora: “Cresçam, cresçam com afinco”! Esta liderança, ao contrário, reconhece que o crescimento das plantas depende de seu potencial e decide acompanhar o seu ciclo natural, preocupando-se com as condições que reforçam e que limitam seu crescimento (água, solo, nutrientes, sol, outras árvores...).

Nesse sentido, as organizações de saúde devem ser vistas como sistemas vivos e não como máquinas, pois nesta concepção biológica organizacional, lidamos com pessoas, que assim como plantas, não podem ser tratadas como peças de uma engrenagem (SENGE, 2000). A partir desse pressuposto, a competência do gestor em saúde corresponde a uma capacidade coletiva para moldar as mudanças.

Para o gestor ser responsável pelos aspectos administrativos, precisa ser, antes, responsável para com os outros. A responsabilidade para com o outro é a essência do cuidado e também da gestão, igualmente a base para a solidariedade e para a cooperação (SÁ; AZEVEDO, 2010).

Todavia, para que o gestor de saúde possa ser responsável para com o outro, ele precisa ser responsável pelos seus próprios desejos e conflitos na sua própria subjetividade. O acesso à subjetividade coloca-se então não só como uma necessidade pessoal, privada, mas como uma necessidade social (organizacional), condição para um melhor exercício do trabalho gerencial e do trabalho em saúde (SÁ; AZEVEDO, 2010).

Quanto ao aspecto organizacional da gestão em saúde na Atenção Básica, após três décadas desde a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil em 1988 e apesar dos esforços dispensados com vistas a modificar o modelo de atenção fragmentado e reducionista, ainda enfrenta-se dificuldades, principalmente relacionadas à baixa resolutividade da Atenção Básica. As equipes de PSF e, posteriormente de ESF, as quais foram responsáveis pela tentativa de reorganizar o modelo de Atenção Básica em nosso país, a partir da territorialização com ações voltadas à promoção da saúde, atualmente encontram-se fadadas a “apagar incêndios”, tendo o profissional médico como centralizador do cuidado.

Esta afirmação, um tanto pessimista, pode ser minimizada ao verificar-se pequenos nichos espalhados pelo país, onde há equipes, serviços e gestores engajados e comprometidos com os princípios norteadores do SUS e com o papel central da Atenção Básica dentro do sistema. Contudo, logo essa esperança se esvaece, quando nos damos conta das políticas de austeridade impostas pelo atual governo federal, incluindo congelamento de gastos públicos pelos próximos vinte anos.

Nesse contexto, dentre as atividades gestoras, a função da avaliação em saúde merece ser evidenciada. Segundo Tanaka (2017), atualmente há um sistema misto (com a privatização em ascensão) e um Estado neoliberal, no qual de agora em diante, tudo deverá ser avaliado, prioritariamente de forma descentralizada, devido a forma como o sistema está constituído. A avaliação será instrumento de formulação de políticas e será um forte instrumento de poder (TANAKA, 2017).

Contudo, é importante que a avaliação contemple diversidade de estratégias que permitam ajustes da implantação e/ou implementação de programas nacionais, tendo em vista a complexidade do processo de cuidado em saúde e a diversidade de expectativas do usuário quanto aos resultados esperados da oferta de ações e serviços (TANAKA, 2017).

O desafio da avaliação de programas nacionais, como o PMAQ-AB, está fundamentado na exigência de uma metodologia com abordagem empírica, capaz de compreender e descrever experiências concretas realizadas em contextos locais. O PMAQ-AB encontra-se em seu 3º ciclo de avaliação e vem se modificando aos moldes exigidos pela Atenção Básica no contexto atual (BRASIL, 2015c; 2017b).

Conforme os resultados deste estudo, o PMAQ-AB tem contribuído efetivamente na melhoria do acesso e da qualidade da AB, no entanto, ainda carece de avanços que podem ser resumidos a um aspecto central: o apoio institucional.

Sobre este aspecto, as diretrizes do programa apontam que o apoio deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer

coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde; tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los (BRASIL, 2015; 2017b).

Autores apontam que a inserção do apoiador institucional viabilizou uma rede de conversação horizontalizada entre assistência e gestão municipal. Como alternativa, os apoiadores institucionais utilizavam os espaços das reuniões de equipe, a fim de debater sobre as dificuldades enfrentadas tanto pelos trabalhadores das equipes de saúde quanto pela equipe de gestão (ANDRADE; SANTOS; OLIVERIA, 2016).

O produto dessa mobilização foi a sensibilização dos profissionais e gestores de saúde acerca das dificuldades apresentadas, produzindo reflexão crítica em torno dos seus processos de trabalho em saúde, ressignificando-os. Esse espaço funcionou como lugar indutor de mudanças nas relações e práticas de cuidar (ANDRADE; SANTOS; OLIVERIA, 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a conhecer a percepção dos gestores municipais de saúde integrantes da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS acerca da avaliação em saúde, logo se vislumbra igualmente importante, conhecer como os gestores se constituem como tal, no espaço local.

Percebeu-se uma relação indissociável, porém complementar, entre o “ser gestor” e o “estar gestor”. Permitindo assim, revelar como eles vivenciam e quais são as concepções que orientam as suas ações gestoras.

Verificou-se uma tendência à inserção no cargo de gestor municipal de saúde mediante indicação do gestor municipal eleito, fato este que, aliado aos desafios enfrentados na atual conjuntura do país, repercutem diretamente nas ações e serviços de saúde ofertados à população. Nesse sentido, é atual avançar quanto ao incentivo à formação de gestores na área da saúde, além de instituir e aprimorar mecanismos de qualificação dos mesmos.

Destaca-se o vínculo estabelecido pelos gestores e o espaço local, no intuito de fortalecer as alianças comuns da realidade organizacional. Os gestores expressam sentimento de pertencimento a este espaço, provendo subsídios para a resolução dos problemas de saúde de uma população que está sob sua responsabilidade.

Sobre o PMAQ-AB, os gestores de saúde pontuaram elementos em potencial na organização das ações e serviços, vislumbrando a melhoria da qualidade e do acesso à saúde. O programa foi visto como uma matriz avaliativa, na qual é possível verificar os aspectos que necessitam evolucionar, de acordo com Política Nacional de Atenção Básica.

Em relação às limitações percebidas na implementação do PMAQ-AB, estas devem ser colocadas em pauta numa pactuação entre municípios, coordenadoria regional e gestão estadual e federal. No intuito de elaborar mecanismos eficientes para o planejamento e instituição da avaliação na região estudada, principalmente no que se refere aos processos de educação permanente vinculados às estratégias de apoio institucional.

Por fim, cabe destacar o escopo de uma pesquisa dessa envergadura realizada por uma profissional nutricionista vinculada ao programa de pós-graduação em enfermagem. Primeiramente, ao proporcionar o aprofundamento do conhecimento científico a respeito da gestão em saúde e seus subsídios na melhoria da qualidade da saúde ofertada à população, de modo especial, na região estudada.

Além disso, oportunizou momentos de reflexão e fortalecimento do campo da gestão em saúde como possibilidade, inclusive, de inserção profissional. Na medida em que cada vez

mais consolida-se a importância de atores engajados na luta pelo SUS e pelos direitos sociais neste cenário. Todo este processo contribuiu enormemente para a formação acadêmica da pesquisadora, visualizando novos horizontes de atuação e militância, e principalmente, para o não acomodamento frente às mazelas que se apresentam no atual cenário brasileiro.

Como limitações de estudo, aponta-se a coleta de dados em apenas uma região de saúde no estado do Rio Grande do Sul. No entanto, trata-se de um estudo pioneiro, revelando realidades vivenciadas em 24 municípios de pequeno porte. Ressalta-se a coleta de dados realizada pela própria pesquisadora, o que demonstra os desafios em relação à logística para chegar até os municípios e os desafios das viagens. Contudo, este fato contribuiu enormemente para a compreensão e inserção no universo estudado, demonstrando uma relação fortalecida entre pesquisadora e participantes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. O Sistema único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. 192p.

ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, Ago. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800002>> Acesso em: 26 Jan. 2018.

ANDRADE, R. T. S.; SANTOS, A. M.; OLIVEIRA, M. C. Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica no município de Amargosa, Bahia. **Rev. baiana saúde pública. Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 40, n. 1, p. 123-146 jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/796/1970>> Acesso em: 20 Jan. 2018.

BARBOSA, M. G. **Olhares da educação permanente em saúde na estratégia de saúde da família e no programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB)**. 2015. 70 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2015.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4ª ed. São Paulo: Ática, 2004.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, Dez. 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341996000300004>> Acesso em: 25 Jan. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011b. 291p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema único de Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a. 291p.

_____. Ministério da Saúde. 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 jun. 2011e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 25 jan. 2018

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na questão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n° 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 jul. 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html> Acesso em: 12 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 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 União**, DF, 02 out. 2015c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html> Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n°466**. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. p.59.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>> Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes 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**, Brasília, DF, 21 out. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 25 jan. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html> Acesso em 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed., 4. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015a. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.
Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf> Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf> Acesso em: 26 jan 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria – SNA do Sistema Único de Saúde – SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<<http://sna.saude.gov.br/download/AUDITORIA%20DO%20SUS%20VOL%203.pdf>> Acesso em 26 jan 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ-AB.pdf> Acesso em 26 jan 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Manual Instrutivo para equipes de atenção básica e NASF do 3º Ciclo do PMAQ-AB (2015–2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ-AB.pdf> Acesso em 26 jan 2018.

CASTRO, J. D. de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 122-135, Jun. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222002000100005>>. Acesso em: 25 Jan. 2018.

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

CHAVES, L. D. P. et al. Considerações sobre a Condição Traçadora. In: TANAKA, O. Y. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 2017.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 14-27, Nov. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500002>>. Acesso em: 25 Jan. 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliar a avaliação. In: BROUSSELLE A. et al (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 263-272.

DANACENO, A. N. **Atenção Primária à Saúde: Avaliação do Acesso de Primeiro Contato em municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul**. Santa Maria; 2015. Mestrado [dissertação]. Universidade Federal de Santa Maria. 92 f.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **Science**, v. 200, n. 26, Maio, 1978.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment: the definitions of quality and approaches to its assessment**. v.1. Michigan: Health Administration Press, 1980.

ESCOREL, S. et al. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica, 2002.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S. TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1922 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.333-382.

FAUSTO, M. C. R. et al. **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB AB/organizadores: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.** – Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013.

FLEURY, S. Democracia, Poder Local e Inovação. In: FLEURY, Sonia. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Cebes / Editora Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 25–80.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: Seguridade Social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

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

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-546.

GONÇALVES, F. B. Os **Desafios na Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde: O Papel do Gestor**. 2013. 23 p. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>> Acesso em 20 Jan 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativa populacional. Cidades. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 20 Jan 2018.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>>. Acesso em: 25 Jan. 2018.

LINHARES, P. H. A. **Avaliação do Processo de Implantação do Programa Nacional do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB) no estado do Ceará**. 2013. 189 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal Do Ceará, Sobral, 2013.

MATTA, G. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. / MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (org.). Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MELO, L. M. F. **Apoio Institucional em Saúde: desafios para democratização na Atenção Básica**. 2015. 171 p. Tese (Doutorado em Saúde) - Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Natal, 2015.

MENDES, E. V. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n. 1, p.1-4, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf>> Acesso em: 20 jan 2018.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-394.

OLIVEIRA, C. C. **Atenção Básica em Assentamentos Rurais: campo fértil para a integralidade?** 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. 1979. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 11 Out 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório da Conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. **Organização Mundial de Saúde** - Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf> Acesso em: 25 jan. 2018.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. In: Conferência regional sobre tendências futuras e a renovação da meta saúde para todos. **Série estudos em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21.

PIANCASTELLI, C. H. **Estratégia Saúde da Família diante da qualificação do acesso e cuidado: desvelando cenários e revelando encontros e desencontros**. 2015. 335 f. Tese. (Doutorado em Medicina (Clínica Médica)) - Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

PILAR, A. C. A. **Análise do Papel da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB**. Rio de Janeiro, 2016, 168p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fiocruz. 2016.

PINTO, H. A “Nova” Política de Atenção Básica de 2017: avanços, silêncios ruidosos e retrocessos esperados. Disponível em: <<https://heiderpintoblog.files.wordpress.com/2017/08/-heider-nova-pnab.pdf>> Acesso em: 25 de jan. 2018.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>> Acesso em: 27 Jan 2018.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014. p. 358-372. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>> Acesso em: 27 Jan 2018.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser (FEE). **RS em números: 2017/coordenação de Tomás Amaral Torezani**. Porto Alegre: FEE, 2017. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/20170918rs-em-numeros-2017.pdf>> Acesso em: 30 Jan 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Coordenadorias Regionais de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/19-crs-frederico-westphalen>> Acesso em: 30 jan 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>> Acesso em: 27 Jan 2018.

RODRIGUES, C. R. F. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia de Saúde da Família. In: AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. 192p.

SA, M. de C.; AZEVEDO, C. da S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2345-2354, Ago. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500010>>. Acesso em: 17 Fev. 2018.

SANGE, P. et al. **A dança das Mudanças: Os desafios de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem**. Rio de Janeiro: Campus/Zumble, 2000.

SCHILLING, C.M.; REIS, A.T.; MORAES, J.C. (orgs.). **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006. 116p.

SILVA, R. R.; GASPARINI, M. F. V.; BARBOZA, M. Avaliações sob medida – produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: TANAKA, O. Y. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 2017.

SOUZA, R. R. **O Sistema Público de Saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf> Acesso em: 25 jan. 2017.

TANAKA, O. Y. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 2017.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Manual de dissertações e teses da UFSM: estrutura e apresentação** / Universidade Federal de Santa Maria. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Sistema de Bibliotecas da UFSM, Editora UFSM. Santa Maria: Editora da UFSM, 2015.

VASCONCELOS, C. M.; PASHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al., org. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

WEILLER, T. H. **O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias.** Ribeirão Preto, 2008, 188 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo/USP- área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. 2008.

ANEXO A – FATOR DE DESEMPENHO PARA A CERTIFICAÇÃO DO PMAQ-AB

Após a classificação da totalidade das equipes será definido um fator de desempenho em que se considerará o orçamento global destinado ao pagamento da certificação das equipes contratualizadas e a distribuição das equipes nas categorias de desempenho descritas acima, sendo que o Fator de Desempenho será o valor mínimo que uma equipe receberá:

Exemplo:

Considerando um orçamento mensal de R\$ 100.000.000,00 para 20.000 equipes contratualizadas, observa-se que as equipes apresentaram o seguinte desempenho:

- 500 equipes tiveram desempenho Ótimo
- 6.500 equipes tiveram desempenho Muito Bom
- 5.000 equipes tiveram desempenho Bom
- 6.000 equipes tiveram desempenho Regular
- 2.000 equipes tiveram desempenho Ruim

Ao mesmo tempo, considerando nesse exemplo que:

- equipes com desempenho ótimo receberão 10 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho muito bom receberão 8 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho bom receberão 4 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho regular receberão 2 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho ruim receberão 1 vez o valor do fator de desempenho

O cálculo do Fator de Desempenho será:

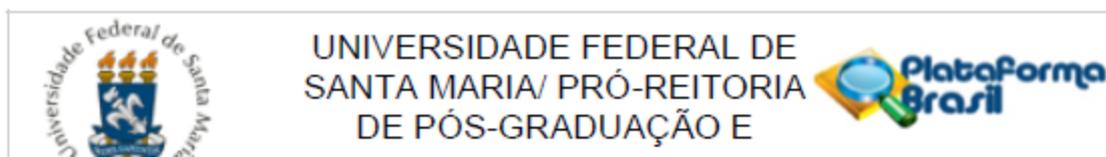
Valor do Orçamento Global das Equipes

(Nº de Equipes com desempenho Ruim x 1) + (Nº de Equipes com desempenho Regular x 2) + (Nº de Equipes com desempenho Bom x 4) + (Nº de Equipes com desempenho Muito Bom x 8) + (Nº de Equipes com desempenho Ótimo x 10)

Assim, para o exemplo citado, o fator de desempenho será:

$$\frac{\text{R\$ 100.000.000,00}}{(2.000 \times 1) + (6.000 \times 2) + (5.000 \times 4) + (6.500 \times 8) + (500 \times 10)} = \text{R\$ 1.098,90}$$

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)



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

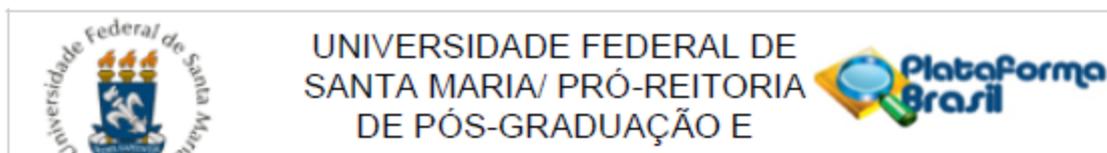
CEP: 97.105-970

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:

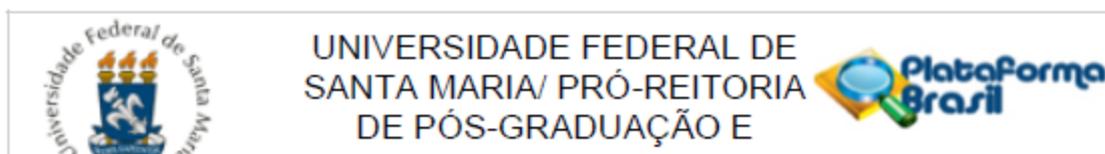
- Identificar as mudanças ocorridas no atendimento prestado nas Unidades Básicas de Saúde, após a implantação do PMAQ a partir da ótica dos usuários, profissionais de saúde, gestores, conselheiros municipais de saúde e seus reflexos no atendimento;
- Identificar da ótica dos gestores municipais as mudanças 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: 1.260.829

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.

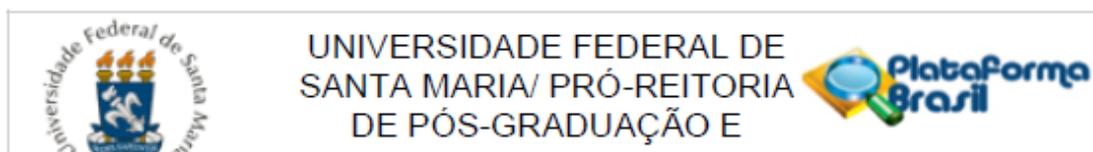
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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



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

Continuação do Parecer: 1.260.829

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

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Código da entrevista: _____

Código do participante: _____

Data: __/__/____

Horário inicial: _____

Horário final: _____

Caracterização

Idade: _____ Gênero: _____ Profissão: _____

Formação: _____

Curso de Educação Permanente: _____

Tempo em que reside no município: _____

Tempo de atuação no cargo de gestor: _____

Atuação antes de assumir o cargo de gestor municipal de saúde: _____

Roteiro de entrevista

1. Relate sua experiência como secretário(a) municipal de saúde.
2. O que o senhor(a) conhece sobre o PMAQ-AB?
 - Como o senhor(a) tomou conhecimento sobre o PMAQ-AB?
 - As unidades do seu município recebem apoio institucional?
 - Como foram constituídas as equipes de apoiadores? Existem essas equipes?
 - Quantas equipes aderiam ao PMAQ-AB no seu município?
 - O senhor(a) sabe qual o desempenho obtido por equipe?
 - Qual a avaliação que o senhor(a) faz do desempenho obtido por cada equipe?
 - Como foram administrados os recursos advindos do PMAQ-AB?
3. Conte sobre a sua experiência com a implementação do PMAQ-AB no seu município.
 - O senhor(a) recebeu alguma formação?
 - Quem mobilizou o município para fazer a adesão ao PMAQ-AB?
 - Qual sua estratégia utilizada para mobilizar as equipes?
 - Como os resultados da avaliação foram utilizados pelo gestor?
4. Qual sua avaliação sobre o Programa?
 - Contribuições para modificação dos indicadores de saúde?
 - Contribuições para as equipes de saúde?
 - Quais as contribuições para o processo de trabalho das equipes?
 - Em que medida o PMAQ-AB contribui para a qualificação da estrutura física das unidades de saúde de seu município?
 - E para a população?

Obs.: Os itens mencionados após as questões, sinalizam os pontos que precisam ser aprofundados a fim de alcançar o objetivo proposto pela pesquisa.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Avaliação na Atenção Básica no interior do Rio Grande do Sul: o olhar da gestão

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

Pesquisadora mestranda: Rafaela Souza

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220 8263; Av. Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305a, Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-970 - Santa Maria – RS.

Telefone para contato: (55) 996613797

Eu, Rafaela Souza e Teresinha Heck Weiller, responsáveis pela pesquisa intitulada “Avaliação na Atenção Básica no interior do Rio Grande do Sul: o olhar da gestão”, o convidamos para participar como voluntário deste estudo.

Esta pesquisa pretende identificar a percepção dos gestores municipais de saúde da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, acerca da implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Acreditamos que ela seja importante porque está fundamentada na valorização do protagonismo dos atores sociais que constroem o SUS, na importância da avaliação em saúde para garantir a qualidade dos serviços de saúde e no papel central do gestor, possibilitando visualizar o processo envolvido na implementação do PMAQ-AB e seu destaque na atual conjuntura do SUS.

Para sua realização será feito o seguinte: A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista. O local da entrevista será acordado juntamente com os participantes, objetivando que os mesmos sintam-se à vontade para responder às perguntas realizadas. As entrevistas serão gravadas mediante autorização prévia e, após, serão transcritas na íntegra.

Sua participação constará em responder às perguntas da entrevista, a qual abordará o seu conhecimento e interesse acerca da temática da avaliação em saúde na Atenção Básica.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: Possibilidade da temática em questão apresentar inquietude ou ansiedade para os participantes ao remetê-los para a vivência do cotidiano de trabalho. Durante a pesquisa será esclarecido que caso ocorra algum desconforto, sofrimento, ansiedade ou inquietude, o participante será acolhido pela pesquisadora e convidado a deixar a pesquisa.

Os benefícios que esperamos com o estudo são momentos de reflexão durante a entrevista, acerca da avaliação em saúde da AB, principalmente, do processo de participação dos gestores na implantação da avaliação da AB, o que pode apontar estratégias para o fortalecimento da mesma.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens das secretarias municipais de saúde, porém não serão divulgadas imagens que

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

possam identificar algum indivíduo.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelas pesquisadoras. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

_____, ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pesquisa: Avaliação na Atenção Básica no interior do Rio Grande do Sul: o olhar da gestão
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado.
Pesquisadora responsável: Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller
Email: weiller2@hotmail.com
Telefone e endereço postal completo: (55) 3220 8263; Av. Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305a, Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-970 - Santa Maria – RS.
Pesquisadora mestranda: Rafaela Souza / Telefone para contato: (55) 996613797

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio de entrevista semiestruturada, as quais serão gravadas em local previamente acordado com o participante. As informações serão utilizadas para execução do presente estudo, para a construção de um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais de análise e para desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enf^ª. Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal e chaveado por um período de cinco anos, na UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala nº 1305a, localizada no terceiro andar do Centro de Ciências da Saúde, CEP: 97105-900, Santa Maria – RS. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 14 de outubro de 2015, sob o número do CAAE 49534815.60000.5346.

Santa Maria, 15 de dezembro de 2016.

Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller