

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

**AVALIAÇÃO DO PMAQ SOB A ÓTICA DOS  
GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE NO INTERIOR  
DO RIO GRANDE DO SUL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Rosana Huppes Engel**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2015**

**AVALIAÇÃO DO PMAQ SOB A ÓTICA DOS GESTORES  
MUNICIPAIS DE SAÚDE NO INTERIOR DO RIO GRANDE  
DO SUL**

**Rosana Huppes Engel**

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. Dr<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2015**

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

Huppel Engel, Rosana  
Avaliação do PMAQ sob a Ótica dos Gestores Municipais  
de Saúde no Interior do Rio Grande do Sul / Rosana  
Huppel Engel.-2015.  
90 p.; 30cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller  
Coorientador: Carmem Lúcia Colomé Beck  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Avaliação em Saúde 2. Atenção Primária à Saúde 3.  
Gestor de Saúde 4. Enfermagem 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


**AVALIAÇÃO DO PMAQ SOB A ÓTICA DOS GESTORES MUNICIPAIS  
DE SAÚDE NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

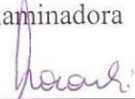
elaborada por  
**Rosana HuppelEngel**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
**Teresinha Heck Weiller, Dra (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
**Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra (UFSM)**  
(Coorientadora)

  
\_\_\_\_\_  
**Liane Beatriz Righi, Dra (UFRGS)**  
Examinadora

  
\_\_\_\_\_  
**Sheila Kocourek, Dra (UFSM)**  
Examinadora

\_\_\_\_\_  
**Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra (UFSM)**  
Suplente

Santa Maria, 27 de Fevereiro de 2015

Aos trabalhadores do SUS, em especial aos  
*Gestores Municipais de Saúde*, atores importantes  
no processo de avaliação e tomada de decisões.

## AGRADECIMENTOS

Ao concluir este ciclo, registro meu reconhecimento às pessoas que participaram desse. Em especial:

Aos meus pais, *Wilson e Jacinta*. Obrigada pelo exemplo de vida e sabedoria, humanidade, ética e responsabilidade. Obrigada por estarem presentes em todos os momentos, em todas as escolhas. Obrigada pelo amor sem medida.

À *Tere*, amiga, professora, orientadora. Tenho em ti exemplo de pessoa, profissional, líder, mulher. Obrigada por acreditar em mim, me acolher, ensinar, dar coragem. Obrigada por mais esta etapa que concluímos juntas.

Ao *Sérgio*, pelo companheirismo, paciência, coragem, força e carinho.

À *Barbara e Fernanda*, colegas e amigas agradeço pelo companheirismo, por ter compartilhado suas experiências, pela parceria.

Às professoras *Carmem, Liane, Sheila e Suzinara*, por aceitar participar dessa construção, pelas contribuições com vistas a qualificar esse processo.

Ao *Dau* e à *Dani*, meus queridos amigos. Obrigada pela amizade, parceria e contribuições. Dau, primeiro orientando, aluno, colega e amigo. Dani, tudo começou no seu estágio, não é? Desde então partilhamos ideias, acreditamos e defendemos ideais, e a partir daí crescemos juntas. Obrigada! Vocês são especiais!

*Camila e Gabriele*, minhas amigas. Agradeço a essa amizade, carinho e atenção. Compartilhamos experiências, angústias, e incertezas. Tenho muitas saudades de vocês.

*Gabi*, obrigada pela sua amizade, parceira e compartilhar comigo tanta coisa! Nossa amizade vai além dos nove anos na universidade. Obrigada pelo carinho, por me acolher, dividir angústias. Juntas, aprendemos a acreditar e a lutar pelo SUS! És muito especial!

Agradeço a 7ª turma de mestrado, ao PPGENF, a UFSM, pela minha formação.

À 4ª CRS, e aos *Gestores Municipais de Saúde* que se disponibilizaram a contribuir nesse processo.

A todos meus familiares e amigos, pelo apoio, incentivo.

*Isso de querer ser exatamente aquilo que se é  
ainda vai nos levar além.*

(Paulo Leminski)



## RESUMO

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

### **AValiação DO PMAQ SOB A Ótica DOS Gestores Municipais DE Saúde NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

AUTORA: ROSANA HUPPES ENGEL  
ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller  
COORIENTADORA: Carmem Colomé Beck  
DATA E LOCAL DA DEFESA: Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.

A avaliação em saúde é entendida como uma diretriz na efetivação da gestão pública, na busca a garantir o acesso e qualidade da atenção em saúde. Estratégias tem sido empreendidas pela Política Nacional da Atenção Básica para estimular a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, em 2011 é criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, com ações voltadas a avaliar os resultados da nova política de saúde e ampliar a capacidade de gestão das três esferas. Assim, o presente estudo teve por objetivo analisar a compreensão sobre a avaliação em saúde e implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica a partir da ótica de Gestores Municipais de Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória. A pesquisa foi realizada na Região de Saúde Verdes Campos, pertencente à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, nos municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, no seu primeiro ciclo, em 2011. Dessa forma, os sujeitos foram selecionados de maneira intencional, sendo composta por oito gestores municipais de saúde. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2015, por meio de uma entrevista semiestruturada. A análise de dados foi realizada com base da proposta de análise de conteúdo por categoria temática de Minayo. O estudo atendeu as recomendações da Resolução nº 466 de 12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados possibilitaram identificar que no cenário de estudo ainda há o predomínio de gestores municipais do sexo masculino, e a faixa etária predominante é a de 40 a 50 anos, dados que vem ao encontro de demais estudos na área. Com relação à avaliação em saúde, percebeu-se que essa não é conceituada pelos atores, ao passo que os mesmos utilizam rotinas de monitoramento como prática avaliativa. Aponta-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como única experiência sistematizada de avaliação considerada pelos gestores municipais, embora estes demonstrem pouca apropriação sobre esse. Percebe-se que os gestores são atuantes nas quatro fases de desenvolvimento do programa, contudo referem pouco acesso e dificuldades com relação à avaliação externa. O estudo contribui na construção do conhecimento em enfermagem e saúde, e propõe avanços na temática da avaliação em saúde.

**Descritores:** Avaliação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Gestor de Saúde, Enfermagem.

## **ABSTRACT**

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

### **PMAQ EVALUATION FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH MUNICIPAL MANAGERS IN RIO GRANDE DO SUL COUNTRYSIDE**

AUTHOR: ROSANA HUPPES ENGEL

ADVISER: Teresinha Heck Weiller

CO ADVISER: Carmem Colomé Beck

DATE AND PLACE OF DEFENCE: Santa Maria, February 27, 2015.

The health evaluation is understood to be a guideline for the effectiveness of public administration, seeking to ensure health access and care quality. Strategies have been undertaken by the National Primary Care Policy to stimulate the expansion of access to health services. Thus, in 2011, the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) was created by the Ministry of Health with actions to assess the results of the new health policy and extend the three levels of management capacity. This study aimed to analyze the understanding of the health evaluation and PMAQ implementation from the perspective of Municipal Health Managers of the 4th Regional Health District of Rio Grande do Sul. This is a qualitative, descriptive, exploratory study. The survey was conducted in the Region of Verdes Campos belonging to the 4th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul in the municipalities that joined PMAQ in its first cycle in 2011. Thus, the sample of participants was selected intentionally and included eight local health managers. Data collection took place from January to March 2014 through a semi-structured interview. Data analysis was based on the proposed content analysis by subject category of Minayo. The study followed the recommendations of Resolution No. 466 of 12 of the National Health Council. The data allowed the conclusion that, in the context of this study, municipal managers are predominantly male aged 40–50 years old, which is in line with other studies in the area. It was noted that participants did not conceptualize the health evaluation as they use the same monitoring routines as in the evaluation practice. Although PMAQ is the only systematic assessment experience considered by municipal managers, they show little ownership of it. It can be seen that managers are active in the four stages of program development but complained of limited access and difficulties in relation to external evaluation. The study contributes to the construction of nursing and health knowledge and proposes advances in the subject of health evaluation.

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

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 - Região de Saúde Verdes Campos, RS, 2012

Figura 2 - Figura 2: Cobertura de ESF por Região de Saúde, RS, 2012

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família  
APS – Atenção Primária de Saúde  
BDENF - Base de Dados da Enfermagem  
CAAEE – Certificado de Apreciação e Aprovação Ética  
Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CCS – Centro de Ciências da Saúde  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisas  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIR – Comissão Intergestores Regional  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CRS – Coordenadora Regional de Saúde  
Decs - Descritores de Ciências da Saúde  
EAB – Equipe de Atenção Básica  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FMS – Fundo Municipal de Saúde  
GAP – Gabinete de Apoio a Projetos  
GEPESC – Grupo de Estudos Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva  
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde  
LOS – Lei Orgânica de Saúde  
MeSH - Medical Subject Headings  
MS – Ministério da Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
ONA – Organização Nacional de Acreditação  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PMAQ – AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica  
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares  
PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde  
PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PUBMED - Literatura Internacional em Ciências da Saúde  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RS – Rio Grande do Sul  
SBA – Sistema Brasileiro de Acreditação  
SciELO – *Scientific Electronic Library Online*  
SNA – Sistema Nacional de Auditoria  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B – Instrumento para entrevista com gestores municipais de saúde da Região de Saúde Verdes Campos da 4ªCRS/RS

APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO A – Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1 Sistema Único de Saúde e a Gestão</b> .....	<b>22</b>
<b>2.2 Avaliação em Saúde</b> .....	<b>25</b>
<b>2.3 Construção do Conhecimento acerca da Avaliação dos Serviços de Saúde na Atenção Básica</b> .....	<b>32</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>35</b>
<b>3.1 Cenário do estudo</b> .....	<b>35</b>
<b>3.2 Sujeitos do estudo</b> .....	<b>38</b>
<b>3.3 Coleta de dados</b> .....	<b>38</b>
<b>3.4 Análise dos dados</b> .....	<b>39</b>
<b>3.5 Aspectos Éticos</b> .....	<b>40</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>4.1 A Região de Saúde Verdes Campos da 4ªCRS/RS e os Gestores Municipais</b> .....	<b>43</b>
<b>4.2 Cenário do Sistema Público de Saúde sob a ótica dos gestores municipais</b> .....	<b>47</b>
<b>4.3 Alternativas para mudança do cenário</b> .....	<b>54</b>
<b>Artigo – Vivendo a Avaliação em Saúde: a Experiência de Gestores Municipais com o PMAQ - AB</b> .....	<b>57</b>
RESUMO .....	57
INTRODUÇÃO .....	57
METODOLOGIA .....	59
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	60
Avaliação para os gestores municipais.....	60
Vivendo o PMAQ no espaço local.....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	69
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>75</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>82</b>
<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>83</b>
<b>APÊNDICE B – Instrumento para entrevista com gestores municipais de saúde da Região de Saúde Verdes Campos da 4ªCRS/RS</b> .....	<b>85</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade</b> .....	<b>86</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>87</b>
<b>Anexo A - Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisas</b> .....	<b>88</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) exige dos serviços de saúde a conformação de uma rede de atenção à saúde articulada entre si. Esta se efetiva a partir de uma rede organizada, nos distintos níveis de atenção, garantido o acesso universal, a integralidade da atenção e a participação social a todos os usuários. Os serviços devem ser disponibilizados mais próximos possível do território para garantir a continuidade da atenção, a partir da institucionalização de procedimentos, protocolos, com fluxos conhecidos e regulados (WEILLER, 2008).

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira reconheceu a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, além disso, estabeleceu as bases do SUS. No ano de 2006, transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização, o processo de descentralização ampliou o contato do sistema de saúde com a realidade social, política e administrativa do país, e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo, colocando os gestores à frente de desafios que buscam superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2011).

A implantação do SUS enquanto política pública deu-se sob a diretriz da descentralização da gestão para as esferas estaduais e municipais, na organização de uma rede de atenção à saúde, que visa atender os princípios da universalidade, integralidade e equidade, tendo o acesso como um dos principais dispositivos para a garantia da efetivação do direito a saúde (BRASIL, 2006). Assim, o SUS aumentou a extensão e importância política e econômica de serviços e programas na área da saúde. Caracterizado como projeto social do país, desdobra-se e operacionaliza-se em ações e iniciativas que tornam alvo constante de questionamentos sobre eficiência, eficácia e efetividade (FURTADO, 2009).

Para Campos e Guerreiro (2008, p.132) ao refletir sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apontam que na tradição dos sistemas públicos de saúde, “a Atenção Básica (AB) deveria constituir-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde”. Afirmam ainda os autores, que esta, a AB, não pode ter a pretensão de ser “a porta de entrada” única, uma vez que poderia a burocracia ser mais forte que a necessidade do usuário que poderá acessar outras portas na media da sua necessidade. Apontam que para o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006), a atenção básica caracteriza-se por não dissociar



a atenção individual da coletiva a qual se efetiva a partir de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação. A AB tem no trabalho em equipe, nas práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, o lócus que são usadas tecnologias de elevada e baixa densidade tecnológica tendo como base os problemas dos usuários (CAMPOS, GUERREIRO, 2008).

No Brasil, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo ocorrer no local mais próximo da vida do usuário. Ela deve ser o contato preferencial destes, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) atualizou conceitos e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das RAS. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais RAS. Progrediu, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil (BRASIL, 2012).

A AB apresenta como diretrizes: ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012).

Além disso, o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. A AB ainda assume papel de coordenadora do cuidado, cabendo-lhe elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as

outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (BRASIL, 2012).

Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade (BRASIL, 2012).

No processo de constituição do SUS, uma das diretrizes apontada para sua efetivação é “executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população” (BRASIL, 2012, p. 7). Em decorrência da municipalização, novas responsabilidades passaram a ser assumidas pelos gestores de saúde, especialmente, a garantia do acesso universal aos serviços públicos de saúde a qual passa a ser tema da agenda de trabalho dos gestores. Para tal, faz-se necessário a conformação da rede de atenção que possa responder de forma adequada às demandas de produção de saúde decorrentes do perfil sanitário local. Da mesma forma, a descentralização do SUS coloca em movimentos os espaços de produção de saúde, demandando a constituição de novos desenhos de rede e de organização dos serviços no território nacional, passando a constituir-se em eixo orientador e organizador das políticas locais (WEILLER, 2008).

Para Contandriopoulos (1994), a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Nesse contexto, a avaliação ainda não está pautada como prática incorporada na gestão e no acompanhamento de projetos públicos. Existe ainda, o contentamento com o simples delineamento das intervenções (FURTADO, 2009).

A avaliação no campo da saúde é a combinação do desenvolvimento das tecnologias, das crises das finanças públicas e do envelhecimento das populações tem forçado os gestores públicos, especialmente, os governos centrais, a controlar o crescimento dos custos e continuar ao mesmo tempo, garantindo a todos, em uma perspectiva não param de crescer, acesso equitativo a serviços de qualidade. Neste contexto, a tomada de decisão é uma ação muito complexa visto que está imersa em contradições nos diferentes níveis. No espaço macro, trata dos princípios organizadores do sistema, no nível meso, age sobre a modalidade

de organização e oferta de cuidados e no nível micro, incide sobre as decisões clínicas (CHAMPAGNE et al, 2011).

Para Champagne et.al (2011) a avaliação é uma ferramenta importante para a formulação da própria ação, composta de várias dimensões. A primeira dimensão diz respeito à esfera cognitiva na media em que visa produzir informações válidas e legitimadas socialmente. Desta forma, a utilização de seus resultados está assentada no fato de que os mesmos podem ser usados em longo prazo na media em que a está associada ao rigor do método científico. A segunda dimensão da avaliação está associada à dimensão normativa uma vez que visa emitir um juízo de valor, e por fim, tem uma dimensão instrumental na media em que visa melhorar uma dada situação.

Nos serviços de AB, nos últimos anos, o alcance da cobertura é estimada em mais da metade da população brasileira pela ESF e a cobertura populacional por outros modelos de AB varia entre 20% e 40%. Nesse cenário, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB, bem como sua avaliação, tem assumido papel central na agenda dos gestores do SUS (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, estratégias têm sido empreendidas às ações previstas na PNAB na direção de estimular a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de AB nos mais diversos contextos existentes no país (BRASIL, 2012). Atualmente o Ministério da Saúde MS propõe um conjunto de iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB), instituído pela Portaria GM/MS Nº 1.654, de 19 de Julho de 2011 (BRASIL, 2011).

O PMAQ - AB se insere em um contexto no qual o governo federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Possui como objetivo principal avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB. Logo, o programa se constitui em um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a auxiliar a tomada de decisão, assegurar a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2012).

A partir disso, o PMAQ - AB busca induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes de AB, na oferta de serviços com vistas ao maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O programa é organizado em quatro fases que se complementam e que conformam

um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização (BRASIL, 2012). O primeiro ciclo do programa foi implantado no ano de 2011.

Nesta perspectiva, avaliar é uma forma de participação, da construção e aperfeiçoamento do SUS. É uma oportunidade dos diferentes atores e provedores de serviços em saúde, incluindo os gestores, de participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social. (TAKEDA; YVES, 2006).

Ao considerar a importância da avaliação em saúde e o papel central do gestor nesse processo, e por saber da relevância do PMAQ - AB na avaliação dos serviços do SUS com este estudo se espera contribuir na discussão acerca da avaliação na AB na medida em que aproxima trabalhadores e gestores de saúde no debate acerca da avaliação na perspectiva da garantia da integralidade da atenção. Além disso, busca-se contribuir com a reflexão e construção do conhecimento da enfermagem acerca da avaliação na atenção básica e das demais profissões do campo da saúde que atuam com avaliação, a fim de contribuir para o avanço do Sistema de Saúde nos espaços locais.

A realização deste trabalho decorre da trajetória acadêmica que inicia com a inserção no Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC), no Grupo de Pesquisas Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem na Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem, proporcionou a realização de estudos com a temática das Políticas e Sistema Público de Saúde. Além disso, contribui para a escolha do tema, a experiência vivenciada como residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção no Sistema Público de Saúde. Vivenciar o SUS nos instiga a pesquisar e buscar contribuir na efetivação dele.

Somando-se as motivações citadas, destaca-se a necessidade de estudos que visem contribuir para a ampliação do debate acerca do papel que desempenha a avaliação na atenção básica para a garantia dos princípios e diretrizes do SUS. Assim **justifica-se** a relevância e o interesse deste estudo.

Portanto, com base nessas considerações a proposta desta dissertação tem como objeto a avaliação dos serviços da atenção básica e como **questão de pesquisa** que norteou este estudo: como os Gestores Municipais de Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS) implementam os programas de Avaliação em Saúde na Atenção Básica?

**O objetivo do estudo** foi: analisar a compreensão dos Gestores Municipais de Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS) sobre a implementação do PMAQ – AB.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Sistema Único de Saúde e a Gestão

O SUS, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, é consolidado como legado do movimento sanitário, na década de 1980, o qual defendia a saúde como resultado de políticas econômicas e sociais, um direito de todos e dever do Estado, e que apontava para a relevância pública das ações e serviços de saúde. O movimento da reforma sanitária caracterizou-se como processo de politização da saúde, que envolveu movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e parlamentares (BRASIL, 2011).

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, por ocasião do 1º simpósio sobre política Nacional de Saúde na Câmara Federal, afirmava que para ser garantida uma saúde autenticamente democrática, a sociedade brasileira precisava reconhecer essa como um direito universal e inalienável, cujo caráter sócio-econômico se materializava a partir do emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação dos níveis ambientais. Da mesma forma, era necessário o reconhecimento da responsabilidade parcial o total das ações médicas individuais e coletivas e o reconhecimento do caráter social do direito à saúde como atribuição do estado e da coletividade, como condições determinantes do processo saúde-doença (CEBES, 2008, p. 149).

No final dos anos 80 do século XX, o debate acerca dos rumos da política de saúde no Brasil tornou-se central na discussão dos pensadores da reforma sanitária, os quais buscavam reformular coletivamente projetos de hegemonia coletiva a partir da problematização das “características contemporâneas dos Estados capitalistas, suas respectivas ordenações políticas e a estratégia revolucionária de transição ao socialismo” (FLEURY, BAHIA e AMARANTE. 2008; P.9).

As discussões da 8ª Conferência de Saúde, em 1986, apontam a saúde como resultado das condições de vida e formas de organização, definida pelo contexto histórico da sociedade. Assim, a partir do conceito amplo de saúde, o SUS conforma o modelo de ações e serviços de saúde no Brasil. A Constituição de 1988, além de afirmar tal direito, define o papel do Estado e incorpora à sua estrutura institucional e decisória espaços para participação da comunidade na atenção e gestão à saúde (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2011).

Em 1990, a Lei nº 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem originados do Orçamento da Seguridade Social. Além disso, o repasse dos recursos aos municípios e estados seria levando em consideração os critérios do perfil epidemiológico, perfil demográfico, redes de serviço instaladas (BRASIL, 2003).

A primeira Norma Operacional Básica (NOB) foi editada em 1991, e redefiniu a ordem de financiamento e organização do SUS, e instituiu um serviço de pagamento por produção de serviços. Dessa forma há um modelo de atenção focado na produção e avaliado na quantidade de procedimentos realizada, despreocupado com a qualidade dos resultados (POLIGNANO, 2005).

Em 1992 é criada NOB com objetivos de normatizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e fornecer instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Além disso, instituiu o Índice de Valorização de Qualidade, a ser concedido e repassado aos hospitais que integravam o sistema público, e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual que se destinava a definir e reajustar os valores repassados mensalmente aos estados habilitados ao repasse de recursos de forma regular e automática, com a finalidade de reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública estadual e municipal (BRASIL, 2011).

Em 1993, é criada a NOB 01/93 que designa critérios e categorias para habilitação dos municípios e, conforme o tipo de gestão, diferenciadas formas de repasse dos recursos financeiros. Formalizou os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, e institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite e impulsionou a municipalização (BRASIL, 2011). Além destas características, faz-se necessário destacar que a NOB 01/93 desencadeia processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas; habilita municípios como gestores, criando a terceira instância do SUS (BRASIL, 2011).

Por sua vez, a NOB-SUS 01/96 revoga os modelos de gestão propostos anteriormente e propõe dois modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Esses modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão. Uma das medidas mais importantes objetivadas nessa NOB é referente ao repasse dos recursos da união para os municípios, que passa a ser realizado com base num valor per capita fixo (Piso da Atenção Básica – PAB) e não mais vinculado à produção de serviços (BRASIL, 2003).

O PAB resume-se em um montante de recursos financeiros remetidos a cobrir as despesas com procedimentos e ações de assistência básica. É definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população do município e transferido regularmente ao fundo a fundo, do nacional para o municipal (BRASIL, 2003).

Por meio dessas medidas, observa-se a clara intenção da NOB 01/96 de instituir o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

Em relação à AB, após a criação do SUS, destaca-se a estruturação e implantação do Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), para a reorientação e expansão deste modelo de atenção a saúde no Brasil e, conseqüentemente, reorganização do SUS (BERRA et al, 2013), destacando-se questões relacionadas à qualificação das equipes e serviços.

Com o intuito de privilegiar a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de Saúde da Família e ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. A Atenção Básica, e de maneira especial, a ESF, para sua consecução, necessitaram de diretrizes que apontassem as diferentes atividades a elas relacionadas. A definição de território adstrito, tão cara à sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos, individual e coletivo, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM, 2012).

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Para que toda essa estrutura possa funcionar, dando respostas adequadas às necessidades dos usuários, de forma coordenada, é necessário estabelecer estratégias que permitam criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença. A RAS é o arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas ocupando-se também de como estes estão se relacionando, assegurando dessa forma que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2011). Os fluxos de



atendimento das demandas de saúde nos diversos níveis de atenção devem ser definidos na RAS, com o intuito de obter a integralidade do cuidado.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) a AB inclui procedimentos mais simples, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns da saúde da comunidade, embora a sua organização e seu desenvolvimento possam demandar alta complexidade teórica. A descentralização assume papel de eixo estruturante, uma vez que envolve os três entes governamentais federados, União, Estados e Municípios de forma a articularem-se, cooperarem entre si para qualidade das ações e serviços de saúde (WEILLER, 2008).

A XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, aponta para descentralização e a regionalização na perspectiva da responsabilidade dos gestores das três esferas de governo, destacando-se o papel dos Estados no incentivo e apoio ao diagnóstico da capacidade instalada dos serviços de saúde municipais. As Conferências de 2003 e 2007 fortaleceram as diretrizes da regionalização incentivando a qualidade do acesso e priorizando a AB e média complexidade, como níveis de atenção fundamentais para o pleno desempenho dos municípios e conseqüentemente favorecendo o pleno desempenho das regiões de saúde (BELTRAMMI, 2008).

Dessa forma, o SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção, destacando-se que a gestão é uma ferramenta para potencializar o sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo para isso funções tais como as de coordenação, articulação, negociação, planejamento, programação, financiamento, regulação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

## **2.2 Avaliação em Saúde**

O autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é Avedis Donabedian (1966; 1978; 1985) com vistas ao que fora publicado no que ficou conhecido como a “Tríade de Donabedian”, a qual objetivava fornecer subsídios para avaliação da qualidade com a determinação do grau de sucesso dos profissionais e serviços, e através da monitorização das ações de vigilância contínua, de tal forma que pontos vulneráveis possam ser precocemente detectados e corrigidos.

O componente estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais (DONABEDIAN, 1978)

O componente processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos globais. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados (DONABEDIAN, 1978).

O componente resultados corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no contexto de saúde, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1978).

Logo, a forma de se alcançar tais objetivos seria, segundo Donabedian (1978), os estudos de trajetórias e traçadores ("tracers"), que se baseiam na seleção de uma (ou mais) condição, a fim de que se estabeleça o acompanhamento do indivíduo desde a sua chegada ao serviço de saúde até o resultado final cuidado final.

Mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade da assistência médica, é necessário realizar avaliações simultâneas das estruturas e dos processos para compreender as discrepâncias encontradas, de forma a planejar intervenções, que levem não apenas à melhoria da assistência à saúde, mas também ao alcance da eficiência na administração dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1985).

A avaliação é uma intervenção formal que mobiliza recursos e atores em torno de uma finalidade explícita: o aperfeiçoamento das decisões. Essa definição não se limita a fornecer informações sobre uma intervenção, mas consiste também em emitir um juízo ou julgamento sobre esta, influenciando positivamente nas decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2011).

Com o passar dos anos, a crescente disputa entre as demandas e necessidades da população, a incorporação de novos conhecimentos e técnicas, bem como a necessidade de controlar os gastos públicos, evidenciaram a fragilidade dos sistemas de saúde e levaram a questionar a viabilidade desses sistemas. Em face dessa crise mundial, percebe-se a necessidade da concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No cenário brasileiro, a partir das mudanças que ocorreram após a Constituição de 1988, que definiu a saúde como um direito de todos os cidadãos através da criação do SUS, instituições de saúde e governos começaram a se preocupar com a avaliação dos serviços oferecidos à população, visando sua melhoria. Foi nesse período que surgiram as primeiras iniciativas regionais de acreditação e o Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe, publicado pela Federação Brasileira de Hospitais, Federação Latino-americana de Hospitais e Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Em 1999, foi fundada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), por entidades públicas e privadas do setor de saúde. A ONA coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que reúne organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente e da melhoria do atendimento (BRASIL, 2014).

Neste contexto, foram lançados no Brasil, programas inovadores voltados à melhoria da qualidade nos hospitais financiados pelo SUS. Em 1993, a Lei n. 8.689, estabelece o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, para exercer a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, de forma descentralizada e por meio das esferas municipais, estaduais e federal. O SNA é regulamentado pelo Decreto n. 1.651/1995, que prevê as ações de controle da execução, avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, e auditoria da regularidade dos procedimentos (BRASIL, 2011).

Criado em 1998, pelo MS, e implementado nos anos 2001 e 2002, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) tinha como objetivo, avaliar os serviços hospitalares, classificando-os níveis de qualidade. O Programa consistia em uma pesquisa da satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação e aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, considerando a estrutura existente e os processos prioritários (BRASIL, 2004).

Com o intuito de tornar o programa mais amplo, o PNASH é reformulado em 2004, e é denominado como Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), cujo objetivo é avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade nas diferentes dimensões (BRASIL, 2004).

Starfield (1992) definiu os quatro atributos essenciais da AB: o acesso, a longitudinalidade, abrangência da atenção e coordenação da atenção. O acesso, ou primeiro contato é caracterizado pela porta de entrada do usuário no sistema, ou seja, os instrumentos que a população tem para resolver seus problemas de saúde como primeiro recurso. A unidade de saúde deve ser de fácil acesso e estar disponível, diferentemente, a sua procura será adiada,

afetando as condutas e resoluções dos problemas de saúde. O acesso geográfico é relacionado às distâncias, meios de transporte e tempo até chegar ao serviço, e o acesso socioorganizacional por sua vez envolve as características que facilitam ou dificultam as pessoas a receber atendimento em um serviço, como por exemplo marcação de consultas, disponibilidade de atendimentos, oferta e cobertura de serviços (STARFIELD, 1992).

Avaliar a utilização dos serviços é conhecer de que forma os mesmos são procurados para resolução de problemas. A longitudinalidade indica a continuidade do atendimento, diz respeito à utilização dos serviços de saúde pela população de um território ao longo do tempo. A longitudinalidade expressa a capacidade de uma equipe de produzir vínculo com os usuários do serviço (STARFIELD, 1992).

A abrangência corresponde à oferta de serviços para atender o maior número de problemas comuns à população. A integralidade por sua vez assume importância, pois assume ações de promoção, prevenção e reabilitação da população. Ainda, a composição das equipes pode interferir na ação interdisciplinar, considerando que a abrangência implica na capacidade da AB resolver ou encaminhar todas as necessidades de saúde da população (STARFIELD, 1992).

A coordenação implica na disposição das Unidades de Saúde de integrar-se com outros serviços com densidades tecnológicas avançadas, exercendo a referência e contrarreferência quando necessárias. A coordenação é intimamente relacionada à continuidade da atenção e o acesso, ao passo que tais atributos conduzem os usuários nos serviços de saúde. É importante que a coordenação possua registros precisos e completos sobre a história e percurso dos usuários nos serviços, para prestar o atendimento integral e qualificado (STARFIELD, 1992).

Assim, o MS tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira (BRASIL, 2012). Desta forma, desde a década de 90, o MS vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da AB, e mais recentemente, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (BRASIL, 2005).

Este instrumento utiliza os pressupostos avaliativos de Donabedian e enfoca aspectos relativos à estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (BRASIL, 2005), e mais tarde, foi substituído pela ferramenta “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (AMAQ), a partir da revisão e adaptação do projeto AMQ e de outras

ferramentas de avaliação de serviços de saúde. Este instrumento se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), como uma das principais estratégias indutoras de qualidade do MS (BRASIL, 2012).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Atenção Primária à Saúde (APS) compreende uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, de maneira a possibilitar o "acesso universal aos serviços" e a "atenção integral e integrada ao longo do tempo" (OPAS; 2007).

Para Starfield (2002), a AB constitui a base e determina as ações dos demais níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, sejam eles básicos ou especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Desse modo, a AB compreende o nível do sistema que proporciona ao usuário a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo uma atenção individualizada no decorrer do tempo e para todas as demandas e condições.

Considerando que a AB é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema; enfatiza-se outras três características, também chamadas de atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Starfield, Xu e Shi (2001) definem cada um destes atributos:

- Primeiro contato: acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para cada problema novo ou para cada novo episódio do mesmo problema, com exceção das emergências e urgências médicas;

- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A conexão entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre os usuários e o profissional de saúde;

- Integralidade: a gama de serviços disponíveis e fornecidos pela atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto no aspecto biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da AB, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de AB. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros;

- Coordenação: exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, dos prontuários/registros ou ambos), bem como a identificação de problemas

abordados em outro serviço e a integração deste cuidado no cuidado global do usuário. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário recebe;

- Atenção centrada na família (orientação familiar): conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças;

- Orientação comunitária: conhecimento do profissional sobre as demandas da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;

- Competência cultural: adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.

A partir dessa definição de AB proposta por Starfield, pode-se guiar estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. Logo, a identificação dos atributos mostra-se necessária para definir um serviço orientado para a APS. Além disso, a identificação dos atributos permite verificar a relação entre estes e os resultados (efetividade) da atenção sobre a saúde da população, o que ocorre concomitantemente ao aumento da cobertura dos serviços de AB (STARFIELD, 2004).

Constata-se que a cada novo período e a cada nova geração, a avaliação coloca novas indagações para as quais nem sempre temos respostas satisfatórias, o que aumenta o interesse por este campo de estudo (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A LOS estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além de avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais. Ainda, define que é responsabilidade dos Estados e dos Municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho (BRASIL, 2004).

A avaliação se utiliza de dados e informações construídos ou já existentes, por meio da criação de um juízo de valor sobre determinada intervenção, com critérios e referenciais, e auxilia na tomada de decisões (FURTADO, 2009; SCRIVEN, 2003). No campo da saúde, a avaliação é parte integrante do planejamento e gestão do sistema e “tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade” (BRASIL, 2004, p. 5).

Silva (2010) propõe a avaliação em saúde a partir da definição de níveis de realidade a serem estudados. Para a autora, o campo da saúde é formado por serviços que desenvolvem ações de promoção, prevenção e cura, podendo ser abordadas a partir dos níveis

denominados: ações, serviços, estabelecimentos e sistema. Dessa forma, a avaliação de políticas, programas e projetos permearia todos os níveis do sistema de saúde.

Ainda, Silva (2010, p.22) afirma que “a seleção das características ou atributos das práticas, serviço, programas, estabelecimentos ou sistema de saúde a serem avaliados contribui para o aprofundamento no processo de definição do foco da avaliação”.

No ano de 2011, foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB), produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, representadas pelo MS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e CONASS. O objetivo do programa é viabilizar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, com vistas a um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012).

Entre os seus objetivos específicos, pode-se destacar: ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da AB; promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo; melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB; institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2012).

O PMAQ - AB está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa; Recontratualização (BRASIL, 2012). Cabe salientar o compromisso que o programa assume com a melhoria da qualidade da AB, que deve ser reforçada permanentemente com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios que a complexidade crescente das necessidades

de saúde da população impõe, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, além do aumento da expectativa de vida da população em relação à eficiência e qualidade do SUS (BRASIL, 2012).

### **2.3 Construção do Conhecimento acerca da Avaliação dos Serviços de Saúde na Atenção Básica**

Com vistas a subsidiar a pesquisa, foi realizada uma revisão narrativa de literatura em bases de dados nacionais e internacionais. As bases consultadas foram Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PUBMED), Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e no Banco eletrônico de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Nas pesquisas realizadas na BDENF, SCIELO e LILACS foram utilizados como estratégia de busca, os descritores de assunto propostos pelos Descritores de Ciências da Saúde (Decs): avaliação em saúde AND avaliação dos serviços de saúde AND atenção básica AND administração de saúde pública AND gestão em saúde. Para pesquisa na PUBMED utilizou-se os descritores sugeridos pelo Medical Subject Headings (MeSH): public health AND public health administration AND primary care AND public administration AND administrator. E para busca no Banco de Teses e Dissertações da Capes foram utilizados como estratégia de busca, os descritores de assunto propostos pelos Decs: “Enfermagem, Avaliação em Saúde, Atenção Básica, Gestão em Saúde, Gestor”.

A busca apontou que carece produções que avaliam a estrutura física das unidades, os custos e o financiamento das mesmas. Estudos apontam que os trabalhadores referiram baixa satisfação com a estrutura e os modelos de atenção, nas regiões Nordeste e Sul (CONILL, 2008). Além disso, ao avaliar as características da organização da atenção básica observa-se que a avaliação das ações de saúde é incipiente, restrita à mensuração de indicadores de resultados, além de que nenhum gestor cita outras dimensões de avaliação, como cobertura e acessibilidade dos serviços, e satisfação dos usuários ou custo das ações (VERAS, VIANNA, 2009).

Ainda, estudos demonstram que não existe clareza sobre avaliação, contudo a mesma é considerada uma ferramenta importante para a qualificação da atenção básica, bem como é



importante a inclusão de trabalhadores em saúde e usuários no processo avaliativo (SILVA, 2012). Starfield (2004) propõe, que para avaliar a APS sejam levados em consideração o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade.

Na dimensão das políticas específicas as ações prioritárias das unidades de saúde são os programas verticais do MS, na dimensão da organização dos serviços de saúde constatou-se que não é utilizado o planejamento, monitoramento e a avaliação como instrumentos da prática gestora a fim de organizar os serviços de modo a atender as necessidades em saúde da população (ALMEIDA, 2010).

É exigida criatividade dos avaliadores mesmo na definição de indicadores, como: de investimentos na rede; de resposta dos gestores locais aos incentivos federais ou estaduais; de expansão ou melhoria dos serviços; de aumento dos profissionais contratados; de introdução e consolidação de programas básicos de saúde pública; de desenvolvimento de projetos intersetoriais e de promoção à saúde; de maior envolvimento e participação da comunidade, entre outros. Esses podem estar indicando a reorganização das portas de entrada do sistema de saúde e, em médio prazo à melhoria do acesso, a mudança do modelo assistencial face à composição da oferta entre serviços públicos e privados (BODSTEIN, 2002), o que vem ao encontro aos achados de Goyatá et al. (2009), quando esses constatam que um dos fatores que influenciam o aumento da demanda nos serviços de saúde da atenção terciária é a constituição da unidade de urgência e emergência, o que caracteriza o serviço como porta de entrada para resolução de problemas primários.

A precarização dos vínculos empregatícios e das condições de trabalho revela fragilidades na ESF, contudo, práticas profissionais fazem a diferença, demonstrando que o investimento na gestão de pessoas pode ser o início da mudança de modelo de atenção à saúde (SILVA, M. A, 2010). Conill (2002) aponta a necessidade de estratégias de negociação com as corporações médicas e de enfermagem; integração de equipes nos serviços existentes ou no interior de uma unidade básica de saúde para compartilhamento de recursos e interconsultas; redução do número de famílias adscritas em função do grande leque de atividades; práticas para atrair usuários com adscrição próxima ao local do trabalho, horários noturnos, melhor acolhimento e, adequação do financiamento à situação peculiar das periferias urbanas com incentivos salariais para áreas de risco social e epidemiológico.

Com relação à avaliação sob a perspectiva dos usuários, a ESF é avaliada positivamente no que se refere ao atendimento humano. Contudo, a pouca quantidade de profissionais implica aspectos negativos na avaliação dos usuários. Durante o percurso de

uma década de implantação da ESF houve mudanças significativas nos indicadores básicos de saúde (OLIVEIRA, 2006; NORONHA, 2006).

Quanto à prática da gestão de saúde, o objetivo central é manter e ordenar o funcionamento dos serviços, ficando restrita a atribuições básicas da administração, ressaltando o caráter normativo, centrada em um modelo taylorista-fordista, com característica punitiva e autocrática, pouca autonomia focada na captura e alienação dos sujeitos sociais, não possuindo espaços de acolhimento, diálogo, escuta, participação social (ALMEIDA, 2010).

A utilização de tecnologias de gestão e informação facilita o planejamento e a gestão por resultados. As tecnologias disponíveis e consideradas de maior relevância pelos gestores locais encontram-se coerentes com o que se espera nas novas administrações públicas. Também não mostraram forte relação ou associação com os desfechos medidos em resultados em saúde. Por outro lado o incentivo e a cultura do Monitoramento e Avaliação fazem com que estes resultados sejam satisfatórios (MARTY, 2011).

Faz necessária preocupação por parte do gestor no sentido de realizar ou incentivar práticas avaliativas, e há necessidade de serem desencadeadas ações no sentido de avaliar de forma metódica e sistemática as ações desenvolvidas, apenas algumas avaliações informais que não tem impacto sobre seu processo de trabalho (SILVA, 2012).

A validação e utilização de uma metodologia de avaliação da qualidade de atenção primária do SUS incorpora a prática da avaliação na gestão, e tem como foco a organização das práticas no cotidiano dos serviços, o modo como atuam diretamente nos cuidados de saúde da população que assistem (CASTANHEIRA et al., 2011).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2010), possibilita o estudo do significado, percepções e desejos, fenômenos humanos que possibilitam a compreensão do ser humano em suas relações com o mundo. É pela pesquisa qualitativa que se tem o conhecimento de como a atividade fundamental da ciência na sua investigação é a descoberta da realidade, este tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos em que não podem ser reproduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2011).

A pesquisa é descritiva, pois tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis, utiliza técnicas padronizadas de coletas de dado. E de caráter exploratório quando o tema é pouco explorado e tem como intuito proporcionar maior familiaridade com o problema com o intento de torná-lo mais visível para construção de novos pressupostos/hipóteses (GIL, 2008).

Em pesquisa descritiva a finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. Os estudos descritivos exploratórios buscam conhecer a situações que ocorrem na vida social, política e econômica bem como, o comportamento humano. É um tipo de pesquisa que trabalha com os dados ou fatos colhidos da realidade, sendo desenvolvidos principalmente nas ciências sociais e humanas, objetivando abordar dados e problemas cujo registro não constam em documentos (BERVIAN, CERVO, SILVA, 2007).

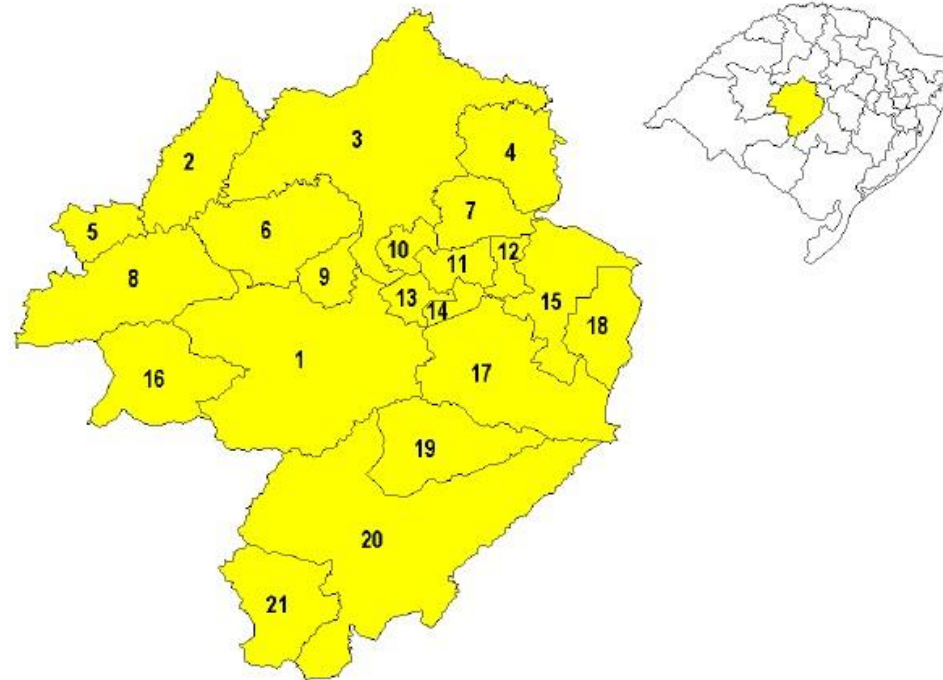
#### 3.1 Cenário do estudo

Região de Saúde é o espaço organizado por agrupamentos de municípios que fazem limite entre si, definido a partir de características culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes, organizado com o objetivo de integrar o planejamento e execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o Estado do Rio Grande do Sul (RS) está dividido em trinta Regiões de Saúde (RS, 2013), distribuídas nas 19 Regiões Administrativas (Coordenadorias Regionais de Saúde) da Secretaria Estadual da Saúde.

A Região Administrativa que corresponde à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), localizada na macrorregião Centro-Oeste do Estado, é composta por 32 municípios, possui uma população de 541.821 habitantes, e está organizada em duas Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios. A pesquisa foi realizada na Região Verdes Campos, formada por 21 municípios, e 417.906 habitantes (RS, 2013).

Figura 1: Região de Saúde Verdes Campos, RS, 2012



1- Santa Maria; 2- Quevedos; 3- Júlio de Castilhos; 4- Pinhal Grande; 5- Toropi; 6- São Martinho da Serra; 7- Nova Palma; 8- São Pedro do Sul; 9- Itaara; 10- Ivorá; 11- Faxinal do Soturno; 12- Dona Francisca; 13- Silveira Martins; 14- São João Polesine; 15- Agudo; 16- Dilermando Aguiar; 17- Restinga Seca; 18- Paraíso do Sul; 19- Formigueiro; 20- São Sepé; 21- Vila Nova do Sul.

### 3.2 Sujeitos do estudo

Nas investigações qualitativas a amostra dos sujeitos do estudo é selecionada propositalmente, visto que a escolha dos indivíduos e contextos é feita a partir das seguintes indagações Quem pode me dar as melhores informações, referentes à pergunta de meu projeto de pesquisa? Em quais contextos eu conseguirei colher as melhores informações relativas à pergunta de meu projeto? O pesquisador precisa definir em seu projeto de pesquisa os sujeitos com os quais irá trabalhar, bem como o local da coleta de dados (MAYAN, 2001).

Desta forma, o universo do estudo foi composto, de maneira intencional, por gestores municipais de saúde, dos municípios da Região de Saúde Verdes Campos que no ano de 2011 aderiram ao Programa de avaliação da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ -AB. Como **critérios de inclusão** foram: gestores públicos municipais da região Verdes Campos da 4ª CRS/RS que aderiram ao PMAQ - AB no primeiro ciclo do Programa, em 2011. Como **critérios de exclusão** foram: gestores que estivessem em período e férias, licença, ou em transição de gestão. Dessa forma, 08 gestores municipais de saúde compuseram o estudo.

### 3.3 Coleta de dados

A coleta de dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM-(CEP-UFSM), e ocorreu no período de janeiro a março de 2013.

Para agendamento da coleta de dados foi realizado contato com os participantes do estudo, via correio eletrônico e telefone, sendo a mesma agendada conforme disponibilidade de cada sujeito e em local sugerido por ele, em seu município.

No momento agendado, era apresentado ao sujeito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A) e, após a assinatura, procedia-se a realização da coleta.

Os dados foram coletados por meio da realização de uma entrevista semiestruturada a partir de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras (APÊNDICE B), cujos temas orientadores foram: perfil dos gestores, experiências gestão em saúde, o cenário de saúde no Brasil, a avaliação dos serviços de saúde, e compreensão sobre o PMAQ - AB e vivência com o Programa no município.

O tempo de duração das entrevistas foi de acordo com a participação de cada gestor. As mesmas foram registradas em um aparelho gravador digital, com o consentimento prévio dos sujeitos, o que possibilitou manter as falas originais, tornando as informações o mais fidedignas possível. As gravações foram transcritas em um programa processador de texto e salvas em documento digital.

Após cada entrevista, foram realizadas anotações em um diário de campo com características e impressões, considerados importantes no momento de coleta de dados.

### **3.4 Análise dos dados**

Os dados foram analisados com base na proposição de Minayo (2010) de Análise de Conteúdo por modalidade Temática, pois essa permite ao investigador encontrar respostas para as questões formuladas, bem como, confirmar ou não as proposições até então estabelecidas. A análise temática está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, que pode ser destacada a partir da identificação de uma palavra, frase ou resumo. A análise temática se faz a partir da descoberta de núcleos de sentido que são manifestos nas falas dos sujeitos, produzindo significado ao objetivo analítico visado (MINAYO, 2010).

A análise temática em Minayo (2010) está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, que pode ser destacada a partir da identificação de uma palavra, frase ou resumo. A mesma se faz a partir da descoberta de núcleos de sentido que são manifestos nas falas dos sujeitos, produzindo significado ao objetivo visado.

Quanto às etapas seguidas na realização da pesquisa, Minayo (2010) apresenta as etapas de operacionalização da análise temática: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise, ou fase de arranjo, corresponde à organização das informações obtidas nas entrevistas e à retomada da proposta de pesquisa. Tal etapa se subdivide em três subfases: a leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação e reformulação de hipótese e objetivos. (MINAYO, 2011)

Na fase de exploração do material há a construção de unidades de registro, de contexto, segmentos significativos e categorias através de leitura que objetiva extrair a essência do texto. Então, a partir desta leitura tem-se o recorte dos elementos comuns aos

conteúdos dos materiais e a construção de categorias para análise dos mesmos (MINAYO, 2011).

A fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação é a etapa de indução de significados e interpretação do conteúdo recortado de acordo com o referencial teórico adotado. Neste momento, aliam-se as informações contidas nas unidades de registro com as impressões de quem realizou as entrevistas para que o produto final desta fase seja o mais próximo possível da intencionalidade de quem o referiu (MINAYO, 2011).

Dessa forma a análise dos dados ocorreu primeiramente pela ordenação dos dados, pela transcrição das gravações, com posterior releitura do material e organização dos relatos. Segundo, a classificação dos dados, estes baseados em teorias, construindo questões relevantes para a categorização dos mesmos. Terceiro, a análise final, quando foram agrupados os dados e a referência teórica do estudo para responder aos objetivos propostos.

### **3.5 Aspectos Éticos**

Os preceitos éticos foram sustentados na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que diz respeito a pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e buscou assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012).

O presente estudo foi registrado no Gabinete de Apoio a Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Após, o estudo foi apresentado aos gestores municipais por ocasião na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde Verdes Campos da 4ª CRS/RS. Após autorização dos gestores municipais o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/RS (CEP/UFSM), sendo aprovado sob número de Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 26051613.3.0000.5346 (ANEXO A).

A pesquisa procedeu mediante assinatura de Termo de Confidencialidade por parte do pesquisador (APÊNDICE C) e pelos participantes de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE A). Dessa forma, para manter o anonimato, os



sujeitos foram representados pela letra “G”, por ser a letra inicial da palavra “Gestor” e numerados conforme ordem de realização das entrevistas (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8). O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma via de posse do participante e outra arquivada pela pesquisadora.

Ressalta-se quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o respeito à dignidade e autonomia dos indivíduos, garantindo a ponderação entre riscos e benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Ao ressaltar a importância social da pesquisa, também foi assegurado que danos previsíveis eram evitados,

Dentre os **benefícios** que esta pesquisa possibilitou aos participantes são os momentos de reflexão acerca da avaliação em saúde que pode apontar estratégias para o fortalecimento da mesma, assim como das potencialidades.

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 ou de atendimento a saúde. Ressalta-se que não foi identificado entre os participantes desconforto ou sofrimento durante o relato das vivências, não sendo necessário o desligamento de nenhum sujeito por esse motivo.

A **autonomia** foi assegurada aos participantes da pesquisa, que receberão as informações a respeito da pesquisa. A **privacidade** foi garantida através do sigilo e do anonimato dos participantes. A **não maleficência** foi observada, uma vez que não houve dano intencional aos participantes e danos previsíveis foram evitados. 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 participantes ou desistentes que 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 participantes da pesquisa em que os benefícios resultantes desta pesquisa serão de igual consideração aos envolvidos.

A forma de divulgação dos resultados ocorreu por meio da elaboração da presente dissertação de mestrado e também com posterior apresentação na forma de trabalhos científicos publicados em meios acadêmicos como eventos e revistas científicas. Aos sujeitos do estudo será apresentada a versão final da dissertação, sendo entregue uma versão para cada gestor municipal e para o gestor da 4ª CRS.

Os dados coletados constituem um banco que poderá ser utilizado em estudos futuros, os quais serão submetidos à análise e apreciação do CEP/UFSM. Os dados estão armazenados

com extrema privacidade e confidencialidade dos sujeitos envolvidos na sala 1305, do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, Dr<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller, por cinco anos. Após este período, serão destruídos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados os resultados do estudo. A partir dos da pesquisa realizada foi possível identificar a avaliação do PMAQ - AB a partir da ação de gestores nos espaços locais através dos temas que emergiram da análise: O território de saúde da região Verdes Campos da 4ªCRS/RS; Cenário do Sistema Público de Saúde sob a ótica dos gestores municipais, e a experiência dos gestores municipais de saúde com a avaliação em saúde e o PMAQ - AB, esta apresentada na forma de artigo.

### 4.1 A Região de Saúde Verdes Campos da 4ªCRS/RS e os Gestores Municipais

O termo território, segundo Godim et. al (2008) origina-se do latim *territorium*, o qual reporta ao que provém de terra.

Nesta perspectiva, para Santos (1996), a constituição dos territórios na contemporaneidade se expressa na horizontalidade e da verticalidade. A horizontalidade serão os domínios de contiguidades, formado por uma sequência territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, resultado de uma interdependência hierárquica dos territórios, consequente do processo de globalização da economia.

Para Ceccim, (2005, p.983) o território da saúde não é só físico ou geográfico, é o trabalho ou a localidade. “O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho”.

Nesta perspectiva, no setor saúde os territórios devem estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços ofertada pelo Estado a todos os usuários dos serviços de saúde. Apesar dos avanços identificados no campo da saúde nas últimas duas décadas, identificamos problemas de ordem organizacionais, gerenciais e operacionais. Estes demandam entre tantas dimensões a reestruturação do modo de produzir o trabalho bem como de suas estruturas gerenciais nas três níveis da gestão (Federal, estadual e municipal), de modo a enfrentar as desigualdades e iniquidades sociais em saúde.

Para Fleury e Ouverney (2007) a territorialização pode expressar a pactuação no que diz respeito à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar

as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde. Abarca a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais.

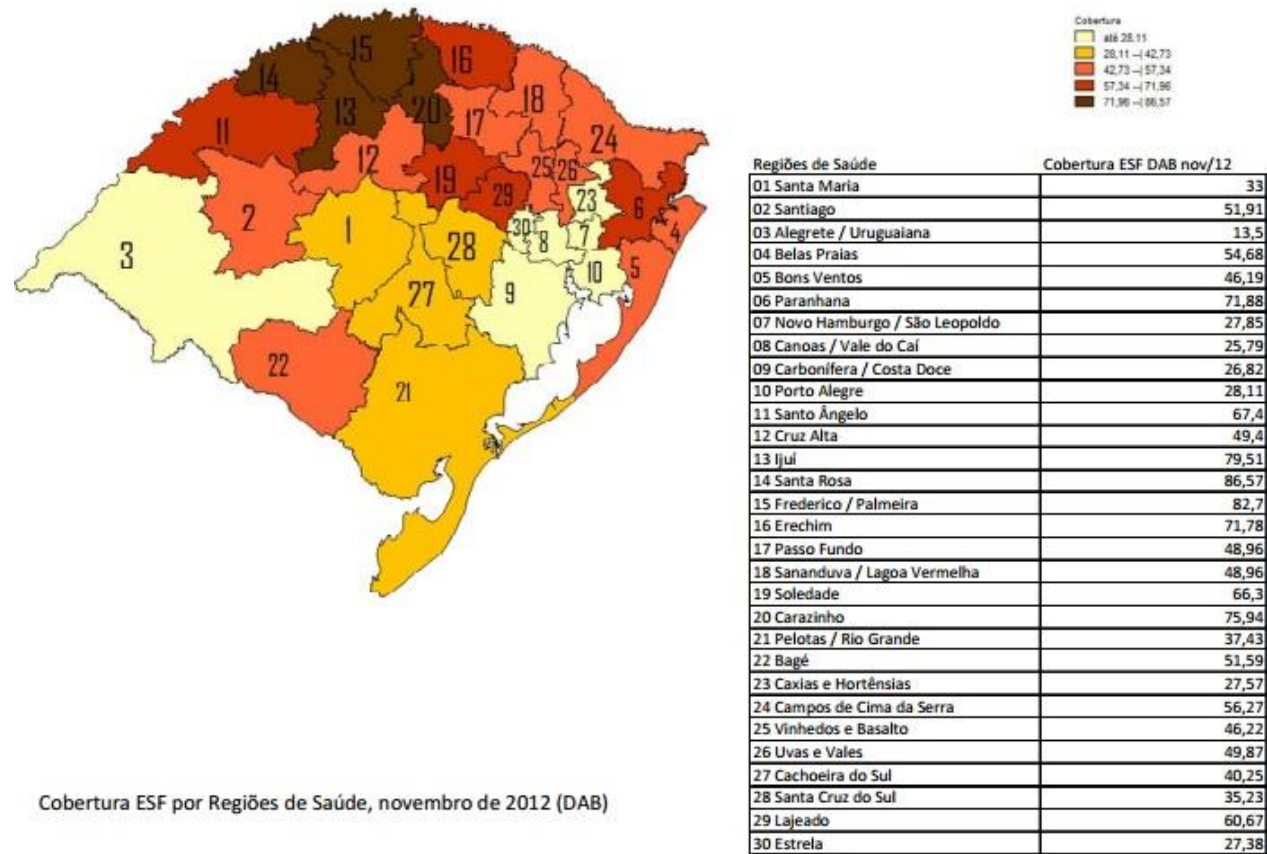
A pesquisa aqui tratada foi realizada junto aos municípios de Dona Francisca, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Quevedos, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul e São Sepé.

Estes são definidos como municípios de pequeno porte uma vez que a não ultrapassam a 100 mil habitantes, segundo informações do Censo de 2010 (BRASIL,2011). Esse cenário está em consonância com a realidade vivida no Estado do RS, no qual, 68% dos 497 municípios gaúchos são caracterizados como de pequeno porte, o que tem gerado esforços para a descentralização da gestão em saúde (VIDOR, FISCHER, 2009).

A Atenção em Saúde no território gaúcho está organizada a partir da RAS, regionalizadas, com objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com vistas à atenção contínua e integral, e são definidas por arranjos organizacionais de ações e serviços com diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2010). Estas são conformadas de acordo com as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), e caracterizadas por relações horizontais entre os pontos de atenção, e tem como centro de comunicação a AB, essa assumindo o primeiro nível de atenção (RS 2013).

O Estado do RS utiliza a ESF como dispositivo preferencial para a melhoria do acesso à AB e qualificação do cuidado à população. Estima-se que em 2013, 53% da população do RS seja atendida pela AB, em 2.657 UBS's. A ESF está implementada em 427 municípios, sendo 1.358 equipes de referência, atingindo a cobertura de 40% da população gaúcha, distribuídas nas regiões de saúde conforme a figura a seguir (RS, 2013).

Figura 2: Cobertura de ESF por Região de Saúde, RS, 2012



Fonte: SES/RS 2013

Contudo, observa-se que na região estudada, representada na figura pelo número 1 da Figura 2 identificada pelo município sede da região Verdes Campos no município de Santa Maria cuja cobertura de ESF é muito pequena, representando 33% de cobertura, abaixo das demais regiões de saúde do estado do RS, o que vem de encontro a estudos realizados no Estado que apontam que municípios de pequeno porte populacional e pequena extensão territorial apresentam cobertura de ESF acima da média estadual (RS, 2013).

Conhecer o cenário, a vivência e experiência dos gestores municipais nos permitem inferir sobre aspectos importantes da gestão, especialmente no que diz respeito à avaliação da AB. No universo de participantes do estudo, foi possível identificar o predomínio de gestores do sexo masculino (cinco), corroborando com estudos realizados por Yannoulas (2002), que aponta que nas áreas como a saúde e educação, o conceito de pirâmide ocupacional baseada em gênero, indica que as mulheres contam com menos possibilidades de promoção a cargos mais altos que os homens.

Segundo as gestoras entrevistadas, assumir a função gestão dos serviços de saúde no município constitui em uma tarefa árdua para as mulheres na medida em que a mulher com a responsabilidade laboral e pautada nas responsabilidades domésticas e familiares, acumulando os trabalhos dentro e fora do cargo ocupado. Como é o que se percebe na fala:

*[...] é muito trabalho aqui. [...] eu tenho criança pequena também, então eu chego em casa exausta e ainda tenho que dar uma atenção (Para a Família) (G3)*

Quando analisamos a luz do referencial histórico-dialético pressupõe que todas as atividades humanas são mediadas pela cultura, ou seja, em se tratando de seres humanos não existem fenômenos naturais. Desta forma, as relações de gênero são construções sociais, possuem base material e representam o processo da produção dos lugares de poder de homens e mulheres na sociedade. A concepção de gênero é, pois, de construção social (SAFFIOTI, 1994; DIOGO, COUTINHO, 2006).

No momento da pesquisa, os gestores tinham idade entre 32 a 62 anos, com predomínio da faixa etária de 40 a 50 anos, características que vem ao encontro de estudos realizados nos Estados do Mato Grosso e Rio Grande do Sul, em que no cenário mato-grossense, 44,6% dos gestores encontravam-se na faixa de 30 a 39 anos; 31,1% na faixa etária de 40 a 49 anos; 12,2% faixa etária de 50 a 59 anos e 8,1% na faixa etária de 20 a 29 anos de idade (LUNA, 2008). No caso gaúcho, de um grupo de 25 gestores estudados, 04 estavam na

faixa etária de 30 a 40 anos, 14 tinham idade entre 41 e 50 anos e 07 com idade acima entre 51 anos. (BONIATTI, 2012).

Com relação á formação profissional dos gestores municipais, foi identificado que predomina a formação superior entre os gestores estudados, pois destes, 06 tem formação no campo da saúde em profissões tais como; Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem, Estudos Sociais, Nutrição, Zootecnia e Medicina Veterinária e dois gestores não possuem formação superior.

Foi possível observar a partir do diálogo estabelecido que não existe uma cultura de formação gerencial par atuar na coordenação da área de saúde pública, uma vez que apenas três gestores referem ter pós-graduação na área de gestão em saúde pública.

Nesse sentido, considera-se que o ato de gerenciar exige além de competência, habilidade política, uma vez que a gestão do sistema público integra a economia do país e o gestor é responsável por essa atividade. Assim, administrar, além de equilíbrio emocional, poder de negociação, dentre outras habilidades, requer conhecimento, fato que justifica a preocupação de alguns gestores na busca pela formação acadêmica (MIRANDA, GUIMARÃE, ALVES, 2009).

Outro aspecto importante com relação ao perfil dos gestores que assumem a coordenação dos serviços de saúde no espaço local é um cargo ocupado por indicação do gestor municipal. Para Sato, Cecílio e Andrezza (2009), na maioria das vezes, a relação dos gestores com as forças políticas partidárias é a regra e sobrepuja a preocupação com a construção ética, política e social apresentado nos princípios do SUS.

O CONASS, em 2009, por ocasião da reconfiguração dos gestores municipais de saúde no Brasil convoca a reflexão sobre a valorização do conhecimento acumulado, em cada Secretaria Municipal, pelo conjunto de funcionários que dão continuidade às ações e serviços, independentemente das mudanças eleitorais. Afirmam ainda que a complexidade da gestão do SUS demanda por parte dos gestores locais o diálogo democrático sobre os serviços e espaços coletivos e, sobretudo, o reconhecimento das ações realizadas consideradas positivas que demandam continuidade e permanência, pois toda inovação dependerá do estágio de implantação do SUS (BRASIL, 2009).

## **4.2 Cenário do Sistema Público de Saúde sob a ótica dos gestores municipais**

A gestão do SUS é em sua essência um ato de negociação e pactuação política local, regional, estadual e nacional. No SUS, um sistema descentralizado, a gestão municipal passou a ser o principal contato entre o usuário e o poder público. Os problemas de saúde passam a ser responsabilidade do governo municipal, que executa as ações de atenção à saúde, cabendo ao estado e à união o papel de apoio técnico e financeiro. O município transformou-se no principal protagonista nesta organização, e neste sentido, um programa de governo municipal para a saúde passa a ser de fato o que mais pode interferir na qualidade de vida e saúde da cidade (BRASIL, 2009). Nesta linha manifesta-se o gestor afirmando que;

*“o Sistema Único de Saúde, eu vejo ele como um dos melhores sistemas, tanto é que é copiado” (G4).*

O cenário de saúde brasileiro que antecedia a criação do SUS, em 1988, era marcado por um contexto de repressão de um governo militar, cujo modelo adotava uma prática assistencial assistencialista e individual, organizado basicamente em um sistema médico previdenciário elitizado, onde apenas uma parcela da população tinha direito a acesso, e caracterizado por endemias, baixa qualidade de vida da população, ou seja, um modelo de saúde em crise.

Eram crescentes contestações ao sistema governamental, com vistas à democratização do sistema, participação popular, à universalização dos serviços, e à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização. A ideia da medicina social penetrava o contexto brasileiro, o que vinha de encontro ao modelo positivista existente, ampliando o seu campo de ação e semeando os valores e caráter político do campo da saúde. Assim, a ideia da reforma sanitária traz consigo um diálogo com correntes marxistas e estruturalistas (BRASIL, 2011).

O SUS se constitui como resultado de propostas e movimentos de setores públicos pela reforma do sistema de saúde brasileiro que previa ações de prevenção de doenças, e assistência médico-hospitalar à população assegurada pela Previdência Social, que não assumia caráter universal. A Constituição Federal de 1988 torna a saúde como um direito assegurado pelo Estado, guiado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, organizado com vistas à descentralização, de maneira hierarquizada e com participação popular (BRASIL, 2011).



Nesse sentido, destaca-se no fragmento a seguir, a forma clara e objetiva que um gestor vê a política pública de saúde brasileira:

*É comum quem não conhece, falar mal do sistema SUS. Eu, Secretário, eu não falo mal do sistema SUS. (...) Mas, eu defendo o SUS que funciona, eu não posso defender o SUS que não funciona (G8).*

*Eu acho meio complicado, sabe? Eu acho assim que poderia ser muito melhor, eu acho que assim, poderia ser bem melhor administrado. (...) Eu acho que essa parte política existem muitas falhas que poderiam ser sanadas se as outras instâncias pensassem de uma maneira diferente (G7).*

A partir do exposto anteriormente, cabe destacar que no contexto do SUS, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser garantido pelo Estado sendo de responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2012).

Por outro lado, chama atenção o fato de que os gestores apontam o nível central como o responsável pela proposição de políticas de saúde, ficando, ou sentindo-se no nível local com pouca governabilidade como revelam as falas a seguir:

*Eu acho que as políticas estão partindo muito do governo central, não estão contemplando os municípios como deveriam, acho que falta muita autonomia dos municípios para isso, para elaboração dessas políticas. E muitas políticas públicas a nível nacional, elas são desenvolvidas pensando, claro, na sua maioria, na prioridade da nação, digamos assim, e que não contemplam muitas vezes municípios pequenos, ou estados pequenos ou estados, digamos assim, diferentes, essas desigualdades. Porque poucas políticas públicas, os municípios têm essa autonomia, digamos assim, para fazer a sua própria política. Eu acho que os recursos estão muito vinculados aos programas federais, aos programas elaborados pelo governo federal e os municípios de maneira geral tem que se adequar a essas políticas (G1).*

A fala acima revela uma contradição na medida em que a Constituição Federal de 1988 confere autonomia política-administrativa aos municípios. Esta por sua vez, possibilita

que o município seja protagonista da sua política de saúde na medida em que a faça pautada no perfil demográfico e epidemiológico de sua população. Em que a rede de atenção estruturada possa acolher estas demandas a partir dos diferentes níveis de atenção. Pois, foi a partir de 1993 por meio das normas operacionais balizam o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, na reorganização do modelo de atenção e orientação à regionalização da assistência.

Por ocasião da 9ª Conferência Nacional de Saúde, apontava-se que municipalização como o caminho para concretização do SUS, orientando a NOB-SUS de 1993, fato que desencadeou o processo de municipalização da gestão, com habilitação dos municípios. Ainda, a NOB-SUS de 1996 promoveu um avanço no processo de descentralização, propondo novas modalidades de gestão para entes municipais e estaduais redefinindo as competências, portanto, os dispositivos legais já asseguravam o espaço de governabilidade para o gestor em saúde (POLIGNAMO, 2005).

A Constituição Federal de 1988 prevê a autonomia dos municípios com relação ao Estado e à União “o SUS deve ser construído com base em uma relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo” (BRASIL, 2012, p.14).

Sendo assim, a autonomia requerida não é política, pelo contrário, a sustentabilidade política deve ser a principal preocupação do secretário municipal de saúde. A autonomia de gestão através do Fundo Municipal de Saúde (FMS) representa autonomia em relação a outros gestores da saúde como regulamentada no SUS e facilita o desenvolvimento das ações de saúde conforme as demandas específicas do setor. Tendo como necessidade do gestor responder a questões administrativas, implicações jurídicas da municipalidade relacionadas a saúde. (BRASIL, 2012).

Entretanto, os gestores referem que a autonomia prevista nos dispositivos legais referida não é alcançada quando se trata de repasses financeiros, políticas e programas verticalizados, como reforçam os fragmentos a seguir:

*Eu poderia dar vários exemplos, vamos supor, lá eles lançam um programa para requalificar as unidades básicas, aí tu tem que te adaptar ao modelo padrão que é elaborado lá pelo governo central, e que muitas vezes não é a tua realidade, aí tu acaba fazendo algumas adequações para se adequar nessa política, para poder gastar esse dinheiro. [...] Aí enquanto isso, falta recurso em outras áreas, aí a gente vê aquela falta de leitos, falta de*

*médicos e plantões, enfim, aquelas filas enormes, filas em cirurgias em todas as áreas, que às vezes não são priorizadas, são priorizados alguns outros programas (G1).*

*O SUS está no caminho certo, é um modelo bom de gestão, só que eu acho assim que o governo federal está criando muitos programas e largando no colo do município, e o município não está suportando isso (G6).*

*Está caindo tudo no município, o estado está ajudando, mas a maioria das coisas que a gente vê é o município que está bancando ainda (G7).*

Percebe-se que embora haja esforços para que seja garantida a autonomia de cada ente federado, os municípios ainda sofrem com a verticalização dos programas além do repasse de recursos e adequação às políticas nacionais, uma vez que em muitos casos se faz necessária adequação do município para recebimento de recursos referentes a programas não obtendo o retorno esperado. Pois, a autonomia do gestor municipal de saúde deve ser construída ao longo do tempo, com acúmulo da experiência dos trabalhadores da saúde e da própria instituição nas ações cotidianas, na gestão e avaliação contínua das ações e serviços ofertados. Neste sentido, a gestão deve gerar transparência e compromisso político com o projeto do SUS.

Por ocasião da pesquisa foi possível identificar que para os gestores, a AB é vista em segundo plano, pois suas preocupações cotidianas giram em torno da oferta local e regional de serviços de média e alta densidade tecnológica, não potencializando nos referidos espaços locais ações programáticas no âmbito da AB, como revelam a seguir;

*Só que ainda a gente não consegue dar conta desse todo, que todas as demandas de alta e baixa complexidade. E a gente está ainda longe disso. E o que eu avalio de mais grave na saúde, nesse cenário, é essa questão de o Município aplicar os recursos, o Estado não aplicar e a União não aplicar (G3).*

*Então assim... quando... eles passaram a bola para os municípios e não ofereceram a contrapartida de média e alta complexidade (G8).*

*Mas, a pessoa que precisa de tratamento de alta complexidade e média, ele vai penar e vai morrer. Aí tem lá, tem os leigos lá, que para fazer propaganda também, “ah, a ambulância-terapia”. A ambulância-terapia é um direito. O sistema é hierarquizado, regionalizado. Mas, agora por que é que tem... por que é que aparece a ambulância demais? Porque que aparece van demais? Porque não tem vaga. Porque está tudo atulhado, esperando no “clínicas” e tinha que ter mais vagas (G8).*

*Teve evoluções, teve, algumas coisas, a gente se questiona muito como gestor hoje, que está complicado tu conseguir um exame de alta complexidade, uma cirurgia (G2).*

*O cenário ele é caótico! Embora haja investimentos na saúde. Mas os volumes cada vez são maiores e nós não estamos preparados para receber esse aporte (...) O Hospital Universitário por exemplo, ele foi projetado, construído a 30 anos atrás me parece, e a estrutura continua a mesma e a clientela quadruplicou (G5).*

Chama atenção na fala dos gestores que mesmo sendo preocupação central no cotidiano da gestão acolher e encaminhar as demandas de média e alta densidade tecnológica, estas não são referida no contexto da regionalização. Não é por coincidência que desde 2010, o grande esforço tripartite vem sendo a construção de redes de atenção à saúde, que preservem a autonomia de entes federados que temos e promovam a integração entre serviços na busca da integralidade e da garantia do acesso com qualidade (BRASIL, 2012). Neste contexto, não é referido pelos gestores o papel que as redes de atenção regional pode desempenhar no espaço micro-regional para enfrentamento das necessidades comuns do campo da saúde.

Mendes (2011) ao referir sobre o atual cenário do SUS, aponta a necessidade do estabelecimento das RAS, constituindo-se estas em uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. Nesta perspectiva, as RAS convoca mudanças fundamentais no modelo de atenção à saúde praticado no espaço local e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, tendo como referências vividas por outros sistemas de saúde os quais podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público.

*As pessoas levarem mais a sério a saúde mesmo. Profissionais que a gente está vendo hoje, esse programa dos “mais médicos”, toda essa polêmica que teve, cadê os profissionais da área da saúde? Por que é que eles têm tanto desinteresse em estarem trabalhando na área da saúde? O que é que está errado lá dentro? Então eu acho assim que é na área do financeiro (G7).*

*O sistema público foi feito para não funcionar, na minha ótica, na concepção dele. Ele é cartelizado, ele se autoprotege, ele não cumpre o seu papel. Os próprios funcionários não tratam bem, de maneira geral (G8).*

*(...) saúde pública não é prioridade. Para os municípios, ela é. (...) Mas, o mais grave de tudo é que saúde pública não é prioridade para a população também. Você sabe disso (G8).*

Ao refletirem sobre o atual cenário da atenção básica apontam como uma dificuldade o perfil dos profissionais formados nas escolas de medicina que não têm interesse em atuar na AB ao mesmo tempo em que dificultam estratégias governamentais para o enfrentamento do atual cenário epidemiológico. Percebe-se que a análise dos gestores não consegue avançar no sentido de apontar uma proposta de superação ao atual cenário. Não fazem referência ao papel desempenhado pelo gestor regional, no caso a 4ªCRS/RS que vem buscando implementar a rede regional de saúde, pactuando e regulando o acesso dos usuários dos municípios de sua atuação a os serviços de maior densidade tecnológica bem como, vem assessorando os mesmos no sentido de ampliar a cobertura dos serviços de AB a partir da implementação do PMAQ - AB enquanto uma estratégia para avançar no cenário local/regional.

Pois, como nos ensinam Santos e Andrade (2013) que se os serviços de saúde não estiverem articulados em rede, os princípios e diretrizes do SUS não são efetivados. Neste sentido, as dificuldades encontradas no cotidiano da constituição das redes nos espaços locais e regional precisam ser superadas para que sejam ofertados serviços eficazes aos usuários.

Neste sentido, cabe destacar que as ações e serviços se interconectam sempre, não é possível fragmentar a atenção, ou seja, não é possível afirmar que a esfera federal e estadual são as culpadas pela falta de serviços na rede de atenção dos municípios. Essas por sua vez, estão diretamente relacionadas com outros campos da produção humana como educação, cultura, desenvolvimento, moradia dentre outras.

Se a rede de serviço de saúde é a forma de organização das ações de saúde nos diferentes níveis de densidade tecnológica, em um determinado território, é imperioso que os gestores locais tenham capacidade e empoderamento para negociar entre os diferentes entes da federação as responsabilidades de cada um. Essa ação é indispensável para que possamos avançar no espaço local, superando a análise simplista na qual, o “outro” é o responsável pelos males que convivemos. Desta forma, um desafio identificado diz respeito ao envolvimento dos gestores no protagonismo da construção da rede de atenção de saúde da região Verdes Campos da 4ª CRS/RS.

### **4.3 Alternativas para mudança do cenário**

Quando indagados sobre o caminho a ser percorrido, os gestores afirmam que:

*A melhor alternativa seria uma autonomia melhor dos municípios, para os municípios elaborar suas próprias políticas. O financiamento todo deveria vir recurso livre, nós temos alguns recursos que são livres (...) os recursos livres do município, que o município usa aqueles 15%, que ninguém usa 15, todo mundo tem que usar mais, aquele dinheiro é sempre muito bem empregado, porque o município sabe a sua realidade, elabora suas políticas próprias e investe em cima daquilo. ... (G1).*

*Para o meu município, eu falo meu município no caso se hoje tivesse hospital, se conseguisse reabrir hospital, a gente está tentando, está lutando pra isso, quanta coisa iria melhorar (G2).*

*Eu acredito que uma dessas mudanças seria esse investimento, cada ente federativo aplicar o recurso que deve ser destinado para a saúde. Essas outras divulgações, enfim, poderiam ser diminuídas, e aplicar esse recurso na saúde, em leitos, em UTIs, que a gente às vezes sofre com essa dificuldade de conseguir leito, não é !!. E, além disso, eu acredito que a gente poderia, cobrar um pouquinho, nem que fosse 1 real por consulta para ser mais valorizado (G3).*

*Se cada ente federativo cumprisse com a sua parte, com o seu percentual, mínimo, dentro da saúde não aconteceria isso. A gente vê um município, que nem o nosso aqui que tem 20 mil habitantes, 20.094 habitantes. Investe, isso é investimento, não é gasto. Tem que ver por esse lado, 21 %, 21 a 22 % do seu orçamento na saúde. O estado deveria investir 12% e está investindo aí 8 %. O nível nacional chega a ser berrante a diferença. Eles teriam que investir 10%, e investem 4 ou 5 %. Ou seja, se cada cumprisse, e realmente o que tem que cumprir, a gente conseguiria ter uma saúde de muita qualidade e não faltaria, não trancaria a gente nesses obstáculos que a gente vê dia a dia em todos os municípios, em todas as secretarias de qualquer município aí do estado ou do Brasil. Eu vejo que é há um descompromisso por parte dos governantes quando se fala em saúde e isso é preocupante. (G4)*

*Planejamento. Primeira parte, primeira palavra que falta é planejamento e organização. ... Então, se planeja, se organiza, senta e vê o quê que falta. Vê aonde que está o maior problema e se investe. A resposta agora está vindo com essa... um exemplo, o Hospital Universitário aí com essa EBESERH, muita gente contra. “Ah, mas e se não der certo?”, se não der certo, não deu. Foi uma opção de imediato que se tentou fazer, talvez num outro momento, eu seria contra, pode ter certeza disso. Mas hoje, a gente vê que não tem outra possibilidade. (G4).*

*Dando mais autonomia aos municípios. O governo repassando mais recursos para os municípios determinar como investir. O município é que conhece a realidade dele. (G6)*

*E eu acho que tem que centralizar mais na saúde, mais equipamento, mais dinheiro voltado para... para a área da saúde, sabe? (G7).*

Os gestores são unânimes em afirmar que a maior dificuldade encontrada diz respeito ao financiamento que ainda é insuficiente para dar conta das demandas apresentadas no cotidiano da gestão. Apontam a fragilidade que a rede possui em relação ao atendimento hospitalar, visto que eu, na região algumas unidades hospitalares de pequeno porte foram fechadas ou ressignificadas seu papel na rede de atenção.

Para Carvalho e Medeiros (2013, p118) não é possível discutir o financiamento do “REDE SUS” como algo novo, apontam para a necessidade de ser discutido o financiamento como um todo visto que o SUS é constituído uma rede hierarquizada e regionalizada na qual estão presentes complexidades crescentes e distintas. Desta forma, associam-se a

manifestação dos gestores que apontam para a necessidade de ser reavaliados, do ponto de vista legal, os recursos para que os mesmos garantam a efetividade e eficiência das ações e serviços de saúde nos distintos espaços do território nacional. Apontam ainda os autores que, a experiência consolidada do financiamento da saúde é muito confusa visto que, existem várias modalidades de repasses par aos espaços locais, reforçando a fragmentação na forma de prestação de contas pelos gestores municipais e da mesma forma, a cada ação programática implementada via Ministério da Saúde, associada a um conjunto de normativas que acabam por dificultar a sua operacionalização no espaço local. Como consequência da fragmentação, perdeu-se a oportunidade uma formatação sistêmica, sequencial e racional dos serviços de saúde a partir das necessidades de cada local.

A forma como o financiamento está organizado no campo da saúde tem contribuído em muito para fragilizar as ações de planejamento e de avaliação, a partir da pactuação entre os diferentes atores que operam no campo da saúde visto que esta deve ser de forma ascendente e sequencial, hierarquizada, tendo na atenção básica, o protagonismo para organizar a rede de atenção.



## Artigo – Vivendo a Avaliação em Saúde: a Experiência de Gestores Municipais com o PMAQ - AB<sup>1</sup>

Rosana Huppes Engel<sup>2</sup>, Teresinha Heck Weiller<sup>3</sup>

### RESUMO

A avaliação no campo das políticas públicas assume papel importante na medida em que passa a garantir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Visando a ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica, o Ministério da Saúde instituiu em 2011 o Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica. O presente artigo tem por objetivo descrever a experiências dos gestores municipais de saúde com a avaliação dos serviços de saúde, compreensão e vivência com o Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica no interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2014, com gestores municipais de saúde da região Verdes Campos. Os resultados apresentam a compreensão dos gestores municipais de saúde sobre a avaliação em saúde, e a sua vivência com o Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica no espaço local. O estudo além de revelar a incipiência da avaliação de saúde para os gestores municipais, desvela a dificuldade da utilização do Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica como dispositivo de gestão.

**Descritores:** Avaliação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Gestor de Saúde, Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Artigo Original elaborado como resultado da presente dissertação. O artigo é apresentado segundo NBR 6022, da ABNT, para acolher as considerações da banca, conforme permite a Estrutura e apresentação de Monografias, dissertações e teses : MDT, UFSM, 2012.

<sup>2</sup> Autora. Enfermeira Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: nanaengel@gmail.com

<sup>3</sup> Orientadora. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

A avaliação dos serviços de saúde na Atenção Básica (AB) é uma tarefa complexa, para Champagne. et. Al (2011p.42) “avaliar é uma ação humana a qual depende da intuição e da opinião, pois, busca emitir um julgamento sobre algo”. O conceito de avaliação foi sendo modificado a partir da segunda metade do século XX, fruto dos avanços produzidos por estudos que foram aprofundando o tema da avaliação (SHUMANAN, 1967; ARNOLD, 1971; WEISS, 1971; BEEBY, 1997; SCRIVEN, 1991; PATTON, 1997;). Para Rossi, Freeman e Lipy (2004), a avaliação é considerada uma atividade em que se utiliza do método da pesquisa das ciências sociais para avaliar a eficácia dos programas de intervenção social.

Contandriopoulos (2011) ao discutir a necessidade de avaliação afirma que, existe um crescente tensionamento entre as expectativas crescentes da população aos serviços de saúde e a necessidade de controlar gastos de saúde. Existe uma lacuna nos sistemas de saúde em relação as necessidade da sociedade e a respostas dadas pelos serviços. Este cenário tem levado a discussão sobre a necessidade de institucionalizar nos diferentes espaços de produção dos serviços de saúde, cultura de avaliação para que possa aproximar as necessidades dos dois polos no campo da saúde, usuário e gestores. A avaliação neste contexto passa a assumir importante papel na tomada de decisão dos gestores de saúde.

A avaliação no campo das políticas públicas de saúde passa a ter papel importante na medida em que atua para garantir os princípios e diretrizes do SUS, faz-se necessário avaliar a eficácia e efetividade das ações realizadas no espaço local. Nesta perspectiva, os gestores e coordenadores da Atenção Básica (AB), ao exercer suas funções, assumem responsabilidades relacionadas à política de saúde as quais são concebidas e geridas nas três esferas de gestão. Tais responsabilidades envolvem a administração de recursos ao atendimento a complexidade dos problemas de saúde da população. Além de que, o trabalho na AB estabelece a interação com outros entes federados, nos planos de gestão e assistência, denotando a importância da regionalização da atenção (FAUSTO, MENDONÇA, GIOVANELLA, 2013).

Com vistas a promover o fortalecimento das estruturas de gestão nas três esferas de gestão, dar suporte decisório nas ações de saúde, o Ministério da Saúde (MS), estabeleceu a política de institucionalização da avaliação. Assim, com o objetivo de monitorar e avaliar a AB, se incentiva e cria uma cultura avaliativa nas três instâncias de gestão instrumentalizando a gestão em saúde (RS, 2007).

A capacidade avaliativa corrobora na sustentabilidade de um contexto organizacional, ao passo que desenvolve a competência dos envolvidos em realizar e utilizar a avaliação (NICKEL et al, 2014). Fazer avaliação envolve o planejamento, coleta e análise de dados e divulgação dos resultados. A utilização da avaliação está ligada ao processo decisório, diz

respeito aos efeitos desses resultados no contexto organizacional (SILVA e CALDEIRA, 2011).

Assim, o Ministério da Saúde (MS), buscando induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, em 2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), atuando na busca da garantia de um padrão de qualidade nacional, permitindo também a transparência e efetividade das ações governamentais na AB. Trata-se de um modelo de avaliação que busca mensurar o desempenho das Equipes de Atenção Básica (EAB) no desenvolvimento da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelecendo parâmetros entre as equipes e subsidiar financeiramente a tomada de decisão (BRASIL, 2011). Corresponde a um ciclo avaliativo, renovado a cada dois anos, organizado em quatro fases: adesão da Unidade Básica de Saúde, autoavaliação, avaliação externa e acompanhamento e desenvolvimento (FAUSTO, MENDONÇA, GIOVANELLA, 2013).

A abordagem proposta pelo PMAQ - AB, aproxima-se de uma avaliação colaborativa e construtivista, onde as partes interessadas desempenham papel importante como recurso da avaliação (CHAMPAGNE et al, 2011). Tomando como referência a análise de Cuba e Lincoln (2011) o PMAQ - AB pode ser classificado em um processo de avaliação de quarta geração na medida em que é fruto das demandas, preocupações e questões que dizem respeito aos trabalhadores da atenção básica, e busca utilizar a metodologia do construtivismo. Esses desafios ainda precisam ser suplantados para que efetivamente possa se efetivar em uma política assumida por todos os gestores municipais no território nacional.

O presente artigo tem por objetivo descrever as experiências dos gestores municipais de saúde com a avaliação dos serviços de saúde, compreensão e vivência com o PMAQ - AB no interior do Rio Grande do Sul.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório. O cenário do estudo integra a 4ª Região Administrativa de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Esta, localizada na macrorregião Centro-Oeste do Estado, é composta por 32 municípios, e está organizada em duas Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios. A pesquisa foi realizada na Região

Verdes Campos, formada por 21 municípios (RS, 2013). O universo foi composto de maneira intencional, por gestores municipais de saúde, dos municípios que aderiram PMAQ no primeiro ciclo do Programa, em 2011, representado por 10 municípios, a citar-se: Dona Francisca, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Pinhal Grande, Quevedos, Santa Maria, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé. Destes, 08 gestores aceitaram participar do estudo.

Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2014, por meio de uma entrevista semiestruturada que buscou identificar as experiências dos gestores municipais com a avaliação dos serviços de saúde, compreensão sobre o PMAQ e sua vivência com o Programa no município.

As entrevistas foram realizadas no município de cada gestor mediante agendamento prévio via telefone ou e-mail, e tiveram a duração conforme o envolvimento e participação de cada sujeito.

Os dados foram analisados com base na proposição de Minayo (2010) de Análise de Conteúdo por modalidade temática. Realizada primeiramente pela ordenação dos dados, pela transcrição das gravações, com posterior releitura do material e organização dos relatos; segundo, a classificação dos dados, estes baseados em teorias, construindo questões relevantes para a categorização dos mesmos; terceiro, a análise final, quando foram agrupados os dados e a referência teórica do estudo para responder aos objetivos propostos.

O estudo foi realizado com base na Resolução CNS nº 466/12 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre os aspectos éticos para a realização de pesquisas com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética (CEP) da UFSM, sob número de Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 26051613.3.0000.5346.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Avaliação para os gestores municipais**

A avaliação implica na coleta de informações, características e resultados, e o seu propósito é realizar julgamentos sobre intervenções e programas e subsidiar o processo de tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2002; PATTON, 1997).

Bordieu (1979) sugere uma concepção de avaliação mais abrangente da proposta por Contandriopoulos (2002), restrita à dimensão racional da ação, propondo uma concepção de campo, enquanto rede de relações entre agentes e instituições. Tal ideia é facilmente aplicada à saúde, substituindo a ideia de intervenção por práticas sociais, estas, podendo ser cotidianas ou relacionadas ao trabalho, envolvendo intervenções sociais planejadas (SILVA, 2010).

Ao encontro disso, Tanaka (2011) defende que a avaliação da Atenção Básica em Saúde é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão, que envolve a mensuração, comparação, julgamento, ou emissão de juízo de valor e tomada de decisão. Nesse sentido, o juízo de valor atua na tomada de decisão ao tornar a ABS como porta de entrada principal na rede de atenção.

Para tal, é necessário que a avaliação seja institucionalizada na gestão em saúde, incorporada à rotina dos serviços, como uma demanda de acompanhamento do processo de planejamento e gestão das políticas e programas. (FELISBERTO, 2006). Tal fenômeno requer qualificação técnica, nos diferentes níveis do sistema de saúde, associando as ações de monitoramento e avaliação ao planejamento e gestão, subsidiando a formulação de políticas, o processo decisório e formação dos sujeitos envolvidos (CARVALHO et al, 2012).

Destaque-se que dos oito gestores participantes do estudo, seis possuem formação superior no campo da saúde, e destes, três possuem pós-graduação na área da gestão em saúde pública. Nenhum gestor referiu formação específica no campo da avaliação em saúde. Fatores que, além de denunciar a fragilidade na formação dos gestores municipais de saúde, revelam dificuldades para a realização de ações gerenciais, formulação de políticas, e tomada de decisões.

O estudo aponta que, para os gestores municipais de saúde, a avaliação é uma experiência recente, evidenciada ao se observar o que ao serem questionados sobre a experiência profissional com a avaliação, não conceituam “avaliação” e ao mesmo tempo, revelam que a mesma não faz parte da sua rotina. Os fragmentos das falas a seguir, apresentam a experiências dos gestores com a avaliação em saúde:

*Isso é muito amplo, para a gente colocar, mas assim em termos de experiência, se faz o paralelo de ontem e de hoje. Há 30 anos tínhamos uma realidade, hoje outra, mas nós temos que avançar muito ainda (G5).*

*São realizadas reuniões periódicas com todos os responsáveis, os enfermeiros responsáveis das unidades. De lá mesmo, o que a gente tem é o quantitativo, vamos lá, quantitativo de crianças de 0 a 5 anos, que tenha cobertura vacinal de cada unidade. E como o sistema é informatizado, então fica mais fácil de monitorar (G4).*

*Possuímos, vários programas. Nós aqui no município a gente senta, avalia o que...a gente toda semana, todo mês, a gente tem uma reunião mensal para avaliar os nossos índices (G7).*

*Aqui as caixas de avaliação e de críticas e sugestões. Nós não temos ouvidoria. Deixa-me dar uma olhada, tem que ter, na verdade, isso daí. A gente faz aqui também, periodicamente pesquisas setoriais. De todos os setores, o quê que ele acha, quê que ele pode melhorar, isso a gente faz. (G8).*

*Olha, eu sempre falo que na Secretaria, como a gente tem muito trabalho, a gente na verdade, faz muito e avalia muito pouco. Então, eu acho que a gente precisa avaliar mais. A gente instituiu nesse ano que passou, aqui [no município], reuniões de equipe que não aconteciam (G3).*

É possível identificar que os gestores utilizam rotinas de monitoramento como prática avaliativa, contudo, o monitoramento diz respeito ao acompanhamento sistemático sobre algumas características dos serviços, enquanto a avaliação pontual faz referência ao julgamento sobre as características (SILVA, 2010). Ainda, o monitoramento pode produzir subsídios para a avaliação, ao passo que produz informações que podem ser utilizadas em um processo avaliativo (SILVA, 2010).

O presente estudo vem ao encontro de achados de Carvalho et al (2012) e reforçado por estudos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) ao apontar a avaliação como um processo incipiente, com caráter prescritivo e burocrático. Não existe uma cultura avaliativa institucionalizada, o que reforça a dificuldade no processo decisório e formação dos profissionais envolvidos, denunciando a necessidade de investimentos técnicos e políticos. (Carvalho et al, 2012).

Os fragmentos das falas a seguir reforçam a fragilidade e carência de uma cultura avaliativa, quando o gestor afirma que:

*Para a avaliação, o ato da avaliação, o gestor não tem influência nenhuma. Antes da avaliação, que é o que o gestor tem que fazer, vamos dizer assim, o equipamento, dar os instrumentos necessários para que na hora da avaliação. [...] Em cima desse resultado, é que você vai trabalhar o ponto fraco, onde precisa melhorar ou onde está bom para continuar (G4).*

*A gente não analisava muito que estava fazendo, não... parava para analisar necessidades [...] agora agente olha o que está fazendo, o resultado que a gente está tendo, se a gente avançou, se não avançou, se tem alguma coisa que não alcançou (G7).*

Considerando o processo de expansão e consolidação da ESF, a avaliação representa um compromisso dos gestores de saúde, ao ponto que se constitui em uma atividade negociada entre os diferentes atores do sistema (SILVA, CALDEIRA, 2011). O Ministério da Saúde defende a importância da avaliação ao afirmar que sem a mesma “torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde” (BRASI, 2005, p.6).

Apesar de o estudo apontar para a baixa apropriação sobre a avaliação, uma vez que as experiências anteriores eram pontuais. Destaca-se nesse cenário o PMAQ - AB como a única experiência sistematizada de avaliação.

### **Vivendo o PMAQ no espaço local.**

Ao serem abordados sobre a forma como o PMAQ - AB atua e quais são as contribuições do mesmo para a gestão local, os gestores demonstraram desconhecimento sobre o programa:

*Eu não tenho conhecimento profundo do PMAQ, mas pelo que a gente tem conversado e tem ouvido também, ele realmente melhorou o serviço (G5).*

*Quando eu entrei aqui, tinha sim, uma grande expectativa da equipe para que a gente colocasse em funcionamento realmente o programa, que ele iniciou e parou (G1).*

*Sinto-me bastante, assim, vaga ainda quanto ao PMAQ. Sei que tem o programa no município, sei que é um programa de grande valor, até recebi visita das meninas do PMAQ para uma avaliação, mas não tive contato com as meninas, só um contato de “oi, tudo bem?”, não conversei com elas, não sei qual é o... não sei te dizer o que elas vieram fazer no município, se teve uma avaliação, não recebi nada, não recebi o papel, uma coisa muito vaga assim (G2).*

*Então a gente foi meio fazendo, mas sem saber muito bem o que é que é. No que a gente foi fazendo, foi entendendo (G7).*

Percebe-se que os gestores municipais de saúde não possuíam apropriação com relação ao desenvolvimento do programa, fato que não difere de contexto nacional, uma vez que a atuação dos gestores foi desigual. Possivelmente uma explicação estaria no fato de que o programa não ter sido construído a partir de um amplo debate com os gestores, com os trabalhadores e usuários. Oportunidade que poderia avançar nos sentido de um pacto nacional em relação a avaliação da atenção básica, contribuindo para que a avaliação apontasse caminhos possíveis e necessários a serem buscado para ampliar serviços, garantir acesso e avaliar impacto das ações no conjunto do quadro epidemiológico da população brasileira

No processo de implementação do PMAQ, existiram gestores fortemente atuantes e empenhados na execução das quatro fases do programa, bem como aqueles pouco atuantes, com ausência de organização e preparação para participar da avaliação, como no caso estudado (FAUSTO, MENDONÇA E GIOVANELLA, 2013).

Associa-se a esse contexto, o fato de que os gestores municipais participantes do estudo estão no cargo em média há um ano no momento de coleta de dados. Dos oito entrevistados, seis iniciaram as atividades no início do ano de 2013, assim, não tiveram participação direta no primeiro ciclo do programa 2011/2012.

Além disso, há heterogeneidade política e institucional implicada no processo de implementação do PMAQ. Os diferentes cenários influenciam na configuração do programa



no município, seja como barreira ou como facilitador no processo de implantação (CHAMPAGNE et al, 2011; FAUSTO, MENDONÇA E GIOVANELLA, 2013). Nesse sentido, os municípios tiveram que mobilizar setores da sociedade e políticas locais para que houvesse a adesão ao PMAQ, como destacado nas falas:

*Foi feita adesão, o recurso começou vir, mas para isso faltavam leis municipais para que o município pudesse se adequar, pudesse usar esse recurso que estava vindo, então a equipe estava bastante desmobilizada em função disso, porque eles sabiam que vinha recurso e não estavam recebendo esse recurso(G1).*

*O governo implantou esse programa, ofereceu aos municípios, e aí os municípios tiveram que correr atrás para se adequar, para fazer as suas leis, suas leis municipais, alterar seus orçamentos, suas dotações, para poder reutilizar esse dinheiro (G1).*

*Todo mundo pegou junto, a equipe trabalhou muito unida, sabe? [...] Então assim, eu acho que uniu muito a equipe, e a gente conseguiu melhorar (G7).*

A primeira fase do programa consiste nessa contratualização entre o Ministério da Saúde e o gestor municipal de saúde, que por sua vez exerce a função de mediador desse processo que envolve a pactuação local, regional e estadual, permeando espaços de controle social. (BRASIL, 2012).

Considera-se como um fator facilitador para o processo de adesão a captação de recursos financeiros para a AB. No cenário de estudo, o movimento foi semelhante ao de outras realidades brasileiras, se configurando em ações internas nos municípios, tanto na mobilização das equipes de AB, como na viabilização de condições para adequação das UBS aos padrões priorizados pelo PMAQ na fase de avaliação externa (FAUSTO, MENDONÇA E GIOVANELLA, 2013).

O MS ao instituir o PMAQ no âmbito federal também define o incentivo financeiro do programa, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. O mesmo é transferido aos municípios e Distrito Federal por meio do PAB e o seu incremento é definido a partir do desempenho nas fases do programa (BRASIL, 2011).

Com relação ao incentivo financeiro, os gestores defendem:

*Eu acho que o primeiro impacto foi o estímulo financeiro. Teve seu efeito positivo (G1)*

*Nós já conseguimos repassar esse recurso todo para a equipe, então eles já viram que realmente funciona, em termos financeiros o retorno deles está vindo (G1).*

*Esse recurso na verdade, ele foi pactuado entre os municípios da nossa região que ele seria investido, ou na sua totalidade, ou quase na sua totalidade, na sua maioria seria investido em recursos humanos, no incentivo financeiro para o pessoal (G1).*

*Eu percebo que esse recurso, ele é valorizado no dia que o profissional recebe, e dali a 15 dias, ele não resolveu mais nada assim. [...] eu acho que é um incentivo assim, que é jogado fora, sabe? (G3)*

Para os formuladores do Programa, o argumento central é a possibilidade do ato da avaliação ser um disparador de mudanças nas condições e modos de funcionamento dos serviços de atenção primária (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012). O PMAQ, ao repassar recursos financeiros, objetiva a indução e a ampliação do acesso e qualidade da atenção, melhoria das condições de trabalho e capacitação dos profissionais. Além de que, o programa objetiva o reconhecimento e valorização das equipes de atenção básica e gestores municipais de saúde na qualificação da AB (FAUSTO, MENDONÇA E GIOVANELLA, 2013). Contudo, o estudo denuncia o descontentamento e ceticismo dos gestores com relação do repasse financeiro, uma vez que se acredita que esse recurso não seja efetivo em longo prazo, sugerindo mau investimento do mesmo.

Além disso, o gestor municipal de saúde se demonstra insatisfeito com relação a terceira e quarta fase do programa, avaliação externa e pactuação, respectivamente, quando os mesmos expressam:

*Eu gostaria muito de ter acesso, de ser um dos primeiros a ter acesso a essa avaliação, qual é o olhar deles do nosso serviço, o olhar de fora. Mas não tivemos esse retorno ainda (G1)*

*Eu gostaria de ter mais aproximação com as pessoas que entendessem um pouco mais do programa, que me passassem um pouco mais (G2).*

*Em um primeiro momento assim, para mim, como gestora, eu fiquei um pouco decepcionada quando veio o pessoal aqui, porque a gente imaginou assim, a gente trabalhou muito, a gente fez tudo, tudo em conjunto [...] na verdade, eu não os (avaliadores) vi (G7).*

*Eu acho que teria que ter um acesso melhor aos avaliadores. Porque, talvez utilizar uma avaliação, assim, mais próxima, que a gente tivesse um acesso a esses avaliadores. Que a gente pudesse ir atrás, cobrar esses resultados. Eu não entendo por que, em nosso município nós recebemos a avaliação de Pelotas, um município que é está a 500 km daqui, enquanto nós temos aqui a 35km a Universidade Federal, que tem condições tanto quanto a de Pelotas de vir aqui fazer essa avaliação. [...] Seria o primeiro passo tu pegar uma universidade próxima que possa manter uma relação depois de avaliação, e possa em 30 minutos ir até lá e ver como é que foi a tua avaliação (G1).*

É importante considerar os efeitos gerados pela avaliação, aplicação de instrumentos de coleta de dados, intervenções que implicam em ações para a melhoria de processos organizacionais e a própria preparação e organização para receber a avaliação. A partir daí criam-se diferentes expectativas e perspectivas dos atores envolvidos, entre a adesão e os resultados, a busca pelo reconhecimento de seu trabalho, e as consequências dos resultados (FAUSTO, MENDONÇA E GIOVANELLA, 2013).

Por fim, para que a avaliação em saúde possa efetivamente integrar as práticas de gestores e trabalhadores, as universidades, especialmente, as públicas, precisam assumir por ocasião da formação inicial aos profissionais do campo da saúde, compromisso com a avaliação a partir de ações de intervenção que possam contribuir com o desenvolvimento da cultura avaliativa nos serviços de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Avaliação em saúde e a implementação do PMAQ-AB sob a ótica de gestores municipais de saúde do interior do RS, é ainda é um processo incipiente a qual não faz parte da rotina da gestão e do gestor. Ao mesmo tempo em que se faz necessária, é um processo complexo a ser ainda incorporado e institucionalizado nos serviços de saúde. Além disso, o estudo apontou que os gestores municipais de saúde não possuem formação para a gestão e não estão preparados para desenvolver ações de avaliação, o que denota uma carência e dificuldades para a efetivação da proposta de avaliação do Ministério da Saúde, bem como, para o processo decisório no espaço local.

Embora não conceituando a avaliação e essa não incorporar a prática decisória, ao se considerar a expansão da ESF, o PMAQ – AB, este é reconhecido pelos gestores municipais de saúde como principal instrumento de avaliação da AB. Contudo, o PMAQ-AB não é considerado ainda um dispositivo para a gestão, uma vez que desconhecem a origem do instrumento, da sua aplicação e os resultados não retornam qualitativamente, o que se faz ineficaz na gestão em saúde, e não permite refletir sobre a qualidade da rede de atenção em saúde. Assim, o PMAQ-AB perde a oportunidade de transformar uma avaliação quantitativa em qualitativa, deixando de contribuir para a qualificação das ações em saúde.

Ainda, o estudo denota dificuldades relatadas pelos gestores com relação á fase de avaliação externa, ao passo que solicitam mais aproximação com as instituições de ensino que realizam o processo. Assim ao revelar tais dificuldades, o presente estudo busca contribuir e incentivar a realização de ações de extensão e pesquisa das instituições de ensino superior nas atividades de avaliação dos serviços de pesquisa.

### **Living the Health Evaluation: the Experience of Municipal Managers with the PMAQ - AB**

#### **ABSTRACT**

Evaluation in the field of public policy plays an important role as it ensures adherence to the principles and guidelines of the National Health System. In order to increase access to and quality of primary care, the Ministry of Health established the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) in 2011. This article aims to

describe the experiences of local health managers with the evaluation of health services, general understanding and living with the PMAQ within Rio Grande do Sul. It is a qualitative, descriptive, exploratory study. The data were collected from January to March 2014 with municipal health service managers of the Verdes Campos area. The results show an understanding of local health managers about health evaluation and their experience with the PMAQ in the local space. The study, beyond revealing the health assessment of incipient to municipal managers, reveals the difficulty of using the PMAQ as a management device.

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNOLD, M.F. Avaliação: a parallel process to planning. IN. : BROUSSELLE, A. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

BEEBY, C. E. The meaning of evaluation. Current Issues en Education. IN. : BROUSSELLE, A. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 34 p.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 jul. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em: 05 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: MS, 2012c. p.59.

\_\_\_\_\_. Departamento da Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Brasília, 2012. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>. Acesso em 06 ago. 2013.

CARVALHO, A. L. B. de et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.4, pp. 901-911. ISSN 1413-8123.

CHAMPAGNE, F.; et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. pp 61-74. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29-46.

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

FAUSTO, M. C. R; MENDONÇA, M. H. M. de; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R; FELISBERTO E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. **Cien Saude Colet** 2006; 11(3):553-563.

FONSECA, H. M. S. (Orgs). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013. Cap. 3, p. 288-309.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2010.

NICKEL, D. A. et al. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**. 2014, vol.30, n.4, p. 839-850. ISSN 0102-311X.

PINTO H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov.Saúde**; 2012.6(2) Sup., Ago., Rio de Janeiro.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Monitoramento de Indicadores de Saúde: Uma Proposta Conceitual e Metodológica**. Porto Alegre, 2007.

\_\_\_\_\_. **Coordenadorias Regionais**. 2013. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias\\_Regionais](http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais)>. Acesso em 20 de ago. 2013.

SCRIVEN, M. **Evaluatin Thesaur**s. 4 ed. Newbury Park: Sage Publicação, 1991.

SHUMANN, E, A. Evaluative Recher: principal and prática em public service and social acton program, IN: BROUSSELLE, A. **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011

SILVA, L. M. da. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. da. (Orgs) **Avaliação em Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 275 p.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. **Trab. educ. saúde**. 2011, vol.9, n.1, pp. 95-108. ISSN 1981-7746.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc**. 2011, vol.20, n.4, pp. 927-934. ISSN 0104-1290.

WEISS, C. H. Evoluatíng educational and social action programs: a treeful of owls; IN.: BROUSSELLE, A. **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das diretrizes apontadas para a efetivação dos SUS é a realização da avaliação de processos e resultados, na busca da melhoria do acesso e qualidade da atenção em saúde à população. Assim, o gestor municipal de saúde assume responsabilidades da incorporação de práticas avaliativas no cotidiano da atenção à saúde. É nesse sentido que o presente estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: “Como os Gestores Municipais de Saúde da 4ª CRS/RS implementam os programas de Avaliação em Saúde na Atenção Básica?”.

Ao buscar subsídios para a realização desse estudo, em bases de dados nacionais e internacionais, é importante considerar que carecem produções acadêmicas relacionadas à temática da avaliação dos serviços e saúde. Ao se analisar os achados, observou-se que a avaliação está restrita à mensuração de indicadores e resultados, e que os gestores não mencionam outras dimensões de avaliação. Além disso, com relação à prática da gestão de saúde, esta é ainda centrada na ordenação e funcionamentos dos serviços, limitada as atribuições básicas da administração pública, centrada ainda em um modelo positivista, não possuindo espaço de diálogo, acolhimento e participação social.

A coleta de dados do estudo possibilitou o contato com os gestores municipais em seus locais, permitindo o contato com as realidades locais de cada município, e trabalhar com fatos colhidos nos espaços reais de cada gestor. Além disso, esta é considerada uma oportunidade de construção de conhecimento e compartilhamento de experiências entre universidade e sociedade.

Com relação ao perfil dos gestores municipais participantes do estudo, a maioria é do sexo masculino, o que demonstra que no caso estudado os homens tem mais possibilidades de ascensão a cargos mais altos. A faixa etária predominante foi de 40 a 50 anos, característica semelhante ao que apontam demais estudos na área.

O ato de gerenciar exige habilidade política e competência, nesse sentido o estudo revela que os gestores municipais de saúde ocupam cargos por indicação política e que não existe uma cultura de formação gerencial, ao passo que os gestores não possuem formação para a gestão, assim, sugere-se a necessidade de investimentos com vistas ao aperfeiçoamento/especialização desses atores, e práticas de educação permanente e continuada no campo da saúde com temas referentes à política do sistema de saúde.

O estudo desvela uma divergência à política pública de saúde, na medida em que os gestores criticam a pouca governabilidade do nível municipal, a autonomia prevista nos



dispositivos legais do SUS não é alcançada quanto ao repasse financeiro, com políticas e programas verticalizados. Tais fatos denotam a necessidade da realização de estudos epidemiológicos e consideração das características locais para o repasse de recursos aos municípios e, a necessidade de avaliação contínua por parte do gestor municipal das ações e serviços ofertados.

Uma dificuldade apontada pelo estudo é o fato dos gestores municipais de saúde não fazerem referência ao papel da gestão regional na busca de melhorias ao cenário de saúde atual. Ou seja, os mesmos não reconhecem a conformação da rede regional de saúde, a regulação do acesso dos usuários aos serviços de maior densidade tecnológica, e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde como estratégia para avançar no cenário local saúde.

O estudo desvela a insatisfação dos gestores, ao passo que os mesmos revelam a dificuldade em relação ao financiamento, que é insuficiente frente às demandas no cotidiano de gestão, e fragilidade da rede com relação à referência serviços com alta densidade tecnológica. Além disso, a forma como o financiamento está organizado no campo da saúde tem contribuído para fragilizar as ações de planejamento e de avaliação.

A avaliação é um processo complexo que requer ser institucionalizada na gestão em saúde, e intimamente ligada ao processo de tomada de decisão. A mesma exige qualificação técnica, na medida em que é associada ao planejamento das ações em saúde, subsidiando as políticas de saúde. Contudo, os gestores municipais não possuem formação no campo da avaliação em saúde, o que dificulta o processo de avaliação. Além disso, para os mesmos atores, a avaliação é incipiente, uma vez que não é sequer conceituada e não é utilizada na rotina de gestão. Dessa forma, emerge a necessidade de investimentos para a institucionalização da avaliação enquanto prática de gestão e rotina nos serviços de saúde.

É nesse contexto que o PMAQ – AB se destaca como única experiência sistematizada de avaliação, embora os gestores municipais não possuam apropriação com relação ao desenvolvimento do programa.

Uma característica apontada como facilitadora no processo de implementação do PMAQ – AB é o repasse de recursos financeiros para AB ao passo que vão sendo alcançados resultados satisfatórios no processo avaliativo. No cenário observado houve uma importante mobilização de todos os atores envolvidos na avaliação e também demais setores da sociedade para que fossem realizadas as adequações estruturais e políticas para adesão, e os resultados fossem positivos.

Ainda, o estudo aponta uma crítica dos gestores municipais ao PMAQ – AB, no momento em que na fase de avaliação externa esses não possuem participação ativa. Assim,

se propõe que as experiências nos gestores fossem consideradas, e que os resultados do processo avaliativo retornassem aos gestores municipais como subsidio na tomada de decisões. Além disso, sugere-se que as universidades assumam a formação superior dos profissionais do campo da saúde com vistas às políticas públicas, e atuem na criação de instrumentos para aproximar a avaliação às rotinas e cotidiano da gestão em saúde.

Por fim, além de contribuir com a atuação dos gestores municipais de saúde, o presente estudo assume importância frente a construção do conhecimento em enfermagem e saúde, ao abordar uma temática até então carente nas bases de dados e contribui no desenvolvimento de estudos futuros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D. B. de. **Avaliação da Gestão de uma Unidade de Saúde da Família nas Dimensões da Integralidade**. 2010. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2010.

BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Revista Administração em Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 41, p. 159-63, Out-Dez, 2008.

BERRA S. et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. **Rev Panam Salud Publica**. 2013; 33(1): 30-9.

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

BODSTEIN, R. **Atenção Básica na Agenda da Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):401-412, 2002.

BONIATTI, J. **Análise do Perfil Socio Profissional dos Gestores do SUS da Região do Alto Uruguai**. 2012. 45 f. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde EAD) – Unversidade Federal do Rio Grande do Sul, Novo Hamburgo, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários da Saúde**. Brasília: CONASS, 2003, 604p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 69 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 2.529**, de 19 de outubro de 2006.14p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. 282 p.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 4.729, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 27 ago.2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 534 p.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 261 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você – **Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)** – Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 69 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretário Municipais de Saúde. **Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde**. Brasília: CONASEMS, 2012. 190P.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 jul. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em: 05 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 2012c. p.59.

\_\_\_\_\_. Departamento da Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília, 2012. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>. Acesso em 06 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. **Organização Nacional de Acreditação Hospitalar**. [2014]. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 24 de aut. 2014.

CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção primária: saúde compartilhada e ampliada**. São Paulo. Hucitec, 2008. 323 p.

CAVALHEIRO, G; MEDEIROS, J. Redes Assistenciais no SUS- Financiamento e Alocação. IN:CARVALHO, G. **Redes de Atenção À Saúde: Desafios da regionalização do SUS.** Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. **QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.935-947, 2011

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** 10(4), 975-986, 2005.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. **Modelizar as intervenções.** In: BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: conceitos e métodos. pp 61-74. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

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.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber Preparar uma Pesquisa.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

\_\_\_\_\_. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.705-11, 2006.

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

CUBA, E,G; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração.** Campinas, SP: Editora UNICAMP, 2011

DIOGO, M. F, COUTINHO, M. C. A dialética da inclusão/exclusão e o trabalho feminino. **Interações.** 2006, vol.11, n.21, pp. 121-142. ISSN 1413-2907.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care.** Milbank Mem. Fund. Q. 44:166, Part 2, 1966

\_\_\_\_\_. **The epidemiology of quality.** Inquiry 1985; 12.

\_\_\_\_\_. **The Quality of Medical Care.** Science 200, 1978.

DUBOIS, C. A., CHAMPAGNE, F., BILODEAU, H. História da avaliação. In: BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTRANDRIOPOULOS, A. P., HARTZ, Z, (org). **Avaliação: Conceitos e Métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

FLEURY, S; BAHIA, L; AMARANTE, P. **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária.** Rio de Janeiro, Cebes, 2008, reimpressão. 232p.

FLEURY, S. M., OUVENERY, A. M. **Gestão em redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, 204p.

FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Orgs) **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 715-739.

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

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde.** Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz, p. 32. Disponível em: <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS\\_CURSO\\_VIGILANCIA/20.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf)> Acesso em: jan. 2014.

GOYATÁ, S. L. T. et al. **Avaliação da Cobertura Assistencial de um Sistema Municipal de Saúde.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):510-5.

LUNA, S. M. M. **Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso.** Cáceres: Editora Unemat, 2008. 134p.

MARTY, I. K. **O Uso de Ferramentas e Tecnologias de Gestão no Planejamento e na Gestão por Resultados dentro da APS.** 2011. 110p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante –Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2011

MAYAN, M. **Uma Introducción a los Métodos Cualitativos: Módulo de Entrenamiento para Estudiantes Y profesionales.** 2001. Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>>.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2010.

MIRANDA, D. B, GUIMARÃES, I. G, ALVES, e. D. Representações Sociais da Descentralização do SUS: Perspectivas dos Gestores Municipais de Saúde de Goiânia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador. v. 33, n. 3, p. 349 – 360, jul./set. 2009.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005.

NORONHA, L. M. F. **Uma década do programa Saúde da Família em Beberibe – CE: avanços e limites**. 2006. 127p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante – Planejamento e Políticas Públicas). Universidade Estadual do Ceará.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. 1112 p.

OLIVEIRA, S. F. de. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma Análise a partir das Crenças dos Profissionais de Saúde da População Assistida**. 2006. 160p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/Organización Mundial de la Salud. **La renovación de la atención primaria de salud en las Américas**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2007.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Belo Horizonte, 2005. 22p.

RIO GRANDE DO SUL. **Coordenadorias Regionais**. 2013. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias\\_Regionais](http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais)>. Acesso em 20 de ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. Porto Alegre, 2013.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, L; ANDRADE, L, O, M. Redes no SUS: Marco Legal. IN:CARVALHO, G. **Redes de Atenção À Saúde**: Desafios da regionalização do SUS. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SATO, W.N. S, CECCÍLIO, L. C. O, ANDREAZZA,R. A Educação Permanente em Saúde como Estratégia de Formação de Gestores Municipais: O Fórum de Educação Permanente de Bragança Paulista. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 14, n. 55 – jul./dez. 2009.

SCRIVEN, M. Metodologia da Avaliação. In: SANDER, J. (Org) **Introdução à avaliação de programas sociais**, coletânea de textos traduzidos pelo Instituto Fonte, 2003.

SILVA, L. M. da. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. da. (Orgs) **Avaliação em Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 275 p.

SILVA, M. A. **Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade**. 2010. 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2010

SLVA, S. A. F. da. **Avaliação Participativa em Saúde: Percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica em Saúde**. 2012. 80p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. 2012.

STARFIELD, B. **Primary Care**: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992

\_\_\_\_\_. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. **Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.



STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

TAKEDA, Silvia; TALBOT, Yves. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO v. 11, n. 3, p. 569 – 571, jul.set. 2006.

VERAS, C. L. de S., VIANNA, R. P. de T. **Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica – 2005**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 18(2):133-140, abr-jun 2009.

VIDOR, Ana Cristina; FISHER, Paul Douglas and BORDIN, Ronaldo. **Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 24-30. ISSN 0034-8910.

WEILLER, T. H. **O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. Ribeirão Preto, 2008. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP- área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

YANNOULAS, S.C. **Dossiê: políticas públicas e relações de gênero no mercado de trabalho**. Brasília: CFEMEA, FIG/CIDA. 2002.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do Estudo:** Avaliação em Saúde na Atenção Básica a partir da atuação de Gestores Municipais de Saúde.

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller

**Pesquisadora:** Rosana Huppel Engel

**Telefone para contato:** 55 32208029

**e-mail para contato:** [weiller2@hotmail.com](mailto:weiller2@hotmail.com)

**Local da coleta dos dados:** Municípios da Região Verdes Campos, 4<sup>a</sup> CRS/RS Prezado (a) Sr (a)

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, na realização de uma pesquisa de dissertação de mestrado. Você está livre para aceitar ou recusar fazer parte da pesquisa, você não sofrerá nenhum tipo de represália, independente do resultado desta pesquisa.

Esta Pesquisa tem objetivo de analisar a implementação dos Programas de Avaliação em Saúde na Atenção Básica a partir da ação de gestores municipais de saúde da 4<sup>a</sup> CRS/RS. **Procedimentos:** Para isto você precisa concordar em responder a uma entrevista, que será gravada. A duração da entrevista será conforme as suas respostas e participação. Você pode pedir para interromper a entrevista caso considere necessário ou estiver se sentindo desconfortável.

Esta pesquisa terá caráter gratuito e espontâneo, não havendo nenhum custo ou compensação financeira pela sua participação.

**Riscos:** a pesquisa apresenta riscos mínimos para você, você pode sentir desconforto ou cansaço ao responder ao questionário, caso necessário a entrevista será suspensa.

**Benefícios:** esta pesquisa não traz benefício diretos para vocês. Espera-se que com esta pesquisa consiga-se analisar a implementação dos Programas de Avaliação em Saúde na Atenção Básica a partir da ação de gestores municipais de saúde da 4<sup>a</sup> CRS/RS. Você não terá benefício financeiro na participação desta pesquisa.

**Sigilo:** Não haverá nomes nem outra identificação dos sujeitos em nenhum relatório ou publicação do estudo. Toda a informação adquirida durante este estudo será tratada como confidencial e será apenas dada a conhecer aos investigadores. Só os dados anônimos serão usados para possível exposição em publicações científicas. Os participantes deste estudo serão identificados pelo código “G1, G2... G10” conforme ordem de realização das entrevistas. **Destino dos dados coletados:** Os resultados dessa pesquisa serão divulgados e publicados. Você terá acesso a essas informações. Em momento algum sua identidade será identificada. Após o término da pesquisa, os dados constituirão um banco de dados, que poderá ser utilizado em estudos futuros, que serão encaminhados para análise do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados ficarão armazenados com extrema privacidade e confidencialidade dos sujeitos envolvidos na sala 1305, do departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, Dr<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller, por cinco anos. Após este período, serão destruídos.

Quando você assinar na linha abaixo, isto significa que concorda em participar da pesquisa descrita acima. É preciso que a sua assinatura seja obtida antes da realização de qualquer procedimento do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_ declaro que concordo em participar da pesquisa, tendo sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os procedimentos nela envolvidos e benefícios da minha participação, e liberdade de não participação sem prejuízo para mim. Os objetivos do estudo foram explicados de forma adequada, tive ampla oportunidade para fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente.  
Afirmo ainda que, de livre e espontânea vontade, permito que os dados e informações a meu respeito sejam utilizados da forma como estabelecida entre eu e o pesquisador.  
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo. O presente documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Será assinado em duas vias, de teor igual, ficando uma em poder do participante da pesquisa e outra em poder do pesquisador.

---

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

---

Caso permaneçam dúvidas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Federal de Santa Maria, RS. Fone: 55-3220 9362, ou com a pesquisadora Dr<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller pelo fone: 32208263.

---

**APÊNDICE B – Instrumento para entrevista com gestores municipais de saúde da Região de Saúde Verdes Campos da 4ªCRS/RS**

Código de entrevistado: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

A sua formação profissional é em qual área?

Quanto tempo você trabalha na área da saúde?

Quais as suas experiências como gestor de saúde?

Qual é a sua avaliação sobre o Cenário de Saúde no Brasil?

Qual a sua experiência com Avaliação dos Serviços de Saúde?

O que você entende sobre o PMAQ?

Qual a sua vivência com a implementação do PMAQ no seu município?

## APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade

### APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade

**Título do projeto:** Avaliação em Saúde na Atenção Básica a partir da atuação de Gestores Municipais de Saúde.

**Pesquisador responsável:** Profª Drª Teresinha Heck Weiller.

**Instituição/Departamento:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM **Telefone para contato:** 55 3220 8029

**Local da coleta dos dados:** Municípios da Região Verdes Campos, 4ªCRS/RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados por meio de entrevistas, que serão gravadas e previamente agendadas. Os dados coletados constituirão um banco de dados e poderão ser utilizados na realização de estudos futuros, que serão encaminhados para análise do CEP. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima, os dados serão armazenados com extrema privacidade e confidencialidade dos sujeitos envolvidos na sala 1305, do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, Drª Teresinha Heck Weiller, por cinco anos. Após este período, serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, 30 de Janeiro de 2014



Profª Drª Teresinha Heck Weiller

## **ANEXO**

## Anexo A - Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisas

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



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA AÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

**Pesquisador:** Teresinha Heck weiller

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 26051613.3.0000.5346

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 515.786

**Data da Relatoria:** 21/01/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - mestrado da UFSM a ser realizada com gestores municipais de saúde, dos municípios da Região de Saúde Verdes Campos que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no primeiro ciclo em 2011.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a implementação do PMAQ a partir da ação de gestores municipais de saúde da 4ª CRS/RS.

Objetivo Secundário:

- Identificar a compreensão de gestores municipais de saúde acerca da avaliação em saúde na Atenção Básica e dos programas de avaliação em saúde;  
- Descrever as ações de avaliação em saúde na Atenção Básica implementadas pelos gestores municipais de saúde.

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

**Bairro:** Cidade Universitária - Camobi

**CEP:** 97.105-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



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



Continuação do Parecer: 515.786

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: A pesquisa apresenta riscos mínimos, pois o sujeito pode sentir desconforto ou cansaço ao responder ao questionário, caso necessário a entrevista será suspensa.

Benefícios: Como benefício espera-se conseguir contribuir com os estudos acerca da temática avaliação em saúde e nas práticas de gestão em saúde dos municípios. Os sujeitos participantes do estudo não terão despesas e benefícios diretos decorrentes deste estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa, fundamentada no referencial teórico do Materialismo Histórico Dialético. O presente estudo será realizado na Região Verdes Campos, formada por vinte e um municípios, e o universo será composto por gestores municipais de saúde dos municípios da Região de Saúde Verdes Campos que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no primeiro ciclo em 2011, os quais representam 10 municípios, a citar-se: Dona Francisca, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Pinhal Grande, Quevedos, Santa Maria, São João do Polésine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé. A coleta de dados será por meio da realização de entrevistas, que serão gravadas e transcritas, realizadas no período de janeiro a março de 2014. Apresenta como Critério de Inclusão: gestores municipais de saúde dos municípios da Região Verdes Campos que tiveram adesão ao PMAQ no primeiro ciclo do Programa, em 2011, os quais representam 10 municípios e como Critério de Exclusão: gestores municipais dos municípios da Região de Saúde Verdes Campos que não tiveram adesão ao primeiro ciclo do PMAQ, em 2011, e aqueles que não demonstrarem interesse de participação. A análise será realizada a partir da proposição de Análise de Conteúdo por modalidade Temática. Cronograma e orçamento adequados.

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

Apresenta folha de rosto, registro no GAP, autorização dos municípios que irão participar do estudo, termo de consentimento livre e esclarecido e termo de confidencialidade, adequadamente descritos.

**Recomendações:**

A utilização de informações proveniente dos sujeitos de pesquisa em outros estudos deverá ter a apreciação do CEP.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar  
**Bairro:** Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

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



Continuação do Parecer: 515.786

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

Não há pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 27 de Janeiro de 2014

---

**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:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com