

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

**A IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA
DAS EQUIPES DE ESF**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Barbara Letícia Dudel Mayer

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**A IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA
DAS EQUIPES DE ESF**

Barbara Letícia Dudel Mayer

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carmem Lúcia Colomé Beck

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dudel Mayer, Barbara Leticia

A implantação da avaliação em saúde da Atenção Básica na perspectiva das equipes de ESF / Barbara Leticia Dudel Mayer.-2014.

96 p.; 30cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller

Coorientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Enfermagem 2. Avaliação de Serviços de Saúde 3. Programa de Saúde da Família 4. Equipe de Assistência ao Paciente I. Heck Weiller, Teresinha II. Colomé Beck, Carmem Lúcia III. Título.

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

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

**A IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO
BÁSICA NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ESF**

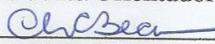
elaborada por
Barbara Letícia Dudel Mayer

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

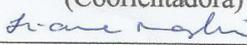
COMISSÃO EXAMINADORA:



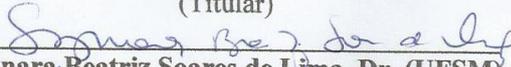
Teresinha Heck Weiller, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



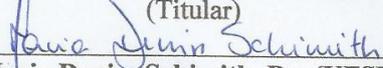
Carmem Lúcia Colomé Beck, Dr. (UFSM)
(Coorientadora)



Liane Beatriz Righi, Dr. (UFRGS)
(Titular)



Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dr. (UFSM)
(Titular)



Maria Denise Schimith, Dr. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 28 de novembro de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos trabalhadores da área da Saúde Pública, integrantes de Equipes de Estratégia Saúde da Família, em especial aos que participaram deste estudo.

Com certeza, este trabalho também é fruto da disponibilidade, acolhida e confiança que tiveram sobre mim e sobre a pesquisa.

Do mesmo modo, para além das contribuições para a realização deste estudo, é evidente a importância do trabalho desenvolvido por todos vocês frente a questão saúde no país. Parabenizo os mesmos pelos esforços despendidos por acreditarem que podem, como equipe e grupo, fazer acontecer, mudar, melhorar.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todas as pessoas que estiveram direta ou indiretamente envolvidas com o meu percurso no curso de mestrado em enfermagem e principalmente com esta pesquisa. Dentre estas, saliento meus agradecimentos a:

Elaine de Fátima Dudel Mayer e Eleonor Mayer, meus pais, por toda a força e apoio durante esta caminhada.

Teresinha Heck Weiller, minha orientadora e amiga, por acreditar na minha capacidade de assumir desafios, por confiar em mim e me dar forças durante todo este percurso. Serei eternamente grata por tudo! Muito obrigada!

Fernanda Stock da Silva e Rosana Huppes Engel, colegas e amigas, obrigada por me acolherem e me respeitarem dentro das minhas angústias frente ao desafio de trabalhar com a temática da Saúde Pública e do Materialismo Histórico Dialético.

Kauana Flôres da Silva, por ser minha companheira na realização desta pesquisa. O seu apoio e o seu interesse foram muito importantes para que esta pesquisa acontecesse. Muito obrigada!

Carmem Lúcia Colomé Beck, Suzinara Beatriz Soares de Lima, Maria Denise Schimith e Liane Beatriz Righi, que compuseram a comissão examinadora desta pesquisa. Obrigada por aceitarem avaliar e qualificar tanto o projeto quanto a presente pesquisa.

Universidade Federal de Santa Maria e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por serem referência na qualificação do ensino, pesquisa e extensão, tanto a nível local, quanto regional, estadual, nacional e internacional.

A todos os meus agradecimentos!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

A IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ESF

AUTORA: Barbara Letícia Dudel Mayer

ORIENTADOR: Teresinha Heck Weiller

COORIENTADOR: Carmem Colomé Beck

DATA E LOCAL DA DEFESA: Santa Maria, 28 de novembro de 2014

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, que tem por objetivo identificar como os profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família da Região de Saúde Verdes Campos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, participam da implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. A pesquisa foi desenvolvida com duas equipes em dois municípios localizados na região central do Estado e que obtiveram desempenho “muito acima da média” na primeira avaliação do Programa após a sua adesão no ano de 2011. A coleta de dados compreendeu técnica de Grupo Focal, em que foram realizadas duas sessões com cada equipe, acrescido da aplicação de instrumento de perfil sociodemográfico e de questionário individual de avaliação da própria pesquisa. Ocorreu no período de janeiro a março de 2014. A análise dos dados foi por meio da utilização do *software* Atlas Ti e da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, assim como, os dados do perfil sociodemográfico tiveram tratamento estatístico descritivo. O referencial teórico desta pesquisa compreende o Materialismo Histórico Dialético. Este estudo atende às questões éticas em pesquisa conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Dos 33 participantes do estudo, 21 eram do município A e 12 do município B, a feminização destas equipes veio ao encontro da literatura, assim como, da expansão das equipes mínimas para equipes ampliadas, acrescida da média de idade de 42 anos, com curso superior. Trabalham em média 10 anos na área da Saúde Pública e há 6 na atual Unidade Básica de Saúde. Dos 33 sujeitos, 29 nunca trabalharam em outra Estratégia Saúde da Família, o meio de ingresso foi por Concurso Público. Os trabalhadores identificam que a adesão ao Programa inicialmente promoveu o distanciamento do processo de trabalho o que possibilitou a visualização do mesmo e a identificação de lacunas para o desenvolvimento de ações; deu respaldo às equipes para a implantação e/ou mudanças de ações, principalmente, relacionada à consolidação das reuniões de equipe; a gestão do cotidiano passou para uma produção coletiva; o trabalho foi organizado e sistematizado. Conclui-se que a avaliação tem proporcionado a qualificação da Atenção Básica entretanto evidencia-se ainda a não valorização destes trabalhadores e a necessidade de propostas voltadas à questões como a de Apoio Matricial para que os mesmos possam ser ouvidos, valorizados e terem espaços para a discussão, reflexão e aprendizado.

Palavras-chave: Enfermagem. Avaliação de Serviços de Saúde. Programa de Saúde da Família. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Master Thesis
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

THE DEPLOYMENT HEALTH EVALUATION FROM THE PERSPECTIVE OF PRIMARY CARE TEAMS

AUTHOR: Barbara Letícia Dudel Mayer

ADVISER: Teresinha Heck Weiller

CO ADVISER: Carmem Lúcia Colomé Beck

DATE AND PLACE OF DEFENCE: Santa Maria, November 28, 2014

It is a qualitative, exploratory-descriptive research, which aims to identify how the professionals of the Family Health Strategy of the Health Region Green Fields of the 4th Regional Health of Rio Grande South, participate in the implementation of the National Programme for Improving Access and Quality in Primary Care. The research was conducted with two teams of two municipalities located in the central region of the state and who performed "well above average" in the first evaluation of Programme after his accession in 2011. The data collection comprised technique of Focus Group, where two sessions were held with each team, plus the application of instrument sociodemographic and individual assessment questionnaire own research. Occurred in the period from January to March 2014. Data analysis was through the use of Atlas Ti Software and Content Analysis proposed by Bardin, as well as sociodemographic data were descriptive statistical treatment. The theoretical framework of this research includes the History of Dialectical Materialism. This study meets the ethical issues in research pursuant to Resolution nº466 of December 12, 2012 of the National Health Council. Of the 33 study participants, 21 were in town A and 12 in B, the feminization of these teams came with the literature, as well as the extension of the minimum teams to extended teams, plus the average age of 42 years, with university degree. Work on average 10 years in the area of Public Health and there are 6 in the current Basic Health Unit. Among the 33 subjects, 29 had never worked in another Family Health Strategy, the means of ingress was by the tender. Workers identify adherence to National Programme initially promoted the detachment of the working process which allowed visualization of the same and identify gaps for the development of actions; gave support to the teams for the implementation and/or changes in actions primarily to the consolidation of team meetings; management of daily increased to a collective production; work was organized and systematized. We conclude that the evaluation has provided the qualification of primary care however is still not evident appreciation of these workers and the need for proposals focused on issues such as Matrix Support so that they can be heard, valued and have spaces for discussion, reflection and learning.

Keywords: Nursing. Evaluation of Health Services. Family Health Program. Patient Care Team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Macroregião da 4ªCRS/RS.....	23
Figura 2 – Macroregião da 4ªCRS/RS.....	23
Figura 3 – Ilustração das Etapas da AC da pesquisa.....	33
Figura 4 – Desenho ilustrativo da estrutura física da unidade básica de saúde do município A.....	68
Figura 5 – Desenho ilustrativo da estrutura física da unidade básica de saúde do município B.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB - Atenção Básica
- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- AC - Análise de Conteúdo
- AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família
- CRS/RS - Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
- CIR - Comissão Inter gestores Regionais
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CCS - Centro de Ciências da Saúde
- CD - *Compact Disc*
- DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- GAP - Gabinete de Apoio a Projetos
- GF - Grupo Focal
- IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
- MS - Ministério da Saúde
- NOAS - Norma Operacional de Assistência a Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
- PSF - Programa Saúde da Família
- PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
- PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
- PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
- RS - Estado do Rio Grande do Sul
- SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SPSS - *Statistical Package for Social Science for Windows*
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNIJUI - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
- UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	90
Anexo B - Registro do Projeto de Pesquisa no GAP/UFSM.....	94
Anexo C - Ofício de autorização da realização da pesquisa no Município de São Sepé.....	95
Anexo D - Ofício de autorização da realização da pesquisa no Município de São João do Polêsine.....	96

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro de tópicos para as sessões de grupo focal.....	83
Apêndice B - Instrumento de coleta de dados sociodemográficos.....	84
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86
Apêndice D - Questão individual de avaliação sobre o grupo focal.....	88
Apêndice E - Termo de Confidencialidade.....	89

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
1.1 O Materialismo Histórico Dialético.....	18
2 METODOLOGIA.....	21
2.1 Tipo de pesquisa.....	21
2.2 Sujeitos da pesquisa.....	22
2.3 Local da pesquisa.....	23
2.3.1 Descrição dos Municípios.....	24
2.3.1.1 Município de São Sepé.....	24
2.3.1.2 Município de São João do Polêsine.....	24
2.4 Etapa de campo e coleta de dados.....	25
2.4.1 Aproximação e ambientação.....	25
2.4.2 Coleta de dados.....	26
2.4.3 Análise e interpretação dos dados.....	29
2.5 Princípios éticos.....	34
3 RESULTADOS.....	36
3.1 Artigo 1 – Implantação da avaliação no processo de trabalho de equipes de Estratégia Saúde da Família.....	36
3.2 Artigo 2 – A gestão do cotidiano de equipes de Estratégia Saúde da Família a partir da implantação do PMAQ: uma perspectiva dialética.....	52
4 DISCUSSÃO.....	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICES.....	83
ANEXOS.....	90

INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde integra a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos, indicadores de risco, acesso e satisfação de usuários com relação aos serviços públicos de saúde. Esta avaliação visa o alcance da resolubilidade e qualidade em saúde, visto que ela produz informações - pode representar um julgamento o mais próximo da realidade - acerca de uma determinada situação. Nesse sentido, ela é parte fundamental no planejamento da gestão do sistema de saúde e principalmente, da gestão do cotidiano de trabalho das equipes de saúde. Assim, a avaliação em saúde é tida como efetiva a partir do momento que reordena a execução das ações e serviços de atenção à saúde e da sua intervenção na realidade de saúde do país (BRASIL, 2004; CONTANDRIOPOULOS, 1999; VIEIRA-DA-SILVA, 1999; CAMPOS, 1999; HARTZ, 1997; CAMPOS, 1992).

No Brasil, a partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, ocorreu a expansão da Atenção Básica (AB) no país, evidenciou a necessidade da avaliação em saúde e mais especificamente dos seus serviços. Desde 1994, surgem meios de avaliar esses serviços, que culminam inicialmente com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 1998, seguido do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) em 2003, do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) em 2004, da Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ) em 2007, e atualmente com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), em 2011.

Frente a isto, Contandriopoulos (2006) e, Uchimura e Bosi (2002) salientam que a avaliação de serviços de saúde da AB no país ainda está em processo de amadurecimento, visto a diversidade de abordagens e métodos que se apresentam, apesar da grande repercussão que o PMAQ tem ocasionado nos municípios. Autores pontuam sobre a necessidade de, a avaliação ampliar seus horizontes no sentido de que esta produza informações capazes de possibilitar processos de reflexão e discussão, de tomada de decisão, com vistas à qualificação AB e principalmente do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde da AB (VIEIRA-DA-SILVA, 1999; CONTANDRIOPOULOS, 1999).

Nesta perspectiva, a participação dos trabalhadores da AB, no caso, da Estratégia Saúde da Família (ESF), na implantação da avaliação, implica ações e mudanças tanto no que concerne a gestão do cotidiano dos mesmos quanto, nos seus processos de trabalho, ou seja, a

implantação da avaliação vai suscitar a reflexão sobre as suas práticas, sobre a oferta de cuidado de saúde à população coberta, a identificação de lacunas e soluções para velhos problemas, a necessidade de propor mudanças que qualifiquem assim a AB (BARBOSA, 2010; AZAMBUJA et al, 2007; HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004; CAMPOS, 1992).

O Estado do Rio Grande do Sul (RS), uma das 27 unidades federativas do país, é constituído de 497 municípios e de uma população de aproximadamente 10.693.929 milhões de pessoas. Este Estado possui 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e dentre elas, está a 4ª CRS/RS, localizada na mesorregião centro ocidental que abrange 32 municípios organizados em duas regiões de saúde: Região Verdes Campos, que envolve municípios próximos a Santa Maria/RS e, Região Entre-Rios, que inclui municípios próximos a Santiago/RS. Essas duas regiões de saúde possuíam, no ano de 2012, 449.771 mil habitantes. Segundo dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram acompanhadas 17.528 mil famílias na região de saúde da 4ª CRS/RS em maio de 2013, e o número de visitas realizadas pelas equipes de ESF nesta região, no período de janeiro a maio de 2013 foram de 43.190 mil. Em se tratando da adesão ao PMAQ no ano de 2011, entre estes 32 municípios, 28 aderiram (IBGE, 2010; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

A cobertura¹ de ESF no RS é de 41,08%, o que corresponde a 4.409.233 milhões de pessoas. São mais de 1.500 mil ESF credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) em 423 municípios do RS. Dentre os 32 municípios da 4ª CRS/RS que aderiram ao PMAQ, 10 possuem 100% de cobertura, 5 acima de 70%, 7 abaixo de 70% e 6, nenhuma cobertura de ESF (BRASIL, 2013d).

Frente ao exposto, a avaliação em saúde da AB ressalta questões acerca das perspectivas dos trabalhadores das equipes de ESF relacionadas a implantação do programa, no caso, ao PMAQ, e principalmente sobre a maneira como aderiram ao programa, como estão executando o mesmo e quais são os resultados evidentes tanto construtivos e que viabilizaram melhorias nos serviços da AB, na gestão do cotidiano das equipes, nos seus processos de trabalho e, o que dificultou a implantação do programa e, o que, poderia ser melhorado. Esta percepção está equilibrada em relação a questão da adesão e do fazer, se são as equipes, os trabalhadores da saúde, que se envolvem com o processo de aderir e fazer

¹ Dentre os principais componentes dos sistemas de saúde está a cobertura, os recursos e as organizações. A cobertura é o componente mais importante visto que ele *zela* pela saúde dos cidadãos. Deve-se saber quem é coberto, por quem e para quê (LOBATO E GIOVANELLA, 2008, p. 123, grifo nosso).

acontecer determinado programa e com os resultados do mesmo, porque não ouvi-los? Porque não abrir espaço para que os mesmos possam compartilhar das suas experiências e dificuldades? Não seria isso uma proposta de avaliação da avaliação como propõem alguns autores? Até porque, paradoxalmente, segundo Borges e Baptista (2010), as equipes de ESF, que são a porta preferencial de entrada dos serviços da AB e, são sujeitos de poucas investigações na área da saúde (FURTADO, LAPERRIÈRE, 2011).

Frente a isto, o interesse pela temática da avaliação em saúde da AB teve início após inserção no curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em março de 2013, na linha de pesquisa “Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde” e, no Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, em que houve a proposta de trabalhar com esta temática.

O interesse pela área de Gestão em Enfermagem e Saúde teve ênfase no 7º semestre em curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), ao cursar a disciplina teórico-prática de Administração em Enfermagem. Entretanto, experiência em pesquisa de iniciação científica desde o 3º semestre do curso de graduação, instigou à continuidade em pesquisa e na área de gestão em saúde e enfermagem. Pesquisar a temática da avaliação em saúde é importante visto que este espaço tem proporcionado construção de conhecimentos sobre o trabalho e a gestão em enfermagem e saúde, e neste caso, da equipe de saúde, a partir da avaliação de serviços de saúde da AB.

Neste sentido, ao realizar busca por produções científicas sobre a avaliação da AB, as mesmas teciam reflexões sobre os seguintes aspectos: a pouca realização de investigações sobre a avaliação em saúde da AB a partir da percepção das equipes de ESF; a avaliação sobre a estrutura física das unidades, os custos e financiamento das mesmas; sobre a dificuldade frente a realização da avaliação de desempenho dos trabalhadores da saúde e da organização do serviço. Em se tratando do processo de avaliar os estudos levantaram as seguintes necessidades: a avaliação deveria considerar a objetividade e a subjetividade, o quantitativo e o qualitativo, a estrutura e o processo, assim como, a experiência dos profissionais e usuários que compõem esse sistema de saúde. E, relacionado às equipes foram identificados os seguintes aspectos: as equipes de ESF precisam adquirir novos modelos intelectuais para apreender a complexidade da avaliação através da reflexão, do debate e a partir daí desenvolvendo a consciência sobre os determinantes das suas decisões e das suas práticas

(ONOCKO-CAMPOS et al, 2012; PEREIRA et al, 2011; CONIL, 2008; IBANEZ et al, 2006; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Nesse sentido, o **objeto** da presente pesquisa compreende a participação das equipes de ESF na implantação do PMAQ na AB. Desta maneira, foi formulada a **seguinte questão de pesquisa**: Como as equipes de ESF da 4ª CRS/RS participam da implantação do PMAQ na AB?

O **objetivo geral** da pesquisa é: Identificar como os profissionais das equipes de ESF da Região de saúde Verdes Campos da 4ª CRS/RS, participam da implantação do PMAQ na Atenção Básica.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Este segundo capítulo expõe o referencial teórico que é aplicado nesta pesquisa. Este referencial foi utilizado como suporte no decorrer do desenvolvimento do estudo visto o seu olhar crítico e reflexivo acerca da temática proposta. Foi utilizado principalmente, nos momentos de análise e discussão dos dados. Momento este, que proporcionou reflexões e discussões acerca do vivenciado e das informações obtidas, com subsídios para análise e discussão numa perspectiva macro e micro estrutural histórica-social.

1.1 O Materialismo Histórico Dialético

O Materialismo Histórico e Dialético se consolidou a partir de um conjunto de fatos históricos relacionados tanto com a dialética em si, quanto com o marxismo. A dialética está presente desde a Antiguidade. Os filósofos gregos já a denominavam como a arte de saber discutir. Entretanto foi com Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) que a dialética passou a dominar os momentos de reflexão, ou seja, estando presente tanto na dimensão do objeto quanto do discurso (TREIN, 2012).

O marxismo é fundado em meados do século 19, por Karl Heinrich Marx (1818-1883), a partir de questionamentos levantados da constituição/organização da sociedade burguesa. Este período, carecia de uma teoria social que apreendesse a estrutura íntima da sociedade burguesa, que na época, revelava seus instrumentos de exploração, opressão e reprodução, da maioria pela minoria. Para Netto (1985, p.17) a contradição era real: “a sociedade burguesa, ao mesmo tempo que abre a possibilidade para tomar o ser social tal como ele é (...) bloqueia esta apreensão”. Desta realidade surge a expressão Marxismo, que designa “um amplo movimento de ideias que se estende desde a filosofia até a política, sendo invocado tanto pelo filósofo liberal e humanista, quanto pelo tirano mais feroz” (GIANOTTI, 1999, p.5).

É através da vontade do pai, que Marx passa a estudar Direito na Universidade de Berlim em 1836 e é, justamente onde, passa a identificar-se pela filosofia e história. Neste espaço universitário, Marx passou a se envolver com a ideologia oficial de Hegel, que havia falecido a pouco tempo (1831) e que, propunha juntar dois aspectos para discussão: o método

e o objeto - dialética. Daqui iniciam-se as primeiras reflexões e debates que levam Marx à uma evolução no que concerne do marxismo ao materialismo histórico e dialético.

Ainda na Universidade define a “crítica social-democrática” que evoluiu quando Marx tem um mãos um dos textos de Friedrich Engels (1820-1895) denominado *Esboço de uma crítica da Economia Política*. Engels pautava-se numa discussão relacionada ao exterior do campo da Economia Política – o trabalho como fonte de riqueza e alienação - baseado na antropologia feuerbachiana (GIANOTTI, 1999, p. 11). A partir daqui, Marx e Engels passam a desenvolver um trabalho comum, que evolui do Manifesto Comunista ao O Capital, em que é perceptível o amadurecimento do Marxismo à constituição do Materialismo Histórico e Dialético, este, que agrega:

[...] a concepção dialética (que recuperou Hegel), a teoria do valor-trabalho (que tomou de Smith e Ricardo), a denúncia da miséria da vida sob o capitalismo e o apelo a uma nova ordem social (que encontrou nos chamados ‘socialistas utópicos’), o reconhecimento do papel histórico fundamental das lutas de classe (presente nos historiadores das revoluções burguesas) [...] (NETTO, 1985, p. 25).

É este referencial teórico, que mais tarde, fundamenta a Reforma Sanitária Brasileira que origina o Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2008, p. 39). A Reforma Sanitária Brasileira, tem suas origens no Movimento Sanitário o qual remonta os primeiros anos da ditadura militar (1970). As Universidades passaram a constituir espaços de contestação em relação ao governo autoritário, reuniu intelectuais, profissionais da saúde, organizações e associações, e estes tinham como referencial a saúde como valor universal. Assim, foi constituído o Projeto da Reforma Sanitária, que apresentava um conjunto de propostas políticas e técnicas com o fim de atingir a universalização e a equidade social (TEIXEIRA, MENDONÇA, 1989; VAITSMAN, 1989; TEIXEIRA, 1989). Conforme a descrição de Teixeira (1989) o conceito de Reforma Sanitária,

[...]refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, p.40, grifo do autor).

Uma realização importante da Reforma Sanitária foi a inserção no texto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado que, a partir de 1988, quando começa a ser implantado o SUS, redefine o modelo de financiamento do governo federal para estados e municípios, para que este não se limite aos moldes de convênio com pagamento de produção

(VASCONCELOS, PASCHE, 2008; COHN, 1992). A regulamentação se deu a partir das Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, que pontuam sobre a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas leis, que desde então, tem ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde que compreende também as legislações estaduais e municipais que regulamentam a criação ou adaptação de órgãos, previstas na legislação federal. A operacionalização do sistema também se orienta pelas resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo e, a partir das normas operacionais (Norma Operacional Básica - NOB e Norma Operacional de Assistência a saúde - NOAS) editadas pelo MS com base nos acordos estabelecidos na negociação tripartite, entre os gestores municipais, estaduais e federal (VASCONCELOS E PASCHE, 2008).

Com base no Referencial Teórico do Materialismo Histórico e Dialético e da sua inserção no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, que este trabalho de dissertação de mestrado foi construído, logo que, este referencial possibilita a compreensão das articulações necessárias entre o plano psicológico e o social da existência humana; entre o plano econômico e o das instituições sociais e políticas; entre todas elas e o conjunto de ideias e de práticas que uma sociedade produz (CHAUÍ, 2006).

Salienta-se que, quando se adota este quadro de referência, passa-se a enfatizar a dimensão histórica dos processos sociais a partir da identificação dos modos de produção em determinada sociedade e de sua relação com as superestruturas (política, jurídica etc.), dando subsídios para a interpretação dos fenômenos observados (MINAYO, 2010; ALVES, 2010; GIL, 2009; MASSON, 2007).

Nesta perspectiva este referencial possibilita a análise do campo histórico da saúde no cenário brasileiro no que tange a temática da avaliação de serviços de saúde da AB, por se tratar de um modelo explicativo da área da saúde coletiva, pois analisa as políticas de saúde numa perspectiva macro e micro estrutural histórica, e proporciona um estudo compreensivo e crítico da realidade social (BARBOSA, 2010; COELHO, 2009; COHN, 1992).

2 METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentados os aspectos referentes à metodologia, ao tipo de pesquisa, os sujeitos participantes, o local, a etapa de campo e coleta de dados, a análise e interpretação dos dados e, por fim, os aspectos éticos relacionados ao estudo.

2.1 Tipo de Pesquisa

Esta pesquisa é de caráter social, que, de acordo com Gil (2009), utiliza metodologia científica e permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. Portanto, trata-se de pesquisa social aplicada, pois tem o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos. Sendo assim, a abordagem utilizada é qualitativa, visto que esta incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2010).

Além disso, trata-se de estudo exploratório e descritivo. O estudo exploratório proporciona visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este é desenvolvido quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. E, o estudo descritivo por ter o objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Deste modo, o delineamento da pesquisa é de estudo de campo, por se tratar de um estudo com um único grupo em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação de seus componentes e o aprofundamento das questões propostas (GIL, 2009).

2.2 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos que participaram da pesquisa compreenderam 33 profissionais da rede pública da AB que compõem as equipes de saúde de ESF da 4ª CRS/RS, da Região de saúde Verdes Campos (BRASIL, 2013e).

A seleção das equipes de ESF compreendeu municípios da 4ª CRS/RS, da Região de saúde Verdes Campos, com equipes de ESF que aderiram ao PMAQ no ano de 2011 e, que apresentaram desempenho “muito acima da média” na avaliação externa do referido programa no ano de 2012 (BRASIL, 2013f). Assim, dentre os 21 municípios da área de abrangência da Região de saúde Verdes Campos, 6 municípios foram classificados, sendo eles: São Martinho da Serra, Júlio de Castilhos, Quevedos, São Pedro do Sul, São Sepé, São João do Polêsine.

Sequencialmente, foram selecionados entre os 06 municípios, os que possuíam maior e menor cobertura de ESF. Foi identificado apenas 01 município com menor cobertura de ESF (58,14%) e 03 municípios com maior cobertura de ESF (100%). Deste modo, como o município de menor cobertura de ESF é o que possui maior número de habitantes, foi selecionado, entre os 06 municípios o que possuía menor número de habitantes. Assim, o município com menor número de habitantes era um dos 03 que apresentaram maior cobertura de ESF.

Desta forma, 02 equipes de ESF foram selecionadas para integrar esta pesquisa, uma no município de São João do Polêsine que apresentou maior cobertura de ESF (100%) e menor número de habitantes (2.572 mil) e, uma no município de São Sepé, com menor cobertura de ESF (58,14%) e maior número de habitantes (23.672 mil). As diferenças geográficas selecionadas (cobertura de ESF e número de habitantes) foram aplicadas, visto ao método de coleta de dados empregado, assim como, da indicação da realização da pesquisa em lugares que apresentassem alguma diferença importante².

Como **critério de inclusão dos sujeitos da pesquisa** considerou-se os profissionais integrantes de equipes de ESF e que participaram de alguma etapa de implantação e avaliação do PMAQ a partir do ano de 2011. E, os **critérios de exclusão dos sujeitos** compreendeu

² Dall’Agnol e Trech (1999, p. 11), sugerem a organização de grupos focais em “(...) cada região geográfica na qual se considere uma diferença importante que possa influenciar comportamentos e atitudes dos participantes”. Westphal, Bógus, Faria (1996, p. 473) pontuam que “(...) os dados sejam obtidos de mais de um grupo com características diferentes a fim de permitir a identificação e a compreensão de diferenças de percepção”.

profissionais integrantes de equipes de ESF e que, em nenhum momento tenham participado das etapas do PMAQ.

2.3 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois municípios que integram a Região de saúde Verdes Campos, que compõe a 4ª CRS/RS, sendo eles: São Sepé e São João do Polêsine, conforme pode-se visualizar na Figura 1 e na Figura 2, abaixo.

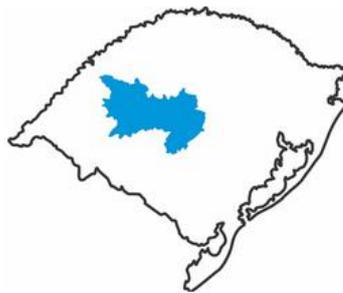


Figura 1 - Macrorregião da 4ª CRS/RS (Fonte: Secretaria Estadual da Saúde, 2013a).

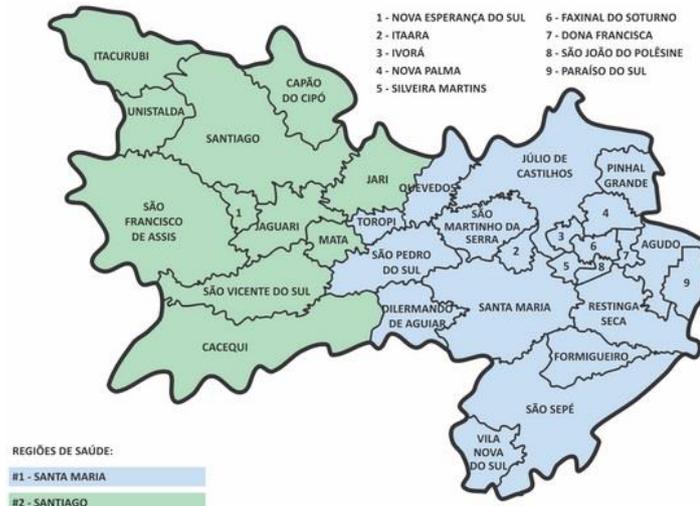


Figura 2 - Macrorregião da 4ª CRS/RS (Fonte: Secretaria Estadual da Saúde, 2013a).

2.3.1 Descrição dos municípios

Neste subcapítulo é apresentado brevemente o perfil demográfico de cada município onde a pesquisa foi desenvolvida.

2.3.1.1 Município de São Sepé

O território do município de São Sepé era parte da Vila de Rio Pardo, um dos quatro primeiros municípios da Província de São Pedro do RS. Foi emancipado em 1938, por meio de decreto nº 7.199. Possui aproximadamente 24.465 mil habitantes e uma área de 2.200,292 km² (SÃO SEPÉ, 2013; IBGE, 2014a). O município possui quatro ESF, com cobertura de ESF de 58,14% (BRASIL, 2013b). Possuía em 2010, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de renda 0,708; de longevidade 0,871; de educação 0,576 (PNUD, 2013a).

O IDH é constituído de três eixos, saúde, educação e renda e são mensurados a partir da medida da expectativa de vida, longa e saudável; do acesso ao conhecimento através da média de anos de educação de adultos e a expectativa de anos de escolaridade de crianças e; a medida do padrão de renda pela Renda Nacional Bruta e pelo poder de paridade de compra (PNUD, 2013b). No ano de 2000, o Brasil possuía IDH de 0,766 e, o Estado do RS, 0,814. Dos Estados do Sul, em primeiro lugar estava Santa Catarina (0,822), em segundo RS e, em terceiro Paraná (0,787). No Estado do RS, o IDH de educação era 0,904; de longevidade 0,785; de renda 0,754 (PNUD, 2013a). Em se tratando da unidade básica em que a equipe de ESF selecionada está localizada em um bairro da periferia do município e, a sua estrutura física situa-se em um espaço que foi projetado para ser o salão da comunidade.

2.3.1.2 Município de São João do Polêsine

Município localizado na área central do Vale do Jacuí e está a 45 quilômetros de distância do Município de Santa Maria. O município integra a Quarta Colônia de Imigração

Italiana do Estado do RS, possui 2.657 mil habitantes e a sua emancipação administrativa ocorreu em 1992, sendo que a primeira administração municipal iniciou em 1993. Sua área de unidade territorial compreende 85,169Km² (SÃO JOÃO DO POLÊSINE, 2013; IBGE, 2014a). Possui uma ESF com 100% de cobertura (BRASIL, 2013b). O IDH de renda em 2010 foi de 0,748; de longevidade 0,847 e de educação 0,661 (PNUD, 2013a).

A unidade em que a equipe de ESF selecionada atua, está localizada na área central do município, sendo que o espaço físico no qual está localizada comporta uma equipe de saúde e, no mesmo espaço físico está localizada a Secretaria Municipal de Saúde.

2.4 Etapa de campo e coleta de dados

Neste subcapítulo são apresentadas as etapas de desenvolvimento da presente pesquisa.

2.4.1 Aproximação e ambientação

O primeiro contato realizado com as equipes se deu por meio de ligação telefônica. Foram contatados os enfermeiros das unidades, apresentado aos mesmos a proposta da pesquisa informando que as devidas equipes haviam sido selecionadas para participar do estudo. Foi dado conhecimento que o estudo tem apoio da 4^a CRS/RS e que a proposta da pesquisa foi apresentada em reunião à Comissão Intergestores Regionais (CIR), em que, os Secretários Municipais de Saúde avaliaram o projeto de pesquisa e enviaram ofício autorizando a realização da pesquisa nos respectivos municípios. Na oportunidade foi informado aos Secretários Municipais de Saúde que esta pesquisa somente seria realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. O retorno foi positivo sendo informado ao pesquisador que as equipes tinham interesse em participar do estudo.

Em seguida, com o apoio de pesquisadora voluntária, foi realizada a aproximação e ambientação nos cenários de pesquisa, em ambos os municípios, no mês de dezembro de

2013. A estratégia escolhida foi acompanhar um dia de trabalho das equipes (turno manhã e tarde), com o intuito de familiarizar trabalhadores e pesquisadoras.

Esta etapa de ambientação compreendeu a apresentação das pesquisadoras aos profissionais, o reconhecimento da estrutura física das unidades, do fluxo de atendimentos prestados, o contato com usuários, acompanhamento de consultas de enfermagem e de visitas domiciliares com os ACS nas proximidades das unidades para, igualmente, compreender mesmo que brevemente, a realidade do local onde as equipes de ESF estão inseridas e desenvolvem suas atividades. Após esta etapa, teve início à etapa de coleta de dados.

2.4.2 Coleta de dados

A coleta de dados teve início após a aprovação do CEP da UFSM, sob nº CAAE: 24660713.4.0000.5346 (Anexo A). A mesma iniciou em janeiro de 2014 e término em março de 2014. A técnica utilizada para a coleta de dados compreendeu Grupo Focal (GF).

Esta técnica possibilita por intermédio da fala e do debate, o acesso a informações acerca de fenômenos sociais a partir da expressão das percepções, crenças, valores, atitudes e representações do grupo sobre determinado tema, principalmente pela interação com outros indivíduos, visto que os sujeitos se expressam de forma livre o que viabiliza a apreensão de singularidades de visões. Desta maneira, permite a construção de novas ações por parte dos participantes da pesquisa, por meio da reflexão, desconstruindo e construindo conceitos, visto que o GF desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética no sentido de sensibilizar os participantes na transformação da realidade de modo crítico e criativo (BACKES et al, 2011; GOMES, TELLES E ROBALLO, 2009; LOPES et al, 2009; RESSEL et al, 2008; ERIKSSON, KOVALAINEN, 2008; NETO, MOREIRA, SUCENA, 2002; IERVOLINO, PELICIONI, 2001; DIAS, 2000; DALL'AGNOL, TRENCH, 1999; WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996; MORGAN, 1996).

A técnica de GF surgiu no ano de 1940 e é de origem anglo-saxônica. Entretanto, ela somente foi proposta e aplicada como método de pesquisa na área das ciências sociais em uma investigação acerca do potencial de persuasão da propaganda no período da Segunda Guerra Mundial. Desde então, passou a ser utilizada na área da psicologia social e da mercadologia e, a partir da década de 80, passou a ser aplicada como método de pesquisa na

área da saúde e da educação em saúde (BARBOUR, 2009; TRAD, 2009; ERIKSSON, KOVALAINEN, 2008; FLICK, 2005; DENZIN, LINCOLN, 2005; IERVOLINO, PELICIONI, 2001; WESTPHAL, BÓGUS, FARIA, 1996; MORGAN, 1996; KITZINGER, 1994).

A dinâmica do GF compreende sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico. Os grupos são constituídos por cerca de 6 a 15 pessoas, escolhidas por apresentarem pelo menos um traço em comum, importante para o estudo proposto. Os critérios de seleção dos participantes são determinados pelo objetivo do estudo, ou seja, trata-se de amostra intencional (TRAD, 2009; DENZIN, LINCOLN, 2005; WESTPHAL, BÓGUS E FARIA, 1996). Deste modo, nesta pesquisa, participaram 33 profissionais, em que 12 participaram no município de São Sepé e, 21 participaram em São João do Polêsine. Entretanto, nesta última equipe, 12 participaram no primeiro encontro e 09 no segundo encontro, em que novos integrantes foram incorporados.

O GF foi conduzido por um moderador, no caso, a pesquisadora deste estudo, em que a mesma propôs questões para os participantes. Estas questões compreenderam um roteiro de tópicos (Apêndice A) previamente preparado a partir dos objetivos do estudo, que permitiu a flexibilidade na condução do GF. Igualmente foi aplicado no primeiro encontro do GF um instrumento de coleta de dados sociodemográficos para os participantes responderem, no sentido caracterizar o perfil do grupo (Apêndice B).

A técnica de moderação do grupo focal utilizada foi *não diretiva*, pois permite, com perguntas abertas no roteiro de tópicos, a expressão de sentimentos dos participantes sem influência do moderador. Assim como, o estilo do grupo adotado foi *semi-estruturado*, em que, o moderador, segue o roteiro de tópicos com perguntas abertas, porém proporciona uma conversação flexível e com abertura para o diálogo (DALL'AGNOL, TRENCH, 1999, p. 19-20, grifo do autor; BARBOUR, 2009; ERIKSSON, KOVALAINEN, 2008; FLICK, 2005).

O moderador deve encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre o tema em estudo no sentido de alcançar a interação social entre os participantes, mantendo-se neutro e evitando introduzir qualquer ideia preconcebida na discussão. Também, um observador é encarregado de captar as informações não verbais expressas pelos participantes, ajudar o moderador a analisar os possíveis vieses ocorridos na sessão do GF, assim como auxiliar com as gravações de voz (GOMES, TELLES, ROBALLO, 2009; IERVOLINO, PELICIONI, 2001; GOMES, BARBOSA, 1999;

WESTPHAL, BÓGUS, FARIA, 1996). O observador, neste estudo, trata-se de uma pesquisadora voluntária que foi capacitada acerca da técnica de GF, pela própria moderadora.

A duração da sessão do GF foi de 02 horas, sendo que a bibliografia enfatiza de 01 a 02 horas. O local e o horário foram definidos em conjunto com as equipes de ESF, no momento da ambientação, com o intuito de possibilitar maior acesso dos mesmos em participar da pesquisa. Assim, foi proposto pelas mesmas, a realização das sessões de GF nas unidades de ESF, nos dias e turnos destinados para a realização da reunião de equipes, visto que, este seria o único momento em que toda a equipe estaria reunida para a discussão de assuntos referentes à unidade. Conforme contatado, não haveria perdas para a equipe quanto as sessões de GF serem nos dias da reunião logo que, as sessões de GF também seriam tidas como um momento importante para a discussão e reflexão sobre o PMAQ.

O ambiente em ambas unidades era agradável, tranquilo, sem objetos que poderiam desviar a atenção dos participantes ou que pudessem interromper a discussão, conforme prevê a literatura (TRAD, 2009; ERIKSSON, KOVALAINEN, 2008; AZAMBUJA et al, 2007; DIAS, 2000; MORGAN, 1996; WESTPHAL, BÓGUS, FARIA, 1996; CARLINI-COTRIM, 1996).

As sessões de GF foram realizadas até o momento em que o objetivo desta pesquisa foi alcançado. Há a indicação de realizar, pelo menos, duas sessões de GF (BARBOUR, 2009; DALL'AGNOL, TRENCH, 1999; CARLINI-COTRIM, 1996). Deste modo, foram realizados dois encontros com cada equipe, sendo que, com a equipe de São João do Polêsine, um encontro foi em Janeiro/2014 e outro em Fevereiro/2014 e, com a equipe de São Sepé, os dois encontros foram em Março/2014. Em ambas as equipes, as falas se repetiram no segundo encontro e deste modo, conforme a literatura, foram finalizadas as sessões no segundo encontro.

A localização das pessoas na sala se deu por meio de cadeiras em círculo possibilitando o contato visual entre todos os participantes. Ao final das sessões grupais, foi avaliado individualmente, o que representou para os pesquisados a participação nas discussões realizadas no GF, com vistas a apreender as potencialidades e os limites do método empregado na pesquisa³.

Deste modo, ao finalizar o encontro, foram convidados por livre e espontânea vontade a participação na entrevista individual, conforme prevê o TCLE (Apêndice C), sobre a

³ Técnica utilizada em pesquisa realizada por Ressel et al (2008), enfatizada no artigo científico de Neto, Moreira e Sucena (2002) e abordado pelos autores Eriksson e Kovalainen (2008).

avaliação dos encontros realizados. Participaram 05 profissionais da unidade de São João do Polêsine e, 03 de São Sepé. Foi aplicado um instrumento que avaliou individualmente o espaço de discussão que as sessões de GF proporcionaram (Apêndice D).

Além disso, foi mantido no decorrer da ambientação e das sessões do GF, o diário de campo, em que, logo após o término de cada vivência e sessão de GF foram realizadas anotações, visto que, conforme Campos e Turato (2009, p. 4), “[...] o ato inferencial/interpretativo leva à leitura subjetiva de conteúdos não manifestos [...]. O próprio contato transcorrido no ato da entrevista já fornece material para análise crescente”.

Toda a etapa de coleta de dados, com exceção da aplicação do instrumento de perfil sociodemográfico que foi respondido manualmente, deu-se por meio da gravação de voz com 02 gravadores de áudio mp4, após o consentimento por meio do TCLE, dos participantes.

2.4.3 Análise e interpretação dos dados

Após a realização de cada sessão grupal, a pesquisadora deste estudo realizou as transcrições das gravações. Estas, compreenderam a primeira fase de ouvir e transcrever ao mesmo tempo, a segunda fase de ouvir as gravações e ler as transcrições efetuando as devidas correções e uma última fase que foi ouvir novamente e reler confirmando todas as informações ouvidas às escritas. Todas as transcrições foram feitas após a realização de cada encontro e foi realizada pela pesquisadora com o intuito de, desde este momento, ir desenvolvendo uma maior afinidade com cada expressão/fala emitida pelos participantes, pelo grupo.

Com a finalização da fase de transcrição, foi possível identificar o volume de informações obtidas. Esta impressão levou a pesquisadora a realizar o *download* gratuito do *Software ATLAS/Ti*, com o intuito de facilitar e promover um melhor detalhamento dos documentos para, em seguida, dar início à análise dos mesmos.

A análise dos dados provindos dos instrumentos de pesquisa (roteiro de tópicos do GF; o instrumento de coleta de dados sociodemográficos; a questão individual de avaliação sobre o GF; as observações realizadas pelo observador do GF e as anotações do diário de campo) foi realizada atendo-se ao contexto social, logo que, são dados potencialmente subjetivos. Desta forma, os dados implicaram em análise qualitativa que visa a organização dos mesmos,

para que revelem com a máxima objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo (CAMPOS, 2004; ASCHIDAMINI, SAUPE, 2004; IERVOLINO, PELICIOLO, 2001; DIAS, 2000; CARLINI-COTRIM, 1996).

Nesse sentido, a análise dos dados do roteiro de tópicos do GF e da questão individual sobre a avaliação do GF deu-se por meio de Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (2011). Os dados provindos do instrumento de dados sociodemográficos teve tratamento estatístico descritivo através do programa *Statistical Package for Social Science for Windows 14.0* (SPSS-14.0).

A AC pressupõe um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a *discursos* extremamente diversificados, ou seja, das comunicações. Trata-se de um conjunto de instrumentos, visto que, não é apenas um instrumento, mas de um leque de *apetrechos*, ou seja, de uma grande possibilidade de formas e técnicas, que se adaptam ao campo de aplicação da AC (BARDIN, 2011, p. 37, grifo do autor). Assim, a unificação dessas técnicas múltiplas possibilitadas pela AC, é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Desta forma, a AC procura conhecer o que está para além das palavras sobre as quais se debruça e analisa, na busca de alcançar, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mesmas (BARDIN, 2011).

A organização dos documentos por meio do *Software ATLAS/Ti*, compreendeu as seguintes etapas da AC, que igualmente podem ser visualizadas na Figura 3, a seguir:

Etapa 1 - A pré-análise: fase de organização dos documentos, compreendeu um período de intuições, mas com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais. Foram realizadas:

- a) **Leitura flutuante:** primeiro contato com os documentos a serem analisados, deixando-se invadir por impressões e orientações.
- b) **Escolha dos documentos:** nesta fase deu-se a leitura das transcrições e a demarcação de partes em comum do texto, constituindo conforme o *software ATLAS/Ti*, códigos, ou seja, a constituição do *corpus*. Esta primeira demarcação originou 02 arquivos, um que compreendia as transcrições referente às sessões de grupo focal e outro que compreendia as entrevistas individuais, agregando as falas de ambas equipes.
- c) **Formulação das hipóteses e dos objetivos:** a hipótese trata-se aqui de uma suposição cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso. O objetivo é a finalidade geral que é proposta, o quadro teórico e/ou pragmático no qual os resultados obtidos serão utilizados (BARDIN, 2011). Nesta fase, foi realizada uma releitura de cada um dos 02 arquivos, com

maior ênfase ao arquivo 01, que compreendia as falas das sessões do grupo focal. Várias hipóteses foram levantadas com a releitura do arquivo que levou à próxima etapa.

d) Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores: conforme Bardin (2011) se, se considerarem os textos uma manifestação que contém índices que a análise explicitará, o trabalho preparatório será o da escolha destes. Desta forma, procedeu-se a releitura do arquivo 01 e 02, delimitando índices, no caso, de falas mais centrais e que estavam mais voltadas ao objetivo da pesquisa.

e) A preparação do material: antes da análise propriamente dita, o material reunido deve ser preparado, ou seja, nesta fase ambos os arquivos 01 e 02, estavam organizados e previamente delimitados de acordo com o objetivo da pesquisa.

Etapa 2 - A codificação: segundo Bardin (2011) trata-se da transformação dos dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, e esta permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. A organização da codificação compreendeu três escolhas:

a) Recorte e escolha das unidades: a unidade de registro é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e contagem frequencial. A unidade de registro pode ser de natureza e dimensões muito variáveis, por exemplo, o tema, a palavra, ou a frase. Neste estudo, foram utilizados temas centrais acrescidos de palavras.

b) Enumeração pela escolha das regras de contagem: as regras de enumeração mais utilizadas são a de frequência. A importância de uma unidade de registro aumenta com a frequência de aparição. Uma medida frequencial em que todas as aparições possuam o mesmo peso postula que todos os elementos tenham uma importância igual. Deste modo, foram agregadas as falas por tema acrescido de palavra, por meio da frequência da sua aparição nas falas.

c) Classificação e a agregação: compreende a escolha das categorias. Aqui, o arquivo 01 foi denominado de “Atividades como implantar” que obteve 08 temas e o arquivo 02 foi denominado de “Dificuldades com a implantação” com 02 temas.

Etapa 3 - A categorização: os critérios de categorização podem ser semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido), expressivo (categorias que classificam diversas perturbações da linguagem). O que permite o agrupamento dos elementos em categorias é a parte comum existente entre eles. A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário (isolar os elementos), e a classificação (repartir os elementos e, portanto, organizar as mensagens).

Nesta etapa, houve a necessidade da releitura do projeto de pesquisa, nesta releitura, além do objetivo geral da pesquisa, foi possível evidenciar os objetivos da técnica de grupo focal e da utilização do referencial teórico. Assim, foi realizada uma nova releitura do arquivo 01 (que contém todas as falas dos participantes das sessões de GF de ambos os municípios), e foi realizada a separação das falas conforme a sua determinada equipe/município o que gerou um arquivo de cada equipe e, a partir destes 02 arquivos, foram identificadas semelhanças e diferenças entre as equipes, conforme proposto pela escolha da técnica de grupo focal⁴ e igualmente pelo referencial teórico⁵.

Assim, dispunha de 04 arquivos, acrescido do arquivo que somente tratava da entrevista individual, ou seja, 05 arquivos (*corpus*). Igualmente, com base na análise estatística do perfil do grupo, foi definido um perfil geral de todos os participantes e um perfil de cada equipe participante, por meio do *Software* SPSS.

Etapa 4 - A inferência: a inferência faz-se, habitualmente, caso a caso, à falta de leis exatas referentes às ligações habituais entre a existência de certas variáveis do emissor e as variáveis textuais, logo que, a mesma “[...] não passa de um termo elegante, efeito moda, para designar a indução, a partir dos fatos” (BARDIN, 2011, p. 168). Nesta etapa, com base nos arquivos definidos, deu-se a análise e construção dos artigos que compõem esta dissertação.

⁴ Dall’Agnol e Trech (1999, p. 11), sugerem a organização de grupos focais em “(...) cada região geográfica na qual se considere uma diferença importante que possa influenciar comportamentos e atitudes dos participantes”. Westphal, Bógus e Faria (1996, p. 473) pontuam que “(...) os dados sejam obtidos de mais de um grupo com características diferentes a fim de permitir a identificação e a compreensão de diferenças de percepção”.

⁵ Conforme Chauí (2008, p. 52 grifo do autor) o materialismo histórico e dialético (MHD) parte do *aparecer* social e chega, pelas mediações reais, ao *ser* social. Igualmente, este método pode mostrar como o *ser* do social determina o modo como este *aparece* aos homens.

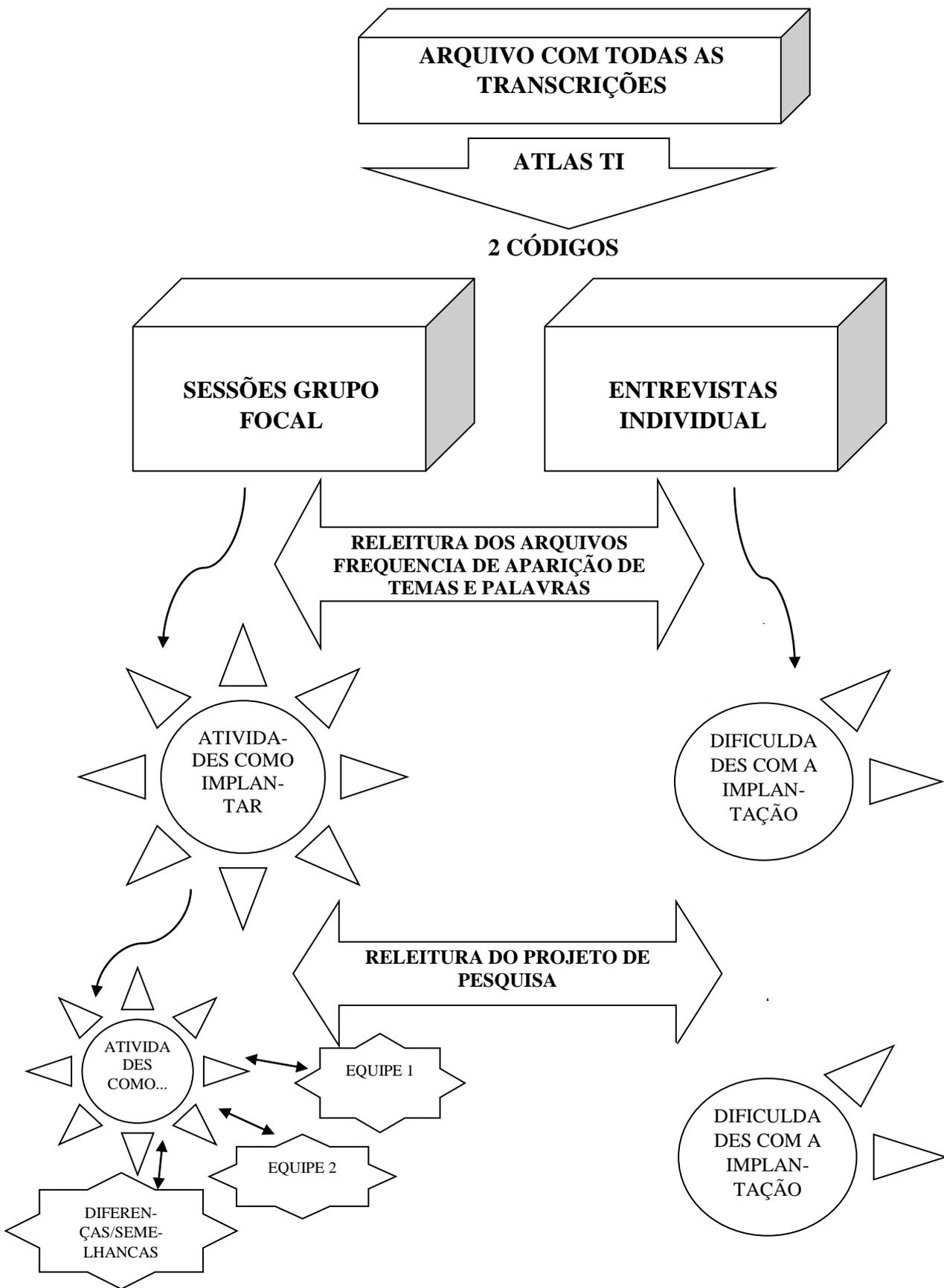


Figura 3 – Ilustração das Etapas da AC da pesquisa
(Fonte: Do autor,2014).

2.5 Princípios Éticos

Todos os preceitos éticos de pesquisa que envolvem seres humanos foram observados, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Este projeto foi registrado no Gabinete de Apoio a Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM (Anexo B), foi apresentado em reunião à Comissão Intergestores Regionais (CIR) e, em seguida, foi encaminhado aos municípios para autorização da realização da pesquisa por meio dos Secretários Municipais de Saúde (Anexo B). As autorizações foram enviadas pelos Secretários, por *e-mail* à pesquisadora deste projeto. Após, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação pelo CEP da UFSM e da aceitação espontânea dos sujeitos da pesquisa em participar.

Todos os profissionais que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa, depois de esclarecidos os objetivos do estudo assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), em que, uma via ficou em poder do pesquisado, outra da pesquisadora. Foi garantido o anonimato, assegurado o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, bem como, não foram beneficiados financeiramente. Para proteger a identidade dos mesmos, foram nomeados de T1, T2, T3 (trabalhador 1, trabalhador 2, etc.) e assim, sucessivamente.

A etapa de coleta de dados, com restrição à aplicação do instrumento de perfil sociodemográfico que foi respondido manualmente, foi gravada por meio de 02 gravadores de áudio mp4 e somente com o consentimento dos participantes. As gravações serão transcritas e guardadas em um *compact disc* (CD) e logo após, foram destruídas as gravações.

Dentre os benefícios que esta pesquisa pode trazer aos participantes foram os momentos de reflexão que as sessões de GF proporcionaram, acerca da avaliação em saúde da AB principalmente, do processo de participação das equipes de ESF na implantação da avaliação da AB, o que pode apontar estratégias para o fortalecimento da mesma, assim como das potencialidades e necessidades da avaliação da AB a partir do cotidiano de trabalho das equipes de ESF.

Entre os riscos previstos estava a possibilidade da temática em questão apresentar inquietude ou ansiedade para os participantes ao remetê-los para a vivência do cotidiano de

trabalho. Entretanto, no decorrer da pesquisa não foi identificado entre os participantes desconforto ou sofrimento durante o relato das vivências, e mesmo assim, foi esclarecido aos mesmos que quem apresentasse algum sofrimento, ansiedade ou inquietude, seriam acolhidos pelas pesquisadoras e convidados a deixar de participar da pesquisa.

A autonomia foi considerada e os participantes da pesquisa receberam as informações a respeito da pesquisa, na qual foi solicitada a sua colaboração, cabendo ao mesmo decidir em participar ou não. A privacidade foi garantida através do sigilo e do anonimato dos participantes. A não maleficência foi observada, em que não foi causado dano intencional aos participantes e danos previsíveis foram evitados dentro do possível. A beneficência foi integrante desta pesquisa em todos os momentos visto que, a mesma, busca ação em benefício aos participantes e aos serviços de saúde com relação à temática da pesquisa. A justiça foi respeitada e todos os sujeitos, participantes ou desistentes da pesquisa foram tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia, sendo assegurado, a prevalência do bem estar das pessoas que aceitaram participar da pesquisa. A equidade foi atendida aos sujeitos da pesquisa em que os benefícios resultantes desta pesquisa foram de igual consideração aos envolvidos.

Os instrumentos de coleta de dados e o CD com as transcrições estão sob responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto, Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller, em um armário chaveado, por um período de cinco anos, na sala 1305a, do CCS da UFSM, e serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após, serão incinerados.

3 RESULTADOS

ARTIGO 1 - Implantação da avaliação no processo de trabalho de Equipes da Estratégia Saúde da Família⁶

RESUMO

Esta pesquisa buscou identificar como equipes da Estratégia Saúde da Família implantam o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade no seu processo de trabalho. Trata-se de estudo qualitativo sob técnica de grupo focal, realizado de janeiro a março de 2014 com 33 trabalhadores de duas equipes de municípios distintos que apresentaram boa avaliação após adesão ao programa em 2011. A análise dos dados adveio da utilização do Software Atlas Ti e da Análise de Conteúdo, assim como, a discussão foi embasada no referencial teórico do materialismo. Os depoimentos revelaram desenvolvimento na compreensão sobre a avaliação, perpassando a aplicabilidade do programa por meio da organização e sistematização dos processos de trabalho que culminou com a identificação de lacunas frente à avaliação. Conclui-se que a implantação do programa proporcionou respaldo e maior autonomia às equipes quanto ao desenvolvimento de suas atividades e, abriu espaço de discussão para a questão da complexidade da avaliação voltada para a atenção básica.

Descritores: Avaliação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Programa de Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

This research sought to identify how teams of the Family Health Strategy deploy the National Programme for Improving Access and Quality in their work process. This is a qualitative study in the focus group technique, conducted from January to March 2014 with 33 workers of two teams from different towns who had good evaluation after joining the program in 2011. The analysis of the data came from the use of Atlas Ti Software and Content Analysis, as well as, the discussion was based on the theoretical framework of materialism. The statement revealed growth in understanding about the evaluation, bypassing the applicability of the program through the organization and systematization of work processes that culminated in the identification of gaps opposite the evaluation. It is concluded that the implementation of the program provided support to teams and greater autonomy for the development of its activities and opened forum for discussion of the question of the complexity of the evaluation focused on primary care.

Key words: Health Evaluation; Health Services Evaluation; Family Health Strategy; Patient Care Team; Nursing.

RESUMEN

Esta investigación buscó identificar cómo los equipos de la Estrategia Salud de la Familia implementan el Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y Calidad en su proceso de

⁶ Mayer BLD. A implantação da avaliação em saúde da atenção básica na perspectiva das equipes de ESF. Dissertação de Mestrado. Santa Maria. Universidade Federal de Santa Maria. 2014. Artigo submetido à Revista Brasileira de Enfermagem, segue normas previstas da revista.

trabajo. Este es un estudio cualitativo con la técnica de grupo focal, realizado de enero a marzo 2014, con 33 trabajadores de dos equipos de diferentes pueblos que tenían buena evaluación después de unirse al programa en 2011. El análisis de los datos proviene de la utilización de software Atlas Ti y Análisis de Contenido, así como, la discusión se basó en el marco teórico del materialismo. La declaración reveló crecimiento en la comprensión acerca de la evaluación, pasando por la aplicabilidad del programa mediante de la organización y sistematización de los procesos de trabajo que culminaron en la identificación de brechas frente a la evaluación. Se concluye que la aplicación del programa proporciona apoyo a los equipos y una mayor autonomía para el desarrollo de sus actividades y abrió el espacio para la discusión sobre el tema de la complejidad de la evaluación en la atención primaria.

Palavras clave: Evaluación en Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) dá suporte e efetiva a política de saúde no país. Compreende um conjunto de organizações públicas de saúde - municipal, estadual e federal, estendendo-se aos serviços privados de maneira complementar. A sua regulamentação, com a Lei Federal nº 8.080 e nº 8.142, estabelece a organização e o funcionamento do sistema, acrescido das leis municipal e estadual as quais complementam nos seus espaços a política pública de saúde⁽¹⁻²⁾.

Em 1994 há a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) com vistas a reorganização da Atenção Básica (AB) nos municípios brasileiros. Em 1996, o mesmo passa a ser entendido como uma estratégia, impulsionado pela Norma Operacional Básica nº 96 (NOB96), que definia recurso específico para o seu financiamento, o Piso de Atenção Básica (PAB). Igualmente impulsionado pela NOB96, em 1997, é instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como estratégia transitória do PSF reorientando a assistência ambulatorial e domiciliar⁽³⁾. A então Estratégia Saúde da Família (ESF) e o PACS passam a ter como responsabilidade a abrangência das dimensões técnica, política e administrativa, direcionada para a reorientação das práticas profissionais, à promoção da saúde, prevenção e reabilitação, com base na inter e multidisciplinariedade⁽⁴⁾.

A AB, acrescida da adesão à ESF e ao PACS passa a contar com uma ampla equipe de trabalhadores, em que, no mínimo, deve compreender um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Isto, não impede que as mesmas sejam ampliadas, contendo cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica,

institucional e das necessidades de saúde da população. As equipes são responsáveis pela territorialização e mapeamento da área onde atuam; aplicação de ações de atenção à saúde conforme as necessidades da população; realização de ações de promoção, prevenção e recuperação; organização de ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde; realização de reuniões de equipe; avaliação sistemática das ações implementadas visando a readequação do processo de trabalho, entre outros⁽⁵⁾.

A expansão dos serviços da AB, impulsionada pela ESF e PACS, gerou a necessidade de acompanhar o trabalho desenvolvido pelas equipes e, um dos meios, foi a proposição de instrumentos de avaliação. Inicialmente, em 1994, foi estabelecida a Avaliação de Serviços e de Programas de Saúde da AB, entretanto, sem definir um método em específico e sem a institucionalização da avaliação⁽⁶⁾. Algumas estratégias foram sendo aplicadas, na busca da consolidação da avaliação, como o Sistema de Informação da AB (SIAB) em 1998; o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) em 2003; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) em 2004; a Avaliação para a Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ) em 2007, e mais recentemente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em 2011. O PMAQ, instituído em 2011, pela Portaria nº 1.654 GM/MS, possui entre seus objetivos a busca pela institucionalização de uma cultura de avaliação da AB e da aplicação de uma gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados⁽⁷⁾. A avaliação da AB, neste sentido, visa dar suporte a processos decisórios em saúde, subsidiar a identificação de problemas, reorientar as ações e serviços desenvolvidos, avaliar a implantação de novas práticas nos serviços e mensurar o impacto das ações e programas na saúde populacional.

Nesta perspectiva, dentre os 27 estados federativos que apresentaram municípios que aderiram ao PMAQ em 2011, esteve o estado do Rio Grande do Sul (RS). Este, compreende 497 municípios e uma população de 10.693.929 milhões de pessoas⁽⁸⁾. Em 2011, 428 municípios apresentaram adesão ao PMAQ, o que corresponde a 86% no estado do RS; 38,59% na região sul (1.109 adesões municipais) e, 8,7% em nível nacional (5.300 mil adesões municipais). A região central do estado do RS compreende 32 municípios e uma população de 449.771 mil habitantes. Estes estão inseridos na área de atuação da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS). Dentre os 32 municípios desta região, 28 aderiram ao PMAQ⁽⁹⁾.

Tendo em vista a expansão da ESF e sua cobertura no país, seguido do desafio de aderir, aplicar e institucionalizar a avaliação nestes serviços, buscou-se responder a seguinte

questão de pesquisa: “Como as equipes da Estratégia de Saúde da Família implantam o PMAQ no seu processo de trabalho?”.

A participação das equipes de ESF nos processos de avaliação da AB, implica diretamente na dinâmica desses atores em uma permanente renegociação de seus papéis, para e, na práxis,- no sentido de transcender a alienação social, o que favorece a reflexão sobre as suas práticas, na oferta de cuidado de saúde, e a identificação da solução para velhos problemas em um contexto de mudanças, que o próprio processo de avaliação ocasiona⁽¹⁰⁾. A participação das equipes de ESF na implantação da avaliação da AB pode possibilitar que a avaliação no campo da saúde se torne verdadeiramente operacional, como uma prática de rotina normal, natural, assim como, pode possibilitar o aculturamento da avaliação nesses serviços, visto que esta é uma estratégia para a melhoria do desempenho do sistema de saúde e poderá se tornar um veículo de mudanças⁽¹¹⁻¹²⁾.

Entretanto, questiona-se de que maneira e sob quais condições as equipes de ESF estão desenvolvendo esta atividade em seu processo de trabalho. Como está sendo o desafio de implantar a avaliação do cotidiano de trabalho. O que compreende a avaliação da AB? Deste modo, o objetivo deste estudo é, identificar como equipes da Estratégia Saúde da Família implantam o PMAQ no seu processo de trabalho.

REVISÃO DA LITERATURA

A avaliação de serviços de saúde da AB ainda é considerada uma ação nova, frente a diversidade de abordagens, métodos e programas que se apresentam⁽⁶⁾. A mesma se mostra necessária principalmente no sentido de identificar quais são os aspectos que precisam melhorar na atenção à saúde e que favoreça o alcance e a aplicabilidade das diretrizes do sistema de saúde. Porém, não basta apenas institucionalizar a avaliação, é preciso que esta produza informações capazes de possibilitar processos de reflexão e discussão, de tomada de decisões, de intervenção, que vise a qualificação contínua da atenção à saúde, principalmente com a participação das equipes de saúde da AB, de modo que a avaliação se torne uma constante na prática dos mesmos⁽¹¹⁾.

Deste modo, neste estudo utiliza-se como referência a instituição do PMAQ no ano de 2011, o qual busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade em nível nacional, estadual e municipal, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB, através da aplicação da avaliação nas equipes da AB e gestores municipais.

O PMAQ organiza-se em quatro fases. A primeira trata-se da *Adesão e Contratualização*, em que há a adesão formal ao programa por meio da contratualização de compromissos e indicadores estabelecidos entre o MS e os gestores municipais. Logo, os gestores municipais negociam diretamente com as equipes de saúde da AB ações e responsabilidades o que gera uma pactuação local, regional e estadual. A segunda compreende o *Desenvolvimento*, em que as equipes de saúde, os gestores municipais, estaduais e o MS desenvolvem ações com vistas à promoção de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes de saúde da AB e, nas questões da melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde⁽¹³⁾.

A terceira é a *Avaliação Externa*. O Ministério da Saúde (MS) e Instituições de Ensino e Pesquisa realizam visitas às equipes para a avaliação de um conjunto de ações (saúde da mulher, da criança, controle da diabetes mellitus e da hipertensão, saúde bucal, produção geral, tuberculose e hanseníase, saúde mental) que averigua as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da AB participantes do Programa⁽¹⁴⁾.

A avaliação externa classifica os municípios e as equipes de saúde da AB conforme o seu desempenho, sendo ele: insatisfatório (quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos), mediano ou abaixo da média (quando o resultado alcançado for igual ou menor do que a média do desempenho das equipes em seu estrato), acima da média (quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato), muito acima da média (quando o resultado alcançado for maior do que +1 desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato)⁽¹⁵⁾.

A última etapa é a da *Pactuação*, que envolve o processo de recontratualização que ocorre após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o acréscimo de novos padrões e indicadores de qualidade, de modo a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ⁽¹³⁾.

Considerando o exposto, produções científicas sobre a avaliação da AB apontam para a questão da escassez de investigações acerca da temática da avaliação em saúde da AB a partir da participação das equipes de ESF, o que compreende impressões e sentimentos dos profissionais de saúde considerando os diferentes arranjos e estratégias na AB; a avaliação de estrutura física, custos e financiamento, assim como da avaliação de desempenho e organização do serviço. Igualmente os estudos pontuam que a avaliação em saúde da AB deve

considerar a objetividade e a subjetividade, o quantitativo e o qualitativo, a estrutura e o processo, mas também, a experiência dos profissionais e usuários que compõem esse sistema de saúde. Do mesmo modo, as equipes de ESF precisam adquirir novos modelos intelectuais para apreender a complexidade da avaliação em saúde da AB, sendo reflexivos e tendo consciência dos determinantes das suas decisões e das suas práticas⁽¹⁶⁾.

Evidencia-se assim, a necessidade de investigar como as equipes que compõem a ESF, participam da implantação do PMAQ na AB, visto que elas estão envolvidas com esse processo e principalmente com os resultados da avaliação. Do mesmo modo, são eles, os trabalhadores que compõem as equipes de ESF e, são sujeitos de poucas investigações na área da saúde⁽¹⁷⁾.

Referencial Teórico

Neste estudo é utilizado como referencial teórico o Materialismo Histórico e Dialético proposto por Karl Marx (1818-1883). O termo materialismo histórico está relacionado à análise, à interpretação dos acontecimentos como fundados em fatores econômico-sociais, à produção da vida social, política e espiritual, do processo de transformação social determinada pelas contradições entre os meios de produção e das forças produtivas, ou seja, da ação concreta dos seres humanos no tempo⁽¹⁸⁾. O método dialético proposto por Marx pode ser entendido como crítico e revolucionário, pois possibilita a percepção da realidade como complexa e esta, não pode ser compreendida de modo superficial, sem associação de fatores. Para Marx há uma relação dialética entre homem-trabalho-natureza, entendida por ele como práxis⁽¹⁹⁾.

Nesse sentido, a escolha pelo referencial teórico do Materialismo Histórico e Dialético, deve-se ao fato de suas categorias de análise serem passíveis de contextualização para a realidade brasileira, “além de terem fundamentado, a concepção da Reforma Sanitária Brasileira e serem utilizadas para o esboço de uma teoria para tal reforma”^(20:39).

Salienta-se que este referencial teórico possibilita a análise do campo histórico da saúde no cenário brasileiro no que tange a temática da avaliação de serviços de saúde da AB, por se tratar de um modelo explicativo da área da saúde coletiva, pois analisa as políticas de saúde numa perspectiva macro e micro estrutural histórica, e proporciona um estudo compreensivo e crítico da realidade social⁽¹⁰⁾. Para Marx, “não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência”^(21:52). Assim, o processo de trabalho é compreendido por Marx como

independente de qualquer forma social, trata-se do uso e da criação de meios de trabalho, da condição eterna e natural da vida humana e independente de qualquer forma dessa vida, antes, igualmente comum a todas as suas formas de sociedade⁽²²⁾. Marx descreve que:

(...) o trabalhador produtivo, amplia-se em virtude desse caráter cooperativo do processo de trabalho. Para trabalhar produtivamente não é mais necessário executar uma tarefa de manipulação do objeto de trabalho; basta ser órgão do trabalhador coletivo, exercendo qualquer uma das suas funções fracionárias^(22:583-584).

É com base nessa definição de processo de trabalho que será discutida a implantação da avaliação nas atividades desenvolvidas pelas equipes de ESF em assistência em saúde à comunidade.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, sob a técnica de grupo focal com base no referencial teórico do materialismo histórico dialético. A mesma, foi desenvolvida em dois municípios da região central do RS, com duas equipes de ESF. A coleta de dados compreendeu a realização de duas sessões de grupo focal com cada equipe o que totalizou a participação de 33 trabalhadores.

As equipes selecionadas para participar deste estudo foram de UBS com a ESF implantada e, que haviam aderido ao programa do PMAQ em 2011 e obtido um desempenho “muito acima da média” na avaliação externa do programa no ano seguinte, no caso, 2012. Esta coleta ocorreu nos meses de janeiro a março de 2014. Em cada sessão de grupo focal foi realizada a gravação das falas por meio de dois gravadores MP4 e da observação de um pesquisador voluntário. As gravações foram transcritas na íntegra e apagado o arquivo digital.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), CAAE nº 24660713.4.0000.5346. Foi igualmente solicitado autorização da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, para a aplicação desta pesquisa e, a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de cada município. Para ambos foi enviado cópia do projeto de pesquisa e apresentado brevemente o mesmo.

Todos foram inteirados com relação à pesquisa e assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em cumprimento com as questões éticas previstas pela Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os trabalhadores foram identificados pela letra “T” (trabalhador) seguido da ordem “1”, “2”, “3” e assim sucessivamente, acrescido da sua respectiva unidade/município, identificado como “U1” e “U2”.

A análise dos dados foi realizada após a conclusão das sessões de grupo focal, com a aplicação da Análise de Conteúdo de Bardin⁽²³⁾ e a utilização do *Software Atlas Ti*. A codificação do material se deu pela frequência da aparição de temas nas falas dos participantes seguido da sua agregação. Foram estabelecidas categorias para análise e neste estudo será discutida a categoria “A implantação da avaliação do processo de trabalho de equipes de ESF: desafios e perspectivas”.

RESULTADOS

Dos 33 trabalhadores da saúde, 21 eram do município A e 12 do município B. A maioria era do sexo feminino (91%), com média de idade de 42 anos. 52% eram casados, seguidos dos solteiros (24%) e divorciados (15%). Com relação à escolaridade, 40% possuem ensino superior completo, 30% curso técnico e 15% ensino médio completo. Entre os participantes da pesquisa, participaram para além da equipe mínima de ESF, técnico em farmácia, auxiliar administrativo, auxiliar de consultório dentário, profissionais do primeira infância melhor, psicólogo e assistente social.

Com relação à compreensão dos trabalhadores acerca do termo avaliação, pode-se observar que antes da adesão ao programa a avaliação era tida como algo negativo. Entretanto, após contato com a proposição do PMAQ, os mesmos identificaram que a avaliação pode proporcionar o distanciamento do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes e conseqüentemente, a identificação de lacunas em que podem estar sendo desenvolvidas novas ações ou a modificação das mesmas, no intuito de melhorar, de qualificar a assistência prestada.

Claro que não é fácil passar por uma avaliação. Por exemplo, quando o PMAQ veio, que trouxe a perspectiva de estar sendo avaliado, nós pensamos que iríamos precisar fazer muito mais coisas que a gente já estava fazendo (...). Mas depois, conforme a gente foi trabalhando a avaliação na equipe, nas reuniões, nós fomos vendo que já fazíamos um monte mas, o que a gente fazia, não colocava, de maneira organizada, no papel (T4_U2).

A gente faz tanta coisa e não para, para analisar tudo o que está fazendo. Acha que o que estamos fazendo é automático. E aí quando fomos fazer a avaliação é que começamos a perceber o quanto que estamos fazendo, que falta pouquinho coisa para melhorar e estamos trabalhando para isso (T5_U1).

Em se tratando da introdução da avaliação por meio da adesão ao PMAQ, no processo

de trabalho das equipes, é ressaltado pelos mesmos que o programa proporcionou, além da visualização do trabalho realizado e das atividades a serem ainda desenvolvidas, o respaldo para implantar e modificar ações conforme as necessidades identificadas com a auto avaliação e a nota final da avaliação. Igualmente, a introdução da avaliação na AB, exigiu das equipes a integração dos trabalhadores seja, por meio da realização das reuniões de equipe, ou pelas atividades desenvolvidas cotidianamente. Deste modo, observa-se nas falas que o PMAQ intensificou o trabalho em equipe dos trabalhadores da saúde na busca pela melhoria da qualidade em saúde.

O PMAQ veio para dar um norte para a gente. Ele organizou a forma da gente trabalhar, fez com que a gente se colocasse e atuasse no mais importante (...). A gente entrou muito em conflito quando começamos a disciplinar e organizar o serviço na unidade (...). Então com o resultado da avaliação, a gente pode se firmar um pouco, não está tão errado assim o que pensamos e estamos fazendo, é sinal que a gente está conseguindo evoluir, que é esse o caminho (T1_U2).

Agora começamos a ser valorizados pelo que fazemos! A gente não mudou com o PMAQ, o nosso atendimento sempre foi o mesmo, só que agora melhorou, houve uma valorização do nosso trabalho. Nós vimos com o PMAQ que estávamos no caminho. Não mudou muita coisa no nosso serviço, só aperfeioou (T8_U2).

Após a adesão ao PMAQ e da realização da auto avaliação, as equipes desenvolvem uma matriz de intervenção com relação ao trabalho desenvolvido até o momento. Assim, é possível identificar nas falas as atividades que compreenderam o “como” implantar o PMAQ, ou seja, que resultaram na aplicação do programa no processo de trabalho das equipes.

A gente fez um folder para organizar o trabalho e o atendimento na Unidade, assim a comunidade está participando mais das atividades que a Unidade está desenvolvendo (T6_U2).

Agora estamos trabalhando (com as matrizes) com a parte do tabagismo, saúde do homem, meio ambiente e também tem a escola (T10_U2).

Os grupos nós já tínhamos, mas reuniões de equipe não. Os grupos a gente já fazia, tinha o grupo de hipertensos, diabéticos, mas agora tem o de tabagismo também. Com o PMAQ se organizou para fazer curso, para poder trazer coisas novas, que a população está adorando. A gente começou a se organizar melhor, para instituir coisas novas e também para melhorar o que já vinha sendo feito (T5_U1).

Com a aplicação do PMAQ no processo de trabalho das equipes na assistência prestada à comunidade, os mesmos foram identificando dificuldades e limites com relação ao programa e principalmente com relação à avaliação. As falas trazem considerações de todas

as etapas do PMAQ (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Pactuação).

Eles poderiam desenvolver um pouco sobre esse nota dada. Até para não ter aquele coisa (competição) que teve entre as equipes. Ah...mas lá recebeu tal nota, isso foi injusto (T1_U2).

Teria que ter uma avaliação da gestão, a gente não é sozinho. Tem coisas que não conseguimos fazer ou melhorar, porque não depende somente de nós, depende de uma questão administrativa, da gestão. Porque esse retorno financeiro do programa também é para o município, para estar investindo nas equipes, para poder melhorar os atendimentos. E tem também a importância de estar unindo as micro áreas, porque a gente sente uma situação de competitividade (T4_U2).

Também a realidade de cada região e município. Porque a nossa realidade aqui é uma, de outro centro maior é outra. Teria que ver de que forma isso é encarado, de que forma é tratado (T3_U1)

É que na avaliação eles pegam um profissional, alguns usuários, mas essa amostra é pequena, três ou quatro usuários (...). Então poderia ter uma amostra maior, conversar com todos os profissionais (T2_U1).

Estas falas retratam inicialmente a profundidade com que as equipes acolheram e desenvolveram o PMAQ no seu cotidiano e, também, retrata para a questão da constante necessidade de se refletir sobre os processos de avaliação no sentido de melhorar, qualificar, humanizar, educar, que a própria proposta do processo avaliativo possui, ou seja, que avaliação possa também ser avaliada e, através disso qualificada, ampliando a sua proposta de intervenção no campo da saúde.

DISCUSSÃO

A implantação da avaliação no processo de trabalho de equipes de ESF: desafios e perspectivas.

O presente estudo identificou, com relação ao perfil do grupo pesquisado, a predominância do sexo feminino atuante nos serviços de AB e os mesmos com idade média de 42 anos. Este resultado vem ao encontro de pesquisa⁽²⁴⁾ desenvolvida com 340 profissionais médicos e enfermeiros em diferentes tipos de serviços públicos de Atenção Primária a Saúde (APS) de Porto Alegre/RS, que identificou uma prevalência de 77,6% do sexo feminino em ESF e idade média de 38,6 anos nos trabalhadores de ESF e 46,2 anos de UBS.

Do mesmo modo, em se tratando da escolaridade dos trabalhadores a presente pesquisa identificou que 40% possuíam o ensino superior completo seguido do curso técnico e ensino médio completo. E, em relação à formação da equipe atuante na AB a mesma estava para além da equipe mínima prevista pelo MS. Estudo⁽²⁵⁾ com o objetivo de levantar o perfil de trabalhadores de UBS organizadas com Programas de Saúde, Saúde da Família e mistas, identificou que 30,8% ocupavam cargos que exigiam nível superior completo, 38,6% cargos que exigiam nível médio de escolaridade, e, 30,5%, cargos de nível fundamental de escolaridade. Com relação à formação das equipes, o mesmo estudo constatou uma ampla diversificação destes grupos, prevalecendo os profissionais previstos pela equipe mínima acrescidos de psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, educadores em saúde pública, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico, auxiliar em consultório dentário, pessoal administrativo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, atendentes, serventes e motoristas, o que pode estar apontando para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Pesquisa⁽²⁵⁾ pontua para a questão da “feminização” da AB, acrescida da média de idade desses profissionais (30-60anos) e da ampliação das equipes mínimas, passando para equipes ampliadas de composição multiprofissional. Estas equipes, são entendidas como Equipes de Referência (ER)⁽²⁶⁾ e constituem-se como um rearranjo organizacional dentro da AB que desloca o poder das profissões e reforça o campo da saúde a gestão a partir da equipe interdisciplinar, equipe esta, composta por um conjunto de profissionais essenciais para a resolução de problemas dentro do campo de conhecimento e não mais dentro das profissões.

Com relação à compreensão do termo avaliação e da introdução da mesma nos serviços de ESF, pesquisados neste estudo, os resultados apontaram inicialmente para o receio por parte da equipe com relação à avaliação, assim como, uma perspectiva de aumento na produção de trabalho, de resultados. Entretanto, após o contato e a imersão na proposta do programa PMAQ, o mesmo possibilitou o distanciamento e a visualização do trabalho desenvolvido na ESF o que possibilitou a identificação de lacunas para o desenvolvimento de ações, o respaldo para modificar e implantar ações e, exigiu do grupo de trabalho a sua integração para poder realizar o proposto pelo programa e pela matriz de intervenção – esta última desenvolvida pelos próprios trabalhadores.

Este resultado abre discussão para a questão das gerações na história da avaliação e, ressalta ainda a questão da impregnação da primeira geração da avaliação no trabalho desenvolvido na AB. Pesquisadores⁽²⁷⁾ descrevem que a primeira geração da avaliação tinha

suas bases na racionalização de Frederick Taylor (1856-1915) e Henri Fayol (1841-1925), voltada para a mensuração de produção em indústrias, o que difere completamente, da quarta geração da avaliação, desenvolvida por Guba e Lincoln (1989), que propõem um cunho participativo e de negociação entre os atores sociais envolvidos no processo, neste caso, os trabalhadores de ESF e o processo de trabalho em saúde.

Acrescido disso, após a compreensão da proposta do programa PMAQ e da sua aplicação no processo de trabalho das equipes, Silva e Brandão^(28:143) afirmam:

Avaliar tornou-se um ato de maior amplitude e implicação política, e por isso temos tentado anunciar a ideia de que o ato avaliativo compreende um conjunto de práticas ético-políticas que sustentam intenções e realizam ações com efeito de medir, descrever e julgar o sentido, mérito e relevância das intervenções humanas, a fim de produzir aprendizagens para os sujeitos nela envolvidos, de forma particular, e para a sociedade, de forma geral.

Deste modo, ressalta-se que a adesão e a aplicação do PMAQ, proporcionou mudanças significativas com relação ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes da AB, entretanto, os mesmos descrevem ainda sugestões com relação ao programa o que aponta para a melhoria da proposta avaliativa do PMAQ que resulta diretamente na qualificação do trabalho desenvolvido pelas equipes, assim como, evidencia para as questões da complexidade da avaliação de serviços de saúde voltados para a AB, que igualmente compreende um amplo e complexo sistema de saúde.

Borges e Baptista⁽¹⁷⁾ descrevem com relação à essas questões, a necessidade de se construir uma tradição de escuta e diálogo entre os envolvidos com a AB (os três níveis de governo, os trabalhadores da saúde, a sociedade), no sentido do fortalecimento do controle social, assim como, da necessidade da discussão sobre o processo de trabalho e da formação dos trabalhadores da saúde.

Em vista disso, Marx^(22:29) ressalva que, “A grosseria e a incompreensão consistem em não relacionar, senão fortuitamente, uns aos outros, em não enlaçar, senão como mera reflexão, elementos que se acham unidos organicamente”. Ou seja, quando o mínimo interesse de avaliar o próprio trabalho é despertado, o mesmo transforma o fazer e fortalece a ação, o processo trabalho desenvolvido pelas equipes de ESF.

CONCLUSÕES

Este artigo abordou a temática da avaliação de serviços de saúde da AB e buscou responder a seguinte questão de pesquisa: Como as equipes de ESF implantam o PMAQ no

seu processo de trabalho? Assim, ao desenvolver este estudo com duas equipes de ESF que haviam aderido ao PMAQ, os resultados apontaram para a feminização dos trabalhadores atuantes na AB, acrescido da sua faixa etária, da presença de trabalhadores com ensino superior e principalmente da ampliação das equipes mínimas de ESF.

Em se tratando da implantação do PMAQ no processo de trabalho das equipes, foi possível identificar que inicialmente as mesmas apresentaram temor com relação a avaliação, entretanto, após imergirem na proposta do programa PMAQ, evidenciaram que no serviço já desenvolviam todas as ações exigidas e propostas pelo programa mas, não sistematizavam essas ações. Igualmente, o programa proporcionou o distanciamento do cotidiano, possibilitando assim a visualização do trabalho realizado – grupos, consultas, visitas domiciliares, vacinas, controle de dados, entre outros – e a identificação de espaços a serem melhorados e de ações a serem modificadas, ações a serem iniciadas, tendo assim o respaldo do próprio programa para poder mudar.

O estudo evidenciou aspectos positivos com relação à adesão das equipes ao PMAQ e aos seus resultados e igualmente proporcionou espaço para que esses atores sociais – os trabalhadores – pudessem avaliar o programa e assim sugerir melhorias e, este espaço identificou a complexidade da avaliação à um serviço de saúde igualmente complexo, que está organizado nas três esferas de governo acrescida da necessidade da mobilização social dos trabalhadores e sociedade.

Frente a realização do estudo, foi possível identificar algumas fragilidades sendo algumas relacionadas à questão de conseguir reunir o grande grupo, o que exigiu por parte tanto do pesquisador quanto dos pesquisados a flexibilidade para poder conciliar datas e horários. Também, este trabalho aponta para algumas lacunas relacionadas principalmente com os aspectos levantados frente a avaliação do programa, às suas melhorias, acrescida da possibilidade de poder ouvir e pesquisar os outros atores sociais, sendo eles, usuários e gestores, assim como, da possibilidade de poder estar desenvolvendo pesquisa com trabalhadores, usuários e gestores em um grande grupo focal.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990. [internet]. 1990. [citado em 13 jul 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
2. Ministério da Saúde. Lei nº8.142 de dezembro de 1990. [internet]. 1990. [citado em 13 jul 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm

3. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2001. [internet]. 2001. [citado em 29 jun 2014]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. [internet]. 2014. [citado em 13 jul 2014]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>
5. Ministério da Saúde. Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011. [internet]. 2011. [citado em 29 jun 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
6. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2006 [citado em 25 mai 2013]; 11(3):705-711. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliando-institucionaliza-avaliacao_contandriopoulos.pdf
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília/DF: Ministério da Saúde. [internet]. 2012. [citado em 07 ago 2013]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores. [internet]. 2010. [citado em 08 ago 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#indicadores
9. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. [internet]. 2013. [citado em 07 ago 2013]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php
10. Barbosa RHS. A ‘Teoria da práxis’: Retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. *Trab. educ. saúde*. [internet]. 2010 mar/jun [citado em 30 jun 2013]; 8(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/02.pdf>
11. Contandriopoulos AP. Is the institucionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad. Saúde Pública* [internet]. 1999 abr-jun [citado em 13 set 2013]; 15(2):229-259. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0310_7.pdf
12. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2006 [citado em 23 ago 2014]; 11(3):553-563. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>
13. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ações, Programas e Estratégias. [internet]. 2013. [citado em 26 out 2013]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php
14. Ministério da Saúde. Cartilha PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Versão Preliminar. Material adaptado do Manual Instrutivo do

PMAQ – MS. Cuiabá/MT: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso Superintendência de Atenção à Saúde. [internet]. 2012. [citado em 14 ago 2013]. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDgQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F3215&ei=KrMLUpajBaiv2QWagoGgDQ&usg=AFQjCNEHYL3ur3i5R8qT8EiK-yjGeZqqSQ&bvm=bv.50723672,d.b2I>>

15. Ministério da Saúde. BRASUS. Legislações: Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013. [internet]. 2013. [citado em 14 ago 2013]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/legislacoes/gm/118531-535.html>

16. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Da Gama CAP, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev. Saud. Pub. [internet]. 2012 [citado em 17 set 2013];46(1):43-50. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>

17. Borges CF, Baptista TWF. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. Trab. Educ. Saúde. [internet] 2010. [citado em 08 ago 2013]; 8(1) 27-53. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r285.pdf>

18. Chaui M. Convite à Filosofia. 14ª ed. 4ª impr. São Paulo/SP: Editora Ática, 2012.

19. Barbosa WV. O Materialismo Histórico. In: Rezende A. Curso de Filosofia. 15ª reimpressão. Rio de Janeiro/RJ: Editora Zahar, 2012. 311p.

20. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 355p.

21. Marx K. Para a crítica da economia política. Do capital: o rendimento e suas fontes. Ed.Nova cultural, 1999. 256p.

22. Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro I – O processo de produção do capital. Vol. II. 10ªed. Ed.Difel, 1985. 933p.

23. Bardin L. Análise de conteúdo. 1ªed. 2ªreimp. revisada e ampliada. São Paulo/SP: Ed. Edições 70, 2011. 279 p.

24. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública. [internet]. 2012. [citado em 23 ago 2014]; 28(9):1772-1784. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>

25. Marsiglia RMG. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. Saúde Soc. São Paulo. [internet]. 2011. [citado em 23 ago 2014]; 20(4):4. Disponível em: www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29726/31603

- 26.** Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [internet]. 2007. [citado em 23 ago 2014]; 23(2):399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>
- 27.** Furtato JP, Laperrière H. A avaliação da avaliação. IN: Campos RO, Furtado JP. Desafio da avaliação de programas e serviços de saúde. Ed.Unicamp, 2011. 278p.
- 28.** Silva RR, Brandão DB. Nas rodas da avaliação educadora. IN: Onocko-Campos RO, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas/SP: Ed. Unicamp, 2011. 278p.

ARTIGO 2 – A gestão do cotidiano de equipes de Estratégia Saúde da Família a partir da implantação do PMAQ: uma perspectiva dialética⁷.

RESUMO

A avaliação em saúde da Atenção Básica mostra-se necessária com a expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil e ganha evidência com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em 2011. Este estudo busca identificar a perspectiva sobre a gestão do cotidiano de equipes de Estratégia Saúde da Família a partir da implantação do programa. Foi desenvolvida técnica de grupo focal com duas equipes de Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Rio Grande do Sul acrescida da aplicação de instrumento de perfil sociodemográfico e questionário individual de avaliação. A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2014. Os resultados mostraram que a gestão do cotidiano das equipes de Estratégia Saúde da Família após a implantação do programa promoveu a qualificação do serviço por meio da consolidação das reuniões de equipe; desafiou a gestão para uma produção coletiva do cuidado; promoveu a organização e sistematização do trabalho. Por fim, abre-se discussão ainda para a questão da valorização destes trabalhadores assim como, da necessidade do apoio matricial à esta população.

Palavras-Chave: Avaliação em Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Programa de Saúde da Família, Equipe de Assistência ao Paciente, Enfermagem.

ABSTRACT

Health evaluation of Primary Care shows up with the needed expansion of the Family Health Strategy in Brazil and gain evidence to the National Programme for Improving Access and Quality (PMAQ) in 2011. This study aims identify the perspective on the management of daily Family Health Strategy teams from the deployment of the program. Focus group technique was developed with two teams of two Family Health Strategy municipalities in Rio Grande do Sul plus the application of instrument sociodemographic and individual assessment questionnaire. Data collection occurred from January to March 2014. The results showed that the daily management of Family Health Strategy teams after the implementation of program promoted the qualification to the service through the consolidation of team meetings; challenged management on a collective production of care; promoted the organization and systematization of work. Finally, it opens up for discussion the question of the valuation of these workers as well as the need for matrix support to this population.

Key words: Health Evaluation; Health Services Evaluation; Family Health Strategy; Patient Care Team; Nursing.

RESUMEN

Evaluación de Salud de la Atención Primaria se muestra necesaria con la expansión de la Estrategia de Salud Familiar en Brasil y obtiene evidencia con el Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y Calidad (PMAQ) en 2011. Este estudio busca identificar la perspectiva de la gestión diaria de los equipos de la Estrategia de Salud Familiar desde la implantación de lo programa. Técnica de grupo de enfoque fue desarrollado con dos equipos de la Estrategia de Salud Familiar en dos municipios de Rio Grande do Sul más, la aplicación del instrumento sociodemográfico e cuestionario individual de evaluación. Los datos fueron

⁷ Mayer BLD. A implantação da avaliação em saúde da atenção básica na perspectiva das equipes de ESF. Dissertação de Mestrado. Santa Maria. Universidade Federal de Santa Maria. 2014. Artigo submetido ao Caderno de Saúde Pública, artigo segue as normas da revista.

recolectados de enero a marzo de 2014. Los resultados mostraron que la gestión diaria de los equipos de la Estrategia de Salud Familiar después de la implementación del programa ha promovido la cualificación del servicio a través de la consolidación de las reuniones de equipo; ha desafiado la gestión para una producción colectiva de la atención; ha promovido la organización y sistematización del trabajo. Por último, se abre para el debate la cuestión de la valoración de estos trabajadores, así como la necesidad de apoyo de la matriz a esta población.

Palavras clave: Evaluación en Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Abordagens acerca da avaliação de serviços de saúde voltados à Atenção Básica (AB) no Brasil ganham evidência após o estabelecimento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994¹. Este, passa a ser configurado como uma estratégia, no ano de 1996, impulsionado pela Norma Operacional Básica nº 96 (NOB-96). Assim, passa a ser entendido como um modelo de reorientação das práticas profissionais voltadas à abrangência da política nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que atualmente, compreende aproximadamente 202,7 milhões de usuários em 5.570 mil municípios^{2,3}.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se operacionaliza por meio de equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, manutenção da saúde de comunidades, entre outros⁴. Deste modo, com a implantação da ESF, a avaliação dos serviços prestados pelas equipes de saúde, adquire relevância. A avaliação nesta perspectiva busca identificar quais são os aspectos que precisam ser qualificados na atenção à saúde, dar suporte a processos decisórios que resulte na contínua construção do sistema público de saúde⁵.

A avaliação da AB, ainda em construção, teve início com o Sistema de Informação da AB (SIAB) em 1998, seguido do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) em 2003, do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) em 2004, da Avaliação para a Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ) em 2007, e em 2011 com a efetivação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade em nível nacional, estadual e municipal, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB,

sendo que, uma de suas diretrizes compreende a institucionalização de uma cultura de avaliação e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados ⁶.

É nesta etapa que os trabalhadores da saúde, que integram as equipes de ESF, passam a ser os sujeitos que operam e vivenciam a implantação do PMAQ no seu cotidiano de trabalho. São estes sujeitos que se envolvem com o programa, com seus processos e resultados, pois é na gestão do cotidiano, realizado pelas equipes, que se desenvolve a implantação da avaliação da AB.

Conforme Campos ^{7:94}:

É na gestão do cotidiano que se constrói esta ou aquela subjetividade, sujeitos autônomos ou sujeitados. Na saúde, a revolução do cotidiano passa pela reforma dos modos de fazer clínica, a saúde pública, pelos modos de gerir e de distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e de autonomia.

Frente a isto, produções científicas tecem considerações acerca da realização de poucas investigações relacionadas à avaliação em saúde da AB com base na percepção dos trabalhadores da saúde de ESF, assim como, ressaltam para questões de que a avaliação realizada na AB deve considerar a experiência e a vivência dos trabalhadores e usuários que compõem esse sistema de saúde proporcionando assim, espaços de debate e reflexão tanto sobre a avaliação quanto à gestão do cotidiano ^{8,9,10}.

Deste modo este artigo busca responder a seguinte questão de pesquisa: Quais as perspectivas sobre a gestão do cotidiano para equipes de ESF a partir da implantação do PMAQ? E, tem por objetivo identificar a perspectiva sobre a gestão do cotidiano de equipes de ESF a partir da implantação do PMAQ.

REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo tem-se como base para as discussões dos resultados o referencial teórico do Materialismo Histórico e Dialético proposto por Karl Marx (1818-1883). A escolha deste referencial teve por princípio a sua historicidade com o contexto da realidade de saúde do país visto que o mesmo fundamentou a Reforma Sanitária Brasileira, assim como, permite compreender os fatos humanos como instituições sociais e histórias produzidas pelas condições objetivas nas quais, a ação e o pensamento humanos devem realizar-se ^{11,12}.

O Materialismo Histórico Dialético pode possibilitar a compreensão das articulações necessárias entre o plano psicológico e o social da existência humana; entre o plano econômico e o das instituições sociais e políticas; entre todas elas e o conjunto de ideias e de

práticas que uma sociedade produz. Através dele pode-se compreender que as mudanças sociais não resultam de ações súbitas e espetaculares, mas de lentos processos sociais, econômicos e políticos baseados na forma assumida pela propriedade dos meios de produção e pelas relações de trabalho ¹².

Salienta-se que, quando se adota este quadro de referência, passa-se a enfatizar a dimensão histórica dos processos sociais a partir da identificação dos modos de produção em determinada sociedade e de sua relação com as superestruturas (política, jurídica etc.), dando subsídios para a interpretação dos fenômenos observados ^{13,14,15,16}.

Conforme ressalta Marx ^{17:29} “Toda produção é apropriação da natureza pelo indivíduo, no interior e por meio de uma determinada sociedade”, e ainda:

Assim como não se julga o que um indivíduo é a partir do julgamento que ele faz de si mesmo, da mesma maneira não se pode julgar uma época de transformação a partir de sua própria consciência; ao contrário, é preciso explicar essa consciência a partir das contradições da vida material, a partir do conflito existente entre as forças produtivas sociais e as relações de produção ^{17:52}.

Deste modo, é com base no referencial do Materialismo Histórico Dialético e do conceito de gestão do cotidiano proposto por Campos ⁷, que os dados resultantes desta pesquisa serão apresentados, analisados e discutidos.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva-exploratória, que compreendeu técnica de grupo focal e embasamento teórico do materialismo histórico dialético. A mesma, foi desenvolvida com duas equipes de ESF, de dois municípios integrantes de uma região de saúde localizada em área central do estado do Rio Grande do Sul. Ambas equipes eram integrantes de UBS, haviam aderido ao programa PMAQ no ano de 2011 e obtido desempenho “muito acima da média” no ano seguinte, com a avaliação do próprio programa.

Este estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), CAAE nº 24660713.4.0000.5346. Igualmente, foi obtida autorização da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS) e, autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de cada município.

Em um primeiro momento foi apresentado a proposta da pesquisa aos participantes do estudo e após os mesmos assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme prevê a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de

Saúde. Os sujeitos desta pesquisa são identificados com a letra “T” (trabalhador) seguida da numeração das falas “T1”, “T2”, “T3” e assim sucessivamente, acrescido da identificação da UBS, como “Unidade A” e “Unidade B”.

A coleta de dados abrangeu duas sessões de grupo focal com cada equipe e teve início em janeiro de 2014 e finalização em março de 2014. Foi realizada a gravação de voz no decorrer das sessões de grupo focal com dois gravadores MP4 acrescido da observação de um pesquisador voluntário. A partir de cada sessão houve a transcrição na íntegra das falas e deletado o arquivo digital de vós. Os pesquisados responderam ainda um instrumento de perfil sociodemográfico e participaram individualmente de uma entrevista acerca da sua participação nas sessões de grupo focal.

A análise dos dados teve início com a finalização das sessões de grupo focal e da utilização da Análise de Conteúdo de Bardin¹⁸. A codificação do material foi por meio da aparição de temas nas falas dos pesquisados seguido da sua agregação. A discussão dos dados é apresentada na categoria temática: “A gestão do cotidiano a partir da implantação do PMAQ: a perspectiva de equipes de ESF.”

RESULTADOS

Dos 33 participantes da pesquisa, 21 eram da Unidade A e 12 da Unidade B. A Unidade A está localizada em um município de 2.572 mil habitantes, emancipado em 1992, possui uma ESF com 100% de cobertura¹⁹. A Unidade B está localizada em um município de 23.672 mil habitantes, emancipado desde 1938, possui quatro ESF e cobertura de 58,14%¹⁹.

Em se tratando do perfil dos participantes, na Unidade A, 19 (90%) eram do sexo feminino, com média de idade de 41 anos, 48% eram casados. Referente a escolaridade 48% tinham curso superior completo seguido de curso técnico (33%). Entre os participantes estavam: técnico de enfermagem (4), agente comunitário de saúde (4), integrantes do programa primeira infância melhor (2), enfermeiro (2), dentista (2), técnico em farmácia (1), auxiliar administrativo (1), auxiliar de enfermagem (1), psicólogo (1), servente (1), auxiliar de consultório dentário (1), assistente social (1).

Com relação ao tempo de trabalho na Saúde Pública, a média foi de 8 anos e, o tempo que atuam na UBS foi de 7 anos, 86% nunca trabalhou em UBS de outros municípios, 43% referem que ingressaram na Saúde Pública pela garantia da estabilidade e 57% pela identificação com o trabalho realizado. O meio de ingresso foi por concurso (81%) e por contrato (19%).

Na Unidade B, que haviam 12 participantes, 11 (92%) eram do sexo feminino, com média de idade de 44 anos, 58% casados. A escolaridade foi de 25% com curso superior, seguido do curso técnico e curso auxiliar. Entre os pesquisados estavam: agentes comunitários de saúde (5), auxiliar de enfermagem (2), dentista (1), recepcionista (1), auxiliar de consultório dentário (1), técnico de enfermagem (1), e enfermeiro (1).

O tempo de trabalho na área da Saúde Pública, foi de 13 anos em média. Atuam na UBS há 5 anos, 83% nunca trabalhou em outra UBS de outro município, 75% ingressaram no AB por motivo de estabilidade e 25% por identificação profissional, sendo que 100% ingressaram por meio de concurso público.

Em se tratando das perspectivas com relação a gestão do cotidiano após a implantação do PMAQ, os resultados apontaram inicialmente para a consolidação das reuniões de equipe, ou seja, as falas demonstram que anteriormente à adesão ao PMAQ, as reuniões ocorriam mas não de forma sistematizada, ou não havia permissão para a realização das mesmas, como pode-se observar nas falas a seguir:

A reunião de equipe quando começou o trabalho na unidade era sempre na quarta-feira, era lei. Antes a gente não tinha o PMAQ, a reunião acontecia igual mas não anotávamos nada, não havia uma ata mas, a gente se programava, o que vamos fazer na semana que vem? Isso a gente faz até hoje. Vamos discutir os casos, quais são as situações de risco? (T4, Unidade B).

Isso (o PMAQ) nos deu o respaldo para poder fazer isso (reunião de equipe). Não que não havia essa percepção da necessidade de se recolher, de fazer a avaliação, mas nos deu respaldo, até legal, para poder colocar um cartaz, fechar a porta do posto e reunir a equipe inteira (T3, Unidade A).

No início houve uma implicância com relação às reuniões de equipe, como que vão fechar o posto? O PMAQ veio para justificar o que a gente já vinha fazendo com relação às reuniões, mostrou que isso também é importante (T1, Unidade B).

Outro aspecto ressaltado pelas equipes com relação à gestão do cotidiano após a adesão ao PMAQ, foi com vistas à necessidade de trabalhar em equipe, de realizar a gestão do cotidiano por meio de uma produção coletiva, para assim, conseguir, fazer acontecer as propostas do PMAQ e o proposto pelas equipes através da matriz de intervenção, como demonstra a fala a seguir:

O PMAQ integrou a equipe, antes era um monte de indivíduos

trabalhando, agora é uma equipe. Agora um profissional da equipe pode chegar para mim discutir um caso, discutir com outro profissional, que a equipe vai orientar (...). Nisso a gente melhorou, você não trabalha mais sozinho, sabe que não está trabalhando sozinho, que há um suporte maior (T12, Unidade A).

A gente senta, discute, procura o melhor jeito e isso é muito bom, conseguimos corrigir muita coisa (T7, Unidade B).

Igualmente, questão apontada pelos trabalhadores teve relação à organização e sistematização do trabalho, acrescido do espaço de aprendizagem que o programa possibilitou à todos os trabalhadores das equipes de ESF, no sentido de compreender a organização do sistema de saúde e conseqüentemente poder compartilhar esse conhecimento para os usuários.

(...) a gente criou uma rotina. Fazem 5 anos que estamos trabalhando com a mesma rotina. A gente tem os dias com a sua devida programação e mesmo assim a comunidade se engana (T10, Unidade B).

O PMAQ veio para ajudar os profissionais de saúde, a ter como explicar para os usuários alguns métodos e práticas que a gente faz que eles não entendem. A gente que está dentro (do sistema de saúde), tem os procedimentos, os padrões, as normas, só que antes do PMAQ a gente não tinha estrutura para dar essa explicação (T4, Unidade A).

Eu e a minha colega, quando entramos na ESF não tínhamos noção dessa parte burocrática da ESF. A gente aprende mais a parte da saúde mesmo, até que a gente entrou no campo e viu que mais da metade do tempo o pessoal estava falando da parte burocrática (...). Como é que funciona para o remédio vir do Estado, precisa de processo, como é esse processo? Então vamos fazer um curso, saber como é o passo a passo. Com o PMAQ a gente passou a ter um outro conhecimento até para poder repassar fora da unidade. Explicar para as pessoas, porque elas também não sabem como funciona (T5, Unidade A).

(...) saúde da criança, saúde da mulher, grupo de hipertenso, diabético, de mulheres, de gestante, grupo sobre obesidade que contamos com a ajuda de uma nutricionista voluntária, estamos vendo o controle do Índice de Massa Corporal, e vamos agregando coisas ao que já estamos fazendo. Estamos nos organizando para desenvolver trabalho com idosos, que tem bastante na nossa comunidade. Tem o grupo de caminhada (T4, Unidade B).

Ao concluir os grupos focais, buscou-se avaliar o impacto que a pesquisa produziu aos trabalhadores por meio de questionamento individual. O resultado foi positivo pois possibilitou espaço para a discussão da técnica de Grupo Focal como uma possibilidade de Apoio Matricial às equipes de ESF, visto que as falas demonstram a necessidade de serem ouvidos e, principalmente, da técnica de grupo focal ter possibilitado espaço para reflexão,

discussão e conseqüentemente mudança de modelo de gestão do cuidado, de gestão do cotidiano.

(...) eu acho isso muito legal, é importante coisas que a gente não faz rotineiramente porque não é sempre que alguém de fora enxerga a nossa situação e nos indaga alguma coisa (T12, Unidade A).

Àquela hora que você estava fazendo as perguntas a gente começa a refletir, passa aquele filmezinho, o que fez, o que deixou de fazer, o que precisa melhorar. Então é bom vir alguém de fora para ajudar. Tudo veio a acrescentar (T3, Unidade B).

DISCUSSÃO

A gestão do cotidiano a partir da implantação do PMAQ: a perspectiva de equipes de ESF.

Este estudo evidenciou que ambas equipes de ESF, independente da sua localização – o município, o número de habitantes e a cobertura de ESF – não obtiveram diferenças significativas. Ao contrário, o perfil das equipes manteve equilíbrio, prevalecendo o sexo feminino, faixa etária em média de 41 a 44 anos, curso superior completo e principalmente para a questão das equipes ampliadas, ou seja, conjunto de profissionais para além da equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde.

Este resultado vem ao encontro de pesquisa realizada por Marqui ²⁰, que teve por objetivo conhecer o perfil das equipes de saúde da família e identificar as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho. O estudo apresenta um perfil de profissionais com faixa etária de 19-30 anos (38%), seguido de 31-50 anos que representou 57,1% da amostra.

Autores pontuam sobre a questão da participação das mulheres no mercado de trabalho no campo da saúde, conforme Machado, Vieira e Moyses ²¹, atualmente mais de 70% da força de trabalho na saúde está representada por mulheres. Estes dados podem ser resultantes da expansão e elevação dos níveis de escolaridade, da redução das taxas de fecundidade acrescido da abertura das portas do mercado de trabalho para as mulheres, o que tem revelado uma tendência à feminização das profissões no campo da saúde ^{22,23}.

Outro resultado evidenciado na presente pesquisa trata-se do tempo de atuação dos trabalhadores na área da Saúde Pública (8-13 anos) e do tempo que atuam nas devidas ESF (5-7 anos) acrescido do fato de nunca terem trabalhado em outra ESF, ou em outro município (83-86%). Este resultado diverge da literatura, em que foi identificado a presença da alta rotatividade dos trabalhadores da AB em ESF ou não ^{8,24,25}. Este resultado pode ser decorrente do fato de 81-100% dos trabalhadores participantes desta pesquisa terem se inserido na AB

por meio de concurso público e 19% estarem trabalhando por contrato temporário. Isto, acrescido de 43-75% terem se inserido na AB para assegurar a estabilidade por meio do concurso público e 25-57% pela identificação com o trabalho desenvolvido na AB.

Estudo desenvolvido por Machado, Oliveira e Moyses²¹ ressalta para a questão da precarização dos vínculos dos trabalhadores com a AB e, este é mais relevante com relação aos médicos. Esta pesquisa aponta que a contratação direta entre prefeituras e trabalhadores para AB ultrapassa 90% no Brasil. Pesquisa de Pinto, Menezes e Villa²³ identificou que entre todos os trabalhadores da AB/ESF apenas os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram os que realizaram o concurso público municipal.

Entretanto, estudo realizado por Costa²², identificou que 77,7% dos trabalhadores de ESF atuavam exclusivamente no serviço público e, Medeiros²⁶, pontuou em pesquisa, que há uma tendência de estabilização, entre trabalhadores da enfermagem, relacionado ao aumento de concurso público, o que não se aplica aos profissionais médicos.

Outra perspectiva levantada com relação a gestão do cotidiano a partir da implantação do PMAQ nas ESF da presente pesquisa, esteve relacionada à consolidação das reuniões de equipe. Os resultados apontaram tanto para a definição de períodos para a realização da reunião de equipe, quanto para a sistematização das reuniões. Grandó e Dall'agnol²⁷, enfatizam sobre a importância de espaços para que equipes de ESF possam estar juntas, debatendo e refletindo modos para a estruturação, organização, aprendizado, trocas de informação, estabelecimento e tomada de ações, no que se refere ao trabalho desenvolvido na ESF, frente aos desafios e necessidades que se apresentam no contexto de atuação dos mesmos.

Da mesma forma, a reunião de equipe promove maior integralidade no que se refere ao trabalho em equipe, como se pode evidenciar nos resultados desta pesquisa. A gestão do cotidiano das equipes de ESF foi modificada a partir da realização efetiva das reuniões e conseqüentemente, da integração dos mesmos, visto que, este espaço proporciona o estabelecimento de novas ações em conjunto, ou seja, da produção coletiva em saúde. Schraiber²⁸ salienta que a proposta e a prática do trabalho em equipe estão entre o almejado e o realizado, logo que, este, está relacionado à uma série de fatores incluindo o de mudanças na oferta de serviços de saúde, sendo neste caso, a mudança efetivada a partir da avaliação. Os autores pontuam que o trabalho em equipe é um trabalho compartilhado, que exige negociação e principalmente a descentralização da tomada de decisão e da flexibilização da divisão do trabalho.

Corroborando, Chagas ^{29:5}, ao tecer análise sobre o indivíduo na teoria de Marx, descreve:

O indivíduo humano não é, portanto, exclusivamente um ser natural, mas natural humano-social, dotado de consciência e liberdade, que, diferentemente do animal, tem consciência de si, de sua atividade vital, de seu trabalho, e que não é passivo diante das condições naturais, mas ativo, que intervém a seu favor e transforma tais condições para a sua realização.

Em se tratando do desafio do trabalho em equipe e da produção coletiva deste grupo, pesquisadores ^{30,31} enfatizam para a consolidação de equipes de referência, em que a saúde, é campo de saber aplicado em que se consolida o trabalho por meio da interação pessoal (intra, inter ou transpessoal), que o objeto com que se trabalha são as relações humanas e, o objetivo é agregar valor ao ser humano e sociedade sendo eles educação, saúde, justiça, entre outros.

Conseqüentemente, os resultados da presente pesquisa relacionados a gestão do cotidiano a partir da implantação do PMAQ mostraram que o mesmo possibilitou a organização e sistematização do trabalho e ao mesmo tempo, espaço de aprendizagem destes atores, principalmente relacionado a organização e gestão do cuidado.

Deste modo, no decorrer da realização deste estudo foi possível identificar as potencialidades que a técnica de Grupo Focal pode proporcionar, neste caso, pode-se observar o espaço para reflexão e debate entre os trabalhadores em ambas as equipes e, ao finalizar a pesquisa e realizar o questionário de avaliação da mesma, os resultados pontuaram exatamente para essa observação. Assim, levanta-se a proposta para a técnica de Grupo Focal como uma possibilidade de Apoio Matricial às equipes de ESF, visto que os trabalhadores pontuaram para a questão de serem ouvidos e principalmente pelo fato de terem tido este espaço de reflexão e discussão sobre o seu processo de trabalho, sobre a gestão do cotidiano e os seus desafios.

Em se tratando da técnica de Grupo Focal a mesma possibilitou por intermédio da fala e do debate, o acesso a informações acerca de fenômenos sociais a partir da expressão das percepções do grupo sobre o tema, principalmente pela interação com outros indivíduos, visto que os sujeitos se expressaram de forma livre o que viabilizou a apreensão de singularidades de visões. Assim, possibilitou a construção de novas ações por parte dos participantes da pesquisa, por meio da reflexão, desconstruindo e construindo conceitos, visto que, o GF desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética no sentido de sensibilizar os participantes na transformação da realidade de modo crítico e criativo ^{32,33,34}.

Neste sentido, o Apoio Matricial, entendido por Campos e Domitti ³⁵, sugere uma metodologia para ordenar a relação entre equipe e especialista com base em procedimento dialógico, e não como autoridade. Este especialista no caso, trata-se de um apoiador institucional que procura construir de maneira compartilhada projetos de intervenção, ou seja, tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daqueles profissionais mas, pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde apontados pelas equipes.

Assim levanta-se aqui o desafio de refletir sobre as possibilidades do Apoio Matricial descrita por Campos e Domitti ³⁵, assim como, o desafio de refletir sobre a possibilidade de inserir a técnica de grupo focal como uma proposta de Apoio Matricial em saúde, em especial para equipes de ESF.

CONCLUSÃO

Este trabalho que se propôs apresentar e discutir a temática da gestão do cotidiano de equipes de ESF a partir da implantação do PMAQ e, principalmente em responder a questão de pesquisa: “Quais as perspectivas sobre a gestão do cotidiano para equipes de ESF a partir da implantação do PMAQ?”.

Inicialmente, os resultados referentes ao perfil das equipes mostraram a questão da feminização da AB, a prevalência da faixa etária acima de 40 anos, com prevalência de curso superior e da formação de equipes ampliadas, para além das equipes mínimas previstas.

Outro dado importante desta pesquisa foi com relação ao tempo de trabalho em Saúde Pública e do tempo de atuação na referida unidade de saúde, acrescido do fato de nunca terem trabalho em outras unidade ou outros municípios. Este resultado reforçado pelo fato de que a maioria teve a sua inserção na ESF através de concurso público e por questões pessoais de estabilidade de identificação com a atividade profissional desenvolvida na AB. Resultados estes que diferem da literatura atual e que podem estar diretamente relacionados aos resultados do programa PMAQ.

Do mesmo modo, dentro das perspectivas identificadas pelo grupo com relação à gestão do cotidiano após a adesão ao PMAQ, esteve a consolidação de atividades, no caso, das reuniões de equipe; a integração das equipes, a realização do trabalho em equipe e da produção coletiva; a organização e sistematização do trabalho o que oportunizou espaço de aprendizagem do grande grupo. Assim, evidenciam-se resultados importantes com relação a

implantação do PMAQ e as suas implicações e mudanças relacionadas a gestão do cuidado e do cotidiano.

E também, para finalizar, este artigo propôs o desafio de repensar a técnica de grupo focal como uma proposta de suporte para o desenvolvimento do Apoio Matricial, visto à avaliação que o grupo realizou após a conclusão da pesquisa. Ou seja, igualmente os dados evidenciaram a necessidade que estes trabalhadores possuem com relação a sua valorização profissional, a necessidade de serem ouvidos e principalmente de concretizarem espaços de reflexão e discussão como forma de qualificação tanto pessoal quanto profissional e que está diretamente relacionada à melhoria da gestão do cotidiano e conseqüentemente do cuidado.

Alguns limites relacionados à realização deste estudo foram frente à viabilização da presença de todos os trabalhadores, com relação ao local, ao horário e aos dias para a realização dos grupos focais, assim como, do investimento financeiro com relação aos deslocamentos de pesquisador e pesquisador voluntário e à preparação do ambiente para a realização dos grupos focais conforme propõem a literatura.

Dentre as possibilidades que esta pesquisa deixa em aberto, está na discussão quanto à necessidade de Apoio Matricial para essas equipes e igualmente sobre a possibilidade de realização de Grupo Focal com representantes tanto das equipes, quanto dos usuários e gestores.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Portaria GM/MS nº1.886 de 18 de dezembro de 1997. Brasília/DF:CONASS [Internet]. 2003 [citado em: 26 jul 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.
2. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília/DF:CONASS [Internet]. 2003 [citado em: 26 jul 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sala de imprensa: IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios de 2014. [Internet]. 2014 [citado em: 30 ago 2014]. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2704>
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família 2014. [Internet]. 2014 [citado em: 26 jul 2014]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php

5. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. IMIP – Brasília/DF: MS [Internet]. 2005 [citado em: 26 jul 2014]. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/avalia%E7%E3o%20na%20aten%E7%E3o%20basica%20em%20saude.pdf>
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília/DF: MS [Internet]. 2012 [citado em: 26 jul 2014]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
7. Campos GWS. Sobre e pelega dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em pelega. Saúde e Sociedade [Internet]. 1992 [citado em: 08 ago 2013] 1(2):79-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/05.pdf>
8. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Correa CRS, Madureira PR, Gama CAP, Dantas DV, Nascimento R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev. Saud. Pub. [Internet]. 2012 [citado em: 17 set 2014] 46(1):43-50. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>
9. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MR, Campos LVO, Fermino TZ, Santos CB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. Rev. Gauc. Enf. [Internet]. 2011 [citado em: 17 set 2014] 32(1):48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n1/a06v32n1.pdf>
10. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saud. Pub. [Internet]. 2008 [citado em: 07 ago 2013] 24(1): S7-S27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>
11. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 355p.
12. Chauí M. Convite à Filosofia. 13ed. 6impr. São Paulo/SP: Editora Ática, 2006, 424p.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.
14. Alves AM. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. Revista de Psicologia da UNESP. [Internet]. 2010 [Citado em: 12 jun 2013] 9(1). Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/74/214>
15. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2009. 200p.
16. Masson G. Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. Práxis Educativa [Internet]. 2007 [Citado em: 12 jun. 2013] 2(2):105-114. Disponível em: <http://www.eventos.uepg.br/ojs2/index.php/praxiseducativa/article/viewFile/312/320>

17. Marx K. Para a crítica da economia política. Do capital: o rendimento e suas fontes. Ed. Nova Cultura, 1999. 256p.
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1ed.2reimp. Revisada e ampliada. São Paulo/SO: Ed. Edições 70, 2011. 279p.
19. Ministério da Saúde. DATASUS-Departamento de Informática do SUS. População residente no Rio Grande do Sul [Internet]. 2013 [Citado em: 26 jul 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>
20. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2010 [citado em: 24 ago 2014] 44(4):956-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>
21. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. CEPESC,UERJ [Internet]. 2011 [citado em: 24 ago 2014] 01(-):103-116. Disponível em: <http://www.enasp.fiocruz.br/observarh/arquivos/Tendencias%2520de%2520Mercado%2520de%2520Trabalho.pdf>.
22. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Junior WSS, Filho ZCG, Rodrigues CAQ. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. [Internet] 2013 [Citado em: 24 ago 2014] 8(27):90-6. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/530>
23. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. Ver. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2010 [Citado em: 24 ago 2014] 44(3):657-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/15.pdf>
24. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. Saúd. Deb. [Internet]. 2012 [Citado em: 20 mai. 2013] 36(94):375-391. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a10v36n94.pdf>
25. Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Rev. Bras. Epidemiol. [Internet]. 2008. [Citado em 20 mai 2013] 11(4): 633-647. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/10.pdf>
26. Medeiro CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2010. [Citado em: 24 ago 2014] 15(1):1521-1531. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>

- 27.** Grando MK, Dall’Agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. Esc. Anna Nery. [Internet] 2010. [Citado em 24 ago 2014]14(3):504-510. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a11.pdf>
- 28.** Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 1999. [Citado em: 24 ago 2014] 4(2):221-242. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>
- 29.** Chagas EF. O indivíduo na teoria de Marx. Revista Dialectus. [Internet] 2012. [Citado em: 24 ago 2014] 1(1):1-16. Disponível em: <http://www.revistadialectus.ufc.br/index.php/RevistaDialectus/article/download/40/43>
- 30.** Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2000 [Citado em 23 ago 2014] 16(2):507-515. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n2/2100.pdf>
- 31.** Campos GWS. Equipes de referência e apoio matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 1999 [Citado em: 23 ago 2014] 4(2):393-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>
- 32.** Backes DS, Colomé JS, Erdamnn RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. O mundo da saúde. [Internet] 2011 [Citado em: 27 ago 2013] 35(4):438-442. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf
- 33.** Gomes VLO, Telles KS, Roballo EC. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Internet] 2009 [Citado em: 04 set 2013] 13(4):856-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a23.pdf>
- 34.** Lopes MGK, Koch Filho HR, Ferreira IRC, Bueno RE, MOYSES ST. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. Rev Sul-Bras Odontolog. [Internet] 2010. [Citado em: 27 ago 2013] 7(2):166-72. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153013638006>
- 35.** Campo GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2007 [Citado em: 23 ago 2014] 23(2):399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>

4 DISCUSSÃO

Os resultados apontados nesta pesquisa, realizada em dois municípios, que inicialmente foram escolhidos pelas diferenças relacionadas à cobertura de ESF e do número de habitantes, apresentou o Município A, com maior cobertura de ESF e menor número de habitantes e, o Município B, com menor cobertura de ESF e maior número de habitantes.

Salienta-se que ambos os municípios são classificados como municípios pequenos, ou seja, que possuem de até 10 mil à 100 mil habitantes (IBGE, 2014b). Entretanto, Mahl e Tomasi (2009), pontuam sobre a contribuição que pesquisas em municípios de pequeno porte possuem, logo que, aproximadamente 75% da população está localizada em municípios de pequeno à médio porte e, 25% da população está nos municípios mais populosos, ou seja, de grande porte (acima de 500 mil habitantes) (IBGE, 2014b).

O Município A, possui 2.657 mil habitantes, com emancipação há 22 anos e unidade territorial de 85,169Km² (BRASIL, 2013b). Possui uma equipe de ESF sendo esta identificada como equipe ampliada e multiprofissional, visto que, dentre os 21 participantes da pesquisa, estava os integrantes da equipe mínima de ESF conforme proposto pelo MS acrescido de psicólogo, auxiliar administrativo, técnico em farmácia, visitador do Programa Primeira Infância Melhor, entre outros, e todos estes conjugavam a Equipe da ESF.

A Unidade Básica onde atuam estes profissionais está localizada em área central do município e, em se tratando do espaço físico da mesma, comporta a equipe ampliada de ESF, odontologia, fisioterapia, acrescido da Secretaria Municipal de Saúde, conforme pode-se observar na Figura 4, a seguir.

Com relação à estrutura física, a mesma caracteriza-se por possuir condições estruturais para o desenvolvimento das atividades às quais concerne as equipes de ESF e pode ter como fator positivo a Secretaria Municipal de Saúde igualmente dentro deste espaço, possibilitando assim, maior contato e proximidade com a realidade local e diária tanto para usuários quanto para os trabalhadores integrantes da equipe. Este resultado, relacionado com a estrutura física da unidade, diverge de resultados encontrados na literatura (SILVA et al, 2012; SCHWARTZ et al, 2010).

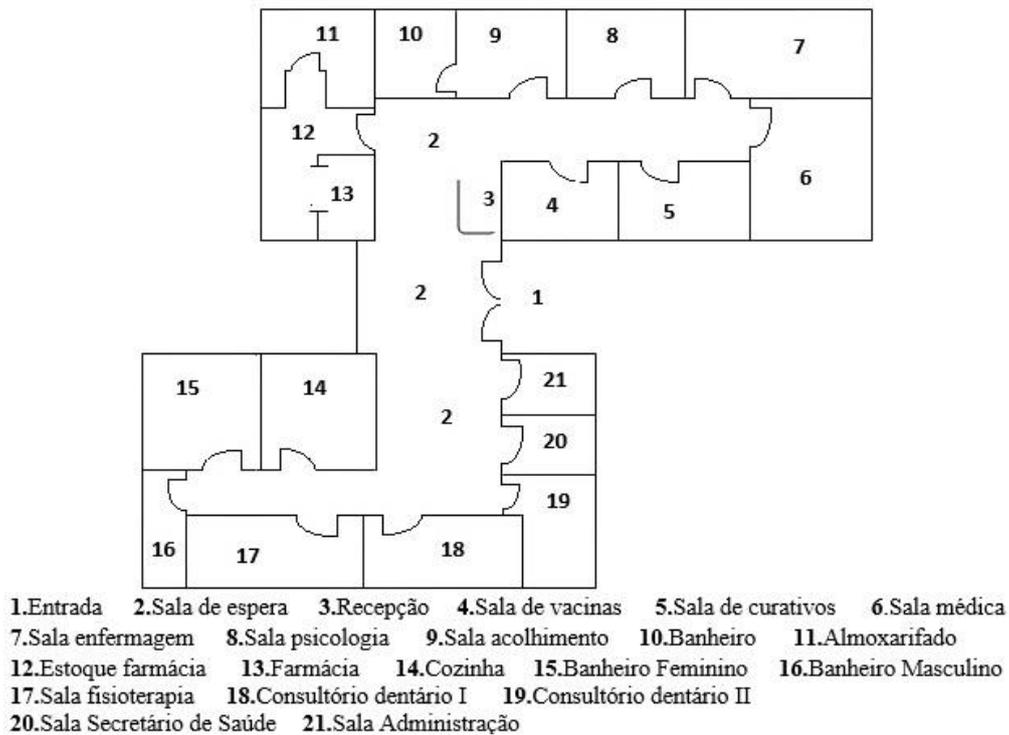


Figura 4 - Desenho ilustrativo da estrutura física da unidade básica de saúde do município A.
 (Fonte: diário de campo da autora, 2014).

O Município B possui aproximadamente 24.465 mil habitantes, emancipado há 76 anos e possui uma área territorial de 2.200,292 Km² (BRASIL, 2013b). Este município possui 04 equipes de ESF, sendo que a equipe que integrou este estudo foi a que apresentou melhor desempenho na avaliação realizada pelo PMAQ.

Esta equipe, igualmente pode ser compreendida como uma equipe ampliada e multiprofissional, pois, entre os 12 participantes do presente estudo, estavam para além da equipe mínima considerada pelo MS, a odontologia, auxiliar de consultório dentário, recepcionista, entre outros, e estes conjugavam a Equipe da ESF.

Em se tratando da área de atuação dos trabalhadores, a mesma está localizada em um bairro da periferia do município e a sua estrutura física situa-se em um espaço que foi projetado para ser o salão da comunidade ali alocada. A estrutura física está representada pela Figura 5. Nesta foi evidenciado desconforto por estar localizada em um espaço que deveria ter sido destinado à outro objetivo para a comunidade, assim como, da necessidade de ajustar o processo de trabalho que engloba tanto a AB quanto a ESF à devida estrutura física.

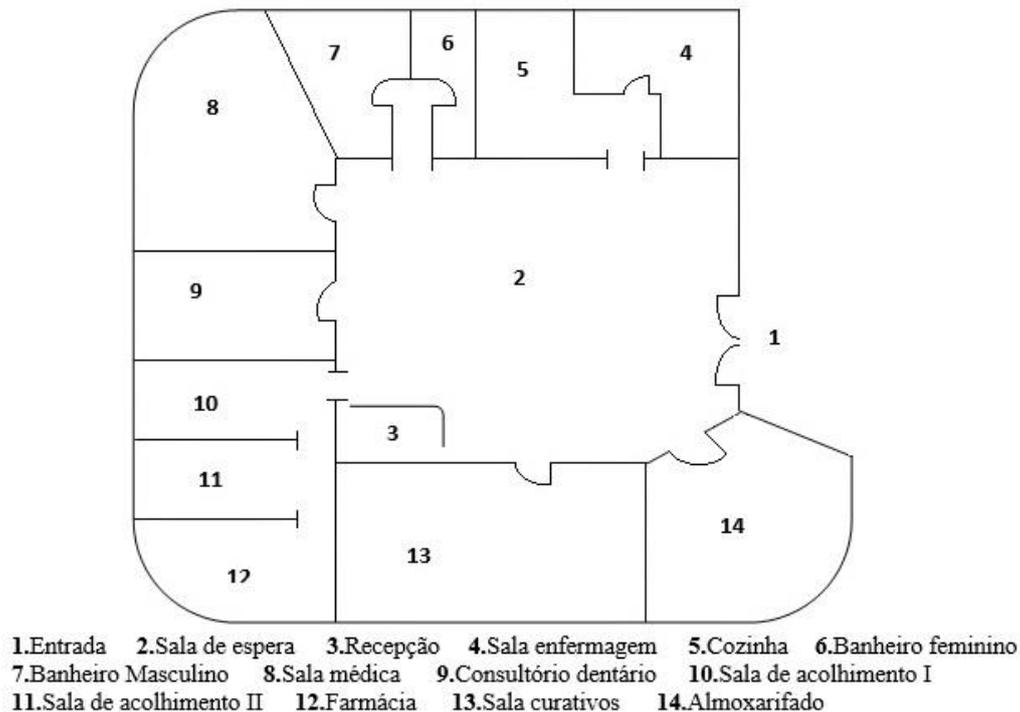


Figura 5 - Desenho ilustrativo da estrutura física da unidade básica de saúde do município B.

(Fonte: diário de campo da autora, 2014).

Serviços que deveriam estar localizados e prestados nesta unidade, como por exemplo, a sala de vacinas, são encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde, localizada em área central do município. Importante salientar que uma nova estrutura física para a atuação da equipe está em processo de construção nas proximidades deste local.

Este resultado vem ao encontro da literatura (MARTINS, AGUIAR, 2011; CRUZ et al, 2014), que evidencia a alocação de equipes em estruturas temporárias e/ou em espaços sem a devida estrutura física e, como salienta Schwartz et al (2010), sem conforto para os usuários que utilizam deste serviços seja para promoção, prevenção ou para restaurar a saúde. Entretanto, é salutar observar que a equipe desenvolveu estratégias para atuar na comunidade e de desenvolver o trabalho proposto pela ESF o que resultou na boa avaliação do PMAQ.

Em se tratando da participação dos trabalhadores de saúde na implantação do programa, em ambas as equipes houve total imersão na proposta, ajustando todas as atividades já realizadas, ao proposto pelo PMAQ. Este ajuste às atividades proporcionou às

equipes respaldo para realizar o que estava sendo executado e igualmente para iniciar novas ações, sendo uma delas, a reunião de equipe.

Também, os trabalhadores ao implantarem o programa tiveram o desafio de pôr em prática o trabalho em equipe, que resultou na integração do grupo. Do mesmo modo, foi possível evidenciar que a implantação do PMAQ reorganizou os processos de trabalho e principalmente a sua sistematização, e isto, oportunizou espaço de aprendizagem entre os mesmos. Bosi e Mercado-Martínez (2011) descrevem que a avaliação passou a ter um lugar marcado no que concerne ao fortalecimento do controle social e da gestão democrática-participativa do SUS. A avaliação deve incrementar a participação de todos os trabalhadores de saúde, acrescido da gestão local e dos usuários, efetivando-a tanto a nível local quanto aos demais níveis – estadual e nacional.

Este resultado está diretamente relacionado à seguinte afirmativa: “O materialismo histórico e dialético parte do *aparecer* social e chega, pelas mediações reais, ao *ser* social. Igualmente, este método pode mostrar como o *ser* social determina o modo como este *aparece* aos homens” (CHAUI, 2008, p. 52, grifo o autor). Consonante a isto, os resultados desta pesquisa proporcionaram a obtenção de uma perspectiva macro e micro estrutural relacionada à implantação da avaliação por meio dos trabalhadores de saúde e isto proporcionou uma compreensão crítica desta realidade social do mesmo modo que impactou nas equipes participantes, com o apoio do método de coleta de dados.

Assim, ao finalizar esta discussão, laçamos o desafio de repensar a importância do Apoio Matricial a estas equipes. A avaliação realizada no final da pesquisa, sobre a metodologia utilizada na coleta de dados, no caso, o grupo focal, pontuou para a questão da necessidade que estes trabalhadores possuem com relação a saírem da invisibilidade e serem valorizados na atividade que desenvolvem, assim como, proporcionou espaço aberto para a discussão, debate, reflexão, à escuta da opinião do outro, que culminou com novas ideias e propostas para o cotidiano de trabalho das equipes.

Por fim, cabe ainda a seguinte reflexão:

Uma formação social nunca perece antes que estejam desenvolvidas todas as suas forças produtivas para as quais ela é suficientemente desenvolvida, e novas relações de produção mais adiantadas jamais tomarão o lugar, antes que suas condições materiais de existência tenham sido geradas no seio mesmo da velha sociedade. É por isso que a humanidade só se propõe a tarefas que pode resolver, pois, se se considera mais atentamente, se chegará a conclusão de que a própria tarefa só aparece onde as condições materiais de sua solução já existem, ou, pelo menos, são captadas no processo de seu devir (MARX, 1999, p. 52).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: “Como as equipes de ESF da 4ª CRS/RS participam da implantação do PMAQ na AB?”. Esta questão partiu de alguns questionamentos, principalmente, motivados pelo reduzido número de publicações acerca da temática da avaliação voltada para a AB com ênfase à perspectiva das equipes na sua implantação. A escolha pela Região de Saúde Verdes Campos, da 4ª CRS/RS, ocorreu pela identificação de municípios que apresentaram equipes com um bom desempenho logo na primeira avaliação externa desenvolvida pelo programa.

Deste modo, o desafio foi desenvolver uma pesquisa qualitativa, sob a técnica de Grupo Focal, com duas equipes de ESF, de dois municípios inicialmente apreendidos como diferentes. Na sequência, o desafio foi acrescido da utilização da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, do referencial teórico do Materialismo Histórico e Dialético, e mais tarde com o uso do Software Atlas Ti.

Esta pesquisa, proporcionou levantamento de dados para a análise e discussão voltadas à avaliação desde a ambientação nos cenários de pesquisa até o encerramento das sessões de grupo focal. Assim, os resultados apresentados vieram ao encontro da literatura, principalmente em se tratando de questões como a ampliação da avaliação no sentido de considerar a objetividade e a subjetividade, o quantitativo e o qualitativo, a estrutura e o processo, a experiência dos profissionais. Igualmente, os resultados apontaram para a questão da necessidade da desmistificação da avaliação, visto que, inicialmente os trabalhadores apresentaram temor frente a mesma mas, após compreenderam a sua importância no processo de trabalho e na gestão do cotidiano.

Em se tratando do perfil dos trabalhadores pesquisados, manteve-se conforme a literatura, em que há a presença da feminização, da média de faixa etária de 42 anos, da escolaridade com curso superior seguido do curso técnico. Entretanto, um resultado divergiu da literatura, relacionado à rotatividade dos profissionais na AB, tão debatida em publicações científicas. Nesta pesquisa, os trabalhadores estavam em média há 10 anos atuando na área da Saúde Pública e há 6 anos na atual UBS. A maioria ingressou por meio de concurso público e o motivo do ingresso esteve voltado para questão da estabilidade e da identificação com a atividade profissional desenvolvida. Portanto, levanta-se a questão de se repensar a

possibilidade dos resultados da avaliação externa do PMAQ destas equipes, estarem relacionados à estabilidade dos mesmos nas devidas unidades.

O primeiro artigo abordou a questão do processo de trabalho das equipes com a implantação do PMAQ, em que emergiu a questão da aplicabilidade do programa desde a sua adesão, perpassando as ações realizadas, o desenvolvimento da matriz de intervenção a partir da identificação de lacunas frente aos serviços prestados até a avaliação externa e a nova adesão. A implantação do PMAQ pelas equipes favoreceu o desenvolvimento da autonomia dos mesmos frente as condutas tomadas sendo, uma delas, as reuniões de equipe. Ao mesmo tempo, abriu espaço para a identificação dos limites ainda existentes na proposição do programa, voltados principalmente para a fragmentação/racionalização da avaliação; da difícil socialização dos resultados; da maneira como a nota final pode ser ampliada no sentido de redirecionar as ações das equipes. Suscita-se aqui a necessidade da ampliação dos horizontes da avaliação frente aos aspectos qualitativos e subjetivos que permeiam o processo de implantar a avaliação.

O segundo artigo esteve voltado para a questão da gestão do cotidiano realizada pelas equipes frente a implantação do PMAQ. O mesmo evidenciou a qualificação dos serviços prestados por meio do desafio da mudança da gestão do cotidiano passando de uma atividade individual - de núcleo - para uma produção coletiva do cuidado - de campo - acrescido da organização e sistematização do trabalho e conseqüentemente de aprendizagem às equipes. Do mesmo modo, os resultados abriram espaço para a discussão sobre a ainda existente necessidade de valorização e principalmente da escuta desses trabalhadores. Foi possível perceber que a técnica de Grupo Focal utilizada pode ser identificada como uma maneira de desenvolver o Apoio Matricial à estas equipes, pois proporcionou escuta, espaço de reflexão, discussão, debate, troca de opinião e, aprendizado.

Deste modo, conclui-se que a implantação do PMAQ pelas equipes de ESF proporcionou a visualização, a consciência dos trabalhadores frente a importância do trabalho desenvolvido pelos mesmos e o quanto isso é determinante para as tomadas de decisão e condutas da equipe. Ao mesmo tempo subsidiou o planejamento e a gestão tanto frente à complexidade do sistema quanto do seu cotidiano, se evidenciou a existente possibilidade da avaliação se tornar operacional, uma prática de rotina normal e natural. Entretanto, a complexidade frente a avaliação da AB persiste, tanto pelo quão amplo é o sistema público de saúde brasileiro centrado e representado principalmente pela AB, quanto pela complexidade

que envolve estes serviços, desenvolvidos pelos trabalhadores da saúde em seus processos de trabalho e na gestão do cotidiano.

Em se tratando de sugestões e recomendações que esta pesquisa deixa em aberto, está na possibilidade de novas pesquisas que agreguem à técnica de Grupo Focal com os trabalhadores, usuários e gestores. Dificuldades encontradas estiveram relacionadas à possibilidade de conseguir reunir o máximo possível de trabalhadores em uma data em específico e em determinado horário.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, 9(1), 2010. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/74/214>>. Acesso em: 12 jun. 2013

ASCHIDAMINI, E. P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007, Jan-Mar; 16(1):71-9. Disponível em: <<http://ojs.c3s1.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1700/1408>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

AZAMBUJA, E. P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007, Jan-Mar; 16(1):71-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a09v16n1.pdf>>. Acesso em: 04 de set. 2013.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre/RS: Ed. Artmed, 2009. 216p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1ªed.2ªreimp. revisada e ampliada. São Paulo/SP: Ed. Edições 70, 2011. 279 p.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**. São Paulo: 2011; 35(4):438-442. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2013.

BARBOSA, R. H. S. A ‘Teoria da práxis’: Retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trabalho, educação, saúde**. vol.8 nº.1 Rio de Janeiro Mar./June 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/02.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trabalho, educação, saúde**. Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53, mar./jun.2010. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r285.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: Modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. IN: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas/SP: Ed.Unicamp, 2011. 278p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, PNASS, 2004/2005**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/CADERNO_PNASS.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 de ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você, Portal do Gestor. **Relatório Adesão AB**, 2013a. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/relatorio/relatorio-sse-pmaq-propostaubs.php>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS, Departamento de Informática do SUS. **População residente Rio Grande do Sul**, 2013b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>>. Acesso em: 18 de ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde, TABNET**, 2013c. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABS>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família: Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. 2013d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 07 ago. 2013.

_____. Governo Estadual do Rio Grande do Sul, **Secretaria Estadual da Saúde, Institucional**, 2013e. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/161/4%C2%AA_CRS_%28Santa_Maria%29>. Acesso em: 06 de ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. BRASUS. **Legislações**: Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013, 2013f. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/legislacoes/gm/118531-535.html>>. Acesso em: 14 ago. 2013. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ªed. São Paulo: Ed.Atlas, 2009. 200p.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista Saúde Pública**. 30(3):285-93, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n3/5075.pdf>>. Acesso em: 04 de set. 2013.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo de saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília/DF, 2004; set-out; 57(5):611-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2013.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. mar-abr;17(2), 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19>. Acesso em: 28 set. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade**, 1(2)79-95, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/05.pdf>>. Acesso em: 08 de ago. 2013.

_____. Evaluation: from soliloquy to dialogue. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 15(2):229-259, abr-jun, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0310_8.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. 13ª ed. 6ª impr. São Paulo/SP: Editora Ática, 2006, 424p.

COELHO, M. P. P. **O saber-ser ético-profissional da enfermagem: o olhar sobre a formação de nível técnico**. 2009. 131p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

COHN, A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. **Saude soc**. vol.1 n°2 São Paulo, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/06.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2013

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saude Publica**. 2008, 24(1): S7-S27. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Is the institutionalization of evaluation suficiente to guarantee its practice? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 15(2):229-259, abr-jun,

1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esp/v15n2/0310_7.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.

_____. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**. 11(3):705-711, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliando-institucionaliza-avaliacao_contandriopoulos.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2013.

CRUZ, J. S. et al. Gestão da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009 – 2012. **Revista Bahiana de Saúde Pública**. v.38, n.1, p.49-66 jan./mar. 2014. Acesso em: 31 ago. 2014. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/399/pdf_466>.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Periódicos UFPB**, 2000. Disponível em: <periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/download/330/252>. Acesso em: 04 de set. 2013.

DALL'AGNOL, C.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, 1999. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23448/000265360.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The sage handbook of qualitative research**. 3ªed. London: Sage Publications, Thousand Oaks, 2005. 1210p.

ERIKSSON, P.; KOVALAINEN, A. **Qualitative methods in business research**. London: Sage Publications, 2008.

FLICK, U. **Métodos de pesquisa: Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ªed. Porto Alegre/RS: Ed. Artmed, 2005. 405p.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÈRE, H. A avaliação da avaliação. IN: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Ed.Unicamp, 2011. 278p.

GIANOTTI, J. A. Vida e Obra. IN: **Os pensadores: Marx**. Ed.Nova Cultural, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ªed. São Paulo: Ed.Atlas, 2009. 200p.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 13(4):856-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a23.pdf>>. Acesso em: 04 de set. 2013.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. A Técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. **Educativa**, 1999. Disponível em: <http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf>. Acesso em: 04 set. 2013.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2013.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006, 11(3): 683-703. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2013.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Indicadores**, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#indicadores>. Acesso em: 08 ago. 2013.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@**, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 06 jul. 2014a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga as estimativas populacionais nos municípios em 2014**. Acesso em: 31 ago. 2014b. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2704&busca=1&t=ibge-divulga-estimativas-populacionais-municipios-2014>>.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**. v.35, n.2, p.115-21, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>. Acesso em: 04 de set. 2013.

KITZINGER, J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. **Sociology of health e illness**. Vol. 16 nº01, 1994. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep11347023/pdf>>. Acesso em: 11 set. 2013.

LOPES, M. G. et al. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. 2010 jun;7(2):166-72. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153013638006>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

MAHL, C.; TOMASI, E. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Edifesp**, 2009. Acesso em: 31 ago. 2014. Disponível em: <<http://www.edifesp.fespmg.edu.br/index.php/scientae/article/view/48/45>>.

MARTINS, P.; AGUIAR, A. S. W. Acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: avanços e desafios da 11ª Região de saúde do Ceará. **S A N A R E, Sobral**, v.10, n.1, p. 06-12, jan./jun. 2011. Acesso em: 31 ago. 2014. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/137/129>>.

MARX, K. **Para a crítica da economia política**: do capital. O rendimento e suas fontes. São Paulo/SP: Ed.Nova cultural, 1999. 256p.

MASSON, G. Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. **Práxis Educativa**. Ponta Grossa, PR, v. 2, n. 2, p. 105- 114, jul.-dez. 2007. Disponível em: <<http://www.eventos.uepg.br/ojs2/index.php/praxiseducativa/article/viewFile/312/320>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

MORGAN, D. L. Focus group. **Annu. Revista Sociologia**. 1996, 22:129-52. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2083427?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102630159847>>. Acesso em: 11 set. 2013.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: **XIII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS**, 2002, [Ouro Preto, (MG)]. Anais eletrônicos. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>. Acesso em 27 de ago. 2013.

NETTO, J. P. **O que é marxismo**. Ed. Brasiliense. Coleção 148, Primeiros Passos. 1985, 148p.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista Saude Publica**. 2012, 46(1):43-50. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2013.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 355p. 256p.

PEREIRA, M. J. B. et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista Gaucha Enf.ermagem**. 2011, 32(1):48-55. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n1/a06v32n1.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2013.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking IDHM Municípios 2010**. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 19 ago. 2013a.

_____. **O que é o IDH**. 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH>. Acesso em: 19 de ago. 2013b.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2008 Out-Dez ; 17(4): 779-86. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

SÃO JOÃO DO POLÊSINE. Prefeitura Municipal. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.saojoaodopolesine.rs.gov.br/home.aspx>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

SÃO SEPÉ. Prefeitura Municipal. **Informativos**. Disponível em: <<http://www.saosepe.rs.gov.br/>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(4):2145-2154, 2010. Acesso em: 31 ago. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a28v15n4.pdf>>.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, SES. **Institucional. 4^aCRS (Santa Maria).** Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/161/4%C2%AA_CRS_%28Santa_Maria%29>. Acesso em 06. Set. 2014.

SILVA, L. M. S. et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, 2012 dez; 20(esp.2):784-8. Acesso em: 31 ago. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024/4329>>.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reforma Sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury, organizadora. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo/SP: Ed. Cortez, 1989. 232p.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. organizadora. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo/SP: Ed. Cortez, 1989. 232p.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica de pesquisas em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 19(3):777-796, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>>. Acesso em: 04 de set. 2013.

TREIN, F. Hegel e a dialética. IN: REZENDE, Antonio. **Curso de Filosofia: para professores e alunos dos cursos do ensino médio e de graduação.** 15^a reimp. Ed.Zahar, 2012. 311p.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 18(6):1561-1569, nov-dez, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2013.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação na campo da saúde. In: TEIXEIRA, S. F. organizadora. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo/SP: Ed. Cortez, 1989. 232p.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva.** 2^a ed. São Paulo/SP: Hucitec; Rio de Janeiro/RJ: Ed. Fiocruz, 2008. 871p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. The field of evaluation and the “sur mesure” strategy. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 15(2):229-259, abr-jun, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0310_3.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.** 120(6), 1996. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v120n6p472.pdf>>. Acesso em: 04 de set. 2013.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de tópicos para as sessões de grupo focal

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p> <p>ROTEIRO DE TÓPICOS PARA AS SESSÕES DE GRUPO FOCAL</p> <p>Pesquisa: A implantação da avaliação em saúde da atenção básica na perspectiva das equipes de ESF.</p> <p>Objetivo: Identificar como os profissionais das equipes de ESF da Região de saúde Verdes Campos da 4ª CRS/RS, participam da implantação do PMAQ na Atenção Básica.</p>
Data:
<input type="checkbox"/> ESF São Sepé – Grupo Focal: ()1º ()2º () Outros
<input type="checkbox"/> ESF São João do Polêsine – Grupo Focal: ()1º ()2º () Outros
1) Fale sobre a avaliação em saúde da Atenção Básica.
2) O que vocês compreendem sobre avaliação em saúde da Atenção Básica?
3) Fale sobre a implantação do PMAQ.
4) Vocês foram preparados para a implantação do PMAQ na ESF?
5) De que maneira vocês percebem que a equipe de ESF participa na implantação da avaliação em saúde da Atenção Básica? E do PMAQ?
6) Como vocês consideram que deveria ser a implantação de programas de avaliação em saúde da Atenção Básica?

Apêndice B - Instrumento de coleta de dados sociodemográficos

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p> <p>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</p> <p>Pesquisa: A implantação da avaliação em saúde da atenção básica na perspectiva das equipes de ESF.</p> <p>Objetivo: Identificar como os profissionais das equipes de ESF da Região de saúde Verdes Campos da 4ª CRS/RS, participam da implantação do PMAQ na Atenção Básica.</p>	
<p>1- ESF integrante: ESF São Sepé () ESF São João do Polêsine ()</p>	
<p>2- Você atua como:</p> <p>() ACS</p> <p>() Auxiliar de Enfermagem</p> <p>() Técnico de Enfermagem</p> <p>() Enfermeiro</p> <p>() Médico</p> <p>() Outro. Qual?</p>	
<p>3- Sexo: () Feminino () Masculino</p>	
<p>4- Data de nascimento:</p>	
<p>5- Idade:</p>	
<p>6- Estado Civil:</p> <p>() Casado</p> <p>() Solteiro</p> <p>() Divorciado/Separado</p> <p>() Outro. Qual?</p>	
<p>7- Nível de formação:</p> <p>() Ensino Fundamental () Completo () Incompleto</p> <p>() Ensino Médio () Completo () Incompleto</p> <p>() Curso auxiliar () Não () Sim Qual?</p> <p>() Curso técnico () Não () Sim Qual?</p> <p>() Curso superior () Completo () Incompleto Qual?</p> <p>() Especialização () Não () Sim Qual?</p> <p>() Cursos de Capacitação () Não () Sim Qual?</p>	
<p>8- Tempo de trabalho na saúde pública (em meses):</p>	
<p>9- Tempo de trabalho nessa unidade de ESF (em meses):</p>	
<p>10- Já havia trabalhado em outras unidades de ESF desse município?</p> <p>() Sim. Quanto tempo (em meses)?</p> <p>() Não.</p>	

11- Já havia trabalhado em outras unidades de ESF em outros municípios? <input type="checkbox"/> Sim. Quais? <input type="checkbox"/> Não.
12- Desenvolvia alguma atividade profissional antes de trabalhar em ESF? <input type="checkbox"/> Sim. Quais? <input type="checkbox"/> Não.
13- Qual motivo de ingressar profissionalmente em ESF?
14- Qual foi o meio de ingresso profissional em ESF?

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: A implantação da avaliação em saúde da Atenção Básica na perspectiva das equipes de ESF.

Pesquisadora Responsável: Prof^ª Dr^ª Teresinha Heck Weiller

Contato: (55) 3220-8029

Pesquisadora Mestranda: Enf^ª Md^a Barbara Letícia Dudel Mayer

Contato: (55) 3220-8029

Local da realização da pesquisa: Unidade de Estratégia Saúde da Família do Município de São Sepé/RS e Unidade de Estratégia Saúde da Família do município de São João do Polêsine/RS.

Sujeitos envolvidos: Profissionais que compõem as equipes de saúde de ESF.

Data: ___/___/____

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo será realizado. Compreendi que: não sou obrigado a participar desta pesquisa, e minha escolha em participar ou não dessa pesquisa será respeitada, de forma totalmente **voluntária**. Mesmo depois de aceitar participar do estudo, em qualquer momento posso desistir de participar sem nenhuma punição, sem perder os benefícios aos quais tenho direito e em nenhum momento haverá envolvimento financeiro.

- Este estudo tem como **objetivo:** identificar como os profissionais das equipes de ESF da Região de saúde Verdes Campos da 4^a CRS/RS, participam da implantação do PMAQ na Atenção Básica.

- Esta pesquisa vai ser realizada por meio de sessões de Grupo Focal. Essas sessões compreendem a reunião dos profissionais que compõem as equipes de saúde das ESF, que aceitarem participar da pesquisa, e o debate sobre a temática da avaliação de serviços de saúde da Atenção Básica, com a coordenação das sessões de Grupo Focal pela pesquisadora mestranda deste projeto e com o auxílio de uma pesquisadora voluntária.

- As sessões de Grupo Focal serão gravadas por 3 gravadores de áudio mp4, as informações serão agrupadas de modo que eu não serei identificado, visto que receberei a designação de P1, P2, P3, sequencialmente.

- As pesquisadoras irão fazer anotações no decorrer das sessões de Grupo Focal e estas não terão a minha identificação.

- Vou responder manualmente a um instrumento de pesquisa de identificação de perfil sociodemográfico e este não terá a minha identificação.

- No final das sessões de Grupo Focal participarei individualmente de uma questão sobre a avaliação das sessões de Grupo Focal, em que esta será gravada por meio de um gravador de áudio mp4 e também não terá a minha identificação.

- É garantido que em todas as etapas desta pesquisa será mantido o meu sigilo e privacidade.

- Todos os dados serão mantidos em anonimato e as gravações serão digitadas (transcritas) e guardadas em um *compact disc* (CD) sendo logo após, destruídas as gravações.
- Os dados desta pesquisa serão utilizados para execução do presente projeto, sendo ainda construído um banco de dados para essa e outras pesquisas. Somente os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa terão acesso aos dados.
- Os dados coletados somente serão divulgados de forma anônima e depois de organizados e analisados pelos pesquisadores. A divulgação dos dados será por meio de artigos científicos e trabalhos acadêmicos em eventos científicos da área.
- Os dados serão mantidos em um armário chaveado, na sala 1305a do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde, Prédio 26, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de cinco (5) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller, e após este período serão destruídas sob a forma de incineração.
- Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata sobre pesquisas que envolvem seres humanos.
- A minha participação é isenta de despesas e a minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.
- **Benefícios:** Esta pesquisa pode me trazer benefícios, visto que as sessões de Grupo Focal podem proporcionar momentos de reflexão acerca da avaliação em saúde da Atenção Básica, principalmente do processo de participação das equipes de ESF na implantação da avaliação da Atenção Básica, o que pode apontar estratégias para o fortalecimento da mesma, assim como das potencialidades e necessidades da avaliação da Atenção Básica a partir do cotidiano de trabalho das equipes de ESF.
- **Riscos:** Dentre os riscos que esta pesquisa pode me ocasionar, que são mínimos, está na possibilidade da temática em questão apresentar algum risco ligado à inquietude ou ansiedade, ao me remeter para a minha vivência do cotidiano de trabalho, durante a participação do estudo. Portanto, se caso ocorrer desconforto, alteração de comportamento ou sofrimento durante o relato das vivências, eu serei acolhido e orientado a desistir de participar da pesquisa.
- **Se eu tiver dúvidas:** Posso telefonar para a pesquisadora Barbara Letícia Dudel Mayer ou para a orientadora Professora Teresinha Heck Weiller (55-3220-8029). Posso telefonar também para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (55-3220-8029).

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

Santa Maria/RS, _____, _____, de 2014.

Nome do Participante: _____

Nome da Mestranda pesquisadora: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Observações: Este documento será apresentado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra para o participante. **Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Avenida Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria/RS – Tel: (55) 32209362 – e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br – site: www.ufsm.br/cep

Apêndice D - Questão individual de avaliação sobre o grupo focal

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

QUESTÃO INDIVIDUAL SOBRE O GRUPO FOCAL

Pesquisa: A implantação da avaliação em saúde da atenção básica na perspectiva das equipes de ESF.

Objetivo: Identificar como os profissionais das equipes de ESF da Região de saúde Verdes Campos da 4ª CRS/RS, participam da implantação do PMAQ na Atenção Básica.

Data de término da realização das sessões de grupo focal:

ESF São Sepé ESF São João do Polêsine

1) O que este exercício de reflexão no grupo focal, sobre o tema a avaliação em saúde da Atenção Básica trouxe para você?

Apêndice E – Termo de Confidencialidade

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

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Projeto de Pesquisa: A implantação da avaliação em saúde da Atenção Básica na perspectiva das equipes de ESF.

Pesquisadora Responsável: Prof^aDr^a Teresinha Heck Weiller

Contato: (55) 3220-8029

Pesquisadora Mestranda: Enf^aMd^aBarbara Letícia Dudel Mayer

Contato: (55) 3220-8029

Local da realização da pesquisa: Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de São Sepé/RS e do município de São João do Polésine/RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados cujos dados serão coletados por meio de grupo focal a ser realizado com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família do município de São Sepé/RS e, com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família do município de São João do Polésine/RS. Para tanto, será utilizado como cenário a sala disponível nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, por ambas as equipes de saúde dos referidos serviços. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e para compor um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da professora responsável Dr^a Teresinha Heck Weiller, em um armário particular, chaveado, para esse fim, na sala 1305a do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria por um período de cinco anos. Após esse período, o material será destruído sob forma de incineração. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 13/12/13, com o número do CAAE 2466071340005346.

Santa Maria/RS, 13 de 12 de 2013



Teresinha Heck Weiller

CPF: 35238321015

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ESF.

Pesquisador: Teresinha Heck weiler

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24660713.4.0000.5348

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 494.016

Data da Relatoria: 10/12/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula: "A IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ESF". E esta vinculado Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

A avaliação em saúde compreende a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos, indicadores de risco, acesso e satisfação de usuários com relação aos serviços públicos de saúde. Esta avaliação visa o alcance da resiliabilidade e qualidade em saúde, visto que ela produz informações - pode representar um julgamento o mais próximo da realidade - acerca de uma determinada situação. Nesse sentido, ela é parte fundamental no planejamento da gestão do sistema de saúde e principalmente, da gestão do cotidiano de trabalho das equipes de saúde. Assim, a avaliação em saúde é tida como efetiva a partir do momento que reordena a execução das ações e serviços de atenção à saúde e da sua intervenção na realidade da saúde do país.

Nesse sentido, o objeto da presente pesquisa compreende a participação das equipes de ESF na implantação do PMAQ na AB. Desta maneira, foi formulada a seguinte questão de pesquisa: Como as equipes de ESF da 4ª CRS/RS participam da implantação do PMAQ (Programa Nacional de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.106-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (51) 3230-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

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



Contrato de Pae nº: 49-4016

Melhoria do Acesso e da Qualidade) na AB (Atenção Básica)?

Metodologia Proposta:

Esta pesquisa é de caráter social, que, de acordo com Gil (2009), utiliza metodologia científica e permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. Portanto, trata-se de uma pesquisa social aplicada, pois ela tem o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos. Sendo assim, a abordagem que se pretende utilizar é qualitativa, visto que esta incorpora a questão do significado e da

intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A análise dos dados provindos dos instrumentos de pesquisa (roteiro de tópicos do GF; o instrumento de coleta de dados sociodemográficos; a questão individual de avaliação sobre o GF; as observações realizadas pelo observador do GF e as anotações do diário de campo) será realizada atendo-se ao contexto social, logo que, são dados potencialmente subjetivos. Desta forma, os dados irão implicar em uma análise qualitativa que vise a organização dos mesmos, para que revelem com a máxima objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo.

Os sujeitos que participarão da pesquisa compreendem profissionais da rede pública da AB que compõem as equipes mínimas de saúde de ESF (um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde) da 4ª CRSRS, da Região de saúde Verdes Campos. (P.24)

Sobre os critérios de inclusão e exclusão consta o que segue no projeto(P. 24)

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa envolvem profissionais integrantes de equipes de ESF e que participaram de alguma etapa do PMAQ a partir do ano de 2011. E, os critérios de exclusão dos sujeitos compreendem profissionais integrantes de equipes de ESF e que, em nenhum momento participaram das etapas do PMAQ.

Deste modo, a pesquisa será realizada com aproximadamente 20 pessoas.

Consta de uma extensa revisão Bibliográfica, cronograma e orçamento.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-8362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

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



Contribuição do Pesquisador: 49-4-016

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o que está dito no projeto tem como objetivo geral (P.4)

"Identificar como os profissionais das equipes de ESF da Região de saúde Verdes Campos da 4ª CRS/RS, participam da implantação do PMAQ na Atenção Básica".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos e benefícios consta o que segue no projeto (P.34)

Esta pesquisa pode trazer benefícios para os participantes, visto que as sessões de GF podem proporcionar momentos de reflexão acerca da avaliação em saúde da AB, principalmente do processo de participação das equipes de ESF na implantação da avaliação da AB, o que pode apontar estratégias para o fortalecimento da mesma, assim como das potencialidades e necessidades da avaliação da AB a partir do cotidiano de trabalho das equipes de ESF.

Quanto aos riscos: (P.35)

O risco que esta pesquisa pode ocasionar nos participantes está na possibilidade da temática em questão apresentar inquietude ou ansiedade para os participantes ao remetê-los para a vivência do cotidiano de trabalho, durante a participação do estudo. Portanto, se caso ocorrer desconforto ou sofrimento durante o relato das vivências, os participantes serão acolhidos e convidados a deixar de participar da pesquisa.

Assim entende-se que a descrição dos riscos e benefícios é apropriada ao que se propõe o projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Autorização institucional de SJP: Foi apresentado de forma suficiente.

Autorização institucional de São Sepê: Foi apresentado de forma suficiente.

Termo de confidencialidade: Foi apresentado de forma suficiente.

Registro no GAP: Foi apresentado de forma suficiente.

TCLE: Foi apresentado de forma suficiente.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (51) 3230-0362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

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



Continuação do Parecer: 49/4016

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 13 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

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

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (51) 3220-9062

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Anexo B - Registro do Projeto de Pesquisa no GAP/UFSM

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM		Data: 08/11/2013 Hora: 15:20				
1.2.1.20.1.13 Projeto - Informações resumidas						
<p>Título: A IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ESF</p>						
<p>Número do Projeto: 035927</p>	<p>Classificação Principal: Pesquisa</p>					
<p>Situação: Em trâmite para registro</p>	<p>Data Inicial: 16/12/2013</p>	<p>Data Final: 31/12/2014</p>				
<p>Palavras-chave: Avaliação em saúde, Equipe Assistência, PSF, Enfermagem</p>	<p>Tipo de Evento: Não se aplica</p>					
<p>Resumo: INTRODUÇÃO: Avaliação em saúde compreende o planejamento da gestão do sistema de saúde e do cotidiano de trabalho das equipes da Atenção Básica, e pode intervir na realidade de saúde do país. No Brasil, ela se evidencia a partir do Programa Saúde da Família e, sua implantação ocorre a partir da adesão das equipes de saúde da Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Assim, o objeto desta pesquisa é a inserção das equipes de saúde de Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. OBJETIVO: Analisar a inserção das equipes de Estratégia Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul na implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. METODOLOGIA: Pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, com profissionais de duas equipes de saúde de Estratégia de Saúde da Família localizadas em dois municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Para a coleta de dados, será utilizada a técnica de grupo focal, instrumento de dados sociodemográficos, questionário de avaliação final do grupo focal e será mantido no decorrer da pesquisa o diário de campo. Para a análise dos dados será utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin. O referencial teórico será o Maternalismo Histórico e Dialético. Este projeto atende a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. CONTRIBUIÇÕES: Esta pesquisa pode proporcionar espaço de reflexão crítica para as equipes de saúde acerca da avaliação dos serviços de saúde da Atenção Básica, a partir do cotidiano de trabalho das equipes e da inserção das mesmas na implantação da avaliação, o que pode apontar estratégias para o fortalecimento da Atenção Básica. O referencial teórico possibilita análise do campo histórico da saúde numa perspectiva macro e micro estrutural histórica-social, e implica na dinâmica dos sujeitos a partir da reflexão sobre as suas práticas e na atenção à saúde.</p>						
Participantes						
Matrícula	Vínculo Institucional	Função	Bolsa	C. Horária (semanal)	Data Inicial	Data Final
1684622	TERESINHA HECK WELLER	Docente	Orientador	4 horas	16/12/2013	31/12/2014
201360336	BARBARA LETICIA DUDEL MAYER	Aluno de Pós-graduação	Autor	20 horas	16/12/2013	31/12/2014
379359	CARMEM LUCIA COLOME BECK	Docente	Co-orientador	2 horas	16/12/2013	31/12/2014
Unidades vinculadas ao projeto						
Unidade	Função	Data Inicial	Data Final			
04.33.00 - DEPTO. ENFERMAGEM - EFM	Responsável	16/12/2013	31/12/2014			
Página: 1						

Anexo C – Ofício de Autorização da realização da pesquisa no Município de São Sepé.

Prefeitura Municipal de São Sepé
Secretaria da Saúde
Rio Grande do Sul

Of. 285/2013

São Sepé, 06 de novembro de 2013.

Para:
Teresinha Heck Weiller,
Professora Adjunta da
UFSM, Pesquisadora
Responsável.

Prezada Professora:

A Secretaria Municipal de Saúde de São Sepé aceita participar do projeto de pesquisa denominado **A Implantação da Avaliação em Saúde da Atenção Básica na Perspectiva das Equipes de ESF** da mestranda em Enfermagem Barbara Leticia Dudel Mayer.

Atenciosamente.

Marcelo Faria Ellwanger,
Secretário Municipal de Saúde.

Anexo D – Ofício de Autorização da realização da pesquisa no Município de São João do Polêsine



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO POLÊSINE

AUTORIZAÇÃO

Venho através deste, autorizar a realização da pesquisa denominada: A IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ESF, através de sua autora Barbara Letícia Dudel Mayer, a ser realizada em nosso município.

São João do Polêsine, 08 de novembro de 2013.

SECRETÁRIA DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL