



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Garcia, Ana Claudia Pinheiro; Andrade, Maria Angélica Carvalho; Lima, Eliane
de Fátima Almeida; Rocha, Erika Maria Sampaio; Lima, Rita de Cássia Duarte
Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde
Saúde em Debate, vol. 42, núm. 118, 2018, Julho-Setembro, pp. 606-617
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811805>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406368953006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde

Improvement in Primary Care access and quality: the perspective of Community Health Workers

Ana Claudia Pinheiro Garcia¹, Maria Angélica Carvalho Andrade², Eliane de Fátima Almeida Lima³, Érika Maria Sampaio Rocha⁴, Rita de Cássia Duarte Lima⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811805

RESUMO A pesquisa objetivou descrever como ocorreu a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e avaliar sua perspectiva em relação às melhorias no acesso e na qualidade da Atenção Básica (AB). Trata-se de estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado com 133 ACS vinculados às equipes de saúde da família que aderiram ao programa. Observou-se a necessidade de maiores esforços dos municípios para incentivar a inclusão dos ACS nos processos avaliativos e melhorar a sua capacitação, visando adequar seu nível de apreensão e conhecimento sobre o acesso e qualidade do cuidado na AB.

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)
-Vitória (ES), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5559-7463>
anacpgarcia@hotmail.com

²Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)
-Vitória (ES), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3690-6416>
geliandrade@gmail.com

³Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)
-Vitória (ES), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5128-3715>
elianelima66@gmail.com

⁴Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)
-Vitória (ES), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4347-0531>
emsampaiorocha@gmail.com

⁵Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)
-Vitória (ES), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5931-398X>
ritacdil@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Saúde da família. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The study aimed to describe how the participation of Community Health Workers (CHW) took place in the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PAQI-PC), and to evaluate their perspective regarding improvements in both the access and the quality of Primary Care (PC). This is a descriptive, cross-sectional study with quantitative approach, carried out with 133 CHWs linked to family health teams that joined the program. Results pointed out the need of greater efforts by municipalities to encourage the involvement of CHWs in evaluation processes and to improve their training, aiming at adjusting their level of apprehension and awareness of both the access and the quality in primary care.*

KEYWORDS *Community Health Workers. Primary Health Care. Health policy. Family health. Health evaluation.*

Introdução

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), estruturado com os princípios da responsabilidade sobre o território, da adscrição da população, do enfoque nas famílias e não apenas nos indivíduos, do conceito ampliado de saúde e da valorização da prevenção e promoção, trouxe os alicerces para a construção da Estratégia Saúde da Família (ESF), com impactos positivos sobre alguns dos principais indicadores de saúde e qualificando a vida de populações anteriormente desassistidas¹⁻³.

A relevância desse programa traduz-se na expansão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atingindo o número de 265.685 ACS, no ano de 2016, o que possibilitou a cobertura de 63,13% da população brasileira. O Espírito Santo conta com 5.119 ACS e uma cobertura de 62,75% da população do estado, próxima à média nacional para o ano de 2016⁴. Muitos estudos⁵⁻⁷ evidenciam a importância e a capilaridade desse ator social. Trata-se de um profissional com papel decisivo na reorientação e expansão da Atenção Básica (AB) no Brasil, considerado como ‘nuclear’ ou como ‘elo’ entre o sistema de saúde e a comunidade.

O processo de institucionalização do trabalho do ACS, todavia, não significa que estejam superadas as tensões decorrentes da presença de um

[...] trabalhador de perfil profissional ambíguo e em processo de definição, oriundo das classes populares, como parte de uma equipe de ESF constituída prioritariamente por profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos⁸⁽²³²⁾.

Considerando as origens e o processo histórico de formação dos ACS, bem como sua vinculação com as classes populares, é de se supor que a sua profissionalização seja compreendida como um processo contraditório e conflituoso do ponto de vista da política

institucional. Nesse sentido, é relevante a análise sobre o ACS,

[...] partindo do pressuposto de que ele é, dentro do campo da saúde, um trabalhador estratégico para o estudo das novas morfologias do trabalho em serviço e das mediações dessa categoria diante das lutas sociais⁹⁽²⁶⁰⁾.

O tema da avaliação da AB ganha potência com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que objetiva disparar um processo de mudança de cultura do modelo de atenção à saúde, em todos os seus âmbitos, na assistência e na gestão, em todas as esferas de governo. Desenvolvido em ciclos (Ciclos de Qualidade), o programa teve início em 2012 (primeiro ciclo); e o segundo transcorreu em 2013. Cada ciclo consiste em quatro fases: 1) Adesão ao programa; 2) Desenvolvimento, com quatro estratégias visando à mudança nos resultados alcançados pelas equipes de saúde: autoavaliação; monitoramento; educação permanente e apoio institucional; 3) Avaliação externa e certificação, com a classificação de desempenho das equipes, referência para o valor do incentivo financeiro a ser recebido, via transferência fundo a fundo e 4) Recontratualização de novos compromissos¹⁰.

Vale destacar que, no campo da saúde, a avaliação da AB transforma-se em problema no momento em que demanda a mobilização coletiva dos profissionais da AB. O reconhecimento e a inclusão de todos os profissionais na avaliação da AB constituem elementos-chave na identificação da qualidade do processo avaliativo e critério importante para que os resultados apontados embasem as tomadas de decisão¹¹. Entre os profissionais das equipes de saúde da família, a inclusão do ACS merece ênfase, pois a ele são atribuídas funções estratégicas e complexas.

Assim, torna-se relevante o tema do presente artigo, que tem como objetivo descrever como ocorreu a participação dos ACS

no PMAQ-AB no estado do Espírito Santo e avaliar sua perspectiva em relação às melhorias no acesso e na qualidade da AB após a realização dos dois primeiros ciclos desse programa. Assim, pretende-se dar visibilidade aos seus limites e potencialidades, de modo a contribuir com dados empíricos para qualificação do processo avaliativo da AB.

Métodos

Foi realizado estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. As informações foram obtidas com 133 ACS vinculados às equipes de saúde da família que aderiram ao PMAQ-AB, em três municípios do estado do Espírito Santo. Tratam-se de municípios de grande porte, localizados na região metropolitana da Grande Vitória, onde se concentram 33,4% da população do estado¹².

O presente estudo integra um projeto mais abrangente sobre o processo de trabalho dos ACS na Atenção Primária à Saúde (APS). Os dados foram coletados por meio de questionário aplicado aos ACS, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam, em horário previamente agendado. O questionário consistiu de 49 questões, as primeiras 17 abordaram o perfil do ACS, as 22 seguintes abrangeram o processo de trabalho e as 10 últimas, a percepção dos ACS sobre o PMAQ-AB. O artigo destaca como variáveis para discussão o conhecimento dos ACS sobre o PMAQ-AB, seus objetivos e a adesão da equipe, a participação desses profissionais nas fases de autoavaliação da equipe e de avaliação externa e a percepção destes sobre melhorias no acesso e na qualidade da AB.

Foi realizado um estudo piloto com ACS de um município não participante da pesquisa; e o instrumento de coleta de dados revelou-se adequado, dispensando reformulações. Dessa forma, no período de novembro de 2015 a junho de 2016, foram coletados os dados.

Como critério para participação na pesquisa, estabeleceu-se a atuação profissional em equipes que aderiram ao PMAQ-AB e que fizessem parte da equipe em, pelo menos, um dos ciclos do programa. Foram excluídos os que estavam afastados/licenciados ou em férias, durante a coleta de dados, bem como aqueles que não atuavam nas equipes em nenhuma das fases do PMAQ.

Foi realizada análise descritiva com frequência absoluta e relativa das variáveis de estudo por meio do programa Stata versão 13.0.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida sob o número de parecer 876.415. Foram informados aos participantes o objetivo do estudo e a confidencialidade dos dados, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve conflito de interesses entre os pesquisadores envolvidos e o objeto pesquisado.

Resultados e discussão

Participação dos ACS na autoavaliação da equipe

O processo avaliativo proposto pelo PMAQ-AB tem início com a autoavaliação das equipes de saúde. No presente estudo, observou-se que cerca de um terço (33,8%) dos ACS não foi convidado a participar dessa fase do processo e, entre os que foram convidados, quase 10% não participaram (*tabela 1*).

Verifica-se, assim, um distanciamento entre a recomendação do Ministério da Saúde e a realidade das equipes. Nesse sentido, há autores¹³ que questionam a verticalização da implementação do PMAQ-AB e destacam a necessidade do envolvimento e do olhar reflexivo do coletivo de profissionais sobre as suas práticas como fundamentais para a mudança no sentido da qualificação do processo de trabalho e do cuidado ofertado.

Cabe ressaltar que a autoavaliação é

uma ferramenta de gestão estratégica na organização do processo de trabalho e para melhoria da qualidade da atenção à saúde. No primeiro ciclo do PMAQ-AB, foi realizada por mais de 80% das equipes de todas as regiões do País, exceto a região Centro-Oeste, onde esse percentual foi de 69,5%¹⁴.

Observa-se que nas entrevistas realizadas, na fase da avaliação externa, com os profissionais acerca do processo de trabalho das equipes, as perguntas referiam-se a informações, tais como: realização de autoavaliação nos últimos seis meses, existência de documento para comprovação da autoavaliação, instrumento utilizado e apoio da gestão. No entanto, não há referência à participação dos membros da equipe, o que impossibilita saber quais profissionais efetivamente foram envolvidos nesse processo.

Considerada como ponto de partida da fase do desenvolvimento do PMAQ-AB, a autoavaliação é uma ferramenta que permite identificar e reconhecer dimensões positivas e problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde, a fim de mobilizar iniciativas para mudança e aprimoramento do serviço. Tendo em vista seu potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador, o Ministério da Saúde recomenda que

[...] o instrumento utilizado conte com os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – usuários, profissionais e gestores –, entendendo que todos são co-responsáveis pela qualificação do SUS¹⁰⁽¹³⁾.

A participação coletiva de todos os atores envolvidos com a AB em seus diferentes âmbitos é importante para que a autoavaliação se constitua como ação crítico-reflexiva, possibilitando apontar situações que necessitam ser revistas e/ou modificadas¹⁵.

O que o estudo em tela mostra é que, apesar do conhecimento afirmado pela maioria dos ACS sobre o PMAQ-AB, os seus objetivos e a adesão da equipe, na prática

avaliativa, ainda não se observa a mobilização das equipes locais para efetivar a participação desses profissionais. Tal fato reforça a existência de um campo de disputas de interesses dentro das equipes de saúde da família, que varia conforme as correlações de força e os arranjos institucionais e políticos regionais e locais⁸.

Essa perspectiva do ACS encontra consonância com a afirmativa de que a avaliação é uma negociação dinamizadora de interesses e disputas entre os vários atores envolvidos¹⁶. O autor acrescenta que só “pede uma avaliação quem tem poder”¹⁶⁽³⁾, inclusive, o de reconhecer a importância de determinado ator no processo, o que poderia ser evidenciado com a participação efetiva do ACS no processo de autoavaliação da equipe.

Destaca-se que, de acordo com Costa e Ferreira¹⁷⁽⁴⁶⁵⁾, os profissionais ACS

[...] garantem uma forte identificação com a comunidade da qual fazem parte, constituindo-se em trabalhadores singulares em saúde, contudo acabam formando um grupo próprio, por se diferenciarem social, econômica e no grau de escolaridade dos demais membros da equipe.

Os ACS e a avaliação externa do PMAQ-AB

Verificou-se, ainda, que 55% dos ACS colaboraram durante a fase de avaliação externa, ajudando a responder ao questionário e/ou localizando documentos/comprovantes, no entanto, 40% destes profissionais não foram convidados a ajudar.

Cabe esclarecer que a avaliação externa, terceira fase do PMAQ-AB, contou com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa (IES), responsáveis pela aplicação de instrumentos avaliativos para as equipes de AB que aderiram ao Programa, organizados em três módulos¹⁸:

Módulo I – Observação na UBS;

Módulo II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de AB e verificação de documentos na UBS; e

Módulo III – Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.

No módulo II, para responder ao instrumento da avaliação externa, foi estabelecido que a equipe escolhesse o profissional de ensino superior com o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a comunidade, o qual poderia contar com a colaboração dos demais profissionais da equipe. Ademais, como mostram os resultados deste estudo, a participação do ACS nessa fase do PMAQ-AB foi fundamental, principalmente, para ajudar a responder ao questionário e localizar documentos.

Ressalta-se que o trabalho do ACS, por seu caráter de mediação, é um campo privilegiado para avaliação, porém, tem-se revelado que o PMAQ-AB não consegue captar essa potencialidade e o trabalho dos ACS. Isso demonstra que essa política ainda não se afirmou como promotora das mudanças percebidas por esses atores¹⁹.

A essência da função dos ACS constitui as relações estabelecidas tanto na comunidade quanto na equipe. Seu papel mediador é entendido como fundamental para a concretização das propostas da ESF e vem sendo ampliado constantemente¹⁷. Além disso, tem-se identificado práticas de desvio de função desse trabalhador, sobretudo no sentido de responsabilizá-lo pela execução de tarefas burocráticas, de reprodução do modelo biomédico, centrado na doença, em detrimento das ações de promoção da saúde, o que faz refletir sobre a desvalorização e desvirtuamento da essência e finalidades do trabalho do ACS.

O desvio de função denota a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado,

segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação²⁰. Trata-se de um profissional que não é considerado membro legítimo da equipe, sendo seu trabalho prescritivo. Em relação ao PMAQ-AB, Mota mostra que o programa chegou ao ACS enquanto uma meta a ser cumprida, com uma participação limitada às questões burocráticas, tais como a organização de informações¹⁹.

Conhecimento dos ACS sobre PMAQ-AB, seus objetivos e adesão da equipe

Na *tabela 1*, pode-se observar que a maior parte dos ACS afirmou saber o que é o PMAQ-AB (76,7%) e que, entre esses, 68,4% afirmaram conhecer os objetivos do referido programa. Ainda, 70,7% foram informados sobre a adesão de sua equipe ao PMAQ-AB. No processo avaliativo, tais resultados corroboram a afirmativa de que a produção de cuidado proposta em um contexto social tão complexo como o comunitário suscita a necessidade de recrutar trabalhadores com domínio de saberes e práticas diferentes das produzidas pelas instituições de educação que formam para o setor saúde, sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias que partam da concepção e da práxis popular⁹.

Feitosa e colaboradores destacam o conhecimento dos profissionais sobre a proposta do PMAQ-AB como elemento articulador da construção coletiva de estratégias, segundo as demandas de saúde da população²¹. De acordo com os autores,

[...] cria-se a oportunidade de institucionalizar, dentro dos processos de trabalho de cada profissional, a cultura da melhoria e de monitoramento da qualidade das práticas de saúde na AB²¹⁽⁸²⁵⁾.

Ainda que a maioria, porém, tenha respondido afirmativamente às questões anteriores, um número significativo de ACS não tinha

informações básicas sobre o Programa nem sobre a participação das equipes onde atuavam, às quais estavam vinculados durante, pelo menos, um dos ciclos do PMAQ-AB. É importante lembrar que o território onde vive e atua o ACS exerce influência na produção do seu trabalho, no sentido da incorporação de práticas contrahegemônicas⁹. Assim, torna-se necessária

a reflexão sobre as tensões decorrentes das práticas e saberes dos ACS, que, segundo Luz (1981) citada por Queirós e Lima⁹⁽²⁶⁰⁾,

têm implicações políticas e encerram uma luta entre grupos e classes sociais que conformam essas instituições e que estão inseridos em um bloco histórico.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com a percepção sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (n = 133). Espírito Santo, 2016

Variáveis	N	%
Sabe o que é o PMAQ-AB		
Sim	102	76,7
Não	24	18,0
Ignorado	07	5,3
Conhece os objetivos do PMAQ-AB		
Sim	91	68,4
Não	13	9,8
Ignorado	05	4,5
Foi informado sobre a adesão de sua equipe ao PMAQ-AB		
Sim	94	70,7
Não	29	21,8
Ignorado	10	7,5
Foi convidado a participar da fase de autoavaliação da equipe		
Sim e participei	68	51,1
Sim, mas não participei	13	9,8
Não	45	33,8
Ignorado	07	5,3
Durante a fase de avaliação externa, foi solicitada sua colaboração		
Sim, para auxiliar a responder ao questionário	41	30,8
Sim, para localizar documentos/comprovantes	09	6,8
Sim, para auxiliar a responder ao questionário e localizar documentos/comprovantes	23	17,3
Não foi solicitada minha colaboração	54	40,6
Ignorado	06	4,5
Acha que os profissionais que não possuem nível superior também deveriam participar da fase de avaliação externa do PMAQ-AB		
Sim	115	86,5
Não	11	8,3
Ignorado	07	5,3

Tabela 1. (cont.)

Observou melhorias no acesso à Atenção Básica onde você atua após o PMAQ		
Sim, muitas melhorias	11	8,3
Sim, poucas melhorias	49	36,8
Não observei melhorias	64	48,1
Ignorado	09	6,8
Observou melhorias na qualidade da Atenção Básica onde você atua após o PMAQ		
Sim, muitas melhorias	13	9,8
Sim, poucas melhorias	51	38,3
Não observei melhorias	61	45,9
Ignorado	08	6,0

Fonte: Pesquisa 'Caracterização e análise do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e sua percepção sobre a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Espírito Santo', 2017.

Melhorias no acesso e na qualidade da AB

Questionados sobre a observação de melhorias após o PMAQ-AB, em relação ao acesso à AB, 36,8% dos ACS verificaram poucas, e 48,1% não observaram melhorias. No tocante à qualidade da AB, 38,3% identificaram, também, poucas melhorias, e 45,9% não as observaram. Destaca-se o elevado percentual de ACS que não perceberam melhorias após dois ciclos de PMAQ-AB. Esse dado torna-se mais significativo, considerando-se a grande capilaridade desse profissional com a comunidade.

Chamou a atenção o fato de que, entre os 64 ACS que não identificaram melhorias no acesso à AB, após o PMAQ-AB, 28,1% não sabiam o que é o programa, 39,1% não conheciam seus objetivos, 39,1% não foram informados sobre a adesão da equipe, 53,1% não participaram da autoavaliação e 60,9% não tiveram solicitada sua colaboração durante a avaliação externa.

Já entre os 60 profissionais que responderam afirmativamente quanto à observação de melhorias no acesso à AB, verificou-se um menor percentual de desconhecimento sobre o programa (6,7%), seus objetivos (10%) e sobre a adesão de sua equipe (5%), e um maior envolvimento no processo em relação ao grupo

anterior, apesar de 36,7% afirmarem que não participaram da autoavaliação, e 23,3% não tiveram solicitada sua colaboração durante a avaliação externa.

De modo semelhante, entre os 61 ACS que não identificaram melhorias na qualidade da AB, após o PMAQ-AB, nota-se um maior percentual de desconhecimento sobre o programa (45%) e sobre a adesão da equipe (37,7%) em relação ao grupo que observou melhorias, respectivamente 6,2% e 7,9%. O grupo que observou melhorias na qualidade teve maior percentual de participação na autoavaliação e na avaliação externa em relação ao grupo que não observou tais melhorias. No primeiro grupo, 35,9% não participaram da autoavaliação, e 26,6% não tiveram solicitada sua colaboração durante a avaliação externa, enquanto no outro grupo de ACS 52,4 % não participaram da autoavaliação, e 57,4% não tiveram solicitada sua colaboração durante a avaliação externa.

Um importante aspecto a ser considerado a partir desses resultados relaciona-se com a prática cotidiana do profissional ACS, uma vez que suas funções ultrapassam o campo da saúde, ampliando sua atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Identificam-se duas dimensões principais na atuação dos ACS: uma dimensão técnica,

relativa à atenção aos indivíduos e às famílias, à prevenção de agravos e ao monitoramento de grupos com problemas específicos; e uma dimensão política, direcionada à organização da comunidade a fim de transformar as condições de vida²².

Assim, as carências da população não são consideradas as mesmas por todos os membros da equipe, em especial pelo ACS, cuja prática profissional possui uma identidade comunitária que o diferencia dos demais trabalhadores da saúde, principalmente ao mediar as lutas sociais e políticas⁹. Essa compreensão ampliada pode estar influenciando a apreensão dos significados de acesso e qualidade da AB pelo ACS.

Por outro lado, o maior conhecimento sobre o PMAQ-AB, a maior informação sobre a adesão da equipe ao programa e a maior participação/collaboração nos processos de autoavaliação e avaliação externa possibilitaram a maior identificação de melhorias pelos profissionais ACS. A inserção do ACS no processo de cuidado à saúde possibilita organizar o trabalho em uma perspectiva multiprofissional, com um nível de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, para melhor atender às necessidades da população¹⁷, o que aponta para a tentativa de moldar a percepção e prática profissional do ACS, que tem avançado nas conquistas da regulamentação profissional e de sua ampliação⁹.

Além disso, ressalta-se a qualificação profissional do ACS, realizada em forma de capacitação em serviço, com conteúdos que variam em função dos problemas locais, em que a avaliação se pauta nas atividades realizadas no serviço, e o material educativo estrutura-se em torno das atividades a serem realizadas²⁰. Nesse contexto, apesar da ampliação do papel do ACS, exigindo novas competências nos campos político e social, principalmente ligadas à promoção da saúde, o processo de qualificação desse profissional ainda continua centrado no controle tecnológico da doença, fazendo com que ele reproduza a visão fragmentada e reducionista do modelo biomédico em sua prática²².

Esses dados demonstram que a autoavaliação ainda não se consolidou como ferramenta de reflexão e melhoria do processo de trabalho das equipes envolvidas. Mostram também a dificuldade da inserção do ACS na equipe de saúde e a pouca valorização desse profissional como avaliador da AB. Esses resultados apresentam-se de acordo com outros estudos realizados em locais diferentes¹⁹.

O que melhorou a partir do PMAQ?

Aos 61 ACS que responderam ter observado melhorias no acesso e aos 64 que verificaram o mesmo quanto à qualidade da AB, foram apresentadas opções de onde verificaram tais melhorias (*tabela 2*).

Em relação ao acesso à AB, foram apontadas melhorias, sobretudo, no aumento do número de consultas agendadas (43,3%) e na busca ativa de usuários (35%). Destaca-se que não foi percebido aumento do número de equipamentos e materiais.

No tocante à qualidade, as melhorias foram observadas nas consultas agendadas com médicos/enfermeiros (56,2%), no atendimento às gestantes (56,2%) e às consultas de puericultura (46,9%). Não foi apontada melhoria no apoio institucional.

Em pesquisa²¹ realizada com profissionais de saúde, de nível superior/médio, envolvidos na assistência enquanto responsáveis pela coordenação municipal do PMAQ-AB, foram apontadas mudanças após a implantação do programa, sobretudo, na organização do trabalho, em relação aos recursos materiais e infraestrutura da ESF e na organização dos registros.

Neste estudo, chama a atenção o fato de as melhorias apontadas pelos ACS estarem relacionadas com a quantidade e qualidade das consultas agendadas, bem como com o atendimento de gestantes e de consultas de puericultura. Esses resultados podem ter relação com o que foi encontrado por Feitosa

e colaboradores²¹, onde a organização dos registros impactou no atendimento e na diminuição do tempo de espera. Segundo os autores, a utilização de prontuários familiares, um dos requisitos do PMAQ-AB, além de garantir o registro de informações, permitiu o acesso com agilidade às ações das equipes de saúde da família, contribuindo para o planejamento das ações em saúde.

É importante destacar ainda que, apesar de

o cotidiano dos serviços, marcado pela racionalidade do modelo biomédico, influenciar a produção da prática profissional do ACS⁹⁽²⁶⁰⁾, a compreensão do ACS como um elemento nuclear para a reorientação da assistência à saúde no País no sentido da atenção integrada passa, necessariamente, pelo entendimento da saúde como um processo social resultante das condições de vida da população²⁰.

Tabela 2. Melhorias observadas pelos ACS no acesso e na qualidade da Atenção Básica. Espírito Santo, 2016

Variáveis	N	%
Melhorias no acesso	N=60	
Aumento da quantidade de consultas agendadas	26	43,3
Melhora/ampliação da busca ativa de usuários	21	35,0
Aumento do número de visitas domiciliares	17	28,3
Atendimento da demanda espontânea	14	23,3
Diminuição do tempo de espera às consultas	13	21,7
Ampliação/modificação do horário de atendimento	8	13,3
Aumento do número de medicamentos dispensados	4	6,7
Aumento do número de equipamentos e materiais	-	-
Melhorias na qualidade	N=64	
Em consultas agendadas com médicos e/ou enfermeiros	36	56,2
No atendimento às gestantes	36	56,2
No atendimento às consultas de puericultura	30	46,9
Na visita domiciliar	27	42,2
No processo de trabalho da equipe	23	36,0
Na marcação de consultas	20	31,2
Em consultas agendadas com dentistas	19	29,7
Nos atendimentos a portadores de tuberculose e hanseníase	18	28,1
Na vacinação	17	26,6
No acesso aos prontuários	13	20,3
Na sinalização dos ambientes da unidade	10	15,6
Na dispensação de medicamentos	10	15,6
No agendamento dos usuários às consultas especializadas	10	15,6
No apoio matricial	8	12,5
Nas instalações físicas da unidade	5	7,8
No apoio institucional	-	-

Fonte: Pesquisa 'Caracterização e análise do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e sua percepção sobre a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Espírito Santo', 2017.

Considerações finais

É evidente a importância da avaliação em uma perspectiva de mudança de lógica de modelo de atenção à saúde, sendo fundamental a inclusão de todos os profissionais de modo participativo, crítico e ativo na condução dessa mudança. Contrariando essa lógica, a participação dos ACS no processo avaliativo proposta pelo PMAQ-AB restringiu-se a ajudar os profissionais de nível superior a responder ao questionário e a localizar documentos (pouco mais da metade), durante a fase de avaliação externa; e cerca de um terço não participou nem mesmo da autoavaliação da equipe.

Ressalta-se aqui o caráter singular do ACS, por ser um profissional exclusivo do Sistema Único de Saúde, assim como a importância e o potencial transformador desse agente na mudança de modelo de atenção. Contudo, sua pouca valorização no processo avaliativo da AB expressa a dificuldade da efetiva inserção desse profissional nas equipes de saúde. Esse fato pode ter comprometido os resultados desta avaliação, uma vez que desconsiderou a vivência do profissional com maior capilaridade na comunidade, que se constitui na razão maior da qualificação do

cuidado. Além disso, a exclusão de parte dos ACS do processo avaliativo da AB pode contribuir para perpetuar sua exclusão, comprometendo o apoio, a implementação e o desenvolvimento de ações básicas voltadas para a comunidade, de forma a expandi-las e a fortalecê-las.

Esses resultados demonstram a necessidade de maiores esforços dos municípios no sentido de desenvolverem estratégias para incentivar a inclusão dos ACS no processo avaliativo, e, consequentemente, para melhorar a capacitação do ACS, visando adequar seu nível de apreensão, conhecimento sobre o acesso e qualidade do cuidado na AB, para que ele possa atuar segundo as diretrizes desse sistema e contribuir efetivamente para sua consolidação.

Colaboradores

Todas as autoras deste manuscrito contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados, bem como para a elaboração do rascunho ou da revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Macinko J, Guanai FC, Fátima M, et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epid. Community Health.* 2006 jan; 60(1):13-19.
2. Dourado L, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in primary health care – sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project IC-SAP-Brazil). *Med Care.* 2011 jun; 49(6):577-584.
3. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, et al. Estratégia de saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 353-371.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica [internet]. Brasília, DF: [sem data definida] [acesso em 2017 jun 4]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>.
5. Kluthcovsky ACG, Takayanagi AMM. O trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Com.* 2006 abr-jun; 2(5):23-29.
6. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis.* 2011; 21(3):899-9161.
7. Costa SM, Araújo FF, Martins LV. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2013 jul; 18(7):2147-2156.
8. Mota RA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab. Educ. Saúde.* 2010 out; (2):229-248.
9. Queirós AAL, Lima LP.A Institucionalização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Trab. Educ. Saúde.* 2012 jul-out; 10(2):257-281.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 2017 maio 13]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>.
11. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Mercado FJ, Bosi MLM, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.* Petrópolis: Vozes; 2013. p. 207-228.
12. Instituto de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2017 [acesso em 2018 maio 26]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.
13. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2015 out-dez; 39(107):1033-1043.
14. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate.* 2014 out; 38(esp):124-139.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
16. Tanaka O, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação em Saúde: contribuições para a incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
17. Costa EM, Ferreira DLA. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Trab. Educ. Saúde* 2011 nov; 9(3):461-478.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção

- Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013 [acesso em 2017 maio 13]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf.
19. Mota RRA. A avaliação da Atenção Básica e o trabalho dos agentes comunitários de saúde: implantação do PMAQ-AB-AB no Médio Paraíba Fluminense [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015. 184 p.
20. Morosini MV, Corbo AA, Guimarães CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. Trab. Educ. Saúde. 2007 jul; 5(2):287-310.
21. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Júnior JOS, et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde Soc. 2016; 25(3):821-829.
22. Gomes KO, Cotta RM, Cherchiglia ML, et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saúde Soc. 2009; 18(4):744-755.

Recebido em 18/08/2017

Aprovado em 04/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo. Termo de outorga 052/2015