

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

Kamilla Borges Cruz

**A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DO EIXO
TRANSVERSAL DO PMAQ**

Santa Maria, RS
2021

Kamilla Borges Cruz

A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DO EIXO TRANSVERSAL DO PMAQ

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

Orientadora Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS
2021

Cruz, Kamilla Borges
A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DO EIXO
TRANSVERSAL DO PMAQ / Kamilla Borges Cruz.- 2021.
84 p.; 30 cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2021

1. Avaliação em Saúde 2. Atenção Primária à Saúde 3.
Planificação da Atenção Primária à Saúde I. Weiller,
Teresinha Heck II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, KAMILLA BORGES CRUZ, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Kamilla Borges Cruz

A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DO EIXO TRANSVERSAL DO PMAQ

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

Aprovado em 30 de agosto de 2021:

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

Láís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)

Juliana Silveira Colomé, Dra. (UFN)

Santa Maria, RS
2021

DEDICATÓRIA

Dedico a minha filha, Sarah, que desde descoberta dela em meu ventre me instiga a se melhor, me coloca em movimento, me transforma cotidianamente, bem como me surpreende a cada novo dia.

Também aos profissionais do SUS, que incessantemente lutam por um sistema Universal e Equânime, que em meio a uma pandemia ainda resistem e lutam contra o desmonte do SUS e os desmandos de um governo genocida e negacionista.

As trabalhadoras, mães e pesquisadoras que em sua tripla jornada (ou mais) optam diariamente em seguir, em resistir e não se deixar calar.

AGRADECIMENTO

São tantos os agradecimentos, foram inúmeras pessoas que cruzaram o meu caminho ao longo dos anos, que me fizeram chegar até aqui e que merecem meus agradecimentos. Agradeço então, aos alunos que me incentivaram dizendo que eu tinha o dom de ensinar e que minha paixão pelo SUS merecia ser dividida. Aos colegas da ESF Victor Hoffmann que me apoiaram quando precisei me ausentar, que sempre foram solidários ao meu sofrimento e sempre tiveram um ombro amigo.

Agradeço aos meus pais que cuidaram da Sarah enquanto eu estudava, mesmo sem entender o porque eu precisava estudar tanto.

Agradeço a Elisa, a Evilin e a Vanessa por serem sempre tão solidárias, e por acreditarem que eu conseguiria, nunca me deixando desistir.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Maria e ao PPGENF por realizar meu sonho de estudar nessa instituição e por ter proporcionado momentos tão transformadores.

Agradeço a Prof. Tere por muitas razões: por fazer o grupo de pesquisa a noite, que possibilita que os trabalhadores participem; por me receber tão carinhosamente; por ter um olhar atento aos seus orientandos tendo paciência com os processos de vida de cada um e por entender nossas limitações e potencialidades. Por ter recebido a Sarah no GEPESC (onde deu seus primeiros passos), depois nas videoconferências. Agradeço por ser gentil, ser inspiradora e ser tão humana conosco.

Agradeço a Marcia Galetto por aguentar meus surtos, minhas crises de ansiedade, por me colocar no rumo todos os dias. Por me dar conselhos de vida, fazer discussões políticas e por tudo mais que envolve nossa amizade. Sem teu apoio dificilmente teria conseguido.

Agradeço finalmente a minha filha Sarah, inspiração diária da minha vida simplesmente por existir do jeitinho que é.

RESUMO

A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DO EIXO TRANSVERSAL DO PMAQ

AUTORA: Kamilla Borges Cruz
ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) instituído em 2011 que apresenta como eixo transversal um conjunto de ações desenvolvidas pela gestão e trabalhadores com intuito de gerar mudanças, além de buscar melhor acesso e qualidade da Atenção Básica. Essas ações são organizadas em cinco dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveu o projeto-piloto da Planificação da Atenção Primária no município de Santa Maria, cuja proposta objetivava o fortalecimento da Atenção Básica e articulação da Rede de Atenção à Saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da Planificação da Atenção Primária à Saúde para a efetivação do Eixo Transversal do PMAQ. Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa e realizada em 2020 em Santa Maria, cidade sede do projeto Piloto da Planificação da Atenção Básica no Rio Grande do Sul. Participaram da pesquisa onze trabalhadores que completaram carga horária presencial na Planificação acima de 75% e estavam vinculados a equipes da PMAQ no segundo e terceiro ciclos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Os dados foram analisados a partir da proposta operativa de Minayo. A análise permitiu identificar que a Planificação promoveu processos autoavaliativos pelos trabalhadores. No entanto, os objetivos bem como o planejamento para superação das dificuldades foram realizados de forma verticalizada, indo de encontro ao preconizado pelo PMAQ. O monitoramento foi identificado no incentivo ao cadastramento e houve instrumentalização para análise dos dados, baseado em painéis epidemiológicos e escala de Coelho. A Educação Permanente possibilitou retomada de conceitos e instigou processos reflexivos, desencadeou momentos reflexivos posteriores, os quais foram desenvolvidos pela gestão e pelos próprios trabalhadores. Os gestores municipais e estaduais, os tutores e o CONASS foram identificados como apoiadores institucionais. Emergiu dos dados que o papel desse apoiador era apresentar respostas às dificuldades encontradas, sugerir alternativas, valorizando o profissional externo, a unidade como detentor do conhecimento, divergindo do sugerido pelo PMAQ de ruptura do modelo verticalizado, possibilitando relações solidárias. Os participantes revelaram que a Cooperação Horizontal se deu a partir de relação instintivas e individuais, conforme afinidade, mas consideram que a Planificação foi um momento de aproximação e reconhecimento dos pares, o que estreitou relações e permitiu ampliação das cooperações, sem que a gestão tenha percebido o estímulo dessa troca. A Planificação trouxe pontos de convergência com o eixo transversal do PMAQ, porém de forma tangencial. Entendemos que o PMAQ deveria estar transversal a todas as temáticas, validando esta estratégia ministerial, na busca de avanço contínuo para fortalecimento da Atenção Básica como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Trouxe também, ganhos secundários como a aproximação entre os trabalhadores. Fomentou processos de discussão entre gestão, trabalhadores e instituições de ensino e gerou processos de inquietação importantes.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

THE PRIMARY HEALTH CARE PLANNING IN THE EFFECTIVENESS OF THE PMAQ TRANSVERSAL AXIS

AUTHOR: Kamilla Borges Cruz
ADVISOR: Teresinha Heck Weiller

The *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (Program for Improving Access and Quality of Primary Care - PMAQ) was established in 2011 and has as its transversal axis a set of actions developed by management and workers to generate changes and seeking better access and better quality of Primary Care. These actions are organized into five dimensions: self-assessment, monitoring, continuing education, institutional support, and horizontal cooperation. The *Conselho Nacional de Secretários de Saúde* (National Council of Health Secretaries - CONASS) promoted the pilot project of Primary Care Planning in Santa Maria, whose proposal aimed at strengthening Primary Care and articulating the Health Care Network. This study aimed to evaluate the effects of Primary Health Care Planning for the realization of PMAQ Transversal Axis. This is qualitative evaluative research, held in 2020 in Santa Maria, the host city of the pilot project for Primary Care Planning in Rio Grande do Sul. Eleven workers took part in the survey who completed face-to-face hours in Planning above 75% and were linked to PMAQ teams in the second and third cycles. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria. Data were analyzed based on Minayo's operative proposal. The analysis allowed us to identify that the Planning promoted self-evaluation processes by the workers. However, the objectives, as well as the planning to overcome the difficulties, were carried out vertically, going against the recommendations of PMAQ. Monitoring was identified in the encouragement of registration and there was instrumentalization for data analysis, based on epidemiological panels and Coelho's scale. Continuing Education enabled the resumption of concepts and instigated reflective processes, triggering later reflective moments, which were developed by the management and by the workers themselves. Municipal and state managers, tutors and CONASS were identified as institutional supporters. The role of this supporter got by the data was to present answers to the difficulties encountered, to suggest alternatives, by valuing the professional outside the unit as the holder of knowledge, diverging from what PMAQ suggested of a rupture of the verticalized model, by enabling solidary relationships. Participants revealed that Horizontal Cooperation was based on instinctive and individual relationships, according to affinity, but they consider that the Planning was a moment of rapprochement and recognition of peers, which strengthened relations and allowed to expand cooperation, without the management having realized the encouragement of this exchange. Planning brought points of convergence with the transverse axis of PMAQ, but tangentially. We understand that PMAQ should be transversal to all themes, validating this ministerial strategy, in the search for continuous progress to strengthen Primary Care as an orderer of the Health Care Networks. It also brought secondary gains, such as the approximation between workers. It fostered discussion processes between management, workers and educational institutions and generated important unrest.

Keywords: Assessment in health. Primary Health Care. Primary Health Care Planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Financiamento da Atenção Primária à Saúde instituído pelo Previn Brasil.....	25
Figura 2 - Interposição entre a pesquisa e a avaliação normativa	28
Figura 3 - Fases do PMAQ 3º Ciclo	31
Figura 4 - Oficinas realizadas no Projeto Piloto em Santa Maria/RS.....	36
Figura 5 - A metáfora da casa na construção social da APS	37
Figura 6 - Localização da cidade de Santa Maria.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados dos Gestores Regionais
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde
eAB	equipes de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipes de Saúde da Família
FADISMA	Faculdade de Direito de Santa Maria
FAMES	Faculdade Metodista
FAPAS	Faculdades Palotinas
FISMA	Faculdade Integrada de Santa Maria
GEPESC	Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio de Saúde da Família
NEPES	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAP	Planificação da Atenção Primária
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PMAQ	Programa de Melhoria da Atenção e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFN	Universidade Franciscana
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	PERCURSO HISTÓRICO DO SUS	18
3.1.1	Da idealização de uma saúde democrática à implementação do processo avaliativo da Atenção Básica	18
3.1.2	As reviravoltas históricas no processo de consolidação do SUS?	22
3.2	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	26
3.3	PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ	30
3.4	PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	34
4	PERCURSO METODOLÓGICO	39
4.1	DELINEAMENTO	39
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	40
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
4.4	PRODUÇÃO DOS DADOS.....	42
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1	As dimensões/ componentes do eixo estratégico transversal do pmaq	48
5.2	PMAQ e Planificação da Atenção Primária	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	69
	ANEXOS	77

APRESENTAÇÃO

Sou Kamilla Borges Cruz, enfermeira, formada pela Universidade Federal de Pelotas, durante todo meu período inicial de formação tive direcionamento para a área de Saúde Coletiva, fui residente nesta ênfase no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, onde minha paixão pela Saúde da Família, toda sua riqueza e potencialidade, só aumentaram. Lá tive a oportunidade de ampliar meu olhar sobre os sujeitos, os serviços e a saúde. Após o término da residência, em 2011, realizei concurso público na cidade de Santa Maria, onde atuo há nove anos.

A equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atuo, aderiu ao PMAQ no primeiro ciclo, ainda em 2011, e sempre acreditamos que ele seria um potente norteador das ações e serviços prestados na unidade. Não havia no município avaliações sistemáticas nem dos indicadores tampouco dos processos de trabalho e isto gerava incômodo, pois na Residência havia constantemente cobranças sobre dados e indicadores e essa norteava os passos em busca de uma melhor qualidade no atendimento.

Mesmo com o PMAQ, em Santa Maria, não houve uma sistematização das ações e cada Unidade de Saúde agia de forma isolada. As equipes de ESF do município tiveram a oportunidade de participar do Projeto Piloto da Planificação da Atenção Primária à Saúde e este trouxe organização ao processo de educação permanente e alguns processos de mudança. Tive a oportunidade de vivenciar as oficinas da Planificação como trabalhador participante, infelizmente não consegui acompanhar a totalidade das oficinas, pois estava gestante e em alguns momentos houve a necessidade de afastamento por indicação médica. Estes dois projetos têm em sua essência a necessidade de monitoramento e avaliação da APS, com objetivo de qualificar as ações a partir de educação permanente, apoio institucional e trocas horizontalizadas entre os membros da equipe. O PMAQ e a Planificação, por serem tão recentes e considerados, respectivamente pelo Ministério da Saúde e pelo CONASS, ações estratégicas para melhoria da qualidade da APS. Durante a minha participação nas oficinas, eu vislumbrava a possibilidade de interligação com o PMAQ, em alguns momentos no pequeno grupo solicitando este cruzamento, como nas matrizes de intervenção, por exemplo. Devido minha participação não ter acontecido na totalidade das oficinas e mesmo assim eu conseguir vislumbrar pontos de

interligação das duas ações, despertou o interesse em estudar esta sobreposição de programas e como são vistos pelos profissionais da rede de atenção básica do município de Santa Maria tornou-se um desejo de pesquisa viável.

No ano de 2013, durante a preceptoría da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria na qual a professora Teresinha Heck Weiller era tutora, ocorreram agradáveis e calorosas discussões sobre o SUS, o que incentivou que em 2016 acontecesse uma reaproximação com intuito de continuar essas discussões, o que foi possível por meio do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC) inserido na linha de pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, que faço parte desde então.

Com o nascimento da minha filha Sarah, renasceu em mim um anseio de me qualificar profissionalmente, associado a um panorama de golpe e incertezas sobre o futuro das políticas públicas e uma necessidade de qualificar cada vez mais a formação e os serviços públicos como um ato de resistência. Em 2017, cursei a Especialização em Preceptoría no SUS pelo Instituto Sírio Libanês, onde tive a oportunidade de qualificar a discussão sobre a formação em saúde e realizar um fortalecimento dos laços e afetos com as Instituições de Ensino Superior.

O desejo de cursar o mestrado surgiu a partir das preceptorías, tanto da residência quanto da graduação que sempre prestei com muita paixão, tanto pelo SUS como pela prática do profissional enfermeiro, esse contato com os educandos e o curso de preceptoría me fizeram refletir sobre os processos de formação e reforçando a máxima de que precisamos formar profissionais de qualidade para o SUS. Entendo que ensinar com paixão e ter experiência são importantes, bem como ter conhecimentos e referenciais teóricos para problematizar as práticas encontradas e foi isso que vim buscar no mestrado.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), com reivindicações populares encaminhadas à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), as quais, apresentavam a saúde como direito a cidadania e dever do estado, garantida a partir da estruturação da na Seguridade Social, concretizada em 1988, direitos confirmados na Constituição Federal (CF) (PAIM, 2008).

Regulamentado pelas leis nº 8080 e nº 8142 de 1990, as quais apresentam diretrizes organizativas e princípios doutrinários que se articulam a partir de um ideário político de bem-estar social. O MRSB desencadeou a busca por uma atenção primária de qualidade, considerada pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata (1978) a chave para alcançar níveis aceitáveis de saúde em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, reiterando a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de "Saúde para todos até o ano 2000". (CAMPOS *et al.*, 2009).

Embora o termo Atenção Primária à Saúde (APS) seja globalmente reconhecido e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconhecida como sinônimo de Atenção Básica (AB), nesta dissertação usaremos ambos os termos (conforme a utilização do autor citado), pois entendemos que para além das similaridades há divergências ideológicas que sustentam a diferentes nomenclaturas (GIOVANELLA, 2018)

Nessa perspectiva, em 1994, centrado na ideia de territorialização, é instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), ampliando a equipe de saúde vinculada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) já atuante (SOUSA, FRANCO e MENDONÇA, 2014). Consolidando os princípios do SUS, atuando com foco na unidade familiar e na esfera comunitária, então passa a assumir papel estratégico e torna-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CAMPOS *et al.*, 2009). Em 2010, dados do Ministério da Saúde (MS) informam que o número passava de 30 mil equipes atuando em mais de 5mil municípios, cobrindo 96 milhões de habitantes. A ESF teve impacto na mortalidade infantil, na diminuição da desnutrição e na ampliação da adesão à vacinação, além do aumento do número de consultas de pré-natal (BRASIL, 2011b).

Surge a necessidade de superar a expansão quantitativa de equipes e voltar a atenção para a consolidação da qualidade das ações e a integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (CAMPOS *et al*, 2009). Em 2011, foi lançado, pelo MS, o Programa de Melhoria da Atenção e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o objetivo de incentivar a ampliação do acesso e melhorar a qualidade da AB, a partir dele foram criados padrões de qualidade e indicadores que permitem a comparação a nível nacional, regional ou locais (BRASIL, 2011b)

O PMAQ possui três fases: adesão e contratualização, certificação e recontratualização e, ao longo destas etapas, ocorre o Eixo Transversal de Desenvolvimento do PMAQ no qual consiste as ações desenvolvidas para que haja a melhoria do acesso e da qualidade da AB e foi subdividido em cinco dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2017).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), desenvolveu e aplicou as oficinas da Planificação da Atenção Primária (PAP) desde 2004. Baseado na necessidade de priorizar o fortalecimento da APS, por meio do planejamento e monitoramento das ações em saúde, como serviço fundamental para conformação das RAS. A Planificação foi se modificando ao longo dos anos e se adaptando às necessidades percebidas (CONASS, 2020).

Ela surge com a proposta da realização de onze oficinas, customizadas pelos estados, com carga horária de 16h e período de dispersão de 45 dias, ficando aberta a possibilidade de modificações. A PAP era conduzida por facilitadores que capacitavam as equipes estaduais e estas as municipais, com intuito de proporcionar a troca de informações e construção coletiva. (CONASS, 2020).

No Rio Grande do Sul (RS), o projeto Piloto da PAP ocorreu na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), oportunidade em que participaram 17 municípios sendo 8 destes municípios sede em 2015, estiveram envolvidos 1200 profissionais, sendo 120 facilitadores (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

A proposta metodológica do projeto piloto da PAP da 4ªCRS, foi organizada em três etapas: seis oficinas de capacitação; atividade de dispersão após cada oficina e tutoria. Santa Maria/RS foi um dos municípios sede desta Planificação (Rio Grande do Sul, 2017)

Sendo o PMAQ e a PAP dois programas de incentivo a melhoria da qualidade da AB, baseada em indicadores, educação permanente, buscando trabalhar com as

RAS, esta pesquisa buscou alcançar o terceiro objetivo de Desenvolvimento Sustentável da Organização Mundial da Saúde o qual traz a necessidade de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, através de acesso a serviços de saúde essenciais e de qualidade (PNUD, 2016). Convergindo, também, com os eixos 8 e 9 da Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, os quais são: “Gestão do trabalho e educação em saúde e Programas e políticas em saúde”, pois também trabalhou a cultura avaliativa, a avaliação de programas e Gestão do trabalho da AB (BRASIL, 2018).

A partir desta concomitância, surgiu a questão norteadora: quais os efeitos da PAP para a efetivação do Eixo Transversal do PMAQ?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os efeitos da Planificação da Atenção Primária à Saúde para a efetivação do eixo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer as contribuições da Planificação da Atenção Primária nos processos de educação permanente, monitoramento e autoavaliação realizadas pelas equipes de saúde;

Identificar as ações de apoio institucional e cooperação horizontal desenvolvidas entre as equipes de saúde e a gestão municipal;

Correlacionar as ações da Planificação da Atenção Primária com os componentes do Eixo Transversal do PMAQ;

Estimular a cultura avaliativa nos serviços de APS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A apresentação da revisão da literatura nesta dissertação foi seccionada para facilitar a compreensão das temáticas, da seguinte forma: 1) Percurso histórico do SUS; 2) Avaliação dos Serviços de Saúde; 3) Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ 4) Planificação da Atenção Primária à Saúde.

3.1 PERCURSO HISTÓRICO DO SUS

3.1.1 Da idealização de uma saúde democrática à implementação do processo avaliativo da Atenção Básica

No Brasil, o SUS é o sistema público de saúde vigente, idealizado a partir do movimento político da Reforma Sanitária nas décadas de 70 e 80, com grande participação popular presente e atuante nos processos de discussão, como a 8ª CNS (1986). Esta conferência foi estruturada a partir de três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema de saúde e financiamento deste setor. As propostas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) para esta conferência tinham como título: “Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos e dever do Estado”; frase que comporia posteriormente a Constituição Brasileira (PAIM, 2008).

Com a inserção, na Constituição Federal (CF) de 1988, da saúde como direito à cidadania e dever do Estado, baseada na seguridade social, as políticas sociais se modificam e deixam de diferenciar os indivíduos entre indigentes e segurados, garantindo a universalização da saúde. Tal Sistema só foi regulamentado em 1990 por meio das Leis Federais nº 8080 e nº 8142, que detalham a organização e o funcionamento do SUS (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A CF/88 traz ainda que o SUS é universal, igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, ainda de forma descentralizada, integrada, priorizando a promoção da saúde e contando com a participação da comunidade (BRASIL, 1988). A partir da legislação supracitada, o SUS tem como alicerce, diretrizes organizativas e princípios doutrinários, que se articulam e complementam-

se a partir de um ideário político com os preceitos de bem-estar social e racionalidade organizativa.

Dentre seus princípios, temos a universalidade que assegura acesso indiscriminado a todos os cidadãos. A integralidade que amplia o escopo das ações para as diferentes dimensões do processo saúde-doença, visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação das pessoas e das coletividades. A equidade pode ser considerada o princípio da discriminação positiva, que prioriza a oferta de ações e serviços a quem tem mais riscos de adoecer e morrer em detrimento da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços e o direito à informação (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

As diretrizes do SUS trazem racionalidade ao seu funcionamento que são: a descentralização com comando único, a regionalização e a hierarquização dos serviços com integração das ações e recursos com base no planejamento ascendente. A descentralização traz a municipalização como mudança mais significativa, sendo o município o responsável pela prestação direta da maioria dos serviços, especialmente, de saúde. Desta forma, devem ser capazes de reconhecer a diversidade e desigualdades loco - regionais, planejando as ações em processos descentralizados sem, no entanto, se afastar da integração ao sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

O SUS nasce dos movimentos sociais, cujo desencadeamento se deu por diversos acontecimentos, inclusive pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 1978, na antiga União Soviética promovida pela OMS. O produto desta Conferência foi a Declaração de Alma-Ata, que traz os cuidados primários como chave para alcançar um nível aceitável de saúde no mundo todo, principalmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, reforçando a meta “saúde para todos no ano 2000” (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009).

A partir de 1978, tem-se a definição de atenção primária como sendo o primeiro nível de contato individual e familiar, bem como da comunidade com o sistema de saúde, levando a saúde o mais próximo de onde as pessoas habitam, sendo o primeiro elemento de um processo continuado de atenção à saúde, cujas tecnologias e métodos práticos tornam-se acessíveis a um custo viável e são parte integrante e central do sistema nacional de saúde, com enfoque no desenvolvimento social e econômico (STARFIELD, 2002).

A APS surge com intuito de responder às necessidades da população no que tange aos determinantes e condicionantes da saúde, auxiliando na promoção da saúde como direito social. Ela nasce como forma de reorientar a organização do sistema de saúde, sendo o primeiro ponto organizativo da rede de atenção (SOUSA, 2014). A implantação da APS em alguns países da América Latina, inclusive no Brasil, foi induzida por agências internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), porém de forma seletiva, simplificada e desvinculada dos outros níveis de atenção, o que reduzia os valores das bases conceituais de Alma-Ata, por meio de ações restritivas ofertadas era uma saúde pobre para pobres (SOUZA, 2014).

Difundiam-se pacotes mínimos de APS a grupos específicos como o materno-infantil, em contradição ao proposto pela Carta de Alma-Ata (GIOVANELLA *et al*, 2019). Para distinguir então, estas ações seletivas da concepção ampla de APS, o Brasil passa a adotar o termo “Atenção Básica de Saúde” para as ações individuais e coletivas de promoção e proteção da saúde em um primeiro nível de uma rede regionalizada e hierarquizada de saúde, prevenindo doenças e agravos, realizando tratamento e reabilitação conforme a necessidade (SOUSA, 2014).

Apesar da sugestão de tratarmos os termos AB e APS como sinônimos (BRASIL, 2007), optamos nesta pesquisa em manter o uso dos dois termos, conforme documento de origem, pois entendemos que para além de simples nomenclatura existe um ideário político e social que se apresenta (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Ainda sobre esta diferença conceitual, Giovanella, (2018, p.1) reforça a importância de darmos atenção a esta diferença visto que: “[...]pelo contexto de sérias ameaças ao SUS e à Atenção Básica por um governo ilegítimo, com política de ajuste fiscal draconiana e afronta aos direitos sociais [...]”.

Sendo a universalidade um dos princípios do SUS e a APS a estratégia elencada pela OMS para ampliação da saúde para todos, começam a surgir diversos modelos de atenção básica, a partir dos Distritos Sanitários, implantados ainda nos anos 80, centrados na territorialização. Em 1994, surge o PSF, que vem ampliar os profissionais nas equipes de saúde vinculadas ao até então PACS, programa que isolado era seletivo e incompatível com os princípios do SUS (SOUSA, 2014).

O PSF foi implantado não apenas para organizar a APS no SUS, mas para estruturar o Sistema Nacional de Saúde, a partir de um redirecionamento das prioridades da saúde, consolidando os princípios do SUS. Desta forma, o PSF toma

dimensões de estratégia e não mais assume o papel de programa setorial, tornando-se então a ESF, modelo com foco na unidade familiar e opera na esfera comunitária (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009).

Porém, este direcionamento de territorialização, essencial a ESF, possui fortemente uma natureza política-ideológica, que caracteriza a AB como projeto social, conflitando com o neoliberalismo posto, como elucida Faria (2020, p.4525).

O neoliberalismo é contrário às políticas territoriais, pois seu objetivo é exatamente a fragmentação do território. Na acepção miltoniana, o neoliberalismo não reconhece o território que ele mesmo explora, mas o mercado globalizado como uma rede produtora de irracionalidades, sendo ao mesmo tempo e dialeticamente seu objetivo e sua consequência. Por isso, no campo da saúde, o modelo privatista e hospitalocêntrico será o corolário, ao contrário do modelo de atenção territorializado e organizado para grupos populacionais geograficamente localizados.

Ainda, segundo Faria (2020), é simbólico que a primeira PNAB tenha sido publicada 18 anos após a realização da Constituinte, que a partir de 1986 passa a pautar a conformação de um sistema público de saúde, que tem no território seu lócus de organização e efetivação das ações de saúde. Em 2005, o Brasil contava com 24mil equipes de ESF, distribuídas em 90% dos municípios brasileiros, atendendo cerca de 40% da população nacional. Houve uma expansão do acesso da população à APS, concomitante com processos de reestruturação e qualificação da ESF, tornando um processo contínuo em uma dinâmica discussão e reformulação (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009).

No início de 2010, estes números haviam ampliado para 30.300 equipes em mais de 5.000 municípios e cobertura de 96 milhões de habitantes. Obtendo, a partir disso, redução significativa da mortalidade infantil, diminuição da desnutrição e ampliação da adesão à vacinação, além do aumento do número de consultas de pré-natal (BRASIL, 2011b). Surge então, o dilema de superar a etapa de expansão quantitativa do acesso e se debruçar sobre a consolidação da qualidade nas ações e sua integração na rede assistencial de saúde (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009).

Segundo Faria (2020), muitas foram as ações tomadas a partir da PNAB de 2006, com intuito, geralmente, de fortalecimento da ESF, como instrumentos normativos e práticas políticas, incluindo nestas o PMAQ, que “se colocou como um

instrumento indutor da ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, além de alterar os modos de financiamento” (p.4526). Com as mudanças advindas do PMAQ, juntamente com a normalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), criação dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família¹ (NASFs) e a regionalização do SUS houve a necessidade de reformulação da PNAB em 2011 (FARIA, 2020). Segundo FARIA (2020), tudo convergia para a consolidação da ESF e unificação do modelo assistencial previsto na primeira PNAB.

3.1.2 As reviravoltas históricas no processo de consolidação do SUS?

O golpe parlamentar e judiciário ocorrido no dia 31 de agosto de 2016, que afastou em definitivo a presidenta Dilma Rousseff da Presidência da República, marca de forma indelével a sociedade brasileira, ameaça à democracia e deixa uma sombra espessa de incertezas sobre as classes que vivem do trabalho e que reivindicaram, nesses anos, a garantia de direitos sociais fundamentais (RIZZOTTO, 2016, p.5).

Apesar do impeachment estar previsto na constituição Federal e ser um ato legítimo da democracia, em 2016, o que ocorreu foi um golpe político-jurídico-midiático, que, movido por questões neoliberais ataca os acordos de garantia de cidadania e o tripé da seguridade social (GARCIA, 2019; DIAS, 2018; AGOSTINI; CASTRO, 2019). Segundo Dias (2018, p.70), a palavra golpe é utilizada para nomear atos militares, jurídicos, políticos e midiáticos que rompam as práticas democráticas, anulando o poder do povo “foi precisamente isso que ocorreu: no Brasil, em 2016, houve um golpe”.

Com o golpe, assumiu o vice-presidente da República Michel Temer, que ainda no mesmo ano, aprovou a Emenda Constitucional 241, que congela os gastos públicos com Saúde, Educação, Assistência Social e Previdência pelos próximos 20 anos, evidenciando a falta de prioridades das políticas públicas no pós-golpe (GARCIA, 2019).

Este também aprovou a contrarreforma trabalhista, que legalizou a precarização das condições de trabalho e uma desresponsabilização patronal,

¹ NASF será considerado nessa dissertação como Núcleo de Apoio de Saúde da Família, considerando o recorte temporal do objeto de estudo e entendendo que as mudanças de nomenclatura ocorridas possuem em si uma possível alteração de propósito. Atualmente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

fragilizando mais os pactos constitucionais (AGOSTINI; CASTRO, 2019). Segundo Dias (2018, p. 71)

[...] para ter certeza da morte da democracia, os golpistas (políticos, grande imprensa, mercado financeiro etc.), sob o pseudo-comando de Temer, movidos pelo interesse de servir à lógica do Capital, desferiram mais um golpe: um conjunto de reformas que alteram as relações de Trabalho e ações da Previdência Social. No caso desta, entendemos que a meta é fazer com que o trabalhador não tenha o direito de aposentar enquanto estiver vivo.

Estas ações reforçam a retomada do projeto político liberal de Estado mínimo pró setor privado, tais intervenções prejudicam aqueles que não podem pagar pela saúde, fortalecendo o setor privado. “[...] o SUS não é precário, mas sim precarizado, diminuído e as pessoas são praticamente condicionadas a crer que somente o serviço privado é de qualidade e que a política pública é ineficiente” (GARCIA, 2019. p. 6).

Considerado o desmonte do SUS, pela contrarreforma neoliberal. Em 2017, houve a publicação de uma nova PNAB, paradoxal, que concomitante a um discurso de territorialização da Atenção Básica, permite arranjos organizacionais que dificultam o seu acontecimento. A partir desta, a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) torna-se facultativo, sendo essencial apenas aos pobres, uma nova categoria de equipe de saúde surge, de forma reduzida chamadas agora de equipes de Atenção Básica (eAB), refletindo uma mudança de modelo assistencial, dividindo a AB em dois serviços “essencial” e “ampliado”, que se distancia dos princípios de Alma-Ata (FARIA, 2020).

No cenário internacional, tivemos, em 2018, em “comemoração” aos 40 anos da Conferência de Alma-Ata (1978), a Conferência de Astana, que de forma distinta da primeira, ocorreu num cenário menos favorável, com políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia. A APS defendida em Astana, não se parece com aquela de Alma-Ata, sendo agora conduzida pelas reformas pró-mercado, com a política de estado mínimo, de forma seletiva e focalizando as políticas de saúde, numa cesta de serviços restritas, rerepresentando uma APS seletiva (GIOANELLA *et al*, 2019).

Tanto a PNAB de 2017, quanto as orientações a partir da Astana de 2018, receberam críticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como de outros órgãos, como a FIOCRUZ e OPAS, por entenderem que uma APS seletiva pode limitar o acesso da população e debilitar a abordagem integral (GIOANELLA *et al*, 2019).

Segundo Agostini e Castro (2019), com o pleito de 2018, o projeto necropolítico amplia os ataques a seguridade social. Costa *et al* (2020 p.140) corrobora com tal afirmativa.

Esta baixa solidariedade tem sido amplificada com a chegada ao poder, em 2019, de um governo de extrema direita, avesso a iniciativas solidárias, ao papel do Estado no cumprimento da proteção social e, principalmente, antidemocrático e retrógrado nos costumes. O governo do presidente Bolsonaro representa uma inédita associação entre extrema direita e liberalismo econômico, com pauta conservadora no âmbito social sustentada por propostas ultraliberais no campo econômico. O projeto está alinhado com o avanço da financeirização sobre os recursos nacionais em nível global, ampliando a concentração de renda, para que se vale da asfixia da política democrática como campo legítimo de intermediação dos conflitos decorrentes das condições estruturais do capitalismo.

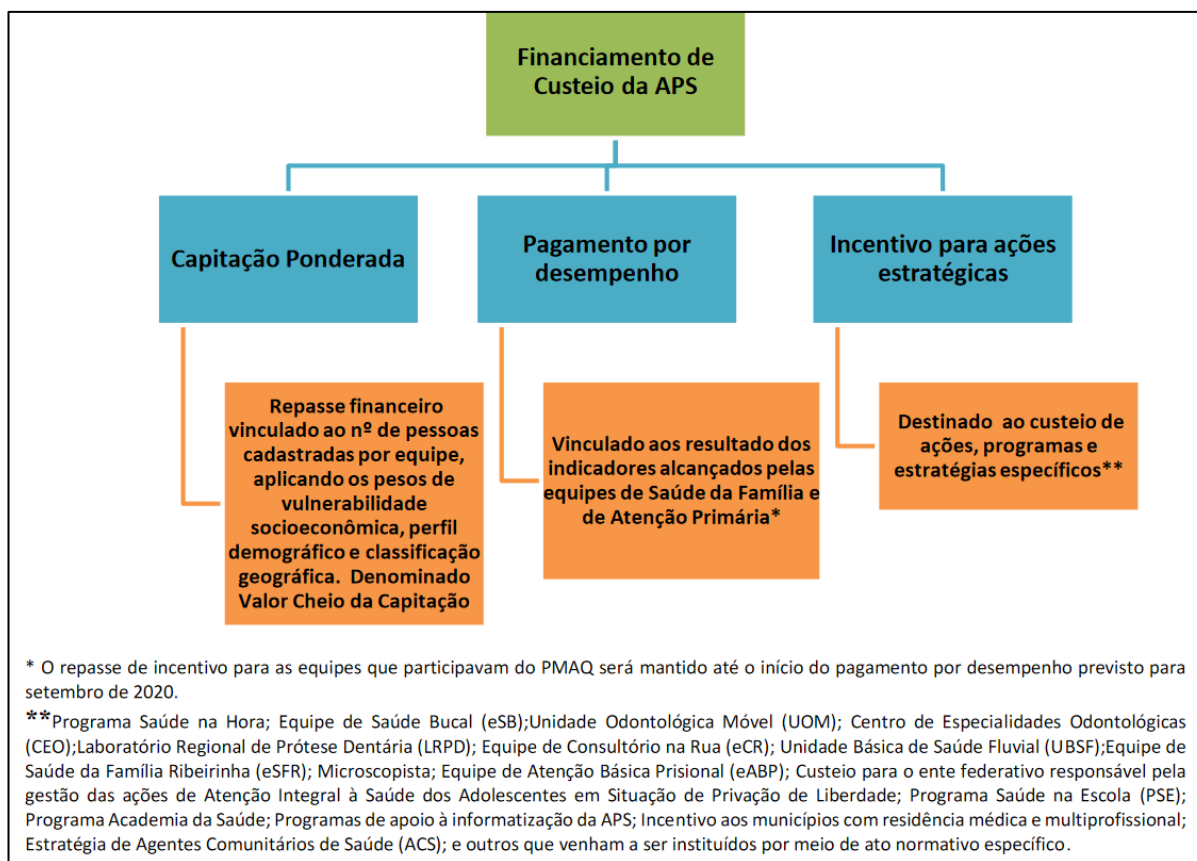
A partir de 2019, houve ampliação das mudanças propostas pela PNAB 2017, que incluem nomenclatura, reestruturação, organização e normativas (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 2)

A Atenção Básica passou a figurar nos documentos do Ministério da Saúde denominada como Atenção Primária à Saúde. Retoma-se a nomenclatura internacional -APS- desconsiderando o esforço de diferenciação no sentido de afirmar a Atenção Básica como um campo compromissado com a universalidade e a integralidade, em sintonia com os princípios do SUS e em contraposição às orientações restritivas e seletivas hegemônicas em nível global, atualmente articuladas à noção de cobertura universal.

Em agosto de 2019 houve a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), instituição de direito privado, paraestatal, tornando-se um espaço de atuação das empresas privadas na assistência a saúde. Em outubro, foi reformulado o financiamento da AB, extinguindo os Pisos de Atenção Básica (PAB), fixos e variáveis instituindo o pagamento federal por pessoa cadastrada e estabelecimento de novo pagamento por desempenho (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020).

Mantendo o encadeamento das mudanças, em novembro de 2019 foi instituído o Programa Previne Brasil, que estabeleceu nova modalidade de financiamento da APS (BRASIL, 2019). O qual pode ser exemplificado na Figura 1.

Figura 1– Financiamento da Atenção Primária à Saúde instituído pelo Previne Brasil



Fonte: Boletim Saúde e Gestão da USP, 2020.

Esta mesma portaria, que institui o programa Previne Brasil, põe fim ao PAB fixo, fazendo com que os municípios não mais recebam o repasse a partir do valor *per capita* e passem a receber por adscrição, afastando-se da lógica de universalidade (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020). A nova forma de cálculo ameaça o modelo de atenção da ESF de base comunitária e familiar, pois não favorecem ações voltadas ao território e às populações, além da assistência individual, gerando instabilidade para a gestão municipal e ferindo o princípio da universalidade (MELO, ALMEIDA e GIOVANELLA, 2019).

De Seta, Ocké-Reis e Ramos (2020, p.3), ao refletirem sobre o tema, apontam para a divisão que se estabeleceu a partir destas novas legislações em uma disputa política por modelos assistenciais distintos:

De um lado, flexibilidade e autonomia para a gestão local, defendidos pelo Ministério, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e entidades médicas; de outro, as críticas de sanitaristas, Conselhos de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro e de São Paulo (Cosems/RJ e Cosems/SP) e do CNS, que apontam o caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado da APS proposta, na

concepção de cobertura universal em saúde, em detrimento a de sistema de saúde universal almejado para o SUS

O discurso pró equidade, oferecido pelo atual governo vai ao encontro do rompimento da universalidade, segundo Giovanella, Franco e Almeida (2020, p.1479) [...]O conjunto de reformas das políticas sociais, incluindo-se as do setor saúde, empreendidas de forma voraz e açodada pelo governo Bolsonaro acentua e cristaliza iniquidades, e fortalece a mercantilização também na prestação de serviços de APS”

Morosini. Fonseca e Baptista (2020) chegam a considerar a mudança um “Cavalo de Tróia”, com objetivos reais de acelerar o processo de privatização do SUS, renunciando aos princípios estruturantes como a universalidade equânime, a integralidade e a participação popular.

3.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo Contandriopoulos *et al* (1997, p.29), “a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem”. Ela consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma determinada intervenção ou parte dela, com o intuito de auxiliar na tomada de decisão. Furtado (2009, p.717) ressalta ainda que este juízo de valor deve se dar com critérios e referenciais explícitos, a partir de dados construídos ou já existentes. Esta ação pode ser denominada também como avaliação de programas e “é entendida como a articulação de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, com base em decisões eminentemente políticas, para operar modificações em uma dada situação problemática”.

A avaliação dos programas públicos surge, no pós Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos, com o aumento da intervenção do Estado nas áreas da saúde e educação, fazendo com que os economistas percebessem a necessidade de analisar as vantagens e os custos destes programas públicos, sendo assim os precursores da avaliação (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Diversas foram as metodologias e técnicas administrativas que fracassaram, devido à complexidade dos programas sociais e sua magnitude, bem como as adaptações conceituais oriundas da indústria e do comércio que não serviam para trabalhar com os programas federais. Após abandonarem as teorias e metodologias

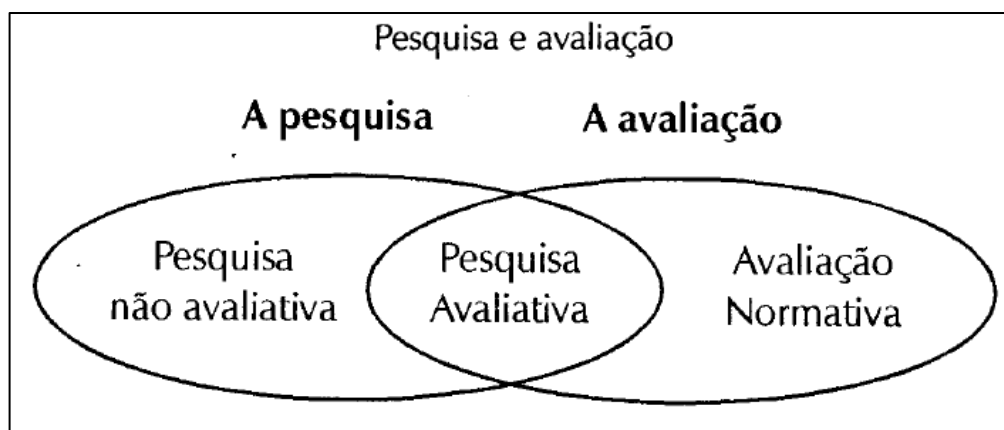
existentes, ocorreram inúmeras tentativas de avaliação de forma experimental e sem sucesso, porém, a partir da década de 60, diversos autores publicaram textos ampliando o arcabouço teórico e prático, dando sustentação a avaliação de programas, delineando a área, discutindo os modelos e, inclusive, apontando as fragilidades dos referenciais utilizados, surgindo, neste momento a distinção entre avaliação somativa e formativa (FURTADO, 2009).

Ainda na década de 60 do século XX, os processos de acompanhamento da implantação das políticas públicas eram utilizados tanto pela oposição quanto pela população, principalmente nas ações para melhoria do bem-estar social. Houve, a partir da década de 70, uma ampliação tão significativa da área que alguns chamaram de “indústria da avaliação”. Porém, todo este desenvolvimento teve uma retração na década de 80, com a diminuição das políticas sociais nos Estados Unidos. Furtado (2009, p.722) traz ainda que “a avaliação frequentemente encontra-se influenciada por jogos políticos e de poder”.

Contandriopoulos (2006, p.706), ainda conceituando a avaliação, afirma que, “consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes”. O julgamento desenvolvido (individual ou coletivamente), pode ser uma avaliação normativa, quando construída a partir de critérios e normas, ou uma pesquisa avaliativa, quando elaborado a partir de procedimento científico.

Para Contandriopoulos *et al.* (1997, p.31), pesquisa avaliativa é, portanto, um julgamento *ex-post* de uma intervenção, com metodologia científica, “trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa”. A pesquisa avaliativa, conforme figura 2, é a parte sobreposta entre a pesquisa e a avaliação normativa, que pode estar sujeita a intervenção.

Figura 2 - Interposição entre a pesquisa e a avaliação normativa



Fonte: Contandriopoulos *et al.* 1997, p. 31.

A intervenção tem como objetivo modificar uma situação problema e para isso faz uso de um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos), situado num contexto próprio, produzindo bens e serviços. Desta forma, a avaliação normativa compara os recursos empregados (estrutura), com os serviços e bens produzidos (processo) e os resultados obtidos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

O modelo conceitual mais comumente utilizado e que será referência para esta pesquisa é a Tríade Donabediana, que apresenta os processos avaliativos de serviços e cuidados de saúde em três categorias: estrutura, processo e resultado. A **estrutura** é o atributo das configurações, onde o cuidado ou intervenção ocorre, os recursos financeiros, matérias e humanos, características gerenciais, educação permanente e remuneração. O **processo**, ação em si de dar e receber cuidado, ações desenvolvidas na prestação dos serviços, neste pode-se olhar para três dimensões: a técnica, as relações interpessoais e a organizacional e o **resultado** corresponde aos efeitos do cuidado ou da ação na saúde do usuário ou população (DONABEDIAN, 1988).

Contandriopoulos *et al.* (1997), aponta dentro da tríade Donabediana, seis possibilidades de análises para a pesquisa avaliativa, podendo na pesquisa ser realizada uma ou várias destas análises.

Análise estratégica objetiva analisar a pertinência da intervenção, o quanto está adequada para a situação problema e o quanto este é o problema em meio a todos os outros que merece uma intervenção neste momento.

Análise de intervenção estuda o quanto os serviços e meios empregados na intervenção são adequados para atingir os objetivos propostos.

Análise de produtividade se propõe a comparar o recurso investido com os resultados alcançados, tentando produzir a partir da análise mais com o mesmo recurso ou o mesmo com menos recurso.

Análise de efeito que avalia não somente os efeitos desejados, mas também os efeitos não desejados, de curto ou longo prazo, tanto na população que sofreu a intervenção quanto em outras populações que podem ter sofrido efeitos mesmo sem ter sido alvo da intervenção. Esta análise se propõe a olhar para a categoria de resultado da Tríade Donabediana.

Análise de rendimento compara o resultado da análise de recursos empregados com os efeitos obtidos, permite olhar para o custo/benefício, custo/eficácia ou custo/utilidade.

Análise de implantação nesta se olha para o contexto onde esta intervenção aconteceu e como este interfere nos efeitos, visto que até mesmo a ausência do efeito pode ter ocorrido devido ao contexto. O que pode ser observado quando realizamos a mesma intervenção em contextos diversos e obtemos resultados diferentes.

Contandriopoulos *et al* (1997), reforça, ainda, os objetivos da avaliação: auxiliar no planejamento, melhorar as intervenções, avaliar se a intervenção deve ser mantida, auxiliar na construção do conhecimento. Diversos autores trazem, associado à conceituação da avaliação, a ideia que esta objetiva subsidiar a tomada de decisão (TANAKA, TAMAKI, 2012; CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 2006; FURTADO 2001, 2009; NICKEL, 2014). No entanto, Contandriopoulos (2006, p.706) aponta que, “os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade”. Tanaka e Tamaki (2012, p. 823) reforçam que a avaliação precisa “propiciar um processo de decisão oportuno no tempo, com confiabilidade e abrangência de informações [...]”

No Brasil, com a criação do SUS, surge uma ampliação dos processos avaliativos, na década de 90 iniciam-se os serviços de acreditação hospitalar, em 2004 houve uma ampliação da abrangência com a criação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) (ENGEL, 2015). Em 2005 foi criado o Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (DEMAS), ligado à Secretaria de Gestão e Participativa, que era responsável pela política de monitoramento e avaliação do SUS, viabilizando e coordenando a realização de

estudos e pesquisas e, dentre outras coisas, visando sistematizar e disseminar os resultados para auxiliar nas tomadas de decisão (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

Felisberto (2006) reforça que só a criação dos departamentos não é suficiente para institucionalizar esta prática, que é preciso gerar uma “cultura avaliativa”, para que esta seja introjetada no cotidiano dos serviços, instrumentalizando a tomada de decisão diária.

Segundo Universidade Federal do Maranhão (2016), o PMAQ é a principal iniciativa indutora de mudanças das estruturas e processos de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), ele fomenta a vivência avaliativa e possibilita o desenvolvimento de processos de trabalho pautados em monitoramento e avaliação.

3.3 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ

Atualmente, a cobertura de AB abrange mais de 140 milhões de pessoas, através de mais de 41 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a atuação de mais de 600 mil profissionais, distribuídos em todos os municípios brasileiros, ofertando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. Com a expansão da cobertura de serviços, houve uma busca por ampliação do acesso e melhoria permanente da qualidade do processo, da gestão e das ações ofertadas aos usuários (BRASIL, 2017).

Com este propósito, é instituído o PMAQ, através da Portaria nº1654 de 2011, com intuito de incentivar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, permitindo que fossem comparados os padrões de qualidade, bem como indicadores, tanto a nível nacional, quanto regional e localmente (BRASIL, 2011b). Esta Portaria foi revogada, sendo substituída pela Portaria nº 1645 de 2015, que reforça a necessidade da melhoria, por meio do planejamento, negociação e contratualizações junto a gestão, sendo a participação dos municípios e das equipes neste programa voluntária (BRASIL, 2015).

Tem entre seus objetivos específicos fornecer padrões de boas práticas, institucionalizar a cultura de avaliação com base no acompanhamento de processos

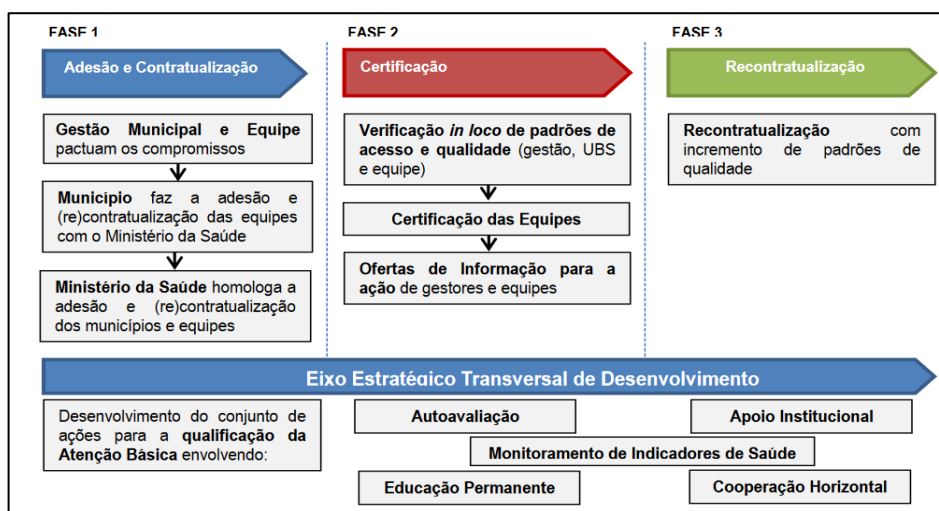
e resultados, fortalecer processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente em todas as esferas do governo.

O PMAQ 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. Ratifica-se a potencialidade da Atenção Básica enquanto lócus privilegiado para o exercício do monitoramento e avaliação para fins de institucionalização desses processos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016, p. 27).

Cada ciclo do PMAQ está organizado em três fases: adesão e contratualização, na qual a gestão municipal e a equipe pactuam compromissos e metas, a fase da certificação, na qual ocorrem as avaliações e a certificação das equipes e a fase da recontratualização, todo este processo tem duração média de dois anos e o programa está no 3º ciclo. Os ciclos ocorreram nos períodos de 2012/2014, 2015/2016 e 2017/2018 (BRASIL, 2015, 2017). Apesar da proposta inicial do 3º ciclo terminar em 2017 ele se manteve em vigor até o encerramento do Programa em 2019.

Além das fases, no PMAQ, existe o eixo transversal de desenvolvimento, que deve ser executado durante todas as etapas do processo, com intuito de promover as mudanças, tanto na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB. Este eixo está organizado em cinco dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal, conforme ilustra a figura 3 (BRASIL, 2015, 2017).

Figura 3 - Fases do PMAQ 3º Ciclo



Fonte: Brasil, 2017.

Na fase de adesão e (re)contratualização, as equipes, de forma voluntária realizam o cadastro no site *e-gestor*, após a homologação, as equipes e os gestores, das três esferas, assumem compromissos voltados a melhoria do acesso e da qualidade da AB, dentre eles, alimentar adequadamente o sistema de informação, instituir processos autoavaliativos, implementar processos de acolhimento a demanda espontânea, realizar ações intersetoriais, entre outros

Na fase de certificação das equipes, todas passam por processo avaliativo classificatório conforme seu desempenho, considerando a implementação de processos autoavaliativos (10%), se foram realizados ou não. A avaliação dos indicadores contratualizados na fase de adesão (30%) e a avaliação externa (60%).

A avaliação externa é a visitação de um pesquisador, vinculado a uma instituição de ensino e/ou pesquisa, *in loco*, baseada no Manual de Avaliação Externa, disponível online anteriormente, na qual será realizada aplicação de instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade, aplicados aos profissionais de saúde e aos gestores sobre a estrutura, os processos e os resultados obtidos. Ela deve ser entendida como avaliação formativa, na perspectiva de valorização dos esforços realizados tanto pela gestão quanto pela equipe (BRASIL, 2017).

Após a avaliação externa, as equipes são classificadas por desempenho: ótimo muito bom, bom, regular e ruim. A partir desta classificação, acontece um repasse de recurso, Fundo a Fundo, e o gestor recebe os valores no Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica (PAB) variável (BRASIL, 2015)

A recontratualização pode ocorrer a cada novo ciclo, para equipes que mantiveram o sistema de informação atualizado e não tiveram padrão insatisfatório na avaliação (BRASIL, 2015, 2017).

O PMAQ não tem caráter exclusivamente avaliativo, ele introduz esta cultura enquanto parte fundamental para o planejamento das ações de melhoria do acesso e da qualidade da AB e devido a isto propõe o Eixo Transversal de Desenvolvimento do PMAQ como um conjunto de ações realizadas por gestores e profissionais para promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado. Ele deve ser transversal, qualificando os serviços em todas as fases do programa. Ele é composto por cinco dimensões, a saber: autoavaliação, monitoramento, apoio institucional, educação permanente e cooperação horizontal (BRASIL, 2017).

A Autoavaliação é o dispositivo que desencadeia o eixo de desenvolvimento, é a partir dele a equipe é provocada a agir como sujeito de mudança e implantar novas práticas de atenção, gestão, educação e participação, possibilitando o conhecimento das potencialidades e dificuldades do trabalho, produzindo sentidos e significados para potencializar as mudanças e os aprimoramentos no processo de trabalho (BRASIL, 2017).

Vechi, Campos e Farah (2017) trazem a autoavaliação do PMAQ como momento reflexivo, que promove discussão acerca do processo de trabalho e identifica lacunas na educação permanente, permitindo que o trabalho das equipes seja qualificado e aponta também que este dispositivo deve estar articulado com a educação permanente e o apoio institucional para que as mudanças sejam mais efetivas.

O dispositivo do Monitoramento dos Indicadores de Saúde propõe que este seja usado para a negociação e contratualização de metas, que subsidie a definição de prioridades e o planejamento as ações, bem como acompanhe os resultados das ações propostas para, inclusive, qualificá-las. Ele deve ter caráter formativo, possibilitando a reorientação ou valorização das práticas, não deve ser entendido como o fim do processo, mas parte importante ao longo do percurso para justificar as tomadas de decisão (BRASIL, 2017).

A educação permanente proposta contempla tanto as dimensões pedagógicas, com aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado baseado em problemas e desafios oriundos do processo de trabalho, inclusive da autoavaliação e monitoramento, devendo estimular experiências inovadoras nas práticas de saúde e na gestão do cuidado. O Ministério da Saúde oferta, inclusive, cursos à distância por plataformas digitais como é o caso da Comunidade de Práticas e o Telessaúde, que se tornam importantes ferramentas para ampliação e qualificação deste dispositivo (BRASIL, 2017)

O Apoio Institucional deve ser pensado como uma função gerencial alternativa ao modo tradicional de gerenciamento, buscando transformar os modelos gerenciais verticalizados em horizontalizados, ampliando a democratização, autonomia e compromisso entre gestores e trabalhadores, a partir de relações contínuas e solidárias às demandas. Este apoio pode se dar tanto nas relações interfederativas, na articulação das redes de atenção a saúde, bem como nos processos de trabalho das equipes (BRASIL, 2017).

A Cooperação Horizontal, foi introduzida no PMAQ a partir do 3º ciclo, com intuito de valorizar o protagonismo local, compartilhamento de experiências exitosas possibilitando o aprimoramento das suas práticas considerando a diversidade local. Possibilita ainda que as experiências na resolução de problemas sejam compartilhadas a fim de formar uma rede solidária de Educação Permanente entre os municípios e equipes, de forma presencial ou virtual, também disponibilizada e potencializada por espaços como a Comunidade de Práticas (BRASIL, 2017)

Esses podem ser verificadas em busca aos estudos de teses e dissertações sobre o PMAQ em que se mostrou como potente incentivo às mudanças no processo de trabalho, que transpassam pela autoavaliação e pelo planejamento estratégico situacional até uma real transformação. As mudanças mais referidas nos estudos foram em relação às tecnologias leves, da organização do processo de trabalho propriamente dito, a relação dos trabalhadores entre eles e com o usuário, a partir da percepção de padrões com baixo desempenho (MURAMOTO, 2017; MANGUEIRA, 2016).

Corroborando com Oliveira *et al* (2020) que verificou aumento significativo e constante sobre o estudo da temática a partir do ano de 2013 e tem apresentado evidências da efetividade do programa e os reflexos nos serviços de saúde na AB, destacando-se o potencial do PMAQ em induzir às melhorias

3.4 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tem elaborado consensos na busca de prioridades de ações e propostas para a organização, gestão e financiamento do SUS desde 2003, entre as prioridades foi destacada a APS, considerando-a como estratégica para a mudança de modelo assistencial, melhoria dos indicadores de saúde da população e a concretização de um sistema de saúde universal e equânime (CONASS, 2009, 2011).

A partir de 2007, o CONASS desenvolve a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), que tem como objetivo ultrapassar o propósito de capacitação e desenvolver a APS, promovendo mudanças efetivas nos trabalhadores e nos processos de trabalho tanto de assistência como de gestão (CONSENSUS, 2016). O

CONASS, lançou, em 2009, um caderno de apresentação das “oficinas de planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados”, onde projeta a implantação destas a partir das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de cada estado e conceituam Planificação como o processo de planejamento da atenção à saúde (CONASS, 2011).

A PAPS foi apresentada com a proposta de 11 oficinas presenciais (16h cada), seguidas de atividades de dispersão (60 dias em média) com objetivo de criação de um plano de intervenção da APS. Traz ainda, que esta proposta poderá ser redefinida, tanto no tempo quanto no número de oficinas em cada local. Destaca-se que a “proposta é de construção coletiva de conhecimentos, apropriação de conceitos e ferramentas que instrumentalizam a sua aplicação, adequados às características da realidade dos participantes” (CONASS, 2011. P. 17)

O processo de implantação das oficinas nos estados dá-se início em reunião preparatória na Secretaria Estadual de Saúde (SES), com intuito de discutir a operacionalização e o papel do estado, dos municípios neste processo, além da criação do grupo condutor e a pactuação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e nos Colegiados dos Gestores Regionais (CGR) (CONASS, 2011).

Num primeiro momento com capacitação das equipes gestoras estaduais para realizarem as oficinas, num segundo momento com a reprodução destas oficinas para as equipes municipais adaptada à realidade estaduais (CONASS, 2011).

Segundo Rio Grande do Sul (2017), as oficinas, por si só, não tinham poder de mudança efetiva no processo de trabalho das equipes. Devido a isto, na busca da consolidação dos micro e macroprocessos da APS, adotou-se a tutoria que é uma concepção educacional voltada para o acompanhamento da prática.

No RS, o projeto piloto da Planificação da Atenção Básica foi desenvolvido, a partir de 2015, na 4ª CRS, nas regiões de saúde Verdes Campos e Entre Rios, dos 32 municípios desta região, 17 aderiram a este projeto e oito deles foram sedes das Oficinas, no Estado as oficinas foram compiladas em 6, com a parceria dos consultores em APS do CONASS e a Secretaria Estadual de Saúde (SES), envolvendo 1200 profissionais e 120 facilitadores (RIO GRANDE DO SUL, 2017). As 6 oficinas ofertadas no RS estão dispostas na figura 4:

Figura 4 - Oficinas realizadas no Projeto Piloto em Santa Maria

TEMÁTICA DAS OFICINAS	OBJETIVOS
I - Redes de Atenção à Saúde.	Analisar o funcionamento do sistema de saúde em Redes de Atenção.
II - Atenção Primária à Saúde.	Fortalecer a Atenção Primária à Saúde no município.
III - Territorialização em Saúde e Vigilância em Saúde.	Fortalecer a concepção de território adscrito e incorporar conceitos da vigilância na organização do processo de trabalho na Atenção Primária.
IV - Organização dos Processos de Trabalho em Saúde na Unidade Básica de Saúde.	Analisar a organização dos processos de trabalho em saúde no âmbito da Atenção Primária.
V - Abordagem Familiar; Sistemas de Informação; Análise de Situação de Saúde e Monitoramento.	Analisar a situação de saúde com base nos sistemas de informação; Utilizar metodologias de monitoramento e avaliação da Atenção Primária; Aplicar instrumentos de Abordagem Familiar.
VI - Organização da Assistência Farmacêutica; Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); Genograma e Contratualização.	Utilizar o Genograma como instrumento de abordagem familiar; Organizar a assistência farmacêutica; Analisar os resultados obtidos no PMAQ; Participar da construção e monitoramento do sistema de contratualização da Atenção Primária.

Fonte: Informativo da Atenção Básica nº 2 de 2017

A PAP consiste na realização de oficinas, tutorias e capacitações de curta duração para trabalhadores e gestores, a partir da discussão da carga triplíce de doenças, fortalecimento da APS em escala de micro e macroprocessos e organização da RAS (CONASS, 2020).

Após o desenvolvimento de cada oficina eram pactuadas atividades de dispersão, a serem realizadas tanto por gestores como por trabalhadores das equipes de saúde (MEGIER, 2020)

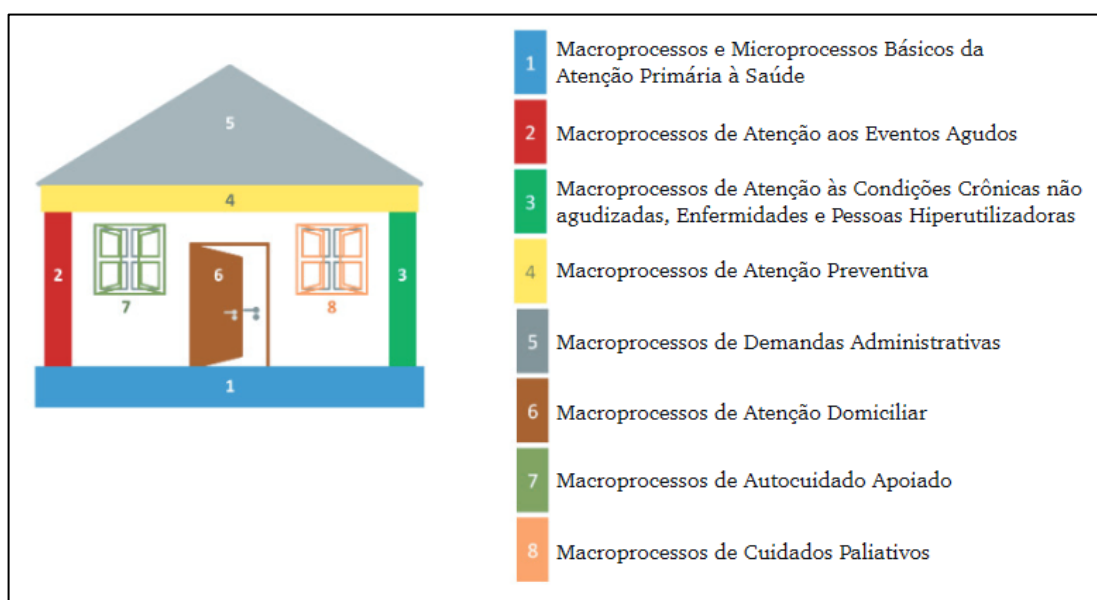
Segundo o CONASS (2020, p. 27) as oficinas são baseadas pelo princípio da andragogia, com utilização das “práticas problematizadoras que proporcionam uma ação reflexiva dos atores envolvidos” e tem o intuito de estimular processos de planejamento estratégico e participativo a partir do desenvolvimento de ações concretas.

Segundo CONASS (2020), foi utilizado como base de referenciais teóricos para as oficinas o “Modelo de atenção às condições crônicas, adaptado para o Sistema Único de Saúde” e o da “construção social da APS”, buscando:

restabelecer a coerência entre a estrutura da demanda e da oferta, a fim de ampliar a capacidade de responder, também, às demandas por condições crônicas não agudizadas, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, por atenção a pessoas hiperutilizadoras e por autocuidado apoiado (CONASS, 2020, p.32).

Para trabalhar o processo da construção social da APS, Mendes (base referencial para a PAP) faz uso da metáfora da construção de uma casa, conforme figura 5., onde: “o alicerce representa a solidez da APS; e, a partir dele, vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela”. Junto a isto apresenta os momentos de mudanças estruturais e processuais necessárias dos micro e macroprocessos que permitirão as respostas satisfatórias as diferentes demandas (CONASS, 2020).

Figura 5 - A metáfora da casa na construção social da APS



Fonte: CONASS, 2020.

Ao término do período presencial da PAP, oficinas, foi dado início ao processo tutorial, que era o acompanhamento de profissionais externos nas unidades de saúde

(*in loco*) com objetivo de acompanhar os processos de organização e gerenciamento (MEGIER, 2020).

A Planificação tem se modificado ao longo dos anos e quando desenvolvida em Santa Maria/RS, no período de 2015 a 2017, ela apresentava-se como “Planificação da Atenção Primária” e após este período, e pela percepção da necessidade de integrar com a atenção especializada (2017) e a atenção hospitalar (2019) para a articulação das RAS, começou a ser denominada Planificação da Atenção à Saúde (CONASS, 2020).

Em 2020, o CONASS publicou um documento baseado na revisão de escopo das publicações oriundas das Planificações desenvolvidas em todo território nacional de 2008 a 2019, e trouxe algumas potencialidades e fragilidades. Sendo algumas das potencialidades: as parcerias entre instituições governamentais e não governamentais, comprometimento intraequipe, e a participação dos gestores no processo da Planificação. E entre as fragilidades: o fato de nem tudo que foi proposto conseguiu ser implementado; a territorialização não ser condizente com a população preconizada; desvalorização dos trabalhadores e fragilização dos vínculos empregatícios, insuficiência de recursos humanos entre outros (CONASS, 2020).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DELINEAMENTO

A partir das considerações apresentadas, acredita-se que o estudo de avaliação qualitativa seja o delineamento metodológico mais adequado para responder ao problema a ser investigado. Polit e Beck (2019) destacam que os estudos avaliativos qualitativos, ao focar a qualidade e o impacto de ações e atividades em serviços de saúde, são recentes e representam uma resposta às políticas públicas para as melhores práticas a serem desenvolvidas.

Para Minayo (2014), os aspectos qualitativos se ocupam em responder questões que não podem ou não deveriam ser quantificadas, trabalha com significados, motivos, crenças, valores e atitudes, fenômenos humanos que são parte da realidade social, pois além de agir, o ser humano reflete sobre ação e partilha dessas vivências com seus semelhantes, aprofundando a compreensão dos fatos e das relações.

Nesse sentido, avaliar, segundo Furtado (2009, p.717), “é emitir juízo de valor sobre determinada intervenção (programa, serviço, etc.) com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se dados e informações construídos ou já existentes, visando a tomada de decisão”.

Para Contandriopoulos *et al* (1997), quando associada aos métodos científicos, que tem como objetivo o julgamento *ex-post* de uma intervenção, possibilita comparar a empregabilidade dos recursos para atingir os objetivos propostos (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e o alcance dos objetivos propostos (resultados). Esta pesquisa, ao avaliar os efeitos da PAP para a efetivação do eixo transversal do PMAQ, possibilita a análise dos fundamentos teóricos, a pertinência, os efeitos e rendimentos de uma intervenção, de forma contextualizada com intuito de auxiliar nas tomadas de decisões.

A pesquisa qualitativa permite olhar a partir da dialética da realidade social, conhecendo as percepções, reflexões e intuições, as raízes dos significados e as relações que apresentam a partir deste ser social e histórico, tentando compreender o desenvolvimento da vida humana (TRIVIÑOS, 2010).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na rede de Atenção Básica no município de Santa Maria/RS, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul, apresentado na Figura 5. Santa Maria tem sua origem na freguesia que foi elevada à categoria de vila em 17 de maio de 1858, e à cidade em 6 de abril de 1876. Em 7 de maio de 1878 foi criada a Comarca de Santa Maria. Possui, atualmente, 280,505 mil habitantes, destes 95,14% na área urbana e 4,86% na área rural, sendo 52,64% mulheres (137.387 mil) e 47,36% homens (123,634 mil) (SANTA MARIA, 2018).

Figura 6 - Localização da cidade de Santa Maria



Fonte: Instituto do Planejamento de Santa Maria - RS/ IPLAN -2014

Neste município, 80% dos empregos da população economicamente ativa estão vinculados à prestação de serviços (setor terciário), possui ainda serviços públicos federais como a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e é considerada o segundo maior contingente militar do Brasil, com 11 quartéis, base aérea, escola militar. Possui ainda, instituições de ensino superior como a Universidade Luterana do Brasil a(ULBRA), a Universidade Franciscana (UFN), a Faculdade Metodista (FAMES), as Faculdades Palotinas (FAPAS), a Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA) e a Faculdade de Direito de Santa Maria

(FADISMA). Devido a este cenário, Santa Maria é habitada em sua maioria por jovens de 15 a 29 anos (SANTA MARIA, 2018).

A Rede de Atenção Básica do município de Santa Maria conta com 24 Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e 20 Unidades Básicas de Saúde parametrizadas (UBS), 5 equipes de Saúde da Família (eSF), totalizando 29,35% de cobertura de ESF e 56,21% de cobertura de Atenção Básica em qualquer modalidade (e-gestor, 2020).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde), vinculados às unidades Básicas de Saúde, participantes das oficinas de PAP e do PMAQ, vinculadas a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS. Foi estabelecido como critério de inclusão ter participado de 75% das oficinas da PAP ofertadas pelo CONASS e ter participado do segundo e terceiro ciclo do PMAQ. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados ou em licença no período da coleta de dados e os que atuaram como facilitadores na PAP.

Esses foram identificados através da listagem das pessoas que participaram da PAP, disponibilizadas pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) de Santa Maria, totalizando 95 profissionais de saúde, sendo que 47 eram facilitadores e por esse motivo foram excluídos. Dos 48 profissionais, 19 não haviam participado do 2º e 3º ciclo do PMAQ, restando para análise 29 participantes. Dentre estes 03 não integram mais o quadro de servidores do município, 05 estavam no período de férias, 04 encontravam-se afastados devido a pandemia e 6 recusaram participação, totalizando uma amostra de 11 participantes.

Cabe destacar que não foi utilizada a técnica “bola de neve” proposta inicialmente porque o número de sujeitos elegíveis para o estudo ficou reduzido (29). Tentou-se entrar em contato com todos para realização da pesquisa, sendo 11 o número de profissionais que se conseguiu contato e que apresentaram disponibilidade de participar. Fizeram parte deste estudo 11 profissionais, sendo eles 1 médico, 1

enfermeiro, 1 cirurgião dentista, 2 técnicos de enfermagem e 6 ACS, com seu tempo de serviço no município de Santa Maria variando de 9 a 20 anos. Ressalta-se que o período de coleta de dados coincidiu com a Pandemia por Covid-19 em que foram suspensas atividades presenciais conforme o Protocolo do Estado, orientações UFSM.

Segundo Minayo (2014), na pesquisa qualitativa, a amostragem não tem a intenção de generalização, mas o aprofundamento, onde a amostra reflita a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo.

4.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

A produção dos dados ocorreu através da entrevista semiestruturada compreendida por Minayo (2014) como “conversas com finalidade”, que buscam informações pertinentes ao objeto de estudo. Essa estratégia possibilita, a partir do seu roteiro, flexibilidade e novos questionamentos para elucidar respostas ou que provoque uma narrativa sobre a experiência sem que se distancie dos pressupostos desejados.

Com objetivo de qualificar o roteiro da entrevista semiestruturada, foi realizada entrevista piloto com profissional que também experienciou a PAP e o PMAQ. A entrevista piloto permitiu identificar que alguns termos não possuíam clara conceituação pelos participantes, apesar de serem utilizados pelo PMAQ desde o primeiro ciclo. Com objetivo de superar tal obstáculo foi incluído nas entrevistas a leitura dos conceitos² (autoavaliação, educação permanente, monitoramento de indicadores, apoio institucional e cooperação horizontal) quando necessário.

A entrevista semiestruturada foi desenvolvida entre os meses de julho à outubro de 2020, mediante contato prévio via aplicativo social de mensagem WhatsApp® ou telefone, foi agendado data e horário pertinente para cada participante, em local confortável que garantisse sigilo e confidencialidade dos dados. Dentre os participantes quatro optaram por realizar a entrevista de modo *online* a partir da Plataforma GoogleMeet®. Para a realização das entrevistas em um cenário de

² Os conceitos utilizados durante as entrevistas foram extraídos do Manual Instrutivo do PMAQ (BRASIL, 2017)

pandemia da covid-19, foram seguidas as medidas de segurança para evitar contágio, como uso de máscara, distanciamento e uso de álcool em gel.

Foi utilizado dispositivo eletrônico de áudio para gravar as entrevistas presenciais e online, posteriormente, foram transcritas no editor de texto da Microsoft Word® para posterior análise. Após transcrição das entrevistas, estas foram enviadas aos participantes para realizarem a leitura na íntegra, acrescentamos ou supressões em suas falas, nenhum participante teve interesse em modificar o que havia sido dito/escrito, validando as entrevistas.

Beck, Gonzales e Leopardi, (2002) sugerem que entrevista seja devolvida ao participantes para que este possa corrigir, caso não tenha sido entendida de forma adequada sua explanação sobre o tema, ratificando suas respostas e/ou acrescentando ou omitindo algum ponto que desejassem. Os participantes do estudo foram identificados pela letra alfabética E, seguido de número arábico crescente, conforme a ordem cronológica de realização (P01, P02...P07...) e as entrevistas tiveram a duração média de 40 minutos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizada a proposta operativa de Minayo (2014), a qual permite que levemos em conta o contexto e a questão de empiria, sendo organizada em dois níveis operacionais, sendo o primeiro exploratório, marcado pela compreensão do contexto sócio-histórico do grupo pesquisado, constitui o marco teórico-fundamental para a análise, caracteriza e estabelece um perfil do contexto onde tudo acontece, permitindo a compreensão deste. O segundo nível operacional é interpretativo, que se caracteriza pelo encontro com os dados propriamente dito, buscando identificar na fala dos participantes o sentido, a lógica interna, as projeções e interpretações acerca do tema investigado, sendo necessário analisar as entrevistas, histórias de vida, observações e falas sobre as instituições.

A interpretação exigiu a construção tanto de categorias analíticas (construídas antes do contato com os dados, na fase exploratória) quanto categorias empíricas e operacionais, a partir dos dados colhidos e acumulados, o qual retoma o referencial teórico e analisa a necessidade de aprofundamento ou redirecionamento teórico, num processo de reaproximação com o objeto, “o pensamento antigo (proveniente da fase

exploratória) que é negado, mas não excluído, encontra outros limites e se ilumina na elaboração do momento presente” (MINAYO, 2014. P. 356).

No nível interpretativo foi realizado a ordenação dos dados, que consiste em transcrição e releitura do material obtido, organização dos relatos e das observações em uma determinada ordem, de acordo com as categorias analíticas, submetendo este corpus a um processo hermenêutico, que deve ser tecnicamente trabalhado. Após a ordenação dos dados foi dado o início a classificação dos mesmos e posterior a segunda etapa do nível interpretativo, que foi dividido em 4 momentos: leitura horizontal, leitura transversal, análise final e construção do relatório (MINAYO, 2014).

Na leitura horizontal e exaustiva dos textos foi decorrido a leitura de cada entrevista e de todos os materiais, anotando as primeiras impressões e buscando uma coerência interna, captando as estruturas de relevância, bem como as ideias centrais. Aos poucos, com a imersão foi possível construir categorias empíricas, que futuramente foram confrontadas com as categorias analíticas tentando relacioná-las e interconectá-las.

Na leitura transversal, os textos foram lidos e organizados em subconjuntos em sua totalidade, estes subconjuntos foram organizados com parte de cada entrevista e separados em unidade, sentido, estrutura de relevância ou tópicos de informações ou temas. Articulando os achados e categorias ao referencial teórico, chamado “concreto pensado” que alicerça a análise final do material e apresenta “um texto ao mesmo tempo fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível” (MINAYO, 2012. P.625).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras expressas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, cujo texto incorpora os referenciais da bioética (“autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade”), no que tange às pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

O pesquisador respeitou a dignidade humana, realizou uma conversa inicial pelo telefone, elucidando a justificativa, a metodologia e os objetivos e convidando os a participar da pesquisa, oferecendo-lhes tempo adequado para refletir sobre a

decisão livre e esclarecida para participar do estudo. Foi-lhes assegurado o direito de recusar-se a participar, bem como de retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Durante a entrevista realizou a apresentação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), estando este compreendido pelo convidado pode ser assinado em duas vias. Para o consentimento dos participantes na modalidade online foi enviado o TCLE previamente, no qual foi lido na íntegra antes iniciar a entrevista e solicitado que após realizar a assinatura fosse encaminhado uma fotocópia para o correio eletrônico da pesquisadora a fim de garantir os princípios éticos.

Os riscos/ danos foram analisados pela pesquisadora, sendo considerados mínimos, tendo em vista que a coleta dos dados, por se tratar de uma entrevista semiestruturada poderia ter gerado cansaço, ansiedade ou algum tipo de desconforto. Caso identificadas tais manifestações ou relatadas pelos participantes a pesquisadora comprometeu-se em suspender a entrevista sem nenhum prejuízo ao convidado. Os riscos de contágio do Coronavírus foram reduzidos, com uso de máscara apropriada, uso de álcool gel, distanciamento na realização das entrevistas e foi dada a opção de entrevista online.

Quanto aos benefícios analisados, consideramos que a reflexão gerada a partir da entrevista semiestruturada possibilita um novo olhar para os processos de trabalho, bem como da devolutiva do trabalho tanto para os participantes quanto para a gestão municipal e estadual, visto que a pesquisa avaliativa tem por objetivo final auxiliar nas tomadas de decisões, tendo em vista que as informações devam ser fornecidas as pessoas com poder de decisão (CONTANDRIOPOULOS, et al, 1997).

A devolutiva da pesquisa acontecerá após a apresentação da Dissertação de Mestrado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, através de artigos científicos, submissão em periódicos, construção de trabalhos completos/ resumos, apresentação dos resultados no Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC). Para o município será proposto ao NEPES/Santa Maria um encontro com os servidores e gestão para apresentação dos resultados convidando profissionais da 4ª CRS que participaram da organização da Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Foi assinado o Termo de Confidencialidade (ANEXO B), o qual consta o comprometimento dos pesquisadores com a confidencialidade, a privacidade e o sigilo

com todas as informações obtidas através da pesquisa, bem como a utilização destas somente para este fim. O material como os áudios das entrevistas, as transcrições, os TCLE digitalizados e demais materiais serão armazenados em um pendrive exclusivo para este fim e ficarão sob responsabilidade da Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller, por período de cinco anos, guardados no armário na sala 1308 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, após este período será formatado.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) do município de Santa Maria para apreciação e autorização institucional (ANEXO C), após foi registrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (ANEXO D), o qual foi aprovado sob parecer nº 3.944.391e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) nº 27754820.6.0000.5346.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa dissertação optou-se por apresentar os resultados e a discussão a luz da literatura de forma integrada.

O PMAQ, como sugere Donabedian, avalia a Estrutura, o Processo e o Resultado dos serviços de saúde. Possibilita avaliar as estruturas como os recursos materiais, instalações e equipamentos, recursos humanos e este componente encontra-se nos compromissos assumidos pela gestão, na autoavaliação desta e na avaliação externa (GOMES, 2013). Na Avaliação de processo, considera as ações da equipe, sua organização de trabalho para promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde, reforçando que esta organização deve estar em conformidade com a PNAB vigente, incentivando ações de acolhimento e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (BRASIL, 2017).

A avaliação de processo é identificada no eixo transversal do PMAQ, que segundo Brasil (2017) se caracteriza por ações que serão empreendidas pelos trabalhadores e gestores das três esferas de governo, com o intuito de promover movimentos de mudança, os quais contribuirão para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Na avaliação do resultado o PMAQ possibilita avaliar o impacto das ações nos indicadores e na avaliação dos usuários, a vinculação destes com a equipe e a qualidade das visitas domiciliares (GOMES, 2013).

A interiorização da PAP por sua vez, segundo Megier (2020), foi sediada em Santa Maria/RS, como apoio para a superação das dificuldades encontradas naquele momento na rede de atenção do município que apresentava baixa cobertura de atenção básica, sub-financiamento da saúde e fechamento de leitos hospitalares. A PAP foi viabilizada por grupo um condutor que dirigiu o processo de planificação através de oficinas e tutorias com os profissionais da rede de AB abordando temas relacionados ao Processo de trabalho desenvolvidos na APS.

Neste período, os participantes do estudo, trabalhadores da AB de Santa Maria/RS, que participaram concomitantemente do PMAQ e da PAP e ambos os programas apresentavam intenções similares de melhoria do processo de trabalho das equipes. Para fins de análise, apreciamos os resultados a partir da secessão dos componentes do eixo estratégico do PMAQ e pospositivo uma análise mais abeirada do PMAQ e PAP.

5.1 AS DIMENSÕES/ COMPONENTES DO EIXO ESTRATÉGICO TRANSVERSAL DO PMAQ

A autoavaliação nos serviços de saúde é considerada por Brasil (2017) um importante gatilho de mudanças, a medida que possibilita desencadear provocações na(s) equipe(s). Utilizada para reconhecer potencialidades e fragilidades, produzindo sentidos e significados mobilizadores de mudança e aprimoramento. É um momento oportuno para a equipe refletir sobre seus processos, identificar os nós críticos e as possibilidades de superação destes traçar o planejamento a partir das matrizes de intervenção, de forma a identificar as necessidades e os apoiadores para concretização das mudanças (BRASIL, 2017)

Os participantes do estudo, ao serem arguidos sobre a(s) contribuição(ões) da planificação nos processos de autoavaliação, referiram não ter percebido mudanças significativas nos cenários de prática como demonstram as manifestações a seguir:

P02 – “A planificação em si, eu acho que não foi a grande colaboração, porque a planificação deu alguns eixos pra nós que o PMAQ já tinha dado [...], era uma coisa que a gente já estava trabalhando em cima”.

P03 – “Não contribuiu. Eu acho que não contribuiu muito”.

No entanto, ao analisarmos os conteúdos trabalhados na PAP de 2016 nas Oficinas I, II, III e IV, a autoavaliação foi trabalhada transversalmente (CONASS 2015a, 2015b, 2015c, 2015d). Quando abordada a rede de atendimento materno-infantil. Na oportunidade, foi solicitado aos participantes da referida oficina, a partir da atividade de dispersão 12, a qual orientou: “Calcular número de gestantes e crianças estimada para o território da equipe; pensando nas atribuições da APS, refletir em equipe sobre o que estão fazendo e o que deveriam fazer – tanto no aspecto de cobertura de pré-natal e puericultura atual x esperada (considerando o número estimado de gestantes) quando considerando os aspectos presentes no quadro” (CONASS, 2015a, p. 111).

Nesta atividade, foi possível identificar a dimensão da autoavaliação baseada no monitoramento dos dados, outro elemento do eixo estrutural do PMAQ.

Em material equivalente, Oficina II, foram discutidos os atributos da APS tendo como referencial a produção teórica de Barbara Starfield, oportunidade na qual foi realizado o preenchimento de uma matriz avaliativa, que objetivava “saber em que estágio encontra-se a RAS [...], identificar áreas críticas de desempenho das RAS e propor um Programa de Desenvolvimento Institucional e Clínico que fortaleça a RAS” (CONASS, 2015b, p. 29-30). A atividade foi desenvolvida, como sugere o material, por gestores e trabalhadores e, desta forma, pontua itens de governabilidade deste ou daquele.

Segundo Brasil (2016, p.13) a autoavaliação “é o ponto de partida nesse processo, sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão”. Traz ainda que é necessário avançar na autoanálise, na autogestão para formulação de estratégias de intervenção no sentido de superação dos problemas. Não podendo intervir em todos, deverão ser eleitas prioridades para construção de estratégias de ações concretas. Por ocasião da análise do material disponibilizado pela PAP, não foi possível identificar o desenvolvimento, neste módulo, do planejamento para superação das dificuldades encontradas nem eleger prioridades para tais intervenções.

No material disponibilizado para a Oficina III, identifica-se o processo autoavaliativo quando abordada a temática território, oportunidade em que foram apresentadas questões norteadoras. Na sequência, foi apresentado o material instrutivo de apoio que abordava as ações da equipe no território. Essas solicitavam dos participantes a indicação de estratégias possíveis para superação das questões territoriais. Entretanto, de forma sequencial, os materiais das oficinas, delimitaram as ações a serem desenvolvidas pelas equipes dividindo-as em: equipes que necessitam realizar cadastramento e equipes que já o realizaram. As equipes que já tinham realizado o cadastramento foram orientadas para o uso de metodologia da estimativa rápida e análise de situação de saúde local (CONASS, 2015c).

No material de apoio às oficinas foi possível identificar que, as estratégias de superação dos problemas encontrados foram encaminhadas de forma vertical, uma vez que as ações propostas pelos trabalhadores/gestores locais não foram valorizadas, afastando os das metas estipuladas.

A verticalização das metas e dos planos de ações, manifestada na condução do processo de Planificação foi identificada nas falas dos participantes deste estudo, conforme os trechos a seguir:

P02 – “A planificação, eles jogaram aquele monte de coisa, enfiaram a gente naqueles vários dias de qualificação, ou sei lá como chamaram aquilo, pra dizer como iam funcionar as coisas daqui pra frente e não... assim, se tu me perguntar, se tu perguntar pra vários profissionais, eles não vão nem saber te dizer exatamente o que foi aquela planificação”.

P08 – “A gente implementou aquilo que eles colocaram pra nós, a ideia. Vamos dizer assim, a gente tentou implementar na unidade pra todos o processo de trabalho e algumas vezes a gente tinha dificuldades. Aí a gente acionava eles e eles diziam o que estava... de que outra maneira dava pra fazer, isso ajudava bastante, ter esse suporte também, isso faz falta”.

Os participantes demonstram nas suas falas que o processo de construção da PAP na rede de AB de Santa Maria, foi impositivo, produzindo o afastamento destes do protagonismo na construção de uma proposta de intervenção, buscando a qualificação dos cenários estudados. Nesse sentido nos associamos as ideias de Matus (2000, *apud* BRASIL, 2016), ao afirmar que:

“Os processos de planejamento construídos de forma democrática e pactuados entre os atores implicados (gestores, coordenadores, equipes/profissionais e usuários) são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e as realidades locais. Favorecem também a maior comunicação entre os atores, com o aumento da capacidade gerencial de tomada de decisões e construção de consciência coletiva e responsabilização dos envolvidos”

Na oficina IV, foi possível identificar mais um momento de autoavaliação, oportunidade em que foi tratado o tema da “garantia do acesso dos usuários a Rede de Atenção Básica”, cuja proposta abarca questões autoavaliativas. Foi solicitado aos participantes que elencassem dois nós críticos ao mesmo tempo em que foi dada a orientação para o uso de uma matriz interventiva para o planejamento e a busca da superação dos problemas encontrados (CONASS, 2015d).

O modelo de autoavaliação apresentado nesta oficina, segue o proposto pelo PMAQ, qual seja almejar uma situação ideal, identificar nós críticos que os impeçam

de realizar e a partir disso estruturar uma matriz de intervenção que estabeleça ações a serem desenvolvidas, prazos, responsáveis e metas a serem atingidas (BRASIL, 2016). Esses em conformidade com o compromisso das equipes de AB que aderiram ao Programa “Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso” (BRASIL, 2017, p.22).

Foi possível identificar que o termo autoavaliação, foi utilizado apenas na oficina VI referente abordava a temática do PMAQ, de forma instrutiva, fato que dificultou a identificação/nomeação desta prática pelos participantes.

A avaliação citada pelos participantes do estudo aponta para uma avaliação empírica que se deu a partir das oficinas e atividades de dispersão, sendo que as mesmas não foram oriundas das necessidades identificadas pelos trabalhadores envolvidos diretamente no processo de trabalho, como relata o participante a seguir:

P09 – “Quando a gente terminou, a gente estava naquele gás, a gente aprendeu tanta coisa que a gente queria fazer tudo no mesmo tempo, então... vamos fazer isso, mas na outra semana a gente tentou fazer esse, vamos avaliar como foi, aí avaliava, alcançamos ou não alcançamos os objetivos. Não, então vamos repetir, vamos ver o que faltou, no início a gente conseguiu fazer, mas agora.

Neste sentido Brasil (2017, p.26) aponta que as práticas avaliativas empíricas também são importantes para o processo, pois,

cabe lembrar que a realização de autoavaliações, periodicamente, com auxílio de instrumentos estruturados, não exclui a existência e importância das “práticas avaliativas” cotidianas, nem sempre conscientes ou planejadas, e que também podem mobilizar os trabalhadores na direção do aprimoramento de suas práticas.

Brasil (2017) recomenda que a autoavaliação seja realizada por toda equipe e utilize ferramenta que possibilite avaliar estrutura, processo e o resultado esperados das ações, sendo uma ferramenta pedagógica potente, que permite reflexão e problematização, possibilitando a elaboração de soluções a partir dos problemas identificados estimulando mudança efetiva no modelo de atenção. Modelos autoavaliativos reflexivos e comprometidos com a melhoria dos serviços podem potencializar outras dimensões do eixo estrutural do PMAQ, uma vez que estes possibilitam identificar necessidades de educação permanente e apoio institucional.

Para Sousa (2018), o monitoramento é o acompanhamento sistemático, através de indicadores extraídos de coletas de dados contínuas, produzindo informações que contribuam para o processo avaliativo de determinada intervenção.

O Manual instrutivo do PMAQ divide essa tônica em monitoramento de ações e de indicadores, ressaltando o monitoramento de ações como processo formativo, pedagógico e reorientador de práticas, subsidiando tomadas de decisões, revisitando as matrizes de intervenção prévias, oriundas dos processos avaliativos e possibilitando aprendizado institucional, além de reconhecer as ações de sucesso desenvolvidas pelas equipes ela deve aliar-se ao planejamento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2017).

No que tange o monitoramento de indicadores, este embasa a definição de prioridades, bem como o planejamento das ações, além de promover o reconhecimento dos resultados atingidos, fortalecendo a responsabilidade sanitária, ampliando o processo de contratualização de metas e compromissos e instigando o protagonismo dos atores (BRASIL, 2017).

As oficinas I e II não abordam diretamente o monitoramento, porém introduzem a temática ao trabalhar a importância de alguns indicadores como cargas de doenças, prevalência de doenças crônicas, introdução aos cálculos de cobertura da ESF (CONASS, 2015a, 2015b). Outra temática abordada, na oficina III, que também é base para o monitoramento é a territorialização e a importância do cadastramento dos usuários (CONASS, 2015c). Alinhado a isso, Brasil (2017, p.27) traz que o “uso da informação constitui elemento essencial para a gestão do cuidado, destacando-se o cadastramento domiciliar e a elaboração de diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde no território. Esta abordagem baseada no cadastramento e monitoramento dos dados foi assimilada pelos participantes, conforme fala a seguir:

P11- *“Ele nos ajudou bastante a avaliar nossos cadastros, que antes a gente fazia o cadastro depois fazia a visita e só lançava a visita e não avaliava os cadastros, então agora a gente tem avaliado bastante os cadastros, porque nós temos os indicadores”.*

A oficina V trabalha o monitoramento como temática central, conceituando também o termo indicadores e traz como competências a serem desenvolvidas nesta etapa:

Capacidade de análise da situação de saúde com base nos sistemas de informação, tendo em vista o planejamento, a programação, monitoramento e avaliação das ações na Atenção Primária à Saúde. Capacidade de utilizar metodologias de monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde. Capacidade das equipes da Atenção Primária à Saúde de aplicar, em seu trabalho cotidiano, instrumentos de Abordagem Familiar (CONASS, 2015e, p.3).

Nesse sentido os participantes manifestam que:

P01 – “No sentido dos ACS acho que melhorou a compreensão deles, pra poder organizar melhor o trabalho, na questão que alguns indicadores norteavam, ir mais atrás das gestantes, fazer mais visitas ali, questão de orientação. Melhorou a comunicação entre os profissionais”.

Os dados coletados e registrados são essenciais para o processo de monitoramento, em muitas situações a depender do escopo e desenho também para o processo de avaliação (SOUSA, 2018). Nesse sentido a PAP trouxe ferramentas que auxiliariam no processo de olhar os dados extraídos, como a Escala de Coelho e o painel epidemiológico, também lembrado pelos participantes.

P10 – “Auxiliou bastante, principalmente na parte do painel epidemiológico, que a gente trabalhou bastante, com o painel epidemiológico e com a territorialização, eu acho que isso ajudou bastante e acho que isso foi bem positivo para a equipe. [...] trabalhou bastante escala de Coelho, que a gente fez com todas famílias e que daí a gente tem outra visão de quando a gente não fazia e de quando a gente começou a trabalhar com isso, até com os indicadores, para buscar mais [...]”.

O Instrutivo do PMAQ nos traz que o processo de monitoramento é longitudinal, capaz de gerar mudanças, deve ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, fortalecendo as responsabilidades e o protagonismo, ao revelar fragilidades deve motivar as equipes e gestão na busca da superação dos desafios (BRASIL, 2017). Como é possível identificar nas avaliações dos participantes a seguir:

P10- “[...] os indicadores para gente pensar melhor o que vai fazer, as estratégias né, pra buscar melhorar, principalmente alí, escala de Coelho que a gente trabalhou com visita, com busca par dar uma atenção diferenciada”.

P05- “Às vezes tu pensa! Atendo um monte de hipertensos, ou atendo as gestantes, mas eu não tenho os dados exatos ou não estou registrando adequadamente, ou não sei quantas pessoas estão me... estou perdendo de atender. Então os dados ajudaram muito também”.

A PAP elencou a rede de atenção materno-infantil como prioritária, devido a isso, recebeu maior ênfase tanto nas oficinas, como nas atividades de dispersão, também no que diz respeito aos indicadores e monitoramento, emergindo na fala dos participantes.

P03 – “Eu acho que melhorou alguma coisa, referente ao pré-natal, que estruturou bastante. Por causa dos indicadores do pré-natal e da saúde da criança [...] do monitoramento do pré-natal, nos fez também sentar e fazer a linha de cuidado da gestante e dentro dessa linha de cuidado ali dentro já está os dados, os indicadores, que são testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites, já tá ali as 6 consultas ou mais e a vacinação”.

Alguns participantes trouxeram que o monitoramento já era trabalhado pelas equipes a partir do PMAQ, sendo as contribuições da PAP nesse contexto não percebida por todos, conforme as falas abaixo:

P02- “A gente já estava tão inclinado a fazer esse monitoramento de indicadores pelo norte do PMAQ ... eu não enxergo a planificação no que a gente vem fazendo desde então”. “[...] Agora tu vem me trazer essa palavra de novo, “planificação”, porque a muito tempo eu não escutava ela”.

P03- “Porque a gente já estava fazendo... ah eu vou fazer pelo PMAQ, mas daí cada um faz de um jeito e ainda continua se fazendo um pouco, cada um de um jeito, mas pelo menos a gente começou a olhar para o mesmo lado”.

A cultura avaliativa cotidiana, através do monitoramento e dos demais processos avaliativos são importantes para a gestão dos serviços de saúde no momento que subsidia a formulação dos instrumentos de gestão, plano anual, programação anual de saúde e relatório de gestão (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016). Porém, para além disso, deve ser instrumento de uso dos trabalhadores, permeando as ações de planejamento e subsidiando a escolha das temáticas a serem trabalhadas na educação permanente.

A educação permanente é um aprendizado cotidiano, incorporado no trabalho, baseado na aprendizagem significativa, com a possibilidade transformadora de práticas profissionais, conforme Brasil (2018b p.10):

Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Nesse contexto, é um instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local e precisa ser pensada e adaptada, portanto, às situações de saúde em todo o sistema.

Na PAP as oficinas propostas foram identificadas pelos participantes deste estudo como uma ação de educação permanente importante, na medida em que possibilitou a retomada de conceitos ao mesmo tempo em que instigou processos reflexivos a partir da prática cotidiana, vivenciada pelos trabalhadores nos seus espaços de produção de saúde:

P05 – “Naquele momento (oficinas) a planificação contribuiu muito, porque foi muito esclarecedor para todo mundo. Todos evoluímos muito com aquilo, e também nos lembrou do quanto é importante se manter atualizados. [...] Nas oficinas aprendemos como teríamos que continuar, dar continuidade ao trabalho”.

P03 – “Eu acho que ela (oficinas da planificação) contribuiu para que a equipe fizesse um cronograma de educação [...] mas nas reuniões de equipe. [...] A gente fazia metade da reunião de equipe com estudo de caso e a outra pra ver o que da planificação nós tínhamos avançado, qual eram os indicadores que nós tínhamos que

melhorar e também alguma atividade educativa. [...] às vezes era os Agente Comunitários de Saúde de abordagem da visita domiciliar, outras vezes o médico, como a avaliação do hipertenso e diabético, do controle de risco, de fazer a classificação de risco referente ao pré-natal então, eu acho que isso ajudou bastante”.

As manifestações dos participantes acima referidos vão ao encontro de Brasil (2017) quando traz que a Educação Permanente pressupõe um processo pedagógico, que trabalhe tanto com a atualização de conhecimentos, como aquisição de novos, ampliando as habilidades. Sugere a aprendizagem significativa como baseada nos problemas e desafios do processo de trabalho, considerando os elementos que façam sentido para os envolvidos e deve abarcar para além da técnica, valores, relações de poder, planejamento e organização do processo de trabalho.

Em relação ao potencial da Educação Permanente resultante do processo desencadeado pela PAP, os participantes a seguir relatam que:

P02- “Isso abriu na época, nós tivemos muitas capacitações que foram válidas [...] logo que estava se falando muito nessa dinâmica da planificação, mas depois parou tudo. [...] eles falavam no cuidado com o profissional da saúde, essas coisas chamavam nossa atenção e faziam a gente se interessar mais pela questão da planificação, de implementar o que eles pediam, mas depois essas questões foram se perdendo bastante. [...] as capacitações eram uma coisa que teriam que retornar. Muitos cursos que a gente faz [...] são internos da unidade, o município já não está se preocupando com isso há algum tempo”.

P04- “A planificação, ela desacomodou muito, [...]a educação permanente ela seguiu por um período, depois da planificação a gente teve um investimento grande da própria gestão, mas depois se perdeu totalmente. [...] Mas a gente teve ali um período muito bom em que a gente teve muitas capacitações, todo mundo foi convocado muitas vezes, pra trabalhar muitos temas”.

A PAP foi apontada pelos participantes como oportunidade desencadeadora de processos de educação permanente ofertados posteriormente pela gestão, porém pesam sobre a falta de continuidade destes.

Os relatos pelos trabalhadores a partir da proposta da Planificação junto a 4ª CRS evidenciaram um problema estrutural do Brasil, qual seja, a descontinuidade político-administrativa que afeta a integralização dos programas, a exemplo do próprio PMAQ. A descentralização das ações, a partir da municipalização da saúde, desde a sua origem, constituiu-se como potência para a aproximação dos serviços com os usuários permitindo a proposição de intervenções a partir conhecimento do perfil epidemiológico e das particularidades identificadas em cada território. Ao mesmo tempo possibilitou a ampliação da rede de atenção, que por sua vez ampliou a força de trabalho tornando-se o processo de municipalização transformador do cenário de saúde brasileiro pós Constituição Federal de 1988 (MACHADO; COTA; SOARES, 2015).

Machado, Cota e Soares (2015) afirmam que a descentralização e municipalização, contribuem para a descontinuidade do processo de implementação das políticas de saúde, causando prejuízos, decorrentes de interrupções nos programas de educação não formal e processos reflexivos que são importantes para a promoção do empoderamento dos trabalhadores. Cabe destacar que no curso da PAP houve a troca da gestão Municipal, Estadual e Federal, impactando na descontinuidade da proposta (MEGIER, 2020).

A planificação possibilitou uma aproximação entre os profissionais de diferentes núcleos, o que gerou uma ampliação das possibilidades de educação permanente in loco, como revela o participante a seguir:

P09 – “Eu acho que contribuiu bastante porque teve outros profissionais que a gente nem sabia que existia né, que a gente não tinha muito contato com esses profissionais. E acabou com eles vindo, tendo educação permanente, com psicóloga, até nutrição, até psiquiatra, que a gente até sabia que tinha, mas não sabia que podia contar com eles e eles vieram e começaram a educação permanente com a gente”.

Nesse sentido, cabe destacar que as Diretrizes Nacionais de Educação Permanente em Saúde publicadas em 2018 apontam para a interprofissionalidade como um dispositivo para a integralidade com a integração de diferentes campos de conhecimentos, com intensa interação entre diferentes núcleos profissionais contribuindo com a constituição da intersectorialidade. A integralidade, sustentada por

essas premissas, demanda em sua essência (re)situar os trabalhadores na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde (BRASIL, 2018b).

Segundo Brasil (2018b), há necessidade de articulação e parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho. Megier (2020) trouxe que a PAP, nesta regional de saúde, aprofundou as relações entre serviço e ensino, aproximando as instituições de ensino Superior tanto públicas como privadas, além do Telessaúde, possibilitando a utilização de ferramentas de apoio. Ressalta ainda que a integração interprofissional foi uma potencialidade nesta PAP.

Alguns excertos das entrevistas dos participantes acima relatados, apontam uma divergência na concepção de educação permanente e da responsabilidade sobre ela, visto que algumas equipes conseguiram dar continuidade a ela internamente, percebendo suas potencialidades locais e proporcionando momentos de trocas e construções na equipe, enquanto outras entenderam como fim da educação permanente o término da intervenção da gestão, gerando descontinuidade desse processo.

O Manual Instrutivo do PMAQ traz como pressuposto da educação permanente a programação ascendente, cujas demandas elencadas pelas equipes como nós críticos dos processos de trabalho devem ser encaminhados a gestão e a partir disso pensados cursos de modo a fazer mais sentido e ter maior valor de uso pelos trabalhadores (BRASIL, 2017).

Cabe destacar que a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito Federal, Estadual e Municipal (MEGIER, 2020)

A educação permanente quando vinculada ao apoio institucional potencializa as competências da gestão e do cuidado da AB, ampliando o escopo de ações de enfrentamento das dificuldades cotidianas dos trabalhadores.

O apoio institucional, segundo Brasil (2017, p. 31) “deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer

coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde”. Ele vem num processo de inovação da gestão, rompendo com a verticalização das relações e ampliando a democratização destas, gerando maior autonomia e comprometimento de gestores e trabalhadores, a partir de relações contínuas e solidárias articulando demandas e ofertas de ambos.

Guizardi *et al* (2018, p.2) corrobora com essa informação quando conceitua o apoio institucional como:

uma função, ou metodologia de trabalho gerencial direcionada a coletivos organizados para a produção de saúde, que visa a promover a análise e a gestão compartilhadas do trabalho, em contraposição às principais características dos modos tradicionais de administração. Nesse sentido, objetiva a democratização das instituições e procura evidenciar as relações intrínsecas entre a oferta de serviços que atendam a necessidades sociais, à configuração das organizações que provém e à formação subjetiva dos profissionais que nela atuam.

O manual instrutivo do PMAQ considera o apoio institucional como sendo possível a partir três esferas do governo (Ministério da Saúde, COSEMS e gestão municipal), com suas especificidades e ênfases diferenciadas. Sendo destacado o processo de trabalho com a micropolítica do cotidiano e abordando também a articulação da RAS e linhas de cuidado e das relações interfederativas (BRASIL, 2017).

Os participantes a seguir apontam como apoiadores, distintos atores, ora a gestão municipal, ora os tutores da planificação e ora o próprio CONASS, que se deve ao fato das atividades de dispersão e tutoria serem conduzidas por profissionais diferentes em cada equipe:

P02 – “Não vejo presença nem apoio institucional às unidades, o apoio que a gente tinha do pessoal do NASF (tutores) que vinha aqui em alguns momentos falar sobre planificação, mas também não vejo alguma coisa efetiva nesse sentido não”.

P03 – “A Planificação ajudou pra esse apoio. Porque antes parecia que a gente tinha que fazer e não sabia muito que rumo tomar. Tanto que o acolhimento nós começamos bem antes da planificação, nós começamos uns 2 ou 3 anos antes. Então não foi uma novidade”.

Os participantes deste estudo ao serem questionados sobre a contribuição dos apoiadores conceberam os tutores como apoiadores, a própria teoria que embasa ambos conceitos é divergente, mesmo que em alguns momentos utilizem verbetes similares.

Para o CONASS (2018, p.3) tutor:

a partir de uma decisão institucional, apresenta a proposta de trabalho, a metodologia utilizada, os produtos a serem desenvolvidos e cronograma de atividades presenciais e a distância e propõe uma pactuação com a equipe, cuja adesão é fundamental para a mudança dos processos.

Apresenta os três momentos principais da tutoria, sendo o segundo a supervisão *in loco* da atividade, onde orienta a verificação da atitude do profissional, o seu conhecimento e aplicação das normas e recomendações vigentes, além de identificar inconformidades e propor ações corretivas (CONASS, 2018).

Para Pereira Junior e Campos (2014) o apoio institucional deve ser diferente dos processos tradicionais de assessoria e consultoria, no momento que faz junto com a equipe se compromete com esta e não somente com a alta direção da instituição, sem deixar de trazer elementos externos.

Cabe destacar que o CONASS(2018) e os autores acima citados apontam que o “fazer com/fazer junto” superando o “fazer para”, numa perspectiva reflexiva, porém a tutoria traz a tarefa e o formato pré-estabelecido enquanto que no apoio institucional os sujeitos constroem coletivamente e em formato de cogestão o planejamento para atingir os objetivos.

Os participantes trouxeram em seus depoimentos o papel de “apoiador” como sendo de apresentar respostas e alternativas às dificuldades encontradas pelas equipes, havendo uma valorização do profissional externo a equipe como detentor do conhecimento, sabendo como fazer e o que não fazer, como expressam as falas abaixo:

P08 – “Eu acho que mudou sim, porque qualquer dificuldade que se tinha se falava com eles e eles tentavam auxiliar o que poderia melhorar, mudar, foi bem importante esse auxílio pós. Porque a gente não estava mais tendo a planificação presencial, mas estávamos tendo o apoio deles e isso é bem importante. [...] era conversado com eles, no caso os apoiadores, no caso o estado, que era o CONASS,

eles por vídeo conferência, traziam ali, uma ideia do que poderia ser feito, conforme a planificação e aí a gente tentava implementar”.

P09 - “No início era novidade, então a prefeitura... eles: -Ah, vamos dar bastante apoio! Até deu um pouquinho, não vou dizer que não deu, mas uma coisinha pequenininha, pouquinho, mas deu. Mas depois, esqueceu-se tudo”.

P10 – “As gurias entram num site, que agora não me lembro o nome, pra tirar alguma dúvida, alguma coisa. Daí teve um enfermeiro que também não me lembro o nome dele, que vinha aqui também com a gente pra trabalhar, porque às vezes a gente que está aqui dentro não tem uma visão e uma pessoa que vem de fora às vezes enxerga melhor. Ele era o apoiador, ele vinha aqui, daí acho que isso era por parte da gestão, pra auxiliar nós a tudo, a dúvidas, e como fazer, como não fazer, da ideia, enfim.

Independente da proposta de aproximação utilizada pela gestão, apoio ou assessoria, os participantes do estudo reconhecem os benefícios desse estreitamento das relações.

A função de gestor no SUS ainda é muito frágil, quando são servidores públicos muitas vezes não possuem capacitação em gestão e quando em cargo comissionado tampouco são preparados para assumir. Além da alta rotatividade desse profissional. São necessárias capacitações e treinamentos específicos para a gestão no SUS, possibilitando práticas inovadoras, ampliação das capacidades profissionais pertinentes à gestão e fortalecimento institucional (SILVA; PELLENZ, 2019).

Segundo Feuerwerker (2014) as relações se constroem na micropolítica e a todo momento, no cotidiano do trabalho vivo em ato, são (re)pensadas e (re)construídas políticas e processos de gestão, não havendo os que formulam e os que implementam essas políticas. Essa realidade do trabalho em saúde tenciona os gestores a optarem ou por aumentar os mecanismos de controle ou reconhecerem a gestão compartilhada, abrindo espaço para as negociações e para as disputas explícitas.

A proposta de cooperação horizontal parte deste cenário mais democrático, valorizando o protagonismo local dos trabalhadores, compartilhando experiências para superação das adversidades.

A Cooperação Horizontal parte do princípio que todo trabalhador tem muito a ensinar e a aprender e abrange atividades que envolvam troca, produção e disseminação de diferentes saberes, conhecimentos técnicos, experiências vividas e práticas de gestão e de cuidado ao usuário, visando o fortalecimento da Atenção Básica a partir da interação entre os profissionais (BRASIL, 2017, P. 32).

Os participantes do estudo afirmaram que a planificação aproximou os trabalhadores, possibilitou o (re)conhecimento destes e ampliou as interrelações.

Nesse sentido, nos ensinam Santos, Teixeira e Cursino (2017), que o homem é um ser social e promove relações interpessoais para se autoconhecer, conhecer o outro e o ambiente onde estão inseridos e nesse processo incorpora no coletivo sua subjetividade e leva consigo um pouco do outro, como reforçam as manifestações a seguir:

P04 – “Eu acho que o contato lá, pelo fato dos colegas terem se encontrado bastante durante este período propiciou uma certa aproximação, até o conhecer, se reconhecer entre os colegas”.

P10 – “Acho que até no sentido de conhecer os colegas, a gente quase não conhecia, isso ajudou, a planificação, mas nesse sentido[...]o pessoal da residência que convidou o pessoal de outros postos pra fazer educação no grupo, pra conversar com eles, pra trocar experiências [...]”.

Estudo mostra que as relações sociais no trabalho possibilitam experiências e ampliação de vínculos a partir do encontro das subjetividades formando processos sociais necessários para a cooperação (SANTOS; TEIXEIRA; CURSINO, 2017).

O Instrutivo do PMAQ traz a cooperação horizontal como sendo uma estratégia para a superação de dificuldades a partir de experiências concretas, valorizando o conhecimento criado pela experimentação, formando uma rede solidária de Educação Permanente entre os trabalhadores da AB, gestão com outros de diferentes municípios e regiões (BRASIL, 2017).

Os participantes deste estudo perceberam que a relação estabelecida e a cooperação possibilitada a partir deste encontro é individual, não sendo algo

promovido pela gestão ou institucionalizada, algumas vezes se fragilizando ao longo do processo.

P01 – “Eu senti só ali no momento mesmo (oficinas) da planificação. Nós nas próprias conversas informais e depois na ferramenta do facebook, a gente mostrando, divulgando, mas não sei, acredito que parte muito da gente, isso faz parte do processo de trabalho”.

P03 – “[...]teve algumas equipes que entraram mais pra essa cooperação e outras não. A cooperação aconteceu mais pessoalmente, não foi uma coisa institucional. [...] ela me pergunta como estou fazendo, por afinidade”.

Os participantes sinalizam que o uso de mídias sociais são práticas promotoras de interação entre as equipes e de troca de experiências, no entanto a utilização destes dispositivos é vedada pela gestão nos equipamentos públicos.

Corroborando com a fala dos participantes, Brasil (2017) reforça o uso do ambiente virtual é uma ferramenta potente para estabelecimento destas trocas, inclusive com a sugestão da utilização da plataforma “Comunidade de Práticas”, reiterando que o protagonismo dos municípios é essencial para realização desta estratégia e as metodologias utilizadas para promover essa interação.

Foi manifestado pelos participantes deste estudo que as oficinas da planificação se constituíram em momento de troca e cooperação entre as equipes, como revelado a seguir:

P08 – “Abriu os horizontes da gente, porque eu sempre digo, a gente vê o trabalho, a gente vê ideias dos outros lugares, a gente também pode trazer pra nós, assim e vice versa. [...]Na época foi bem bom, a gente escutava a realidade de outras unidades e aí a gente trazia em reunião de equipe algumas ideias que a gente tinha. [...] a gente tentava aproveitar aquilo que estava sendo produtivo pras outras unidades.”

Estudo desenvolvido por Megier (2020), sobre a PAP em Santa Maria, apontou que os encontros possibilitaram o diálogo entre os trabalhadores com os gestores das três esferas de governo e com as instituições de ensino superior. Fato que oportunizou processos reflexivos aprimorando as ações e serviços da AB.

Silva e Bendassolli (2019) atentam para o fato que a intensificação do trabalho gera processos de individualização a partir de cobranças e pressões que dificultam a capacidade coletiva e colaborativa de enfrentamento dos trabalhadores, fragilizando esses coletivos. Reforçam ainda que uma das causas dessa fragilidade é a ausência ou enfraquecimento dos processos de reconhecimento e suporte mútuos.

O autocuidado é trazido como fundamental para os processos de coletividade, visto que os sujeitos que o fazem têm melhores condições de contribuir com o grupo. Para além, reforça a importância das reuniões de equipes como ambientes de troca e melhoria relações, potencializando a cooperação. “Quando os profissionais se relacionam de forma ética, respeitosa e cooperativa, estão cuidando um dos outros” (SANTOS; TEIXEIRA; CURSINO, 2017, p.3).

A cooperação horizontal foi potencializada no ato de reunir pessoas e possibilitar trocas entre elas, gerando processos de (re)conhecimento entre os pares, vislumbrando potencialidades no fazer do outro. Não foi reconhecido porém pelos participantes do estudo o fomento desta prática por parte da gestão de forma continuada, o que gerou novo afastamento.

5.2 PMAQ E PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A PAP emerge na pesquisa com potencialidades que não estavam explícitas no eixo transversal do PMAQ, porém são também importantes para que o processo de trabalho avance para a melhoria da qualidade da AB como: nortear as ações, sistematizar as reuniões de equipe, aproximar trabalhadores e gestão e a utilização de instrumentos/ferramentas

P02 – “O PMAQ e a Planificação? Boa pergunta. É bem interligado né, eu senti ali, na questão dos indicadores, na questão de tu ir atrás mais do mapeamento, da territorialização[...]”.

P03 – “[...] nunca consegui fazer o link, acho que os apoiadores (do PMAQ) não foram apoiadores nunca. Só para receber o dinheiro”.

P10 – “[...] um ajuda o outro sim, porque os indicadores a gente tinha que buscar dos dois, tanto do PMAQ e a planificação”.

O PMAQ e a PAP trouxeram ao longo do percurso pontos de convergência, que fortaleceram os processos de trabalho no eixo transversal, como incentivo ao monitoramento e a autoavaliação. A PAP, por sua vez, configurou-se em momento de educação permanente. Esta experiência construída, da PAP está sustentada nas orientações da PNAB (2017), e não orientadas pelas diretrizes do PMAQ. Evidenciou-se na pesquisa quando manifesto pelos participantes do estudo que a interligação do PMAQ com a PAP acontece de forma tangencial, ficando o assunto PMAQ restrito apenas a última oficina e não de forma transversal.

Uma das possibilidades para esse distanciamento é o fato das unidades participantes da planificação não estarem todas vinculadas ao PMAQ, e algumas impossibilitadas de aderir, visto que Santa Maria a época não tinha a ESF como modelo de assistência estabelecido no município, como aponta estudo de FARIA (2018) quando traz Santa Maria com processo de territorialização inacabado, com sobreposição de modelos distintos, tornando a rede anárquica, baseada numa APS seletiva para pobres e com baixíssima cobertura.

Corroborando Megier (2020) aponta em seus resultados que a PAP não atingiu seus pressupostos de redefinir e pactuar RAS, e que muitas demandas levantadas pelos trabalhadores não foram acolhidas pelos gestores, gerando uma percepção negativa por parte dos trabalhadores.

Tendo em vista que o PMAQ é um programa do Ministério da Saúde, instituído em 2011, cujo objetivo de qualificar as ações de AB e na oportunidade da realização da PAP em Santa Maria/RS, encontrava-se em vigência. Para os trabalhadores que participaram dos dois processos (PMAQ e PAP), era indispensável que estes convergissem para um único propósito, visto que a prática é una e a finalidade das ações é qualificar a atenção à saúde do usuário.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PAP, proposta pelo CONASS, vem com o objetivo de articular as RAS e, a partir de uma metodologia de oficinas as quais trataram de temas como: As redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária à saúde; Territorialização em saúde e vigilância em Saúde; Organização dos Processos de Trabalho na Unidade Básica de Saúde; Abordagem familiar, sistemas de informação e análise de situação de saúde e monitoramento; Organização da assistência farmacêutica, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, genograma e contratualização, bem como atividades de dispersão e tutoria. Ao mesmo tempo, na Rede de Atenção Básica do município de Santa Maria/RS, foi identificado que 16 equipes em um universo de 32 haviam realizado adesão ao PMAQ.

No contexto estudado, a Rede de Atenção Básica de Santa Maria/RS era composta por equipes de Saúde da Família, Unidades Básicas Tradicionais, equipes de Agentes Comunitárias de Saúde e Policlínicas, marcando a diversidade da conformação das equipes e dos trabalhadores deste cenário.

Cabe destacar que entre o número total de participantes da Planificação, o número de envolvidos com o PMAQ era reduzido, devido a exigência do Programa, no 2º ciclo, destas equipes estarem vinculados a ESF. Esta situação nos permite afirmar que a rede do município de Santa Maria/RS no seu processo de municipalização da AB não unificou os modelos assistenciais, divergindo da orientação da PNAB que orienta a priorização da ESF para mudança do modelo de atenção à Saúde.

A partir deste estudo, conseguimos perceber que a Planificação oportunizou aos trabalhadores momentos de educação permanente reaproximando conceitos importantes para o fortalecimento da AB, gerando processos reflexivos em temáticas relevantes, como o monitoramento, instigando processos de autoavaliação e reacendendo os anseios por novos saberes e vislumbrando novos colaboradores.

No que tange ao apoio institucional a PAP se posicionou de modo verticalizado, gerando uma lógica tarefaira, com objetivos preestabelecidos e a necessidade do olhar externo para validação das práticas. O que rompe com o entendimento que todo profissional possui experiência e é detentor de um conhecimento genuíno importante para o planejamento das ações nos diferentes territórios.

A cooperação horizontal aconteceu de forma instintiva, guiada pelas relações interpessoais que foram fomentadas pela aproximação no período das oficinas, porém não houve incentivo por parte da gestão para a manutenção e ampliação desta cooperação, ficando limitada. Reafirmando a prática na gestão pública brasileira de descontinuidade dos trabalhos, impactando em perdas de recursos financeiros, humanos e principalmente desmotivando os trabalhadores no protagonismo do seu trabalho em equipe.

Ao avaliar os efeitos da PAP à Saúde para a efetivação do eixo transversal do PMAQ foi possível identificar que as oficinas da Planificação abordaram alguns conceitos importantes para o eixo transversal, porém de forma tangencial, fazendo referência ao programa apenas no término da Planificação. Entendemos que o programa deveria estar transversal a todas as temáticas, validando esta estratégia ministerial de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica na busca de avanço contínuo fortalecendo a AB enquanto ordenadora das RAS.

A Planificação possibilitou alguns ganhos secundários, como a aproximação entre os trabalhadores, garantiu espaços protegidos de encontros, fortalecendo as relações interpessoais. Fomentou espaços coletivos de discussão entre gestão, trabalhadores e instituições de ensino e gerou processos de inquietação o que se constitui como uma potência para no processo de empoderamento das equipes.

Trouxe também, para os profissionais de saúde, ferramentas de trabalho, como o painel epidemiológico, a Escala de Coelho. Ferramentas já estudadas são necessárias para o aprimoramento dos processos de trabalho e aparentemente por ser um serviço que se utiliza de tecnologias leves acaba deixando de investir, trazer novas tecnologias (leves) para a prática cotidiana, sendo talvez como sugestão do estudo o investimento em educação permanente que aprimore as práticas diárias dos profissionais, como escalas, genograma, Ecomapa, Projeto Terapêutico Singular, acolhimento com intervenção simulada.

Como contribuição deste estudo para enfermagem e saúde coletiva, sugere-se manter o processo de autoavaliação das equipes, com instrumentos, como a própria AMAQ e a partir do tabelamento das respostas identificar fragilidades e planejar a educação permanente que instrumentalize os trabalhadores na superação das fragilidades.

Como limitações deste estudo apontamos o fato de o mesmo ter sido realizado em apenas um dos municípios participantes do Projeto Piloto da PAP da 4ª CRS e a

coleta de dados ter sido realizada em Pandemia da covid-19, que limitou, por medidas de segurança o acesso aos trabalhadores e gestores. Não sendo possível a realização de grupo focal que aprofundaria a temática com os gestores da secretaria municipal de saúde de Santa Maria e da 4ª CRS.

Registra-se que ao longo do desenvolvimento desta pesquisa o Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade da AB foi extinto, sendo substituído pelo Previne Brasil, o qual deve ser foco de novos estudos para avaliar seu impacto na Rede de Atenção Básica do SUS.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R; CASTRO, A.M. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.especial, p. 175-188, dez 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe8/175-188/>>. Acesso em 14 jan. 2020.

ALMEIDA, T.M.C. *et al.* Planejamento e desenvolvimento de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. especial, p.77-85, ago.2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe1/77-85/>>. Acesso em: 02 jul. 2021.

ANDRADE, L.O.M; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In.: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2009

BARBOUR, R. **Grupos focais** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BECK, C.L.C; GONZALES R.M.B; LEOPARDI, M.T. Detalhamento da metodologia. In. LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

BERVIAN, P; CERVO, A, L; SILVA, R. **Metodologia Científica**. Ed, Saraiva, 6ª Ed. 2007.

Boletim Saúde & Gestão. Universidade de São Paulo. Ano.III, n.1. jan.2020.

Disponível em: <<https://rms.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/575/apsgestao/boletim/Boletim-Saude-e-Gestao-Indicadores-Previne-Brasil.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 13 out 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária nos Estados**. Brasília: CONASS, 2011

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011.-Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jul. 2011. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em 24 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm>. Acesso em: 15 out 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 23 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 out. 2015. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html> . Acesso em: 23 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidade_amaq_2ed.pdf. Acesso em: 10 jan 2019.

_____. Ministério da Saúde. **PMAQ: manual instrutivo para equipes de atenção básica e NASF (versão preliminar)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22mar. 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em: jun 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 20 jan. 2021

BRITTEN, N. Entrevista Qualitativa. In: POPO, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3ª. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2009

CONASS. **Caderno de apresentação: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília, 2009. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/caderno_oficina_aps.pdf > Acesso em: 20 jan. 2019.

_____, **Planificação da Atenção Primária a Saúde nos Estados**. CONASS documenta, n.23. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf >. Acesso em: 05 fev. 2019.

_____. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Planificação da Atenção Primária a Saúde. **Oficina I: Redes de Atenção à Saúde**. nov. 2015.

_____. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Planificação da Atenção Primária a Saúde. **Oficina II: Atenção Primária à Saúde**. nov. 2015.

_____. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Planificação da Atenção Primária a Saúde. **Oficina III: Territorialização e Vigilância em Saúde**. nov. 2015.

_____. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Planificação da Atenção Primária a Saúde. **Oficina IV: A organização da Atenção e dos Processos de Trabalho em Saúde na Unidade Básica de Saúde**. nov. 2015.

_____. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Planificação da Atenção Primária a Saúde. **Oficina V: Sistemas de informação, análise de situação de saúde, monitoramento e abordagem familiar**. nov. 2015.

_____. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Planificação da Atenção Primária a Saúde. **Oficina VI: Genograma, organização da assistência farmacêutica, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ), e contratualização das equipes da Atenção Primária à Saúde**. nov. 2015.

_____. **Planificação da Atenção à Saúde: Um instrumento de Gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção a saúde**. CONASS documenta, Brasília. n.31, dez. 2018. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/> >. Acesso em: 12 mar. 2019.

_____. **O processo de tutoria**, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/uploads/document/file/561/Tutoria-conass-18-crs.pdf> >. Acesso em: 18 mai. 2021

CONSENSUS. **Planificação da Atenção à Saúde: uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada as Redes de Atenção à Saúde**. Ed.20, jul, ago e set., 2016. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/consensus/planificacao-da-atencao-saude-uma-proposta-de-gestao-e-organizacao-da-atencao-primaria-saude-e-da-atencao-ambulatorial-especializada-nas-redes-de-atencao-saude/>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da Saúde: Conceitos e métodos. In.: HARTZ, Z.M.A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

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

COSTA, A.M. et al, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.44 n. especial, p.135-141, jan. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe1/135-141/>>. Acesso em: 20 jan. 2021

DIAS, A.F.L. A democracia como vítima do golpe tragicômico de 2016 no Brasil. **Argumentos**: Revista de filosofia, Fortaleza. v.19, jan/jun. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/argumentos/article/view/32018/72329>>. Acesso em: 20 jan.2020.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How can it be assessed? **JAMA**. V.260, n.12, sept 23/30, 1988.

ENGEL, R.H. **Avaliação do PMAQ sob a ótica dos gestores municipais de saúde no interior do Rio Grande do Sul da coleção de dissertações da Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Maria/RS**. 2015. 90p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

FARIA, R. A territorialização da Atenção Primária à Saúde do SUS: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da Região Sul do Brasil. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. v.14, n.29, set. 2018. Disponível em:<<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/44129/24217>>. Acesso em: 15 mar.2020

FARIA, R.M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.11, p.4521-4530. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 jul. 2021

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde**: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p553-563, 2006.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e Saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. RedeUNIDA, Porto Alegre. 2014.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p. 165-181, 2001.

FURTADO, J.P. **Avaliação de programas e serviços**. In.: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

GARCIA, P.A. **Análise crítica do ano de 2016 e as consequências para a saúde pública do Brasil**. 2019. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20190718164740.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GATTI, B. A. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília/DF: Liberlivro, 2005.

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

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo:Atlas, 2016

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde? **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.8. 2018. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019.

____ L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.3. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GOMES, W.S. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o papel da avaliação na efetivação da integralidade em saúde**. 2013. 63p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/13224/1/Wanessa%20Gomes%20final.pdf>>. Acesso em : 15 out. 2020.

GUIZARDI F.L. *et al.* Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.28, n. 4, 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/physis/2018.v28n4/e280421/pt>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MACHADO, J.C; COTTA, R.M.M.; SOARES, J.B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface: comunicação saúde educação**. V.19, n.52, p. 157-170. 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/icse/2015.v19n52/159-170/>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MANGUEIRA, A.A. **Organização do processo de trabalho e planejamento de ações das equipes de Atenção Básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB**. 2016. 70p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro de Ciências

da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em:

<https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFRN_1ad4aea1577768f02802de11ec69f327>. Acesso em: 15 jun. 2020.

MEGIER, E.R. **Planificação da atenção primária à saúde: contribuições para a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul**. 2020. 2020. 92p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/19813>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

MELLO, E.A.; ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. V.43, n. especial. P. 137-144, dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/137-144/pt>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DAMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. Ver. APS, v.12, n.2, p.204-2013, abr./jun. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247/7708>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 17(3):621-626, 2012.

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

MINAYO, M.C.S(org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ:Vozes, 2019.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; BAPTISTA, T.W.F. Previne Brasil, agência de desenvolvimento da atenção primária e carteira de serviços: radicalização da política de Privatização da Atenção Básica? **Cad. Saúde Pública**. V. 36, n.9, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MURAMOTO, Flávia Tiemi. **Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. doi:10.11606/D.22.2018.tde-26012018-104209. Acesso em: 2021-08-07.

NICKEL, D.A., NATAL, S., HARTZ, Z.M.A., CALVO, M.C.M. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v.30,n.12, p.2619-2630, dez. 2014.

OLIVEIRA, I.C. *et al.* Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: tendências em teses e dissertações brasileiras. *Research, Society and Development*, v.9, n.11, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org>> . Acesso em 25 jul. 2021.

Oliveira, I.V. *et al.* Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.44, n.124, jan./mai. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8w7BsHDDS97nhJBYrByvvKz/?lang=pt&format=pdf>> . Acesso em: jul. 2021

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G.W.S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface: comunicação saúde e educação**. P. 895-908. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/csp7f7gCDRybCTpig4qZr7n/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 10 jul. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. In: _____ **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem** [recurso eletrônico]. 9ª. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Informativo da atenção básica nº 2**, 2017.

RIZZOTO, M.L.F. O cenário depois do golpe. **Saúde debate**. Rio de Janeiro. V.40, N.110. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wY3r8PX6WJp6LVV/SbxQPMkM/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em 15 jan. 2020.

SANTA MARIA. Prefeitura Municipal de Santa Maria. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. 2018. Disponível em: <<https://www.santamaria.rs.gov.br/saude/650-plano-municipal-de-saude-20092012>> . Acesso em: 21 out 2019.

SANTOS, R.O.J.F.L; TEIXEIRA, E.R.; CURSINO, E.G. Estudo sobre as relações humanas interpessoais de trabalho entre os profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Ver. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947777/26393-105532-1-pb.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2021

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

SETA M.H.; OCKE-REIS, C.O.; RAMOS, A.L.P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência&saúde Coletiva**. Mar. 2020. Disponível em: <<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/programa->

[previne-brasil-o-apice-das-ameacas-a-atencao-primaria-a-saude/17535?id=17535&id=17535](https://www.scielo.br/j/pe/a/JF8XnpYbRkQVDDDvjZJVX5G/?lang=pt&format=html)>. Acesso em: 15 jan. 2020.

Silva, A.K.L.; Bendassolli, P.F. Coletivos de trabalhos e a produção de saúde dos ofícios. **Psicolog. estud.**, v.24, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/JF8XnpYbRkQVDDDvjZJVX5G/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 10 jun. 2021

SILVA, V.L.; PELLENZ, N.L.K. Os gestores de saúde na atenção primária à saúde versus capacitação para uma situação satisfatória. **Núcleo do conhecimento**. 2019. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/gestores-de-saude>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SOUSA, M.F; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes, 2014.

SOUSA, A.N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.42, n. especial. P.289-301, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/289-301/>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

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

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

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**. São Luis, 2016

VASCONCELOS, C.M. PASCHE, D.F. **Sistema Único de Saúde**. In.: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2009

VECCHI, M.P.S., CAMPOS, E.M.S., FARAH, B.F. Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de Saúde da Família. **Rev. APS**.v.20, n.4, p.527-538, 2017.

Referencias

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do estudo: Avaliação dos efeitos da Planificação da Atenção Primária à Saúde para a efetivação do eixo transversal do PMAQ.

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em enfermagem, Mestrado em Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: (55) 991868704. email: Kamilla.cruz@hotmail.com; end. Rua dos Mamoeiros, 620, bairro J.K. Santa Maria/RS, cep: 97035-490.

Local da coleta de dados: Unidades de Saúde da cidade de Santa Maria/RS.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 31/03/2020, com o número de registro **Caae 27754820.6.0000.5346**

Prezado(a)! Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “**Avaliação dos efeitos da Planificação da Atenção Primária à Saúde para a efetivação do eixo transversal do PMAQ**”, de forma voluntária e, antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento.

Esta pesquisa pretende avaliar os efeitos da Planificação da Atenção Primária à Saúde para a efetivação do eixo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Acreditamos que ela seja importante porque possibilita um momento reflexivo sobre as vivenciados tanto na Planificação da Atenção Primária à Saúde quanto nas mudanças no processo de trabalho propostos pelo PMAQ, bem como auxilia no fortalecimento da cultura avaliativa, o que converge com a Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, no eixo nove dos Programas e Políticas em Saúde de avaliação da oferta de ações e serviços de saúde na APS. Para sua realização será feito um estudo avaliativo qualitativo, no município de Santa Maria, com profissionais que participaram da Planificação da Atenção Primária à Saúde e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, a partir de entrevistas semiestruturadas e analisadas pela Proposta Operativa de Minayo. Sua participação se dará a partir do compartilhamento das suas experiências com a temática conduzida por questões norteadoras.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos cansaço, inquietude ou ansiedade. Caso seja identificado tais desconfortos a pesquisa será interrompida sem prejuízo a você. Os benefícios que esperamos com o estudo são promover processo reflexivo, desenvolver uma cultura avaliativa.

Devido a pandemia de COVID -19, todas as medidas serão tomadas para proteção dos entrevistados, como distanciamento, uso de máscara e quando possível por meio digital, mantendo a metodologia proposta.

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.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada por profissional de sua escolha, custeado pela pesquisadora do estudo.

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.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. 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, expressei minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Teresinha Weiller.

Pesquisadora responsável: Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, 27 de abril de 2020

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

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

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Avaliação dos efeitos da Planificação da Atenção Primária à Saúde para a efetivação do eixo transversal do PMAQ.

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55)991868704 (Kamilla Cruz)

Local da coleta de dados: Unidades de Saúde da cidade de Santa Maria/RS

A pesquisadora do presente projeto se compromete a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de observação, entrevista semiestruturada e grupo focal, estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima.

As informações obtidas serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, do Centro de Ciências da Saúde, sala 1308, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 31/03/2020, com o número de registro Caae 27754820.6.0000.5346

Santa Maria 27 de abril de 2020.



.....
Teresinha Heck Weiller

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO NEPES



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Informamos que esta Secretaria autoriza o desenvolvimento do Projeto “PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: INFLUÊNCIAS NA EFETIVAÇÃO DO EIXO TRANSVERSAL DO PMAQ - AB” de autoria Kamilla Borges Cruz, vinculada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

Salientamos a necessidade de devolutiva final das atividades desenvolvidas às Unidades pesquisadas.

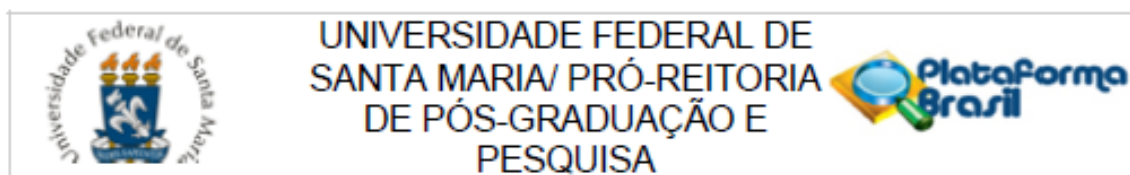
Na certeza de compartilharmos interesses comuns, desde já agradecemos.

Santa Maria, 27 de abril de 2020.



Fábio Mello da Rosa
Núcleo de Educação Permanente em Saúde

ANEXO D – APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INFLUÊNCIAS NA EFETIVAÇÃO DO EIXO TRANSVERSAL DO PMAQ-AB.

Pesquisador: Teresinha Heck weiller

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27754820.6.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.944.391

Apresentação do Projeto:

Dissertação vinculada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, caracteriza-se como um estudo descritivo exploratório com análise qualitativa.

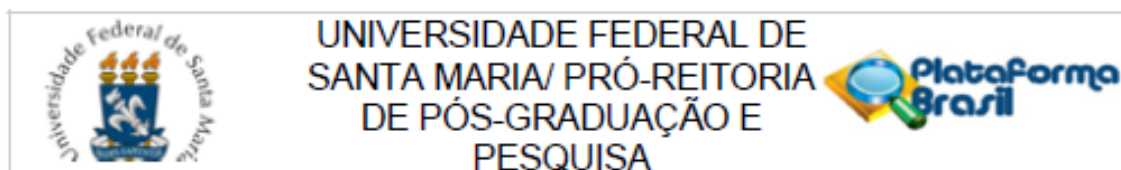
Os participantes da pesquisa serão os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde), vinculados às unidades Básicas de Saúde, participantes das oficinas de Planificação da Atenção Primária e do PMAQAB, da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS. O primeiro entrevistado será por conveniência e os demais através da técnica "bola de neve", até a saturação dos dados. Estes serão coletados por meio de entrevista semiestrutura e grupo focal. Contém critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa.

Para análise dos dados será utilizada a proposta operativa de Minayo. Apresenta cronograma de execução e orçamento.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os efeitos da Planificação da Atenção Primária à Saúde para a efetivação do eixo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.944.391

Objetivos secundários:

- Caracterizar o perfil dos participantes;
- Analisar os efeitos da Planificação da Atenção Primária à Saúde em cada componente do Eixo Transversal do PMAQ-AB
- Estimular a cultura avaliativa nos serviços de APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os riscos/ danos foram analisados pela pesquisadora, sendo considerados mínimos, a coleta dos dados, por ser tratar de uma entrevista semiestruturada poderá gerar cansaço, ansiedade ou algum tipo de desconforto. Caso sejam identificadas tais manifestações ou relatadas pelo entrevistado a pesquisadora suspenderá a entrevista sem nenhum prejuízo

Benefícios: os benefícios que esperamos com o estudo é que possibilite um novo olhar para os processos de trabalho, bem como da devolutiva do trabalho tanto para os entrevistados quanto para a gestão municipal e estadual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, autorização institucional, registro na plataforma de projetos da UFSM, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre e esclarecido e instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

.

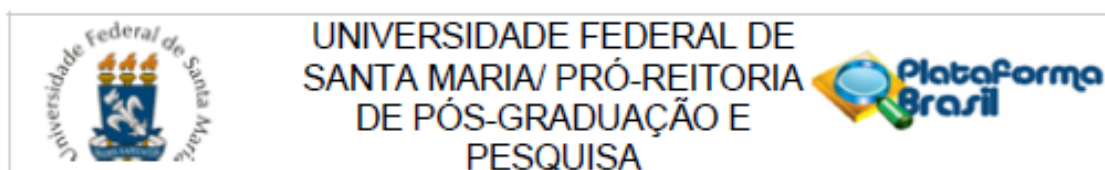
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

O proponente do projeto é responsável por indenização aos participantes no caso de manifestação de eventuais danos comprovadamente decorrentes da realização da pesquisa.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.944.391

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1495921.pdf	17/03/2020 17:35:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/03/2020 17:34:14	Teresinha Heck weiller	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	17/03/2020 17:33:53	Teresinha Heck weiller	Aceito
Outros	projeto_65538.pdf	17/03/2020 17:03:12	Teresinha Heck weiller	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	09/01/2020 11:56:49	Teresinha Heck weiller	Aceito
Declaração de concordância	AutorizacaoInstitucional.pdf	09/01/2020 11:54:42	Teresinha Heck weiller	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	09/01/2020 11:35:10	Teresinha Heck weiller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 31 de Março de 2020

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com