



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Marques da Cruz, Marly; Barros Chagas de Souza, Rafaela; Cardoso Torres, Raquel
Maria; Franco de Abreu, Dolores Maria; Reis, Ana Cristina; Leal Gonçalves, Aline
Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde
da Família na Atenção Básica
Saúde em Debate, vol. 38, outubro, 2014, pp. 124-139
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341750010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica

Uses of the planning and self-evaluation in the working processes of Family Health teams in Primary Care

Marly Marques da Cruz¹, Rafaela Barros Chagas de Souza², Raquel Maria Cardoso Torres³, Dolores Maria Franco de Abreu⁴, Ana Cristina Reis⁵, Aline Leal Gonçalves⁶

¹Doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. marly@ensp.fiocruz.br

²Mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rafaelabcs@globo.com

³Mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. raquelmct@gmail.com

⁴Mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Sanitarista da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. doloresfabreu@hotmail.com

RESUMO: O PMAQ-AB analisou acesso e qualidade das ações de saúde da Atenção Básica tendo como eixos estrutura, processo e satisfação do usuário. O objetivo deste estudo foi caracterizar uso do planejamento e autoavaliação para melhoria do processo de trabalho das equipes, identificando potencialidades e fragilidades. Realizou-se estudo seccional com dados coletados na Avaliação Externa cujas variáveis se referem ao planejamento, autoavaliação e apoio institucional. As equipes planejam e autoavaliam suas ações com apoio e acesso a dados produzidos. Contudo, essas práticas se mostram pouco integradas devendo ser aprimoradas para melhor orientar os ajustes no processo de trabalho das equipes.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento em saúde; Autoavaliação; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The PMAQ-AB analyzed access and quality of health primary care having axes structure, process and user satisfaction. The aim of this study was to characterize the use of planning and auto evaluation for improving the work process of the teams, identifying strengths and weaknesses. Sectional study was conducted with data collected by the instrument for external evaluation whose variables relate to planning, self-evaluation and institutional support. Teams plan and self-evaluate their actions with support from and access to data produced. However, these practices are very poorly integrated and should be improved as to better guide adjustments in the teams working process.

KEYWORDS: Health planning; Self-assessment; Family Health Strategy; Primary Health Care.

Introdução

A configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro no final dos anos 1980 decorre do processo de construção política e institucional de reorientação do modelo assistencial. Esse modelo teve como principal estratégia a expansão da Atenção Primária à Saúde para a organização do sistema de serviços de saúde (MENDES, 1999). A reorganização da assistência à saúde proposta pelo novo modelo gerou, dentre outras consequências, um movimento de descentralização das ações e a necessidade de se garantir o acesso universal aos serviços de saúde (CRUZ, SANTOS, 2007). Para a operacionalização dessas mudanças, optou-se pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que propõe a atuação de forma integrada dos Agentes Comunitários de Saúde no sistema de fluxo de atendimento e nas equipes multiprofissionais. (FONTINELE JUNIOR, 2003; CAVALCANTE ET AL., 2006).

Num contexto marcado pela expansão da cobertura das equipes de Saúde da Família (EqSF) e a exigência por resultados de melhor qualidade, inicia-se o movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) na Atenção Básica em Saúde (ABS), com a definição de diferentes iniciativas na gestão governamental (MEDINA, AQUINO, CARVALHO, 2000; BRASIL, 2005A; CONTANDRIOPOULOS, 2006). A inserção de uma nova cultura avaliativa refere-se, sobretudo, à integração do M&A num sistema organizacional que interliga o desenvolvimento e o fortalecimento de capacidade técnica e das atividades analíticas. Nesse sentido, contribui para a qualificação da atenção à saúde ao promover a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (HARTZ, 2002; FELISBERTO, 2004).

A Atenção Básica definiu uma política de avaliação que contém um conjunto de atribuições, propósitos e recursos, abordagens, organograma e utilização dos resultados (HARTZ, 2001; BRASIL, 2005A; FELISBERTO ET AL., 2012). Dentre os componentes de M&A foram estabelecidas

estratégias pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), como: a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e, posteriormente, a Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), seguido pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2005B; BRASIL, 2012). Tais avaliações têm sido tratadas como ferramentas de gestão com potencial para a orientação de melhorias nas ações de saúde da Atenção Básica.

Faria *et al.* (2009) enfatizam que a reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação constitui parte central do processo de desenvolvimento social. Entretanto, a dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho em saúde, visto que quanto mais complexo o processo e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele. Os autores chamam a atenção para o fato que essas são características muito presentes na ABS e na EqSF. Por isso, é fundamental que os profissionais desenvolvam habilidades para o uso de instrumentos que possibilitem a reflexão e a transformação do processo de trabalho.

No estudo realizado por Sarti *et al.* (2012) em 46 municípios do Espírito Santo que utilizam a AMAQ da AB foi constatado que as ferramentas de gestão são utilizadas para reorganização do trabalho das equipes, ainda que haja necessidade de seu maior amadurecimento. E, no que diz respeito, à análise da autoavaliação, os autores identificaram problemas no contexto local em relação à articulação das ferramentas de planejamento e ao monitoramento das intervenções como estratégia de melhoria da atenção prestada.

Noutra perspectiva, Kawata *et al.* (2009) afirmam que, após a análise de algumas estratégias de gestão, observa-se incoerência entre o que a EqSF estabelece como modelo de gestão das equipes, tomando-o como participativo, e o que de fato ocorre, é a utilização de modelo centralizado de gestão e com

⁵ Doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Sanitarista da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. anareis@ensp.fiocruz.br

⁶ Mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. leal.aline@gmail.com

ações de planejamento e monitoramento incipientes. Para Abrahão (2007), a dinâmica gerencial no interior dos serviços de saúde desvenda o exercício realizado pelos trabalhadores do espaço próprio de gestão do seu trabalho, sendo, portanto, necessário um tipo de gerência que não faça o profissional se desinteressar do ato de cuidar.

O PMAQ-AB, como mais uma das estratégias de M&A, foi estabelecido visando à análise do nível de acesso e qualidade das ações de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2005B; BRASIL, 2012). No âmbito do Programa, foi realizada a Avaliação Externa em todo o território nacional, que contou com a participação de instituições de ensino e pesquisa na organização e execução do trabalho de campo, dentre elas a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. As equipes de Atenção Básica aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB e contemplaram primordialmente três eixos de avaliação: estrutura, processo e satisfação do usuário (BRASIL, 2012).

Este estudo teve como objetivo caracterizar o uso do planejamento e da autoavaliação para a melhoria do processo de trabalho das EqSF sob a ótica da organização da Atenção Básica em Saúde (ABS), considerando suas potencialidades e limites. objetivou-se, assim, verificar se houve integração entre planejamento e autoavaliação e o apoio da gestão para tais atividades no processo de trabalho; além de identificar se houve a incorporação do planejamento e da autoavaliação como ferramentas de gestão e dispositivos para o monitoramento da prática cotidiana da Atenção Básica.

A escolha deste foco de investigação se justifica pelo entendimento do planejamento e da autoavaliação como ferramentas estratégicas de gestão para melhoria da qualidade da atenção à saúde e por sua contribuição ao subsídio da reflexão da organização de processos de trabalho complexos (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000; KAWATA ET AL., 2009; SARTI ET AL., 2012). Afinal, vislumbra-se, contudo, ressaltar a importância desse processo na compreensão da complementaridade as ações, bem como seu

caráter pedagógico de mediação entre o feito e efeito, de vinculação das escolhas e decisões e de indução para mudanças na cultura institucional (CRUZ, 2011; SANTOS ET AL., 2012).

Materiais e métodos

Trata-se de estudo seccional onde o nível de agregação para análise foi o agrupamento das EqSF do Brasil, segundo municípios organizados por estrato populacional e por região. A análise foi realizada a partir dos dados do PMAQ-AB fornecidos pelo DAB/MS sobre Avaliação Externa.

A coleta dos dados foi feita por meio de instrumento aplicado aos profissionais da atenção primária que compunham as EqSF, organizado em três módulos. Este estudo concentrou-se no Módulo II, referente às entrevistas com profissionais sobre processo de trabalho das equipes, assim como na verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde. Ao todo, foram analisadas 28 perguntas referentes a tal módulo, sendo importante destacar que algumas questões poderiam preencher mais de uma opção, totalizando mais de 100%.

A coleta de dados ocorreu no período entre maio e outubro de 2012. A realização do trabalho de campo contou com a participação de 45 instituições de ensino e pesquisa brasileiras e cada instituição realizou a submissão do projeto de pesquisa. Aos comitês de ética locais. Em se tratando da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), o projeto que deu origem à pesquisa avaliativa foi submetido ao CEP-ENSP e aprovado sob o parecer nº32012, de 6 de junho de 2012.

As variáveis selecionadas para este estudo se referiram às perguntas sobre a dimensão 'Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho' e as subdimensões utilizadas foram: planejamento das atividades, autoavaliação e apoio da gestão. A análise dos dados foi feita por meio de estatística

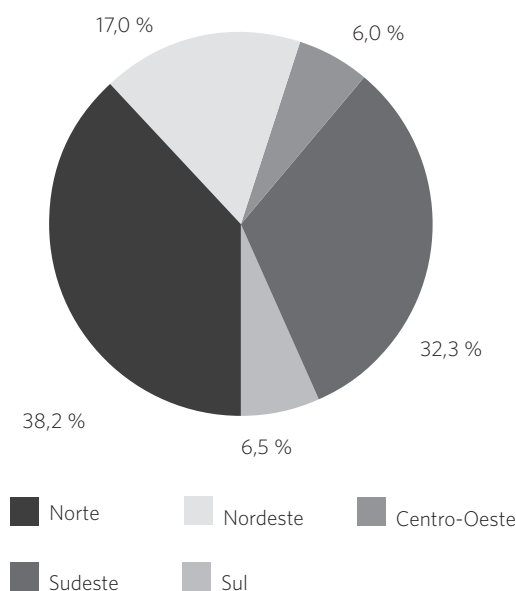
descritiva, com frequências simples das variáveis selecionadas, agrupadas segundo região e população dos municípios participantes do programa. Definiram-se três estratos populacionais, considerando municípios de pequeno porte aqueles com 50.000 hab. ou menos; de médio porte, os de 50.001 a 100.000 hab.; e de grande porte, aqueles com 100.001 hab. ou mais. As análises foram

realizadas por meio do software SPSS for Windows – *Statistical Package for Social Sciences* - versão 17.0.

Resultados

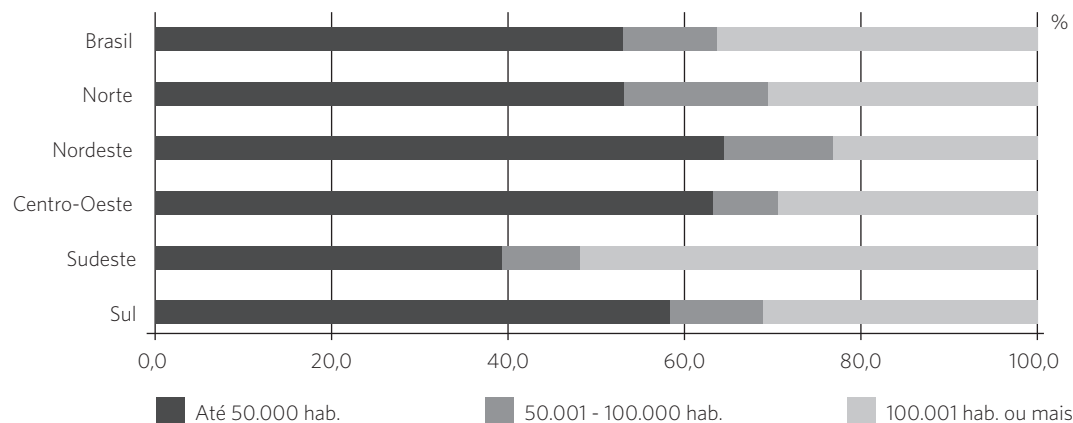
No total, realizou-se 17.202 entrevistas com profissionais de equipes de saúde, distribuídas segundo regiões brasileiras. A maior concentração foi na região Sudeste (38,2%), seguida das regiões Nordeste (32,3%), Sul (17,0%), Centro-Oeste (6,5%) e Norte (6,0%) (gráfico 1). Nas regiões brasileiras, observou-se que somente a região Sudeste tinha maior proporção de equipes (51,9%) atuando em municípios com maior porte populacional (> 100.000 hab.), enquanto as demais regiões apresentaram mais que 50% de equipes atuando em municípios de pequeno porte populacional (gráfico 2). Os resultados são apresentados abaixo segundo as dimensões definidas no estudo.

Gráfico 1. Distribuição proporcional das equipes avaliadas no PMAQ-AB segundo as regiões brasileiras



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

Gráfico 2. Distribuição proporcional das equipes avaliadas no PMAQ-AB segundo estrato populacional e região



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

Tabela 1. Atividades de planejamento das equipes de Atenção Básica (%)

Indicadores	Região Norte			Total	Região Nordeste			Total	Região Sudeste	
	≤	50.001 -	≥		≤	50.001 -	≥		≤	50.001 -
	50.000 hab.	100.000 hab.	100.001 hab.		50.000 hab.	100.000 hab.	100.001 hab.		50.000 hab.	100.000 hab.
Atividade de planejamento	77,8	77,2	94,3	82,8	87,3	87,3	90,2	88,0	81,7	88,4
Documento que comprove atividade de planejamento	59,5	63,6	72,0	64,5	64,4	72,5	78,4	68,8	70,3	78,1
Levantamento de problemas	85,9	88,4	88,9	87,3	91,1	90,8	93,2	91,6	91,4	94,2
Definição de prioridades	89,1	89,1	94,6	91,1	93,3	91,9	94,4	93,4	91,8	96,3
Definição de plano de ação	82,3	90,6	85,7	84,7	86,8	88,9	91,8	88,3	86,1	90,1
Reunião de equipe	97,3	97,6	98,4	97,7	98,5	98,7	98,5	98,6	98,6	99,0
Periodicidade das reuniões										
Semanal	25,1	32,7	46,6	33,0	14,9	19,5	48,5	23,4	32,5	49,3
Quinzenal	16,4	17,6	24,0	18,9	25,0	21,9	20,1	23,4	19,9	22,1
Mensal	42,9	36,4	23,0	35,7	49,1	46,5	23,7	42,8	32,3	21,6
Sem periodicidade	15,6	13,3	6,4	12,4	11,0	12,1	7,7	10,4	15,3	7,0
Temas das reuniões de equipe *										
Organização do processo de trabalho e do serviço	96,3	98,2	97,5	97,0	96,9	97,2	98,4	97,3	97,3	96,9
Discussão de casos	83,5	79,4	87,6	84,1	83,4	80,5	89,3	84,4	90,5	92,5
Planejamento das ações da equipe	92,8	98,2	95,9	94,6	95,6	95,5	95,6	95,6	95,1	95,0
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial	29,9	42,4	23,6	30,0	36,4	51,2	62,6	44,4	35,1	48,3
Construção/discussão de projeto terapêutico singular	30,9	30,9	30,6	30,8	33,3	32,9	49,2	37,0	43,9	53,1
Planejamento da equipe considera*										
Agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal	85,3	87,3	90,5	87,2	93,1	92,9	92,3	92,9	90,9	94,2
Metas pactuadas pelo município	79,0	78,2	85,7	80,9	86,6	86,6	83,4	85,9	87,7	86,6
Informações do SIAB	80,4	78,2	80,6	80,1	90,4	90,4	89,4	90,2	90,6	92,1
Informações locais (estudo de demanda, cenário epidemiológico etc)	79,5	81,2	83,8	81,1	83,5	83,2	83,8	83,5	82,6	85,9
Riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais	69,1	67,9	70,2	69,2	74,8	74,3	80,7	76,1	76,7	81,3
Desafios mencionados na autoavaliação	60,5	58,2	74,0	64,3	76,3	80,0	86,6	79,1	67,6	74,4

Tabela 1. (cont.)

Indicadores	Região Sudeste		Região Sul				Região Centro-Oeste			
	≥		≤	50.001 -	≥		≤	50.001 -	≥	
	100.001	Total	50.000	100.000	100.001	Total	50.000	100.000	100.001	Total
	hab.		hab.	hab.	hab.		hab.	hab.	hab.	
Atividade de planejamento	92,8	88,1	85,3	85,4	95,8	88,6	80,5	83,5	88,3	83,0
Documento que comprove atividade de planejamento	80,0	76,4	70,9	73,6	86,6	76,5	60,9	65,2	65,2	62,6
Levantamento de problemas	95,9	94,1	89,8	90,3	94,5	91,4	86,6	87,5	92,3	88,5
Definição de prioridades	96,6	94,8	91,4	93,6	95,7	93,1	89,5	84,6	93,0	90,2
Definição de plano de ação	93,6	90,6	85,1	86,5	93,6	88,1	84,5	82,8	86,0	84,9
Reunião de equipe	99,3	99,0	95,7	98,4	99,3	97,1	96,0	98,8	97,9	96,7
Periodicidade das reuniões										
Semanal	79,5	58,5	33,6	65,2	70,9	48,9	27,9	25,3	62,1	38,0
Quinzenal	9,8	14,8	21,3	15,5	18,9	19,9	15,1	31,3	17,4	17,0
Mensal	5,8	17,5	30,0	13,2	5,9	20,5	41,0	26,5	16,5	32,5
Sem periodicidade	4,9	9,2	15,1	6,1	4,2	10,7	16,1	16,9	4,0	12,5
Temas das reuniões de equipe *										
Organização do processo de trabalho e do serviço	97,9	97,6	96,6	98,1	98,0	97,2	93,4	96,3	96,3	94,5
Discussão de casos	96,8	94,0	90,7	93,2	95,4	92,5	83,6	76,8	90,7	85,2
Planejamento das ações da equipe	97,5	96,4	95,9	96,8	97,1	96,4	89,9	93,9	93,8	91,4
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial	73,1	56,1	37,7	46,8	65,7	47,6	28,6	51,2	36,6	32,7
Construção/discussão de projeto terapêutico singular	73,4	60,1	44,2	52,3	60,4	50,2	36,5	51,2	48,4	41,3
Planejamento da equipe considera *										
Agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal	96,3	94,0	87,1	94,5	95,2	90,5	83,3	86,1	92,2	86,2
Metas pactuadas pelo município	89,2	88,4	76,1	82,3	84,6	79,5	80,3	73,4	72,9	77,6
Informações do SIAB	85,4	88,0	86,7	87,1	89,6	87,7	82,9	74,7	72,3	79,1
Informações locais (estudo de demanda, cenário epidemiológico etc)	90,4	87,0	83,4	86,8	88,2	85,3	78,3	79,7	78,5	78,5
Riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais	88,6	83,3	83,6	86,5	92,0	86,6	69,8	68,4	76,3	71,6
Desafios mencionados na autoavaliação	81,4	75,4	76,8	75,5	81,3	78,0	57,4	49,4	65,4	59,2

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Essas questões permitem a seleção de mais de uma opção

Planejamento das atividades

A maior parte das equipes avaliadas em todas as regiões do país declarou realizar atividades de planejamento. O menor percentual de resposta encontrado foi na região Norte (82,8%) e o maior na região Sul (88,6%). Note-se que, em todas as regiões, a frequência das respostas quanto ao tema planejamento das atividades é menor nos municípios com até 50.000 hab. Naqueles municípios com mais de 100.000 hab., a frequência se inverte, é maior, com variações entre 88,3% (região Centro-Oeste) e 95,8% (região Sul).

O percentual de respostas quanto aos que apresentaram comprovação de realização de planejamento variou entre 62,6% e 76,5%, sendo menor na região Centro-Oeste e maior na região Sul. Dentre os estratos populacionais, a frequência nos municípios acima de 100.000 hab. é maior na região Sul, com um percentual de 86,6%. Dentre as atividades de planejamento, a maioria das equipes realiza não só definição de prioridades como também e levantamento de problemas e elaboração de plano de ação (*tabela 1*).

Quanto às regiões, quase a totalidade dos entrevistados informou realizar reuniões de equipe nos três estratos populacionais, com o menor percentual (96,7%) para a região Centro-Oeste e o maior (99,0%) para a Sudeste. A periodicidade das reuniões foi semanal em três regiões e mensal nas demais. Com relação às reuniões semanais, as frequências foram de 58,5% (região Sudeste); 48,9% (região Sul); e 38,0% (região Centro-Oeste). Nas regiões que realizam reuniões semanais, as frequências são maiores nos municípios com mais de 100.000 hab., situação que se inverte nas regiões Norte e Nordeste, que realizam reuniões mensais e onde as maiores frequências se concentram nos municípios menores que 50.000 hab.

Quanto aos temas abordados nas reuniões, os três de maiores frequências foram:

organização do processo de trabalho e do serviço, planejamento das ações de equipe e discussão de casos. A organização do processo de trabalho obteve uma variação de respostas entre 94,5% (região Centro-Oeste) e 97,6% (região Sudeste), enquanto o planejamento das ações e a discussão dos casos foram de 84,1% (região Norte), 91,4% (região Centro-Oeste), 94,0% (região Sudeste) e 96,4% (região Sudeste), respectivamente. Considerando o tema mais frequente – organização do processo de trabalho – verificou-se que as menores frequências foram encontradas nos municípios menores e de até 50.000 hab., com exceção da região Sudeste, onde a menor frequência foi encontrada nos municípios entre 50.001 e 100.000 hab. (96,9%).

Apesar de apresentarem as frequências mais baixas, os temas sobre a qualificação clínica, com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades), e sobre o projeto terapêutico singular, apresentaram percentuais mais elevados nos municípios com estrato populacional acima de 100.000 hab., nas regiões Nordeste (62,6% e 49,2%, respectivamente), Sudeste (73,1% e 73,4%, respectivamente) e Sul (65,7% e 60,4%, respectivamente), inclusive, superando consideravelmente a média dessas regiões (*tabela 1*).

A análise dessa dimensão mostrou que os três principais pontos que as equipes consideram para o planejamento das atividades são: construção de uma agenda de trabalho, informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e metas pactuadas para a Atenção Básica pelo município. A construção de uma agenda regional obteve a maior frequência dentre os pontos considerados por todas as regiões, variando entre 86,2% (região Centro-Oeste) e 94,0% (região Sudeste). Dentre os estratos populacionais, grande parte das maiores frequências foi observada nos municípios com mais de 100.000 hab., variando entre 90,5% (região Norte) e 96,3% (região Sudeste). A utilização das informações

do SIAB apresentou a maior frequência na região Nordeste (90,2%) e a menor, na região Centro-Oeste (79,1%). Na maior parte das regiões, as maiores frequências estão nos municípios com menos de 50.000 hab.

Autoavaliação

Em todas as regiões do país, a ocorrência da autoavaliação foi mencionada por mais de 80% das equipes avaliadas, com exceção da região Centro-Oeste, onde esse percentual foi de 69,5%. Dentre as equipes que realizam autoavaliação, um pouco mais de 50% estão situadas em municípios de pequeno porte, exceto na região Sudeste, onde essas equipes estão situadas nos municípios de grande porte. Em relação ao recebimento de apoio da gestão para a realização da autoavaliação, a maior parte dessas equipes (95%) declarou que recebeu o apoio (*tabela 2*).

Nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, mais de 82% das equipes usaram a AMAQ como principal instrumento para a realização da autoavaliação. Na região Norte, 71,7% das equipes usaram a AMAQ e 13,5%, instrumentos desenvolvidos pelo próprio município. Na região Centro-Oeste, 75,1% das equipes usaram a AMAQ e 14,7% a AMQ. Dentre as equipes que usavam a AMAQ, mais da metade encontra-se em municípios de pequeno porte, à exceção da região Sudeste, onde essas equipes estão situadas nos municípios de grande porte. Em todas as regiões, a grande maioria das equipes (90%) afirmou que os resultados da autoavaliação foram utilizados para organização do processo de trabalho (*tabela 2*).

Apoio da gestão

O apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho foi referido em mais de 80% das equipes em todas as regiões brasileiras, sendo a maior frequência na região Centro-Oeste (88,7%) e a menor, na região

Norte (80,6%). Entretanto, em relação às populações, observa-se a menor frequência (66,1%) entre as equipes de municípios com mais de 100.000 hab. da região Centro-Oeste. As EqSF das regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste relataram que o apoio é feito por apoiador institucional, ao passo que nas regiões Nordeste e Sul é realizado por outros profissionais da gestão (*tabela 3*).

Importante destacar que o apoio também foi realizado por profissionais da vigilância em saúde, com maior proporção na região Sul (52,2%) e a menor na região Nordeste (40,6%). Nos estratos populacionais por região observa-se o apoio principalmente por apoiador institucional e outros profissionais da gestão. Em todos os portes populacionais da região Sul as EqSF apresentaram elevadas proporções de respostas em relação ao apoio de profissionais da vigilância em saúde, cerca de 50% (*tabela 3*).

Grande parte das equipes participantes do PMAQ-AB em todas as regiões do país declarou receber apoio institucional permanente das SMS. O menor percentual de resposta encontrado foi na região Sul (75%) e o maior, na região Centro-Oeste (81,7%). Nota-se que a frequência das respostas quanto ao apoio institucional foi menor nos municípios de 50.001 a 100.000 hab. da região Norte (70,8%). Nos municípios com menos de 50.000 hab. da mesma região, a frequência se inverte, é maior (84,2%).

Os apoiadores auxiliam, principalmente, nas discussões sobre o processo de trabalho e autoavaliação em todas as regiões brasileiras, com percentual de resposta afirmativa acima de 80%, com exceção da região Centro-Oeste, na qual 67,1% das equipes recebem apoio em relação à autoavaliação. Nessa mesma região, foram observados as menores proporções de EqSF com apoio para discussões sobre o processo de trabalho nos municípios de médio e grande porte (77,8% e 77,9%, respectivamente). Entretanto, as EqSF dos municípios de 50.001 a 100.000 hab. da região Norte apresentaram o menor resultado quanto ao apoio

Tabela 2. Autoavaliação pelas equipes de Atenção Básica (%)

Indicadores	Região Norte				Região Nordeste				Região Sudeste		
	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.	Total	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.	Total	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	Total
Autoavaliação nos últimos 6 meses	65,1	58,0	82,7	69,5	85,2	87,4	91,3	86,9	75,2	81,3	
Documento que comprove a autoavaliação	72,8	64,9	72,6	71,7	78,6	85,7	86,6	81,5	83,9	84,1	
Instrumento utilizado											
AMAQ	76,8	63,8	67,7	71,7	86,3	82,2	85,7	85,7	88,7	87,6	
AMQ	2,3	3,2	11,0	5,7	5,0	8,1	6,6	5,8	1,4	1,3	
Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	11,2	18,1	14,8	13,5	4,6	6,6	5,1	5,0	6,1	6,3	
Instrumento desenvolvido pelo Estado	1,1	1,1	0,0	0,7	0,5	0,7	0,3	0,5	1,1	1,0	
Documento que comprove o instrumento utilizado na autoavaliação	76,5	62,6	79,9	75,8	81,4	88,4	89,2	84,2	85,8	86,2	
Resultados da autoavaliação considerados na organização do processo de trabalho	92,5	96,8	93,8	93,6	95,0	96,3	96,1	95,4	93,9	95,8	
Apoio da gestão*											
No processo de autoavaliação	95,1	92,5	92,4	93,8	96,2	95,5	93,1	95,4	95,5	96,4	
Na organização do processo de trabalho para os padrões de acesso e qualidade do PMAQ-AB	83,6	84,4	86,2	84,6	93,0	94,7	93,3	93,3	92,0	93,7	
Avaliação da equipe sobre a participação do apoiador na autoavaliação											
Muito bom	15,4	14,8	7,5	13,0	26,6	24,5	24,5	25,9	27,5	29,2	
Bom	50,3	50,7	56,2	52,1	51,2	54,1	49,8	51,2	42,8	48,5	
Regular	10,6	4,9	13,5	10,6	10,0	13,0	9,3	10,3	8,8	6,7	
Ruim	0,6	0,0	2,2	1,0	0,8	0,7	2,1	1,1	1,0	1,0	
Muito ruim	0,0	0,0	0,7	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,0	
Não participa	23,0	29,6	19,9	23,1	11,2	7,5	13,9	11,4	19,6	14,7	

institucional na autoavaliação, 60,6%, e os municípios desse mesmo estrato populacional da região Nordeste apresentou a maior frequência (88,3%) (tabela 3).

A contribuição do apoiador à qualificação do processo de trabalho e sua participação às reuniões foram consideradas muito boas ou boas pela maior parte das EqSF de todas as regiões brasileiras. Contudo, vale ressaltar que a proporção de respostas que consideraram

regular a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho foi maior nos municípios com mais de 100.000 hab. das regiões Norte (21,8%) e Centro-Oeste (20,7%). Os maiores percentuais de respostas que consideraram regular a participação do apoiador nas reuniões ocorreram nos municípios de 50.001 a 100.000 hab. e superior a 100.000 hab. da região Centro-Oeste, de 19,2% e 15,6% respectivamente (tabela 3).

Tabela 2. (cont.)

Indicadores	Região Sudeste		Região Sul				Região Centro-Oeste			
	≥		≤	50.001 -	≥		≤	50.001 -	≥	
	100.001	Total	50.000	100.000	100.001	Total	50.000	100.000	100.001	Total
	hab.		hab.	hab.	hab.		hab.	hab.	hab.	
Autoavaliação nos últimos 6 meses	88,4	82,6	81,2	81,5	88,7	83,6	71,2	61,5	79,4	72,9
Documento que comprove a autoavaliação	88,8	86,6	87,4	83,5	91,4	88,3	73,6	85,4	76,4	75,2
Instrumento utilizado										
AMAQ	77,5	82,4	88,5	87,1	81,8	86,1	85,3	85,4	53,9	75,1
AMQ	14,4	8,6	2,3	2,4	8,7	4,5	3,9	4,2	36,8	14,7
Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	4,7	5,4	4,3	6,7	6,2	5,2	7,6	4,2	2,7	5,8
Instrumento desenvolvido pelo Estado	0,4	0,7	0,7	0,4	0,2	0,5	0,4	0,0	0,8	0,5
Documento que comprove o instrumento utilizado na autoavaliação	90,1	88,1	88,1	86,7	92,7	89,4	81,1	87,0	77,3	80,6
Resultados da autoavaliação considerados na organização do processo de trabalho	96,2	95,4	93,6	96,4	95,7	94,6	93,7	97,9	94,9	94,3
Apoio da gestão*										
No processo de autoavaliação	96,7	96,3	95,1	94,4	96,6	95,5	93,8	93,5	88,1	91,9
Na organização do processo de trabalho para os padrões de acesso e qualidade do PMAQ	95,1	93,8	91,9	95,2	94,4	93,0	88,7	87,2	86,3	87,9
Avaliação da equipe sobre a participação do apoiador na autoavaliação										
Muito bom	24,8	26,3	26,4	18,7	22,6	24,3	17,6	19,2	14,9	17,0
Bom	48,8	46,3	49,9	50,0	50,1	50,0	54,7	43,8	46,8	51,6
Regular	6,8	7,6	7,8	7,8	8,3	8,0	9,7	9,6	12,3	10,4
Ruim	0,9	0,9	0,8	1,1	1,6	1,1	1,2	1,4	1,5	1,3
Muito ruim	0,3	0,3	0,6	0,0	0,3	0,4	0,5	0,0	0,4	0,4
Não participa	18,3	18,5	14,6	22,4	17,0	16,3	16,3	26,0	24,2	19,3

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Essas questões permitem a seleção de mais de uma opção

Mais que 80% das EqSF das regiões afirmaram receber informações que as auxiliam na análise de situação de saúde disponibilizadas pela gestão, com exceção da região Centro-Oeste, com 78,2%. A análise segundo estrato populacional também apresentou tal padrão, a menos dos municípios com mais de 100.000 hab. da região Centro-Oeste, que evidenciaram a menor frequência (66,0%). No que diz respeito à documentação comprobatória, as

frequências também foram elevadas entre as regiões, sendo a menor na região Centro-Oeste, com 79,6%, e nos municípios entre 50.001 e 100.000 hab. dessa região, com 71%. Dentre as informações disponibilizadas, destacam-se principalmente os relatórios e consolidados mensais do SIAB e informativos epidemiológicos com mais de 70% entre as regiões brasileiras e em todos os portes populacionais dos municípios (tabela 3).

Tabela 3. Apoio da gestão às equipes de Atenção Básica (%)

Indicadores	Região Norte			Total	Região Nordeste			Total	Região Sudeste	
	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.		≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.		≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.
Apoio da gestão no planejamento e organização do processo de trabalho	85,8	88,3	70,1	80,6	88,2	86,3	82,7	86,6	87,2	87,0
Quem realiza o apoio*										
Apoiador institucional	65,0	66,4	72,1	67,4	57,4	53,5	65,0	58,7	63,7	63,2
Outros profissionais da gestão	62,2	58,4	50,0	57,8	71,0	71,5	65,8	69,8	67,1	59,9
Profissionais da vigilância em saúde	39,2	41,6	35,6	38,5	43,4	38,9	33,6	40,6	44,0	40,6
Informações para análise de situação de saúde disponibilizados pela Gestão	82,0	87,4	81,4	82,7	89,1	91,2	87,5	89,0	85,1	88,6
Documento que comprove a disponibilização dessas informações	78,2	81,3	83,9	80,4	81,3	91,1	89,4	84,4	86,6	89,8
Recursos disponibilizados*										
Informativos epidemiológicos	82,2	73,1	79,1	79,7	77,1	82,7	79,8	78,4	74,4	77,9
Relatórios e consolidados do SIAB	82,9	77,2	85,3	82,6	87,6	88,3	84,2	86,9	89,3	88,5
Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	75,5	66,1	85,3	77,0	83,7	85,3	83,2	83,8	80,2	83,8
Apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB	72,3	66,9	68,0	70,1	81,0	78,6	74,6	79,2	76,4	78,5
Apoio institucional permanente de equipe ou pessoa da SMS										
Sim	84,2	70,8	71,9	78,3	78,5	77,2	80,8	78,9	82,4	82,7
Sim, desde a adesão ao PMAQ-AB	3,5	13,7	12,3	7,9	6,8	9,4	5,1	6,8	5,8	7,0
Atividades realizadas pelo apoiador institucional*										
Discussão sobre o processo de trabalho da equipe e do próprio apoio institucional	87,0	87,3	84,3	86,2	90,8	88,1	89,2	90,1	91,1	89,9
Apoio à autoavaliação	69,5	60,6	77,2	70,3	84,7	88,3	85,8	85,4	74,7	83,2
Avaliação do contato do apoiador com a equipe										
Muito bom	25,9	22,0	14,7	21,9	38,4	33,1	33,5	36,6	41,9	40,2
Bom	65,3	68,1	65,7	65,8	53,5	58,0	52,9	53,9	50,4	52,4
Regular	7,5	9,2	18,1	11,0	7,8	8,7	11,1	8,7	6,6	6,9
Ruim	1,3	0,7	0,8	1,0	0,2	0,2	2,0	0,6	0,9	0,6
Muito ruim	0,0	0,0	0,8	0,2	0,1	0,0	0,5	0,2	0,1	0,0
Avaliação da contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas										
Muito bom	19,5	22,7	9,8	17,1	29,0	24,3	24,4	27,3	32,5	29,6
Bom	63,8	61,7	65,8	64,1	59,4	61,5	56,5	59,0	55,6	59,9
Regular	15,1	14,9	21,8	17,1	10,9	13,9	16,5	12,6	10,6	9,2
Ruim	1,7	0,7	1,9	1,6	0,7	0,0	2,2	0,9	1,0	1,3
Muito ruim	0,0	0,0	0,8	0,2	0,0	0,3	0,4	0,1	0,3	0,0
Avaliação da participação do apoiador nas reuniões										
Muito bom	20,7	18,3	10,5	17,2	27,1	21,2	23,0	25,4	28,9	23,9
Bom	59,3	59,2	51,7	57,0	49,2	48,1	50,0	49,3	45,8	45,2
Regular	10,0	11,3	18,4	12,7	13,3	14,5	13,9	13,6	10,8	9,9
Ruim	0,8	1,4	3,7	1,8	1,4	2,2	2,0	1,6	1,6	1,7
Muito ruim	0,4	0,0	1,5	0,7	0,2	0,3	0,6	0,3	0,3	0,4
Não se Aplica (Não participa)	8,8	9,9	14,2	10,6	8,8	13,7	10,5	9,8	12,7	18,9

Tabela 3. (cont.)

Indicadores	Região Sudeste		Região Sul			Região Centro-Oeste				
	≥ 100.001 hab.	Total	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.	Total	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.	Total
Apoio da gestão no planejamento e organização do processo de trabalho	88,7	88,0	83,9	80,7	87,2	84,7	85,7	78,8	66,1	88,7
Quem realiza o apoio*										
Apoiador institucional	74,8	69,8	62,1	67,1	76,4	67,5	62,7	65,4	73,0	65,6
Outros profissionais da gestão	68,7	67,3	69,8	65,7	67,7	68,7	67,0	61,5	48,1	61,5
Profissionais da vigilância em saúde	42,1	42,6	52,1	50,5	52,8	52,2	45,5	38,5	32,3	41,4
Informações para análise de situação de saúde disponibilizados pela Gestão	91,2	88,6	84,0	91,6	91,3	87,1	83,8	79,5	66,0	78,2
Documento que comprove a disponibilização dessas informações	92,5	90,0	78,0	78,3	86,7	80,9	78,0	71,0	86,3	79,6
Recursos disponibilizados*										
Informativos epidemiológicos	78,5	76,9	76,2	79,2	85,4	79,6	82,0	83,9	85,1	82,9
Relatórios e consolidados do SIAB	83,3	86,0	91,2	91,5	94,9	92,5	82,0	71,0	69,8	78,1
Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	86,4	83,8	73,9	78,3	83,7	77,4	78,2	78,8	66,4	74,7
Apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB	80,5	78,7	72,9	72,1	81,2	75,4	74,9	82,7	57,2	70,2
Apoio institucional permanente de equipe ou pessoa da SMS										
Sim	78,2	80,3	73,0	76,0	78,4	75,0	82,7	83,1	79,1	81,7
Sim, desde a adesão ao PMAQ	3,6	4,8	9,5	9,9	10,3	9,8	3,5	4,8	3,4	3,5
Atividades realizadas pelo apoiador institucional*										
Discussão sobre o processo de trabalho da equipe e do próprio apoio institucional	88,8	89,8	89,1	93,6	89,6	89,8	84,5	77,8	77,9	82,1
Apoio à autoavaliação	80,0	78,1	82,0	81,6	81,7	81,8	69,4	66,7	62,2	67,1
Avaliação do contato do apoiador com a equipe										
Muito bom	36,4	39,0	39,3	29,1	34,3	36,6	27,3	33,3	27,1	27,7
Bom	54,9	52,8	53,2	61,1	57,1	55,3	64,9	55,6	56,8	61,9
Regular	7,0	6,8	6,9	9,8	8,1	7,6	7,2	11,1	13,5	9,3
Ruim	1,2	1,0	0,4	0,0	0,5	0,4	0,3	0,0	2,3	0,9
Muito ruim	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,4	0,2
Avaliação da contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas										
Muito bom	30,8	31,4	30,9	21,2	27,2	28,6	21,3	25,0	18,4	20,8
Bom	57,1	56,7	58,0	66,3	59,9	59,5	65,6	59,7	58,6	63,2
Regular	10,5	10,4	10,3	12,5	11,4	10,9	12,4	15,3	20,7	15,0
Ruim	1,2	1,2	0,9	0,0	1,4	0,9	0,5	0,0	1,5	0,7
Muito ruim	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,8	0,3
Avaliação da participação do apoiador nas reuniões										
Muito bom	22,7	25,3	26,7	14,6	20,5	23,3	20,0	24,7	15,6	19,1
Bom	43,4	44,5	48,6	46,6	50,3	48,9	56,7	46,6	46,5	53,0
Regular	9,4	10,0	10,2	10,8	12,4	10,9	12,8	19,2	15,6	14,1
Ruim	1,7	1,6	0,9	1,5	1,9	1,3	1,7	1,4	3,3	2,1
Muito ruim	0,5	0,4	0,0	1,5	0,3	0,2	0,3	0,0	1,5	0,6
Não se Aplica (Não participa)	22,3	18,0	13,7	25,0	14,8	15,3	8,6	8,2	17,5	11,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Essas questões permitem a seleção de mais de uma opção

O item análise dos dados segundo região apresentou frequências elevadas no que diz respeito à realização de monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, variando entre 74,7% na região Centro-Oeste e 83,8% na região Nordeste. Porém, esse resultado diminuiu um pouco quando se questionou sobre o apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB, sendo o maior percentual na região Nordeste (79,2%) e o menor, na região Centro-Oeste (70,2%). As menores proporções em relação ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde foram observadas entre as EqSF dos municípios com mais de 100.000 hab. da região Centro-Oeste (66,4%) e entre 50.001 - 100.000 hab. da região Norte (66,1%). Esses municípios também demonstraram as menores frequências em relação ao apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB, entre 57,2% e 66,9%.

Discussão

É fato que o processo de institucionalização do monitoramento e da avaliação na ABS tem contribuído para a incorporação de uma prática reflexiva e pedagógica no apoio à gestão para a tomada de decisão, prestação de contas e produção de conhecimentos no âmbito do SUS (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO *ET AL.*, 2010; SANTOS *ET AL.*, 2012). De acordo com Felisberto (2004), a inserção de processos avaliativos na rotina da gestão e dos serviços tem propiciado mudanças na cultura institucional, que envolve diferentes atores e mediações, renovando e potencializando as ações de saúde na Atenção Básica.

Ao reconhecer as conexões intrínsecas entre planejamento e avaliação ou, mais especificamente, autoavaliação, e a importância dessas conexões como norteadoras do processo de trabalho no contexto da ABS, entende-se que a aproximação tem sido induzida como forma de dinamizar e romper

com a tradição do planejamento e da avaliação como práticas fragmentadas e burocratizadas (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000; FARIA *ET AL.*, 2009). No estudo realizado, verifica-se que as atividades relacionadas ao planejamento com envolvimento de variados atores são realizadas pelas EqSF em todos os estratos populacionais das regiões. Entretanto, observa-se que não ocorre uma correspondência substancial da presença de documentos que comprovem tais atividades e tampouco relação direta com a autoavaliação.

As equipes de todas as regiões realizam autoavaliação, ainda que utilizando ferramentas diferentes e considerando as disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e aquelas construídas pelo próprio município. Sarti *et al.* (2012) ressaltam, em estudo realizado no municípios do Espírito Santo, que as equipes utilizam a autoavaliação, em sua maioria a AMAQ, como ferramenta de gestão para reorganização do seu trabalho. Mesmo destacando a potencialidade da autoavaliação, os autores enfatizam que ainda permanecem os problemas de articulação das ferramentas de planejamento e avaliação e de adequação na ABS, uma vez que as equipes continuam a adotá-las como algo para se cumprir e pouco para orientar a mudança necessária.

O uso de instrumentos autoavaliativos qualifica os processos na ABS porque possibilita o agir reflexivo ao orientar a ação das equipes. Ainda assim, conforme ressaltava Kawata *et al.* (2009), há incoerência entre o que a EqSF estabelece como modelo de gestão das equipes, tomando-o como participativo, e o que de fato ocorre, seguindo o modelo centralizado de gestão e com ações de planejamento e monitoramento incipientes.

Em todas as regiões, no que tange ao apoio da gestão para o processo de trabalho das equipes, as atividades mais recorrentes foram a de discussão sobre o processo de trabalho e apoio à autoavaliação e as menos empregadas foram a de apoio ao planejamento e organização da equipe. Esse achado evidencia o quanto os apoiadores precisam subsidiar as equipes

no seu planejamento vinculado à autoavaliação, assim como a necessidade de organização das práticas com base em princípios e valores que se pautam no compartilhamento mútuo de saberes e fazeres, no compromisso com a mudança social e com a ética da vida (CRUZ, 2011). As iniciativas de autoavaliação vinculadas ao planejamento tendem a promover a autorreflexão sobre processos, sujeitos da ação e dos grupos implicados, visando à identificação dos problemas e à formulação de estratégias para melhoria das práticas e das relações na Atenção Básica.

A organização dos componentes do processo de trabalho, incluindo seus fins, sua execução e a própria avaliação, sofrem modificações a partir desse processo crítico de avaliação. Isto é, na visão de Faria *et al.* (2009), os processos de trabalho são sempre avaliados em função de seus resultados, mais ou menos intensos, consciente e sistematicamente, conforme as condições sociais e institucionais em que se exercem. A avaliação constitui, necessariamente, um momento e um instrumento de crítica de todo o processo. É, portanto, uma peça fundamental para o desenvolvimento de qualquer processo de trabalho.

Com base nos resultados, mesmo que de forma diferenciada, as equipes recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, sendo esse apoio dado, em sua maioria, por profissionais da gestão, por apoiador institucional (mais frequente nos municípios de grande porte) ou profissionais da vigilância em saúde. As regiões, em sua maioria, consideram boa e muito boa a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas, contrariamente à região Norte, com o maior percentual de insatisfação. Para tal, se faz necessário direcionar o olhar para uma reflexão crítica do feito e efeito na ABS, bem como justificar a existência de análises ou, propriamente, conforme enfatiza Contandriopoulos (2006), de avaliações das práticas como um processo permanente e contínuo.

A busca por resultados diferentes no trabalho leva à necessidade de mudança na forma de trabalhar, e essa mudança deve acarretar a valorização da comunicação e dos espaços de participação/negociação, bem como a construção de parcerias (FARIA *ET AL.*, 2009). Implica, ainda, na visão desses autores, uma boa gestão das informações, planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções e organização da agenda. Ou seja, a equipe tem de aprender a trabalhar com as tecnologias de que dispõe para usá-las da maneira mais eficiente possível.

Por outro lado, a qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial foi citada por parte das equipes das regiões Sul e Sudeste, apesar de o tema não ser abordado pelas equipes da região Norte e Nordeste. A construção de projeto terapêutico singular é um tema abordado somente nas regiões Sul e Sudeste e nos municípios de maiores portes populacionais. Conforme ressalta Abrahão (2007), a lógica que ainda tem orientado a produção de saúde na rede básica está centrada no modelo hegemônico e de forma organizativa, pautada na estrutura funcionalista e com predominância na atuação biomédica. A autora chama a atenção para o fato que a dinâmica gerencial do serviço desvende o exercício realizado pelos trabalhadores. No espaço próprio de gestão do seu trabalho e, portanto, é necessário um tipo de gerência que não faça o profissional se desinteressar pelo ato de cuidar.

Por fim, destaca-se que é necessário reconhecer as ações de avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos, e não afirmá-la como mecanismo externo aos processos sociais (CRUZ, 2011). Portanto, é preciso definir formalmente as responsabilidades de cada sujeito da ação para se aprimorarem os resultados dos conhecimentos produzidos e incorporá-los à realidade, realizando, assim, a translação.

Considerações finais

Este artigo não tem a pretensão de encerrar a discussão sobre o uso do planejamento e da autoavaliação como ferramentas norteadoras da organização do processo de trabalho da Atenção Básica em Saúde, mas sim levantar pontos de interesse para esse debate. A ideia de realizar uma caracterização das potencialidades e limites desse processo propiciou uma aproximação dos avanços no que tem sido produzido pelas equipes, mas também do que precisa ser aprofundado para melhor orientação sobre o fazer.

A Atenção Básica em Saúde envolve processos de trabalho compostos por situações de muita complexidade, uma diversidade de relações e alta pressão por resultados bem sucedidos. Daí a importância de se reverem conceitos e atitudes que não atendem a essa realidade, criarem-se meios de vincular o planejamento com a avaliação de forma mais participativa e negociada nas equipes e de se assumir que os resultados da autoavaliação podem levar a diferentes reflexões e possibilidades de ajustes, bem como ser utilizados para subsidiar apoiadores nas supervisões e formações permanentes.

Importante chamar atenção para o esforço desenvolvido para que o planejamento e a autoavaliação não sejam tratados como ferramentas meramente burocráticas e sem

sentido, que não envolvem os técnicos diretamente relacionados com a organização e o cuidado na ABS. Isso não deve gerar embotamento das equipes diante dos resultados encontrados, por mais que se distanciem da imagem desejada, na medida em que não se quer valorizar erros e sim ajustes estratégicos que melhor vinculem escolhas à decisões. Dessa forma, os processos avaliativos em curso podem contribuir como mecanismo indutor de reflexões dos atores envolvidos com o cuidado, a gestão e a gestão do cuidado, o planejamento e a autoavaliação. Tais mecanismos devem se consubstanciar como processos dialogados nas equipes para que, de fato, possam alterar o processo de trabalho, orientar as mudanças e se traduzir em ações. Essa constatação pressupõe a necessidade de reconhecimento dos conflitos existentes e de visão estratégica por parte das equipes e gestores da Atenção Básica.

Por fim, pode-se reconhecer que as equipes identificam problemas, definem prioridades e realizam autoavaliação com apoio institucional e acesso a dados para análise da situação de saúde. Contudo, essas são práticas ainda pouco integradas e precisam ser aprimoradas e usadas de forma mais focada às necessidades de melhoria de trabalho das equipes para que possam repercutir na qualidade da atenção e cuidado aos usuários da Atenção Básica. ■

Referências

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em Promoção da Saúde*, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação

de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualificação da Estratégia Saúde da Família: resumo executivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

- _____. *Programa de melhoria do acesso e da qualidade: documento síntese para avaliação externa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CAVALCANTE, M. G. S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-445, out./dez. 2006.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711, set. 2006.
- CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007.
- CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, 2011. p. 180-196. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=435v>>. Acesso em: 12 mar. 2014.
- FARIA, H. P. et al. *Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte: Nescon: UFMG: Coopmed, 2009.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* Recife, v.4, n. 3, p. 317-321, set. 2004.
- FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010.
- FONTINELE JUNIOR, K. *Programa Saúde da Família (PSF) comentado*. Goiânia: AB, 2003.
- HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 419-421, 2002.
- KAWATA, L. S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas de gestão. *Texto & Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. p. 313-320, 2009.
- MEDINA, M. G; AQUINO, R; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 21, p.15-28, 2000.
- MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- SANTOS, E. M. et al. Sensibilização e enredamento: contribuições para a institucionalização do monitoramento e avaliação como uma prática de gestão reflexiva. In: LIBONATI, A; GARCIA, D; EITLER, K. (Org.). *Comunicação e transformação social 2: Canal Futura - 15 anos na estrada*. São Leopoldo: Unisinos, 2012.
- SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve