



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Bertusso, Francielle Regina; Rizzotto, Maria Lucia Frizon
PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná
Saúde em Debate, vol. 42, núm. 117, 2018, Abril-Junho, pp. 408-419
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811705>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406368999006>

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

UABEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná

PMAQ in the view of workers who participated in the program in Region of Health of Paraná

Francielle Regina Bertusso¹, Maria Lucia Frizon Rizzotto²

DOI: 10.1590/0103-1104201811705

RESUMO Pesquisa com abordagem qualitativa que objetivou analisar as mudanças nos processos de adesão, avaliação externa e organização do processo de trabalho de 21 equipes na 10a Região de Saúde do Paraná, as quais participaram dos dois primeiros ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os resultados apontaram melhor organização e registro das informações; planejamento a partir da autoavaliação e a avaliação externa como estratégia de mobilização da gestão e das equipes. Todavia, é necessário maior envolvimento das equipes na contratualização e monitoramento dos indicadores do PMAQ, assim como melhor uso das ferramentas da autoavaliação no planejamento local.

PALAVRAS-CHAVE Programas nacionais de saúde. Fluxo de trabalho. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT Qualitative approach that aimed to analyze changes in the accession processes, external assessment and organization of the work process for 21 teams in the 10th Region of Health of Paraná, which participated in the first two cycles of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ). Results showed better organization and registration of the information; planning based on self-assessment and external assessment as a strategy for mobilizing management and teams. However, more involvement of teams is needed in the contractualization and monitoring of PMAQ indicators, as well as better use of self-assessment tools in local planning.

KEYWORDS National health programs. Workflow. Qualitative research.

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
franbertusso@hotmail.com

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
frizon@terra.com.br

Introdução

A Atenção Básica (AB), como parte importante dos sistemas de saúde, é desenvolvida por meio de tecnologias simples e de baixo custo – eficientes para esse nível de atenção, pois podem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde – e contribui para a coordenação do cuidado na rede assistencial¹. Isso tem tornado a AB um mecanismo para a reformulação das políticas públicas de saúde e para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países^{2,3}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a proposta mais inovadora no sentido de repensar o modelo hegemônico centrado na figura do médico e no tratamento de doenças com base na especialização na medida em que se fundamenta no trabalho de uma equipe multidisciplinar e na promoção e prevenção da saúde.

Passados quase 40 anos da Conferência de Alma-Ata (1978), que considerou os cuidados primários à saúde como estratégia fundamental para a promoção das reformas sanitárias em vários países, inclusive no Brasil, as ações desenvolvidas atualmente nesse nível de atenção, além de reorganizar o sistema de saúde, mantêm vivo o debate acerca de sua função, destacando-se a necessidade de fortalecer suas potencialidades e superar seus desafios⁴.

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, descentralizaram-se as ações de saúde para os estados e, principalmente, para os municípios, o que ampliou o alcance da AB com o intuito de tornar os serviços desse nível de atenção mais acessíveis a toda a população⁵.

Desde os anos 1990, iniciativas de ampliação da AB foram implementadas, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 como um programa, passando a ser a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial.

Mais recentemente, em 2011, com o intuito de fortalecer a AB, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional

de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio da Portaria GM/MS nº 1.654, de 2011, atualizada em 2015 pela Portaria nº 1.645, do GM/MS. O referido programa tem como objetivo:

[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde⁶⁽⁸⁾.

O programa foi elaborado a partir de um amplo processo de mobilização de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários, com a finalidade de operar mudanças no processo de trabalho das equipes de AB⁷.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) contribuíram para esse processo no sentido de defender a necessidade da qualificação da AB, para que assuma seu papel como coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção⁸.

O PMAQ-AB visa provocar mudanças no processo de trabalho das equipes que a ele aderem, por meio de mecanismos que envolvem análise, avaliação, intervenção e certificação, aliando o repasse de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos aspectos que o compõem⁷.

Um ciclo completo do PMAQ-AB tem duração média de dois anos e possui três fases: (1) adesão e contratualização, (2) avaliação externa e certificação e (3) recontração, além de um eixo transversal de desenvolvimento, que compreende: autoavaliação, educação permanente, monitoramento de indicadores, apoio institucional e cooperação horizontal. Desde a sua criação, em 2011, já foram realizados dois ciclos completos (2012/2013 e 2014/2015) e iniciado o terceiro ciclo (2016/2018).

No âmbito da 10ª Região de Saúde do Paraná, composta por 25 municípios, 27 equipes participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB, passando duas vezes pelas diferentes fases do programa, em um intervalo médio de dois anos, tempo relativamente suficiente para maior conhecimento do programa e para provocar mudanças de acordo com os seus objetivos.

Assim, este artigo, recorte de dissertação de mestrado, tem como objetivo analisar mudanças nos processos de adesão, avaliação externa e organização do processo de trabalho de 21 equipes dessa Região do Paraná, que participaram dos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB.

Métodos

Pesquisa exploratória, descritiva, de campo, com abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por 21 profissionais de equipes de ESF que participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB da 10ª Região de Saúde do Paraná. O recorte em ESF se deu pelo fato de que, no 1º ciclo do programa, só puderam participar equipes da ESF. Seis equipes foram excluídas por mudanças na sua composição, cujos novos profissionais não haviam participado de nenhum ciclo do programa.

Os dados da pesquisa foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, ocorrida entre os meses de maio e junho de 2016, com profissionais que participaram da avaliação externa e aceitaram participar da pesquisa. Para preservar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas com a letra P (Profissional), seguida de um número (1 a 21). O profissional respondente, de acordo com o próprio programa, deveria ter nível superior e possuir a melhor compreensão/conhecimento do trabalho da equipe e da realidade da comunidade, podendo ser médico, enfermeiro ou dentista, no caso de haver saúde bucal.

A entrevista contemplou questões

relacionadas com a forma de participação das equipes nas diferentes fases do PMAQ-AB, bem como mudanças ocorridas no processo de trabalho a partir da adesão ao programa. As entrevistas foram gravadas e transcritas, na íntegra, para posterior análise. As informações advindas das transcrições foram organizadas de acordo com a técnica de análise temática, proposta por Minayo⁹, que consiste em três etapas: pré-análise, exploração do material e análise e interpretação dos resultados. Com base em leituras exaustivas, o material empírico foi organizado em unidades de registro, dos quais destacaram-se trechos significativos das falas, dando origem a três categorias: (1) Adesão e contratualização: do desconhecimento à aproximação ao objeto; (2) O momento da avaliação externa e da certificação; e (3) A contribuição do PMAQ-AB na reorganização do processo de trabalho das equipes.

Durante a coleta de dados, foram respeitados os aspectos éticos, conforme Resolução nº 466/2012, que trata da pesquisa com seres humanos. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), parecer 1.567.494.

Resultados e discussão

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Dos 21 profissionais que responderam ao instrumento denominado Módulo II do processo de avaliação externa do PMAQ-AB (77,8% do total de equipes participantes), todas eram mulheres, enfermeiras e coordenavam a equipe de saúde.

A feminização do trabalho em saúde e, em especial, na enfermagem é reconhecida por autores como Lopes e Leal¹⁰ e Matos, Toassi e Oliveira¹¹. Além disso, a enfermagem aparece, com frequência, assumindo o papel de coordenação da equipe de AB¹².

Cavalli, Rizzotto e Guimarães¹³ também evidenciaram o predomínio de profissionais da enfermagem como respondentes do Módulo II do PMAQ-AB em nível nacional nos dois ciclos do programa, sendo 92,30% de enfermeiros no primeiro e 93,43% no segundo ciclo.

A maioria dos entrevistados (67%) tinha idade entre 20 e 39 anos e mais de cinco anos de trabalho na mesma Unidade de Saúde da Família (USF) (81%). O tempo de permanência na mesma unidade é fator positivo para o conhecimento da realidade de saúde da comunidade, assim como para a criação de vínculos entre os profissionais e usuários¹⁴.

Adesão e contratualização: do desconhecimento à aproximação ao objeto

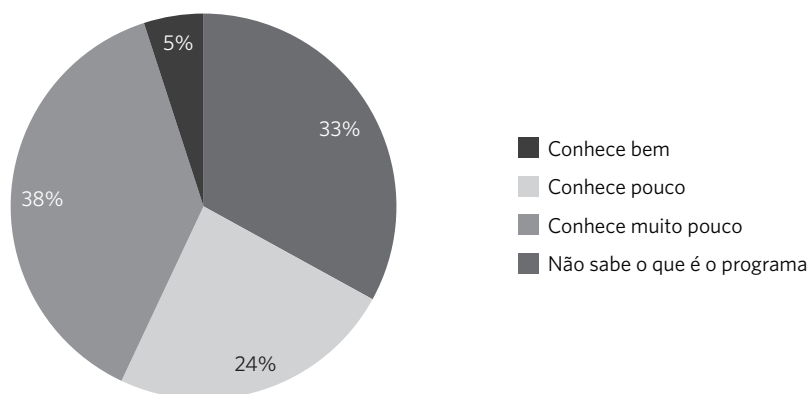
A adesão e contratualização é a primeira fase do PMAQ-AB e deve ser feita de forma voluntária tanto pelas equipes de saúde quanto pelos gestores municipais. Deve se dar “a partir do pressuposto de que o seu êxito [do programa] depende da motivação e

proatividade dos atores envolvidos”¹⁽¹⁰⁾.

A formalização da adesão é feita pelo gestor municipal por meio do preenchimento de formulário eletrônico, disponibilizado pelo MS, e pelo envio de termo de compromisso assinado pelo gestor e por um trabalhador de cada equipe que adere ao programa. Nesse termo, constam metas a cumprir e ações para a melhoria dos resultados dos indicadores pactuados. Envolve, portanto, pactuação local, por meio de ato contratual, que indica claramente o que se pretende atingir, com base na autonomia e responsabilidade das partes envolvidas¹.

No estabelecimento de um ‘contrato’, é fundamental que se conheçam os seus objetivos, bem como as responsabilidades dos signatários. Embora as equipes estudadas tenham participado de dois ciclos completos do programa, uma parcela importante dos entrevistados afirmou que a equipe conhece pouco ou muito pouco (62%), ou, ainda, nada sobre o programa (5%), como é mostrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Conhecimento da equipe sobre o PMAQ-AB. 10ª Região de Saúde/PR, 2016



Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2016.

Documento do MS¹, que orienta sobre a adesão ao PMAQ-AB, recomenda ao gestor municipal pactuar com os trabalhadores a participação no programa e discutir o termo de compromisso com as equipes. No entanto, o que se observou na presente pesquisa foram situações de adesão feitas com pouco conhecimento sobre o programa:

Quando eu comecei a trabalhar neste município, em 2011, foi o primeiro ano que a gente teve o PMAQ e uma pessoa do setor administrativo chegou para mim e falou assim: o Ministério está impondo um programa, a gente não sabe explicar para vocês o que é. Vocês precisam ler esta apostila, responder estas perguntas; aí, vocês precisam ir até o computador: vai ter algumas coisas para vocês responderem com uma pontuação. Simplesmente isso! (P21).

A pouca interlocução entre equipe gestora e trabalhadores da equipe de AB se constituiu em dificuldade adicional para a implementação de políticas e programas na área da saúde. O distanciamento do processo de discussão e formulação, e, no caso, de adesão à política, dificulta o entendimento de seus objetivos, não contribui para a responsabilização dos resultados, consequentemente, reduz a possibilidade de impacto positivo naquilo a que se propõe.

O diálogo com o objetivo de compartilhar a governabilidade dispensa o poder e enfatiza a negociação política, valorizando a opinião do outro e promovendo abertura a projetos solidários que possam ser assumidos coletivamente como compromisso¹⁵. Todavia, a falta de escuta e singularidade com a equipe e o autoritarismo geram sensação de abandono pela gestão, estabelecendo obstáculos no desenvolvimento do trabalho e dificultando o alcance dos objetivos estabelecidos¹⁶.

A ‘apostila’ a que se referia a entrevistada (P21) era o manual instrutivo do programa e o instrumento de autoavaliação; este considerado ponto de partida para a melhoria da qualidade dos serviços, na medida em que

visa internalizar uma cultura de monitoramento e avaliação permanentes nas equipes, por meio da autoanálise, autogestão e do estabelecimento de estratégias de intervenção com vistas à solução de problemas e à melhoria da oferta de serviço. A autoavaliação deve atuar, assim, como dispositivo indutor da reorganização do trabalho das equipes e da gestão municipal de saúde¹⁷.

Para a autoavaliação, é disponibilizado o instrumento: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (Amaq), que se baseia na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e aborda as dimensões e subdimensões do programa. O Amaq permite que a equipe, e cada profissional, avalie o grau de adequação de suas práticas aos padrões de qualidade apresentados e faça planejamento local, por meio da construção de matriz e plano de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, visando melhorar a organização e a qualidade dos serviços ofertados na unidade de saúde¹⁷.

Ao realizar a autoavaliação, o profissional constrói uma linha histórica de suas ações, com o objetivo de propor melhorias e estratégias que oportunizem novas abordagens no seu ambiente de trabalho, as quais provoque satisfação. Por meio da autoavaliação, o profissional de saúde tem a oportunidade de refletir sobre o seu desempenho, com base no modelo de saúde em que atua. De acordo com Silva e Caldeira¹⁸, os profissionais de saúde, em geral, apresentam, em maior quantidade, avaliações positivas de suas ações em relação aos usuários, porém, sem se questionarem se a satisfação é recíproca.

A adesão ao PMAQ-AB pelas gestões municipais, em grande medida, foi feita em função do repasse de recursos, que, em alguns casos, mobilizou as equipes de AB:

Para nós veio o e-mail pela regional de saúde; aí, a gente entrou, conversou com o secretário se seria conveniente ou não aderir ao PMAQ, porque ele é um programa de melhoria e acaba também vindo verbas... (P16).

Em muitas situações, no entanto, a adesão ocorreu sem a participação da equipe, que só tomou conhecimento do programa por ocasião da avaliação externa, ou seja, já em sua segunda fase:

Quem faz isso é a parte administrativa da Secretaria [...] na verdade a gente veio saber desse PMAQ, quando eles vieram fazer a avaliação. (P13).

Foi o gestor que falou que teria uma visita, mas não explicou certo o que era, não explicou nada, só falou que ele tinha inscrito nossa unidade em um programa e veio, assim, de supetão. A gente não sabia o que era, nada! (P10).

O não compartilhamento de informações e o pouco diálogo entre as instâncias de gestão e a ponta do sistema podem gerar sentimento de exclusão e não pertencimento. Embora a tomada de decisão possa ser considerada uma função de gerência, ela tem maior efetividade quando integra os diversos atores envolvidos no processo de construção das alternativas¹⁹.

No segundo ciclo do PMAQ-AB, observaram-se processos distintos, tanto pelo fato de as equipes já terem passado por um ciclo completo como pela maior compreensão dos gestores acerca do programa.

As mudanças do 1º para o 2º ciclo, em relação ao processo de adesão e contratualização, demonstraram que os trabalhadores já haviam alcançado uma compreensão maior sobre o programa, fosse pela experiência de participação no 1º ciclo, fosse pelo interesse próprio em conhecer melhor a proposta:

[...] a gente já se interessou, depois, em saber o que era o programa. Fomos atrás de ver como estava ou não a nossa nota. A gente queria saber como tinha sido, não a nota, né? Mas, a nossa classificação, como que tinha sido. (P15).

Foi um pouco mais fácil, porque, aí, já sabia aonde pesquisar, e o que a gente deveria fazer. Depois daquelas matrizes de intervenção que a gente faz, ficou um pouco mais fácil do que na

primeira vez, que a gente não sabia nem o que estava fazendo direito. (P20).

O interesse sobre o desempenho no programa e a vontade de melhorar são características relevantes a serem destacadas, as quais indicam que a metodologia conseguiu maior envolvimento da equipe. Seidl et al.²⁰ afirmam que é essencial que o trabalhador de saúde participe dos momentos de discussão e decisão, para sentir-se parte do processo de construção e, consequentemente, responsabilizar-se por ele.

O momento da avaliação externa e da certificação

A avaliação externa e a certificação compõem a segunda fase do PMAQ-AB, que envolve, ainda, a verificação da autoavaliação e a análise do desempenho dos indicadores contratualizados. Embora o programa busque superar a carga negativa, histórica, que a avaliação carrega, ainda assume o caráter de punição:

O segundo ciclo foi mais tranquilo. Às vezes a gente ficava ansiosa quando vinha os avaliadores, porque, assim, se a gente não tirar uma nota boa, ficava com medo da gestão; sinceramente, a gente tem medo da gestão, acaba tendo esse receio. (P5).

No entanto, o fato de conhecer melhor o processo contribuiu para reduzir a ansiedade do grupo no momento da avaliação externa:

Foi menos tensa, pois, a primeira a gente não sabia como seria avaliado e até o gestor não tinha muita noção do que viria. Ele comentou que viria uma equipe avaliar, com inúmeras perguntas – e, de fato, são muitos itens – e que não era para mentir e omitir, era para falar o que era feito. No segundo, eu já estava mais preparada, eu organizei as atas, tudo para facilitar, porque é tudo muito rápido para apresentar para quem vem fazer a avaliação. (P4).

Nos moldes propostos pelo PMAQ-AB, a avaliação externa é compreendida

como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS¹⁷⁽¹²⁾.

Para tais fins, envolve observação direta, entrevistas e observação de registros, estes muitas vezes secundarizados no processo de trabalho da equipe, embora essenciais para o planejamento na esfera local.

Os indicadores contratualizados, no momento da adesão, representam 30% do percentual de desempenho da equipe; a autoavaliação, 10%, e a avaliação externa, 60%. Os indicadores dizem respeito: a) ao Acesso e à continuidade do cuidado; b) à Coordenação do cuidado; c) à Resolutividade da equipe de atenção básica; e d) à Abrangência da oferta de serviços. Tais indicadores são avaliados a partir de informações extraídas do sistema de informação em saúde, o e-SUS¹.

Poucas entrevistadas (28,5%) demonstraram saber algo sobre os indicadores contratualizados, pela equipe, no momento da adesão:

Contratualização? Que eu me lembre, não. Foi tudo, assim, no susto: foi fazendo, foi acontecendo. Que eu me lembre não teve nenhuma informação nesse sentido, não. (P14).

As que se lembravam, não souberam informar quais indicadores foram contratualizados: *“Tinha pactuação sim, eu não consigo lembrar agora, exatamente qual pactuação que era. Não consigo lembrar”* (P5); ou citaram indicadores ligados a outros programas, que também possuem transferência de recursos, vinculados ao cumprimento de metas: *“A única coisa que a gente tem metas é a cobertura de preventivo e vacina”* (P10), mas que não são computados no PMAQ-AB.

O que eu me lembro foi a questão das gestantes:

se eu não me engano, acompanhar 100%. Tinha o SISCAN, câncer de mama e colo de útero, que na época também era um indicativo. As crianças e acho que tinha mais um, era mais ou menos por aí, não consigo lembrar direito. (P18).

Apesar de certos avanços, na fase de recontratualização das equipes – no que se referiu aos indicadores a serem monitorados durante o desenvolvimento do ciclo –, observou-se desconhecimento, aspecto que merece maior atenção das instâncias gestoras do SUS e da própria equipe de saúde.

A AB produz dados importantes sobre a realidade local, os quais são armazenados em sistemas de informação de livre acesso. Permitem obter informações sobre a realidade socioeconômica, sinalizam morbimortalidade, contribuem para avaliar a eficiência das ações e monitoram a situação de saúde em uma área geográfica definida. Isso tudo favorece o planejamento das ações em saúde²¹.

O monitoramento de indicadores locais de saúde contribui para a construção do perfil de saúde de uma determinada área de abrangência, bem como favorece a avaliação das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde²².

A contribuição do PMAQ-AB para a reorganização do processo de trabalho das equipes

O trabalho na AB é complexo, exige conhecimentos de diferentes áreas do saber e é executado coletivamente, uma vez que nenhum profissional consegue realizar seu trabalho sem a colaboração dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde. Além disso, por se caracterizar como trabalho vivo, consumido em ato, envolve, também, usuários e comunidade, uma vez que tem como objetivo principal satisfazer as necessidades de saúde e intervir nos fatores de risco que possam provocar doenças e agravos à saúde^{23,24}.

Um dos desafios para a AB é a interação do trabalho multiprofissional para a qualidade e resolutividade da assistência²⁵. Contudo,

para isso, é necessário o trabalho em equipe, no qual os participantes possam unir seus conhecimentos e práticas em busca de um mesmo objetivo²⁶.

Para a realização da atividade coletiva, própria da AB, é fundamental o registro de informações. Na presente pesquisa, houve, por parte das entrevistadas, um reconhecimento de que o programa as estimulou a registrar as atividades que realizavam, o que facilitou o desenvolvimento do trabalho da equipe.

A gente vê que melhorou muito, avançamos bastante neste aspecto – assim – de melhorar principalmente os registros. Eu via a falta que era, de não ter nada registrado. Nisso a gente melhorou bastante, claro que ainda falta muita coisa, porque, como eu falo para a equipe: o nosso objetivo é chegar a 100% desse recurso. (P2).

Algumas coisas, a gente começou a registrar: a gente acaba fazendo e não colocava em lugar nenhum e isso era cobrado pelo PMAQ [...] a gente fazia, mas como não tinha o hábito de estar registrando, acabava se perdendo. (P6).

O registro de informações geradas pela equipe de saúde, seja por dados cadastrais, seja por meio da realização das ações desenvolvidas pelos diversos trabalhadores, contribui para a melhoria e qualidade do acesso aos serviços, dada a possibilidade de observação e visualização do resultado do trabalho produzido. Isso serve para a avaliação da eficiência e de novas condutas. A ação de registrar as atividades realizadas pelos profissionais é evidenciada em estudo desenvolvido por Neves Montenegro e Bittencourt²⁷, que descreve as condições de produção e registro das informações geradas nas unidades de saúde. Para eles, as informações objetivam:

[...] diagnosticar as situações de saúde individuais e coletivas de uma população, nortear as ações dos profissionais e dos sistemas locais, na perspectiva de se tornarem mais efetivos, minimizando desigualdades. Além

disto, a apropriação adequada dessas informações é de extrema importância para que o gerenciamento, alocação e gasto dos recursos públicos em todos os níveis de atenção do sistema de saúde no País sejam feitos com parâmetros confiáveis²⁷⁽⁷⁵⁷⁾.

Algumas entrevistadas ainda afirmaram que o PMAQ-AB se constituiu em importante guia de auxílio e orientação para organizar o trabalho a ser desenvolvido pela equipe de saúde:

O PMAQ veio para dar uma norteadada, na gente se organizar melhor. (P5).

[...] o PMAQ meio nos direciona, ajuda o próprio planejar e desenvolver as atividades da estratégia. Ele veio como um manual para mim [...] meu instrumento de trabalho, que me guia, para mim foi muito bom ele ter vindo. (P1).

São indicativos de que o programa tem contribuído para o planejamento e para a avaliação em saúde em nível local na medida em que as equipes utilizam as ferramentas disponibilizadas para a organização e gestão de seu processo de trabalho.

O monitoramento de indicadores da AB também foi destacado como aspecto positivo do PMAQ-AB:

Eu criei, tipo um hábito depois da avaliação do PMAQ. Nós conseguimos pegar um hábito de ficar atento a essas questões: a quantidade de preventivo que eu tenho que coletar aqui na unidade, a minha meta particular é passar dos 300/ano. (P4).

As diversas fases do programa colaboram para a organização do trabalho das equipes. Embora não apresente grande inovação, a conduta contempla as principais atribuições do trabalho na AB e provoca o grupo a planejar melhor suas ações, a partir de um processo que se inicia com a autoavaliação.

Certos indicadores que a gente não se atentava tanto em correr atrás, nessa hora a gente parou e

viu como estava baixo. Isso serviu pra gente cobrar um pouquinho mais dos ACS, pra eles correm atrás também, para estar melhorando. (P11).

Os indicadores de saúde são mecanismos importantes nos processos de monitoramento e avaliação. Para tanto, são utilizados os sistemas de informação que catalogam os dados de saúde gerados no município, estado e País. As informações são analisadas e servem para acompanhar a tecnologia de cuidado utilizada pelas equipes e como estas se organizam em seu processo de trabalho^{28,29}.

Determinados componentes do processo de trabalho na AB foram retomados e/ou valorizados a partir da adesão ao PMAQ-AB:

Chamou atenção para o que a gente deveria olhar, né? E a gestão também, que é importante a gente saber disso e planejar as ações; algumas coisas, que não era dada muita atenção, passaram a ser valorizada. (P15).

As atividades administrativas (e seu desenvolvimento), como as de planejamento e as de reuniões de equipe, são essenciais para a melhoria do trabalho e constituem-se em ferramentas que ajudam a organizar o serviço e a valorizar as ações desenvolvidas¹⁵.

Outro aspecto destacado por algumas entrevistadas foi a transferência de parte dos recursos do programa, como a do incentivo financeiro aos profissionais de saúde, que se revelou como agente motivador:

Agora a equipe sabe desse incentivo, então, estão querendo melhorar, vamos trabalhar para isso. (P10).

Quando mexe com o bolso, existe uma preocupação maior em alcançar a meta, melhorar o atendimento, alcançar os objetivos, mesmo que isso deva acontecer sem o recurso. Isso mexe com as pessoas, faz as pessoas participarem mais. (P17).

O financiamento para a AB, que advém do PMAQ-AB, permite a inclusão de mecanismos

de reconhecimento e repasse de recursos aos trabalhadores, na forma de incentivo por desempenho, por meio de lei municipal. Pode ser entendido como um sistema de recompensa que tem como objetivo reter, motivar e atrair potenciais trabalhadores.

Barreto³⁰ demonstrou que os sistemas de recompensas incentivam o alcance de objetivos no âmbito dos sistemas de saúde,

especialmente em mudanças de curto prazo e sobre ações pontuais e que exigem menos esforço dos provedores de serviços de saúde, mas deve ser utilizado com cautela e com planejamento rigoroso³⁰⁽¹⁵¹⁰⁾.

A busca por trabalhadores que se destaquem no mercado pela sua capacidade e habilidade de produzir cada vez mais e em menos tempo aumenta; e, com isso, as instituições criam sistemas de recompensas como estratégias para atraí-los³¹. Esses sistemas têm, como principal objetivo, vincular os interesses dos consumidores e os da instituição, recompensando os funcionários por ações que beneficiem ambas as partes³². Esses mecanismos também ocorrem nas instituições públicas, não para obter lucros com a produtividade, mas para minimizar os custos com os serviços oferecidos.

Nesta pesquisa, foi possível identificar que os profissionais que recebem acréscimo no salário, decorrente de recursos do PMAQ-AB, reconhecem esse incentivo de maneira especial e sentem-se valorizados, o que resulta em trabalhadores mais motivados.

Considerações finais

Embora o PMAQ-AB seja um programa relativamente recente, resultados positivos foram observados, com a adoção de práticas que podem melhorar a qualidade dos serviços na AB, como, por exemplo, o registro das atividades realizadas e a organização da documentação a ser apresentada no momento

da avaliação externa. Tais registros podem contribuir para a reflexão e análise da equipe acerca de seu processo de trabalho bem como para o planejamento local.

O interesse em ampliar o conhecimento sobre o programa, sobretudo a partir da avaliação externa, é fator positivo para a compreensão e implementação da política pública. No entanto, apesar de o PMAQ-AB prever o envolvimento da equipe desde o momento de adesão ao programa, isso não tem se efetivado a contento, pois a discussão e decisão ainda permanecem bastante centralizadas pela gestão municipal.

Na implementação da política, a avaliação externa mostrou-se uma estratégia importante de mobilização da equipe de saúde e da gestão para atender aos padrões previstos no programa. Entretanto, ainda possui uma carga negativa, associada à punição, e não é vista como parte de um ciclo contínuo, evolutivo e formativo.

Outro aspecto que chamou a atenção foi a valorização dos profissionais, pela via do mecanismo de incentivo financeiro por desempenho, cujos efeitos merecem estudos empíricos mais aprofundados, pois podem gerar competições em vez de solidariedade entre os trabalhadores e, até mesmo, substituir uma política de valorização do conjunto dos trabalhadores do município.

Colaboradores

Bertusso FR. Desenvolveu todas as etapas deste estudo, para elaboração da dissertação de conclusão do mestrado.

Rizzotto MLF. Orientadora da dissertação de mestrado, participando na correção, elaboração e contribuição em todas as etapas do estudo. ■

Referências

1. 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 para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília, DF: MS; 2015.
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626.
3. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-574.
4. Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C, Pereira MJB. O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora para qualificação da Atenção Básica. Ciênc. Saúde Colet. 2017 jun; 22(6):2073-2082.
5. Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. Saúde debate. 2009; 33(81):38-46.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União. 2 out 2015.
7. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):358-372.
8. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2014 out-dez; 38(103):900-916.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
10. Lopes MJ, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad PAGU* [internet]. 2005 jan-jun [acesso 2017 abr 28]; 24:105-125. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>.
11. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea Digital* [internet]. 2013 [acesso 2017 abr 28]; 13(2):239-244. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/291668>.
12. Giroti SKO, Nunes EFPA, Ramos MLR. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. *Semina Ciênc Biol Saúde* [internet]. 2008 [acesso 2016 out 20]; 29(1):9-26. Disponível em: http://www.uel.br/propgpportal/pages/arquivos/pesquisa/semina/pdf/semina_29_1_20_26.pdf.
13. Cavalli LO, Rizzotto MLF, Guimarães ATB. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. *Saúde debate*. 2016 out-dez; 40(111):87-100.
14. Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(8):2375-2382.
15. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciênc. Saúde Colet*. 1999; 4(2):355-365.
16. Schimith MD, Brêtas ACP, Budó MLD. Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Glob* [internet]. 2015 abr [acesso em 2017 ago 15]; (38):205-2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Schimith/publication/275250774_Gestao_do_trabalho_implicacoes_para_o_cuidado_na_Atencao_Primaria_a_Saude/links/553e6ae80cf210c0bdaaa460.pdf.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade. Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Atenção Básica Parametrizada e de Saúde Bucal). 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
18. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010 jun; 26(6):1187-1193.
19. Pinheiro ALS. Gerência de enfermagem em unidades básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. *Rev APS* [internet]. 2009 [acesso em 2017 jun 13]; 12(3):262-270. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/333>.
20. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):94-108.
21. Carreno I, Moreschi C, Marina B, et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015 mar; 20(3):947-956.

22. Santos CSS, Gontijo TL, Franco ECD, et al. Registro de atividades no sistema de informação da atenção básica. *Rev Cogitare Enferm* [internet]. 2012 [acesso em 2017 maio 30]; 17(2):331-335. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23098/18547>.
23. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [acesso em 2015 nov 5]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>.
24. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(1):221-232.
25. Paim JS. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 1999; 4(2):243-261.
26. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. Saúde Colet*. 1999; 4(2):221-242.
27. Neves TCCL, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014 dez; 38(103):756-770.
28. Gonçalves J, Sampaio J. O acompanhamento de indicadores de saúde no monitoramento e avaliação da atenção básica: uma experiência no distrito sanitário de João Pessoa/PB. *R Bras Ci Saúde* 2015; 19(1):55-60.
29. Oliveira AEF, Reis RS. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS [internet]. São Luiz: UFMA; 2016 [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: http://repocursos.una-sus.ufma.br/gestao-saude_20161/curso_5/und1/media/pdf/livro_pdf.pdf.
30. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015 maio; 20(5):1497-1514.
31. Rosa AIV. Sistemas de recompensas – estudo de um caso [dissertação]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal; 2012 [acesso em 2017 abr 8]. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4646/1/Tese_AdrianaRosa%20maio%202013.pdf.
32. Carvalho GR, Silva DR, Almeida RMM, et al. Sistemas de recompensa e suas influências na motivação dos funcionários: estudo em uma cooperativa capixaba. In: *Simpósio de excelência em gestão e tecnologia 2012 set*. Resende: AEDB; 2012. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/22716469.pdf>.

Recebido em 12/12/2017

Aprovado em 08/05/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve