**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

FLAVIA TIEMI MURAMOTO

**Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das
equipes de Saúde da Família**

Ribeirão Preto
2017

FLAVIA TIEMI MURAMOTO

**Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das
equipes de Saúde da Família**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Saberes, Cuidado e Políticas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Matumoto

Ribeirão Preto
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Muramoto, Flavia Tiemi
M 972r Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho
Das equipes de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2017
154 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientadora: Profa. Dra. Silvia Matumoto

1. Processo de Trabalho. 2. Avaliação dos Serviços de Saúde.
3. Saúde da Família. 4. Qualidade na Atenção Básica. I. Título.

CDD: 331

Nome: MURAMOTO, Flavia Tiemi

Título: Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovada em/...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai todo poderoso, fonte de inspiração e motivação durante todo esse percurso.

Aos meus pais: Keiko Shilomal Muramoto e Minor Muramoto, por acreditar e apoiar-me em todos os meus sonhos, meu carinho especial. Minha eterna gratidão!

Ao meu irmão Olavo Kendi Muramoto, apesar da distância, sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida.

Profa. Dra. Sílvia Matumoto, minha orientadora, pessoa maravilhosa, apaixonada pela sua profissão, que com muita paciência sempre esteve presente durante essa trajetória, transmitindo seus conhecimentos e ensinando a arte de pesquisar. Obrigada pela oportunidade. Para sempre minha admiração!

Lamis Ramadan, por ter realizado minha matrícula, em um momento em que eu estava ausente.

Aos meus amigos e familiares, que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado, compartilhando todos os momentos da minha vida.

Rosana Terezinha Tostes Milani Mastro, Maria Francisca Moreira Pires, Dr. Eurico Medeiros Júnior, coordenadores da Atenção Básica que contribuíram na minha liberação do trabalho, para que assim eu pudesse cursar as disciplinas.

Angélica Marcos Basso Mimoto, que facilitou o acesso à pesquisa no Departamento Regional de Saúde V – Barretos.

À minha equipe da **ESF Dr. José Caubi Campello Bessa**, aos que passaram e aos que ainda permanecem, pela compreensão das minhas ausências ao trabalho, para que eu pudesse cursar as disciplinas e seguir meus sonhos.

A todos os colaboradores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que contribuíram para que enfim pudesse concluir esse ciclo.

A todos os colaboradores do Departamento Municipal de Saúde do Município de Bebedouro -SP.

A todos os gestores dos municípios do Departamento Regional de Saúde V - Barretos, que identificaram a importância da pesquisa nos serviços de saúde.

A todos os profissionais que se disponibilizaram a participar da pesquisa.

RESUMO

MURAMOTO, Flavia Tiemi. **Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2017. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O objetivo deste estudo foi analisar as repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de saúde da família avaliadas. Para abordar esse objeto, utilizou-se como referencial teórico o processo de trabalho em saúde e a avaliação dos serviços de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), situando o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de pesquisa qualitativa, na forma de estudo de caso, realizado no Departamento Regional de Saúde V – Barretos (DRS-V), cuja amostra foi constituída por dez profissionais. As entrevistas foram semiestruturadas e realizadas no local de trabalho. A análise das entrevistas seguiu a análise de conteúdo temática de Bardin. Tomou-se como referência o trabalho e o processo de trabalho, segundo Marx e Gonçalves, e os três elementos que o compõe: objeto, meio e finalidade. O PMAQ-AB apresentou-se como um instrumento capaz de induzir modificações, principalmente, relacionadas ao meio e às tecnologias duras e leve duras como: melhorias na infraestrutura, ampliação da oferta e redistribuição de área. Identificou-se o fortalecimento do trabalho vivo e das tecnologias leves no trabalho da equipe. Os resultados permitiram concluir que ele foi considerado em sua maioria; como uma ferramenta essencial para identificar lacunas no processo de trabalho, induzir reflexões críticas a partir da realidade vivenciada pelas equipes, e contribuiu para melhor organização do processo de trabalho. Os desafios encontrados pelas equipes foram a dificuldade de implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), a rotatividade dos profissionais, a falta de apoio institucional, a falta de apoio dos gestores e a carência em ações de educação permanente. Comprova-se neste estudo, algumas fragilidades do PMAQ-AB, como a forte relação entre o instrumento e o repasse de recursos financeiros, a falta de espaços para devolutiva dos dados, e a possibilidade de mascaramento das ações nas equipes. Considera-se que este estudo, pode contribuir para um novo olhar e para o desenvolvimento de novos trabalhos a partir da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde, na visão

dos avaliados que compõem este processo, e também para validar o instrumento de avaliação PMAQ-AB.

Palavras chaves: Processo de Trabalho. Avaliação dos Serviços de Saúde. Saúde da Família. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

ABSTRACT

MURAMOTO, F. T. **Repercussions of the PMAQ-AB evaluation in the work process of the Family Health teams.** 2017. 154f. Dissertation (Masters) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

The objective of this study was to analyze the repercussions of the PMAQ-AB evaluation in the work process of the family health teams evaluated. In order to approach this object, we use as theoretical reference, the work process in health and the evaluation of health services in the context of Primary Health Care (PHC), placing the Program of Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). It is a qualitative research, in the form of a case study, carried out in the Regional Health Department V-Barretos (DRS-V), whose sample was constituted by ten professionals, the interviews were semi-structured and performed in the workplace. The analysis of the interviews followed the analysis of the thematic content of Bardin. According to Marx and Gonçalves, and the three elements that compose it: object, means and purpose, PMAQ-AB presented itself as an instrument capable of inducing changes mainly related to the environment and the hard and light technologies such as: infrastructure improvements, supply expansion and area redistribution. We identified the strengthening of living labor and light technologies in the work of the team. The results allowed us to conclude that it was considered mostly as an essential tool to identify gaps in the work process, to induce critical reflections based on the reality experienced by the teams, and to contribute to a better organization of the work process. The challenges encountered by the teams were the difficulty of implementing the Integrative and Complementary Practices (ICPs), the turnover of professionals, lack of institutional support, lack of support from managers and the lack of permanent education actions. In this study, we verified some weaknesses of PMAQ-AB, such as the strong relationship between the instrument and the transfer of financial resources, the lack of spaces for data retrieval, and the possibility of masking the actions in the teams. We believe that this study may contribute to a new look and to the development of new work from the institutionalization of evaluation in the health services, from the view of the evaluators that compose this process and also to validate the PMAQ-AB evaluation instrument.

Keywords: Work Process. Evaluation of Health Services. Family Health. Program for Improving Access and Quality of Primary Care

RESUMEN

MURAMOTO, F. T. **Repercusiones de la evaluación PMAQ-AB en el proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia**. 2017. 154f. Ensayo (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

El objetivo de este estudio fue analizar las repercusiones de la evaluación PMAQ- AB en el proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia evaluadas. Para abordar ese objetivo usamos como marco teórico el proceso de trabajo en salud y la evaluación de los servicios de salud en el contexto de la Atención Primaria a la Salud (APS), situando el Programa de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB). Se trata de una investigación cualitativa, en la forma de estudio de caso, realizado en el Departamento Regional de Salud V- Barretos (DRS-V), cuya muestra fue constituida por 10 profesionales, las encuestas fueron semiestructuradas y realizadas en el lugar de trabajo. El análisis de las entrevistas siguió el análisis del contenido temático de Bardin. Teniendo como referencia el trabajo y el proceso de trabajo, según Marx y Gonçalves, y los tres elementos que lo compone: objetivo, medio y finalidad, el PMAQ-AB se presentó como un instrumento capaz de inducir modificaciones principalmente relacionadas al medio y a las tecnologías duras y leve duras como: mejorías en la infraestructura, ampliación de la oferta y redistribución del área. Identificamos el fortalecimiento del trabajo vivo y de las tecnologías leves en el trabajo del equipo. Los resultados nos permitieron concluir que él fue considerado en su mayoría, como una herramienta esencial para identificar lagunas en el proceso de trabajo, inducir reflexiones críticas a partir de la realidad vivida por los equipos, y contribuyó para una mejor organización del proceso de trabajo. Los desafíos encontrados por los equipos fueron la dificultad de implantación de las Prácticas Integrales y Complementarias (PICs), la rotación de los profesionales, falta de apoyo institucional, falta de apoyo de los directores y la carencia en acciones de educación permanente. Comprobamos en este estudio, algunas fragilidades del PMAQ-AB como la fuerte relación entre el instrumento y el repase de los recursos financieros, la falta de espacios para la devolución de los datos, y la posibilidad de enmascaramiento de las acciones en los equipos. Consideramos que este estudio, puede contribuir para una nueva mirada y para el desarrollo de nuevos trabajos a partir de la institucionalización de la evaluación en los servicios de salud, en la visión de los

evaluados que componen este proceso y también para validar el instrumento de evaluación PMAQ-AB.

Palabras claves: Proceso de Trabajo. Evaluación de los Servicios de Salud. Salud de la Familia. Programa de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Participation in PMAQ and Resources Distributed, by PMAQ Cycle.....	25
Quadro 2	Mudanças no processo de trabalho assistencial após o PMAQ-AB.....	46
Quadro 3	Organização do trabalho para responder ao PMAQ-AB.....	48
Quadro 4	PMAQ-AB ajuda a equipe a identificar lacunas.....	49
Quadro 5	Críticas e repercussões dos resultados da avaliação.....	50
Quadro 6	Motivação para participar do PMAQ-AB.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
AMQ	Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Estratégia de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIR	Comissão de Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRS-V	Departamento Regional de Saúde V
EAB	Equipe de Atenção Básica
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PCA Tool	Primary Care Assesment Tool
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
1.1.1	Avaliação dos Serviços de Saúde no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)	14
1.1.2	Avaliação dos Serviços de Saúde e o Processo de Trabalho...	17
1.1.3	Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária (PMAQ-AB)	23
2	OBJETIVOS.....	31
2.1	OBJETIVO GERAL.....	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3	MÉTODO.....	33
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	33
3.2	LOCAL DE PESQUISA.....	34
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	36
3.4	COLETA DE DADOS.....	37
3.5	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	38
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5	RESULTADOS.....	45
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
	REFERÊNCIAS.....	111
	APÊNDICES.....	121
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista.....	124
	APÊNDICE C – Categorização.....	127
	ANEXOS.....	153
	ANEXO A – Parecer do CEP.....	153

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1 Avaliação dos serviços de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)

Atenção Primária à Saúde, por que avaliar?

Inicia-se a contextualização com esta interrogação trazida por Castanheira et al. (2015) para abordar o processo de avaliação em saúde dentro da APS no Brasil e no mundo, de uma forma sucinta.

A Atenção Primária à Saúde, define-se por:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis e acessíveis aos indivíduos e famílias na comunidade, com custo adequado. É o primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Para Starfield (2004), a APS conceitua-se por meio de quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e utilização do serviço de saúde sempre que necessário; a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; a integralidade, que implica em fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde; e a coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito dos problemas e serviços anteriores e reconhecimento da informação, quando está relacionada às necessidades para o atendimento.

Ao seguir este movimento, no Brasil no ano de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, demarcando o início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e regidos por princípios e diretrizes (BRASIL, 1990).

A partir desse momento histórico iniciou-se um período de transformações a fim de estruturar e consolidar um novo modelo de saúde brasileiro, voltado a atender os interesses das condições de saúde da população, em um caráter universal e integral, assim como atender às demandas conforme a necessidade prioritária dos indivíduos.

Assim, iniciou-se um movimento de revolução e de lutas pela democratização da sociedade no campo da saúde, o chamado Movimento de Reforma Sanitária, que expressou elementos fundamentais defendidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a utopia igualitária (universalidade e equidade), reconhecimento da determinação social no processo saúde-doença e críticas às práticas hegemônicas de saúde. Essa conferência representou um importante conjunto de políticas articuladas que incluíam a participação do cidadão. Tal movimento também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, estes seriam os elementos centrais que comumente é chamado de princípios e diretrizes do SUS (FEUERWERKER, 2005; MATTOS, 2009).

A partir de 1994, o Ministério da Saúde propôs um processo de expansão da APS e reorganização da AB por meio de um programa/ depois estratégia/ depois política de saúde da família, que articula elementos das propostas originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde/Distrito Sanitário/ Programação em Saúde e Promoção à Saúde (BRASIL, 1998; FEUERWERKER, 2005).

O seu objetivo era substituir o modelo de assistência tradicional, e, assim, sua principal característica é atuar em um território específico e aprimorar atividades com base em um diagnóstico situacional. Seu foco é a família e a comunidade, e neste conjunto propõe que se desenvolva a integralidade do cuidado, sendo também um espaço para a construção da cidadania (BRASIL, 2007).

Consequentemente à expansão da APS no Brasil, por meio da consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma forma de reorientar o sistema de saúde, instituiu-se também a ideia de uma cultura de avaliação em saúde dentro da AB. Essa cultura, iniciou-se na década de 90 no Brasil, propondo-se sistemas de certificação de qualidade, primeiramente tendo os hospitais como palco deste processo. Destarte, a avaliação da qualidade desenvolveu-se por meio do grau em que os serviços de saúde são capazes de atender às necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes. Donabedian considerava a qualidade definida

a partir dos atributos do cuidado médico que avaliava a qualidade em saúde por meio da tríade: estrutura, processo e resultado (CALVO et al., 2013).

Furtado e Silva (2015, p. 18) apresentaram a análise da emergência da avaliação em saúde no Brasil, e tem como ponto de partida a Lei Orgânica da Saúde em 1990 que criou o SUS, e como ponto de chegada a criação do Grupo Técnico de Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-Avaliação da ABRASCO) em 2006, contribuindo para a compreensão dessa área de conhecimentos e práticas no Brasil.

Passados mais de 25 anos de sua criação, o SUS continua a enfrentar desafios que põem à prova os seus princípios e diretrizes, em um cenário que competem projetos de saúde e de sociedade, distintos em valores e concepções. Em defesa do SUS e partindo das grandes conquistas já alcançadas deve-se avançar e aprofundar em estudos de diferentes perspectivas que contribuam para a consolidação de um sistema público promotor da saúde como um direito (CASTANHEIRA et al., 2015). A partir desse momento, surge a importância de se avaliar a atenção primária à saúde e expandir ainda mais o sistema de APS no Brasil.

Ao pensar nessa política de consolidar a APS no mundo, surgiu o primeiro instrumento de avaliação, o Primary Care Assessment Tool – PCATool. Este foi elaborado por Starfield nos Estados Unidos, que ao compor os indicadores de avaliação em saúde, apoiou-se nos pressupostos de Donabedian (SILVA et al., 2014).

O conceito de avaliação será abordado e aprofundado posteriormente.

Starfield (2004) definiu que um serviço está realmente embasado na APS, por meio da identificação rigorosa dos atributos: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Assim, o PCATool apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas às crianças, aos adultos maiores de 18 anos, aos profissionais de saúde e também direcionados à coordenação/gerência do serviço de saúde. Apesar do PCATool ter sido validado nos Estados Unidos no ano de 1998, somente no ano 2010 foi traduzido e utilizado pelo Ministério da Saúde (MS) para suprir a falta de instrumentos validados que avaliassem as interações entre os usuários e os profissionais dos serviços de APS (BRASIL, 2012a).

De acordo com Castanheira et al. (2015) os desafios para qualificação dos conjuntos dos serviços da AB em todo país, precisam ser identificados nas diferentes esferas em que se colocam.

No Brasil uma das primeiras iniciativas de institucionalização da avaliação da APS no SUS, como estratégia indutora de qualidade em saúde, foi o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ), que contou com cooperação técnica e financeira da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Banco Mundial. Foi lançado em 2005 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, com uma metodologia de autoavaliação e autogestão (BRASIL, 2012a).

Esta iniciativa impulsionou no país o comprometimento em desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. Desse modo a Política Nacional da Atenção Básica, por meio da iniciativa “Saúde mais perto de você”, lança o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), como garantia de manter um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2011).

Castanheira et al. (2015) apostaram na ideia de que a avaliação dos serviços de saúde pode corroborar com o processo de mudança, evidenciando as reais necessidades e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho para gestores e profissionais da saúde, como também para a comunidade.

Destarte a esses questionamentos será dado ênfase à definição do PMAQ-AB, assim como à avaliação dos serviços de saúde mais adiante.

1.1.2 Avaliação dos serviços de saúde e o processo de trabalho

Aqui pretende-se estabelecer a relação entre a avaliação dos serviços de saúde e o processo de trabalho. Para tanto inicia-se a discussão, contextualizando o processo de trabalho e na sequência, o processo de avaliação em saúde. Parte-se do pressuposto de que avaliar é emitir um juízo de valor sobre algo (CASTANHEIRA et al., 2015). Deste modo será dada sequência ao desenvolvimento histórico e a relação existente entre estes dois aspectos no processo de trabalho em saúde.

Segundo Marx (1990) o trabalho sempre existiu, mas foi na sociedade burguesa, opondo-se ao sistema anterior, o feudalismo, que o trabalho passou a ser um meio de acúmulo de capital, este conceito ainda prevalece na contemporaneidade. Para compreender melhor esta definição, utiliza-se do contexto histórico, em que se pode dizer que no feudalismo, a economia era baseada na subsistência, no trabalho servil, não havia moeda, sendo portanto, amonetária, e não existia comércio. A troca de produtos era chamada de escambo. Após a queda do feudalismo, surgia na

Europa, na Idade Média, uma classe social advinda do renascimento comercial e urbano que detinha os meios de produção e a riqueza, denominada burguesia; suas reais preocupações eram o valor da propriedade e a preservação do capital, o que lhe garantia a supremacia econômica da sociedade, base para o surgimento do capitalismo.

Desse modo, entender o trabalho é compreender as formas de produção de uma dada sociedade, a sua estrutura e as relações que nela se estabelecem, cujo produto foi historicamente construído como um meio de produzir a riqueza em geral. Dessa forma, Marx (1990) definiu o trabalho como toda e qualquer ação transformadora, sobre determinado objeto por meio da relação entre homem (parte) e natureza (todo).

Portanto, quando se refere ao processo de trabalho, pode-se dizer que o homem opera uma atividade de transformação do objeto ao qual atua, por meio de instrumentos de trabalho, para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. São três os elementos componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a esse fim, isto é, o próprio trabalho; o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho; e, os instrumentos ou meios do trabalho (MISHIMA et al., 2003; MARX, 1990).

Gonçalves (1992) a partir desses referenciais teóricos de Marx, implementou os conceitos do processo de trabalho na saúde, a partir dessa perspectiva. Porém evidenciou que o trabalho humano é diferente do animal, tendo o homem a capacidade de figurar em sua mente o processo antes da construção, antes de transformá-lo em realidade; a chamada intencionalidade. Outra característica marcante do trabalho humano, é que o homem não trabalha isolado de outro homem, sendo formada a concepção de grupos. Entende-se que o processo de trabalho em saúde, é também social e historicamente determinado por meio das relações sociais. Por esse motivo, envolve agentes sociais, que são chamados trabalhadores de saúde, capazes de lidar com a subjetividade (desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho), que nasce do encontro entre o trabalhador/usuário, cujo produto é consumido em ato (MATUMOTO, 1998).

Para Mishima et al. (2003) quando se refere ao trabalho humano, pode-se dizer que ele é marcado por duas características fundamentais: a intencionalidade e a socialidade. Dessa forma, a socialidade é a capacidade do homem ao realizar o trabalho, poder parcelá-lo e decompô-lo; a concepção e a execução podem ser

divididas, e delegadas a diferentes trabalhadores; diferente do trabalho animal, no qual a unidade não pode ser decomposta e nem delegada a outro animal. Já a intencionalidade, é a capacidade do homem poder figurar em mente aquilo que se pretende executar, como já descrito anteriormente.

Ao retomar o conceito do trabalho humano se concorda com Malta e Merhy (2003), quando ele caracterizou como **trabalho vivo**, a ação que nasce a partir de um momento único, subjetivo e individualizado, com a capacidade de criar, da necessidade de um certo fazer saber, que se opõe ao ir fazendo. Já o **trabalho morto**, é definido como todos os produtos-meios que nele estão envolvidos, ou como ferramenta ou como matéria-prima, que são resultados de um trabalho humano anterior. Utilizam-se ainda os conceitos de tecnologias, para caracterizar o trabalho em saúde. São definidas em leves, leve duras e duras.

As **tecnologias leves**, caracterizam o trabalho vivo, que em se tratando de saúde é produzido e consumido em ato. Também é chamada de tecnologia das relações, que utiliza de ferramentas como a escuta, o acolhimento, o contato visual e físico entre trabalhadores e usuários e a gestão como uma forma de governar. Já as **tecnologias leves duras**, referem-se ao como fazer esse momento, ou seja, caracteriza-se pelos saberes estruturados, pelo conhecimento que antecede esse encontro, como por exemplo a clínica médica, a epidemiologia e a psicanalítica. Ao finalizar se referem às **tecnologias duras**, caracterizadas pelo trabalho morto, que se relacionam aos materiais e equipamentos tecnológicos do tipo máquina, utilizados no processo de trabalho em saúde. O autor defende a ideia da dependência do trabalho vivo em ato, com trabalho morto, sem a sua interligação seria impossível desenvolver o trabalho em saúde (MERHY, 1997a).

Pensar no processo de trabalho em saúde, é pensar no modo de produzir saúde, como uma tarefa coletiva, que envolve vários atores sociais, como os trabalhadores de saúde com a finalidade de modificar o modo de operar o trabalho a partir das necessidades do usuário.

Dessa maneira, deve-se considerar nas relações de trabalho o usuário enquanto homem constituído socialmente, da mesma forma que suas necessidades, que para cada indivíduo possa se apresentar de formas diferentes. É necessário reconhecer o homem como um ser social, em constante relação com outros homens, e como meio em que convive, transformando e sendo transformado, sendo o

protagonista da ação de saúde a ser construída (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Ao partir desse pressuposto, sabe-se que a ESF é responsável por prestar o cuidado ao usuário de acordo com sua integralidade, pautada na vulnerabilidade de seu território, ou seja, para se prestar uma assistência de qualidade utiliza-se de recursos e ferramentas fundamentais a partir da avaliação das condições de saúde.

Para Franco e Merhy (2003, p. 4), o PSF (Programa Saúde da Família) trabalha a ideia do planejamento e programação para formular os projetos específicos de sua implantação. Dessa forma, propõe o Planejamento Estratégico Situacional (PES) como ferramenta a ser utilizada para este fim, fazendo uma assimilação de uma parte da produção de setores sociais implicados com a implantação do SUS, e por isso mesmo gerando um posicionamento paradoxal junto aos vários ramos destes setores, pois parte deles tem se posicionado a favor e parte contra as proposições

O enunciado acima traz uma ferramenta de avaliação importante que pode ser utilizada dentro do cotidiano das unidades de saúde da família. Com isso, pode-se concluir que a avaliação já está presente dentro do sistema de saúde do Brasil.

Merhy (1997b) propõe a utilização do fluxograma analisador como uma ferramenta para avaliar o processo de trabalho e o funcionamento do modelo de atenção de um serviço de saúde, de uma forma didática. A utilização desta ferramenta na prática, dos diferentes serviços de saúde, possibilita identificar os problemas advindos do desenvolvimento do processo de trabalho em saúde daquele local, tornando-se um instrumento analisador de melhoria do modo de operacionalizar o trabalho, possibilitando assim uma análise do que de fato compromete a assistência do cuidado prestado, já que o trabalho em saúde é um processo dinâmico que pode ser inventado e reinventado a partir da necessidade daquele momento.

Não se pode esquecer que o próprio trabalhador de saúde, torna-se um instrumento importante, ou seja, faz parte de uma caixa de ferramentas fundamentais para que se possa concretizar o trabalho em saúde. No agir do trabalhador, reconhece-se seu autogoverno, faz com que tenha autonomia necessária, para intervir na lógica desse processo, que é sempre de disputas (MERHY, 1997b), aumentando a sua capacidade de gestão, seja em recursos materiais e equipamentos, ou da atenção do cuidado, o que aumenta a sua capacidade de governar arenas institucionais, organizar os serviços de saúde, e assim, desencadear mudanças

significativas na prática profissional para a melhoria do processo de trabalho em saúde.

Sabe-se que o processo de trabalho em saúde tem como elementos construtivos o objeto, que é matéria-prima a ser processada, os recursos e meios, aqui pode-se citar as tecnologias de Merhy e o produto que é o cuidado. É importante não esquecer, que, para que este processo aconteça existe a força de trabalho, ou seja, os trabalhadores de saúde (MARX, 1990; MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001; MALTA; MERHY, 2003)

Entende-se que avaliar também é um trabalho, e assim é realizado por meio de um processo, neste caso cita-se o PMAQ-AB, onde os serviços de saúde passam a ser objeto de desta avaliação. Dessa maneira, os resultados decorrentes e esperados do processo de avaliar são a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, assim como a melhoria do cuidado ao usuário.

Verifica-se que dessa forma, há uma relação entre a avaliação dos serviços de saúde com o processo de trabalho em saúde, pode-se dizer que este processo e a utilização de suas ferramentas possibilitam uma reflexão crítica do processo de trabalho.

Esta reflexão crítica do processo de trabalho nas equipes de saúde da família avaliadas é um ponto forte, revela-se aí, a possibilidade da equipe estabelecer negociações, integrar reflexões, métodos dentro do processo avaliativo, na qual a própria avaliação possibilite uma aprendizagem permanente, que revele uma posição crítica e respeitosa frente e com os agentes do processo avaliativo (BAVA et al., 2015).

Sabe-se que avaliar é uma prática tão antiga quanto a própria humanidade. Infelizmente os avaliados trazem uma ideia negativa sobre este conceito. Geralmente, a percepção parte do pressuposto de que a avaliação resulta em punição e constrangimento para aqueles que não obtiveram determinados resultados (BRASIL, 2013).

Uma vez que avaliar é fazer juízo de valor- julgar e mensurar é necessário que se exemplifique os preceitos de qualidade utilizados (CASTANHEIRA et al., 2015).

Para Franco e Merhy (2003) antes de iniciar um processo de avaliação de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde, deve-se fazer as seguintes perguntas: Vamos avaliar este serviço, para quê? A avaliação aqui realizada, servirá a quem? As mudanças institucionais, possivelmente identificadas como necessárias, serão viabilizadas como?

Retoma-se a afirmação acima, e ao pensar na melhoria dos serviços de saúde, o MS no ano de 2011, iniciou o PMAQ-AB, que tem como diretriz o estímulo à mudança incremental do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, por meio da avaliação dos serviços de saúde (FONTENELLE, 2012).

O PMAQ busca contribuir para a superação do caráter punitivo da avaliação e propõe a autoavaliação como instrumento que estimule o coletivo a analisar seu processo de trabalho, elencar prioridades para atuação, elaborar estratégias para superação dos problemas e alcance de metas e objetivos, acordados por esse mesmo coletivo. Deve ainda ajudar a identificar demandas que o processo de mudança exigirá e, a partir disso, estabelecer diálogos, pedidos e compromissos com a gestão e a comunidade. Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões, constituindo-se como uma ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2015).

Ao complementar o conceito de avaliação dos serviços de saúde não se pode deixar de citar Donabedian, cuja proposta da avaliação foi baseada em avaliar estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (SILVA; CALDEIRA, 2011).

“Donabedian foi um estudioso da atenção no processo assistencial médico com destaque para a noção de qualidade, sintetizada em sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade” (DONABEDIAN, 1980).

Alguns estudiosos consideram a existência de quatro gerações dentro da história da avaliação, essas serão descritas aqui.

A primeira foi marcada pela verificação de erros e acertos, e na área da saúde este conhecimento, volta-se ao campo da epidemiologia e da estatística. A segunda geração, centrou-se basicamente no ato de descrever, passam a ser identificados e compreendidos os programas conjuntamente com sua estrutura, dificuldades e possibilidades frente à consecução dos resultados esperados. Já a terceira geração, o pesquisador além de medir e descrever, avançava na direção da emissão de um juízo de valor sobre o objeto avaliado. E, finalmente, a quarta geração todos estes fatores: contexto, a finalidade, os objetivos, os saberes operantes e os agentes envolvidos interagem dentro e a partir dos distintos grupos de interesse presentes no processo avaliativo (BAVA et al., 2015).

A avaliação de quarta geração é uma avaliação responsiva em que as reivindicações, preocupações e questões do grupo de interesse servem como foco

organizacional (a base para determinar que a informação seja necessária) (GUBA; LINCOLN, 1989 apud KANTORSKI et al., 2009).

Com tal característica o PMAQ-AB:

É considerado por alguns estudiosos como um instrumento de avaliação de quarta geração. É a principal alternativa institucional de avaliação da APS, com abrangência nacional como parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (ALMEIDA et al., 2015, p. 270).

Tem como principal objetivo criar um padrão nacional de qualidade de acordo com a regionalização das unidades de saúde, pela indução de mudanças no processo de trabalho (BRASIL, 2015). Também é considerado por alguns autores como um instrumento de gestão.

Diante disso, Freire et al. (2009) relatam que o processo avaliativo, deve funcionar como um instrumento de gestão capaz de se desdobrar em intervenções assistenciais que privilegiem a qualidade do cuidado prestado e descreve experiências diversas que agregam obstáculos visíveis e invisíveis.

1.1.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Atualmente o Brasil está vivendo um importante capítulo da história de suas políticas de saúde, mas sem dúvida o SUS precisou de tempo para que em seu processo de consolidação enfrentasse o desafio de um grande processo de avaliação tal como é o PMAQ (GOLDBAUM, 2014).

Segundo Brasil (2013) trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde nos três níveis de governo, que pretende verificar e mensurar os efeitos das políticas de saúde com o intuito de subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS, e dar visibilidade aos resultados, promovendo o acesso e qualidade aos serviços de saúde da AB, sendo seu foco centrado nos usuários.

Ao percorrer um pouco de seu contexto histórico, o PMAQ foi lançado em 11 de julho de 2011 pela Portaria 1654 do MS (BRASIL, 2011), e, até o momento já foram realizados dois ciclos.

Em seu 1º ciclo, no ano de 2011, contemplou a adesão de equipes de saúde da família e equipes de AB parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. O 2º

ciclo iniciou em 2013 com a novidade da ampliação da adesão das equipes de saúde da família, equipes parametrizadas e equipe de saúde bucal. Outra novidade do 2º ciclo é a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (GOLDBAUM, 2014).

Em 2015, o PMAQ iniciou seu 3º ciclo, ainda não concluído. Conta com a participação de todas as equipes de saúde da família da AB (Saúde da Família e parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB. As novidades para este ciclo relacionaram-se à revisão no desenho geral do programa; a implantação do sistema eletrônico do AMAQ e alterações no processo de certificação das equipes (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB vinculou pela primeira vez, o repasse de recursos à implantação de padrões de acesso e qualidade em nível nacional. Esta medida representou um processo intenso de mudanças na lógica, relacionada ao repasse de recursos para a AB, e seu sucesso está condicionado à capacidade de mobilizar os atores locais em favor de modificações das condições e práticas de atenção, gestão e participação (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2011)

Assim, PMAQ-AB é considerado uma das maiores iniciativas mundiais para melhorar a atenção primária. Ele está sendo utilizado para compreender as condições estruturais que os trabalhadores da linha de frente da rede básica enfrentam. É possível desenvolver pesquisas utilizando o PMAQ-AB em termos de determinar se os incentivos financeiros proporcionados em nível municipal melhoram a qualidade da assistência à saúde e promovam a equidade (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017 a).

O quadro 1, demonstra um pouco da evolução histórica de adesão das equipes de saúde da família por ciclo, assim como a distribuição de recursos financeiros segundo os autores Macinko, Harris e Rocha (2017a):

Quadro 1 - Participation in PMAQ and Resources Distributed, by PMAQ Cycle.

	Cycle 1 (2011/12) N (%)	Cycle 2 (2013/14) n (%)	Cycle 3 (2015/16) n (%)
Municipalities	3 965 (71.3)	5 211 (93.6)	5 324 (95.6)
FHS teams	17 483 (51.4)	30 523 (77.6)	38 865 (96.4)
Primary care support centers (NASF)	0 (0)	1 813 (46.5)	4 110 (93.2)
PMAQ-related investments (BR\$, in millions)	770	4 200	TBD

Abbreviations: FHS, Family Health Strategy; PMAQ, National Program for Improving Primary Care Access and Quality. ^A From the Department of Primary Care, Brazilian Ministry of Health. FONTE: Macinko, Harris e Rocha (2017 a).

Verificou-se uma evolução histórica importante, em relação ao aumento do número de equipes que aderiram ao PMAQ-AB nos três ciclos. Com base no acompanhamento do processo de trabalho e de seus resultados obtidos na avaliação, espera-se que as equipes e os gestores se envolvam na busca por solução dos problemas de saúde do cotidiano da sua população, produzindo benefícios aos mesmos, transformando a micropolítica do trabalho em saúde.

Dessa forma, pretende-se neste estudo verificar as repercussões decorrentes desta participação, assim como os avanços e os desafios decorrentes da participação das equipes nestes ciclos do PMAQ-AB.

Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2011) a adesão de mais de 70% dos municípios brasileiros que ingressaram no PMAQ no 1º ciclo, revelou-se surpreendente para um programa novo, de adesão voluntária, que exigia uma série de tarefas prévias de assunção de diversos compromissos com esta participação, que serão abordados posteriormente.

Embora semelhante em muitos aspectos de outras iniciativas de melhoria da qualidade, o PMAQ-AB, tem várias diferenças importantes de outras experiências internacionais (HARRIS, 2012).

Primeiro o MS fornece o incentivo financeiro, não necessariamente para ser destinado como pagamento à equipe de saúde. Esse dinheiro é transferido para o município para ser utilizado no cuidado, de acordo com o desempenho. Mas também, o município pode repassar este recurso de outras formas como: salários, informações, assistência técnica, suprimentos e outros fatores que podem ajudar no desempenho das equipes. Alguns municípios realizam o pagamento aos profissionais de saúde,

mas não se tem informações sobre quantos o realizam, a forma como realizam e a quantidade transferida (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017a).

Para o 1º e 2º ciclos a organização estrutural era diferente. Seu arranjo se dava em quatro fases que se complementavam, formando um ciclo: **adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa, e pactuação/recontratualização** que caracterizava o processo contínuo e início de um novo ciclo, após a certificação das equipes.

Segundo Brasil (2015) para o 3º ciclo, houveram modificações no que se refere a sua organização, devido a revisão do instrumento, realizado pelo MS. Esta passou a ser constituída por três fases e um eixo transversal de desenvolvimento compondo um ciclo contínuo, conforme ilustra a figura 1:

Figura 1 - Fases do 3º ciclo do PMAQ-AB.

Fonte: Brasil (2015).

A **1ª fase adesão**: tem caráter voluntário e pressupõe um processo de pactuação de compromissos a serem firmados pelas equipes de AB (incluindo equipes de saúde bucal, equipes parametrizadas, NASF e CEO), os gestores municipais, e o MS em um processo de pactuação.

O **eixo estratégico transversal de desenvolvimento** ocorre simultaneamente a todo processo, evidencia-se, principalmente, após a adesão, constituindo-se pelo envolvimento coletivo da equipe no processo avaliativo. Trata-se do conjunto de ações que promoverão o processo de tomada de decisões, para implementar as mudanças a favor da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, é composto por cinco

dimensões: **autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal.**

- a) **Autoavaliação:** é o ponto de partida, e pretende provocar na equipe o movimento de mudança, por meio da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Utiliza o AMAQ com a finalidade de desenvolver uma reflexão crítica do processo de trabalho e as matrizes de intervenção, como proposta para colocar em prática as ações e, desse modo realizar as modificações necessárias.
- b) **Monitoramento:** dos indicadores e padrões de qualidade.
- c) **Educação permanente:** estratégia utilizada para a consolidação da AB como reorientadora do modelo de atenção e para o aprimoramento das práticas em saúde. Isso pressupõe um saber, e um fazer em educação permanente, integrado ao cotidiano do trabalho, e em consonância com os principais objetivos e diretrizes para a melhoria do acesso e da qualidade da AB.
- d) **Apoio institucional:** é uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde.
- e) **Cooperação horizontal:** busca valorizar o protagonismo local e propõe que as equipes participantes do PMAQ compartilhem suas experiências.

Destaca-se aqui a **autoavaliação**, que é um processo reflexivo a partir do qual serão desencadeadas a maioria das modificações necessárias no processo de trabalho das equipes de saúde da família contratualizadas. Para tanto, o MS propõe a utilização de um instrumento de avaliação, o AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade), não sendo obrigatória a sua utilização. O município pode utilizar outros instrumentos de avaliação que melhor se adequem às suas reais condições de saúde.

A 2ª fase certificação: contempla a avaliação externa, em que são avaliados os padrões de acesso e qualidade alcançados pela equipe e pela gestão. Por meio de parcerias com instituições de ensino, são observadas a infraestrutura e condições de funcionamento, entrevista com os profissionais das equipes participantes e verificação de documentos. É o momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para a melhoria do acesso e da qualidade da AB. As equipes serão

certificadas segundo o seu desempenho, considerando: a avaliação externa de desempenho, a realização da autoavaliação e avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na etapa anterior. A certificação ocorre da seguinte maneira: 10% da nota é referente à implementação de processos autoavaliativos, 30% corresponde a avaliação dos indicadores contratualizados e 60% é referente à avaliação externa.

A 3ª fase de recontratualização: a partir dos resultados alcançados pela equipe será possível incrementar novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a pactuação singular de cada município caracterizando o processo cíclico.

Após a adesão das equipes, o município passa a receber mensalmente recurso financeiro referente ao componente de qualidade do Piso da Atenção Básica Variável¹ (PAB Variável), por cada equipe contratualizada, mediante transferência fundo a fundo. Esse 3º ciclo apresenta modificações quanto aos resultados, a ser divulgado por meio da certificação que ocorre após o processo de avaliação externa. As equipes serão classificadas segundo seu desempenho, como ótimo, muito bom, bom, regular e ruim (BRASIL, 2015).

Pode-se destacar que a adesão ao PMAQ-AB para os gestores torna-se vantajoso, em relação aos recursos financeiros para a AB. Sabe-se das dificuldades que os municípios enfrentam para custear os seus próprios serviços de saúde. Porém, não se pode esquecer que os processos de avaliação podem ser utilizados pelos gestores, também como ferramentas aliadas para melhorar a qualidade de vida dos usuários por meio de modificações de seu processo de trabalho.

Acrescenta-se que a utilização dos processos avaliativos contribui para que os gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão, voltadas ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, ampliando assim a resolubilidade do sistema (FERNANDES et al., 2009).

Parte-se da hipótese de que a avaliação do processo de trabalho em saúde, por meio do PMAQ-AB, desenvolvidas pelas próprias equipes de AB, torna-se essencial para melhoria da qualidade das ações em saúde, e, conseqüentemente, para a melhoria do cuidado ao usuário.

¹ PAB variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias como: Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2007).

A partir da vivência como enfermeira de uma unidade de saúde da família e da participação na avaliação PMAQ-AB, houve interesse em discutir sobre este assunto e melhor compreender os resultados desse processo avaliativo, e, conseqüentemente, analisar as repercussões da participação das equipes de saúde da família no PMAQ-AB.

As questões abaixo basearam a formulação das hipóteses, os objetivos e discussão dos resultados da pesquisa:

A avaliação PMAQ-AB modifica o trabalho das equipes? Há repercussões resultantes desta participação no processo de trabalho das equipes de saúde da família avaliadas? Quais seriam elas?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho de equipes de saúde da família avaliadas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o arranjo organizativo da participação das equipes no processo de avaliação PMAQ-AB.
- b) Identificar avanços e desafios no processo de trabalho das equipes de saúde da família participantes do PMAQ-AB.
- c) Conhecer as opiniões dos profissionais de saúde em relação a participação na avaliação do PMAQ-AB.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Entende-se por pesquisa a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade (MINAYO, 2000). Desenvolveu-se um estudo de caso qualitativo de caráter exploratório ou descritivo.

O estudo de caso é apenas uma das muitas maneiras de se fazer pesquisa em Ciências Sociais. “Ele permite uma investigação para se preservar características holísticas e significativas de eventos da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 21).

Para Gil (2009) se trata de um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de forma que permita ao autor um amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível em relação a outros delineamentos já considerados. Seus resultados, de uma forma geral são apresentados em aberto, na condição de hipóteses ou conclusões. No entanto, o propósito do estudo de caso não é o de proporcionar conhecimentos precisos das características de uma população, mas sim de tornar oportuno uma visão global do problema, ou de identificar possíveis fatores que o influenciam ou são influenciados por eles.

Ao complementar a afirmativa acima, e ao se realizar uma pesquisa qualitativa, o primeiro passo é conhecer seus termos estruturantes. Pode-se dizer que sua matéria-prima é composta por um conjunto de substantivos, cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação (MINAYO, 2010 apud MINAYO, 2012).

A experiência é a compreensão, a vivência é o produto da reflexão pessoal sobre a experiência, e o senso comum se constitui das opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir expressos na linguagem, por meio de atitudes ou condutas, enfim, é a base do entendimento humano. A ação é o exercício dos indivíduos, dos grupos e das instituições para construir sua vida e seus artefatos culturais, a partir das condições que eles encontram na realidade. Por conseguinte, o movimento que informa qualquer abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar (MINAYO, 2012).

Consequentemente, a pesquisa qualitativa trabalha com os significados das ações, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas,

captados a partir do olhar do pesquisador, isto é, um fragmento de uma complexa realidade. O caráter exploratório da pesquisa: compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados, e da exploração do campo (MINAYO; SANCHES, 1994).

Segundo Minayo e Sanches (1994) a abordagem qualitativa tem como material primordial de investigação a palavra, que expressa a fala cotidiana, seja em relações afetivas, técnicas, ou em discursos de qualquer natureza.

Dessa forma, realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e o objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, desenvolvendo assim, empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

3.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas equipes de saúde da família dos municípios da região de Barretos que compõem a Departamento Regional de Saúde V (DRS-V) do Estado de São Paulo, segundo os critérios de inclusão e exclusão, definidos abaixo.

A região de Barretos situa-se no Norte do Estado. É composta por 18 municípios:

Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colina, Colômbia, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Monte Azul Paulista, Olímpia, Severínia, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto.

Os municípios compõem uma área de aproximadamente 8.298 km² e representa 3,3% do território paulista. A origem da região é dada no início do século XIX, quando descendentes de bandeirantes vindos de Minas Gerais, apossaram-se das vastas extensões de terra. Conforme dados de 2010 do Instituto de Economia Agrícola do Estado de São Paulo, os principais produtos agropecuários são: cana-de-açúcar, laranja para indústria, laranja de mesa, carne bovina, soja, borracha, milho, carne de frango, tomate de mesa e tomate para indústria, sendo uma região com forte perfil agroindustrial (SÃO PAULO, 2012).

A DRS-V é dividida em dois colegiados: norte e sul. O colegiado Norte V possui uma população de 272.163 e 33 equipes de saúde da família. Já o colegiado Sul V

conta com população de 140.721 e 23 equipes de saúde da família (REGIÃO E REDES, 2016). Conforme ilustra a figura 2 abaixo:

Figura 2 - Departamento Regional de Saúde V (DRS-V).

Fonte: Região e Redes (2016).

Abaixo realizou-se duas classificações dos municípios: uma, segundo a cobertura de equipes de saúde da família, e a outra, segundo os municípios que aderiram ao PMAQ-AB, em pelo menos um dos ciclos desde o início do programa.

Tabela 1 - Relação total de municípios do DRS-V, segundo a cobertura de ESF e adesão ao PMAQ-AB. Região DRS-V, 2016-2017.

Colegiados	Município	ESF	Adesão PMAQ-AB
Norte	Altair	Sim	Sim
	Barretos	Sim	Sim
	Cajobi	Sim	Sim
	Colômbia	Sim	Sim
	Guaíra	Sim	Sim
	Guaraci	Sim	Sim
	Jaborandi	Sim	Não
	Olímpia	Sim	Sim
	Severínia	Sim	Sim
	Colina	Não	Não
Sul	Bebedouro	Sim	Sim
	Monte Azul Paulista	Sim	Sim
	Taiúva	Sim	Sim
	Taiacu	Sim	Não
	Taquaral	Sim	Sim
	Terra Roxa	Sim	Sim
	Viradouro	Sim	Sim
	Vista Alegre do Alto	Sim	Sim

Fonte: Região e Redes (2016).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, dentistas) de equipes da ESF entrevistados pelo avaliador de qualidade do Ministério da Saúde, na avaliação externa.

Estabeleceu-se como **critérios de inclusão**: possuir nível superior, participado de pelo menos uma avaliação PMAQ-AB, ter sido entrevistado pelo avaliador de qualidade e permanecido na equipe de saúde da família após a avaliação. Foi realizado sorteio, nos municípios com mais de uma equipe de saúde da família que participou do processo de avaliação do PMAQ-AB.

Os **critérios de exclusão**: não ter equipes de saúde da família, não aceitação do coordenador da AB, secretário ou diretor municipal de saúde, e, não ter participado de nenhuma avaliação do PMAQ-AB.

No início da pesquisa 13 gestores dos municípios do DRS-V aderiram à pesquisa: Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colômbia, Guaíra, Guaraci, Monte Azul Paulista, Severínia, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro. Porém, os profissionais de três municípios (Altair, Guaíra e Guaraci) não aceitaram participar do estudo e os gestores dos municípios de Olímpia e Vista Alegre do Alto, não aderiram à pesquisa, e os municípios de Jaborandi e Taiaçu não foram incluídos na amostra porque não participaram de nenhuma avaliação PMAQ-AB. O município de Colina não possui equipes de saúde da família, e nenhuma equipe parametrizada² foi cadastrada no processo de avaliação. Assim, totalizou-se uma amostra de dez sujeitos entrevistados.

3.4 COLETA DE DADOS

Para Minayo (2012) fazer ciência é trabalhar simultaneamente em um tripé: teoria, método e técnicas, numa perspectiva de que esse tripé condicione: que o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, instrumentos e estratégias utilizadas na coleta de dados. Baseadas neste tripé, foi realizada uma entrevista semiestruturada com os profissionais que segundo os critérios de inclusão, aceitaram participar da pesquisa.

Os profissionais foram contatados por meio de ligações telefônicas ou e-mail, e assim foram agendadas as entrevistas, conforme a preferência do dia e horário do entrevistado, garantindo sigilo e privacidade de sua identidade. Foram fornecidas todas as explicações e esclarecimentos a respeito da pesquisa: sobre possíveis constrangimentos ao se recordar de vivências em seu trabalho; sobre a liberdade de desistir de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso lhe causasse prejuízos; e, sobre os benefícios indiretos, como a contribuição no processo de melhorias dos serviços de saúde e divulgação dos resultados em publicações de revistas científicas.

Após estes esclarecimentos, o profissional foi convidado (a) a participar do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (APÊNDICE A). Para garantir o anonimato os participantes foram identificados

²Equipes parametrizadas é um termo utilizado pelo MS caracterizar a equivalência de uma Equipe de Atenção Básica (EAB) com uma equipe de Saúde da Família, segundo carga horária e população adscrita (BRASIL, 2013).

pela letra E, seguidos pelo número correspondente à ordem em que foi realizada a entrevista, de E1 a E10, respectivamente.

A coleta de dados foi conduzida pela própria pesquisadora, ocorreu entre os meses de agosto de 2016 a janeiro de 2017, a duração das entrevistas variou de 40 minutos a uma hora.

As entrevistas foram feitas em áudio gravadas em mídia digital e transcritas posteriormente na íntegra por técnicos especializados e também pela pesquisadora.

3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Minayo (2000) relatou que na pesquisa qualitativa a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial, assim o intuito da entrevista semiestruturada do estudo é dar liberdade para que o profissional possa falar livremente sobre o assunto proposto e facilitar uma abordagem segura. Dessa forma, a entrevista é uma conversa, realizada pela iniciativa do pesquisador, destinada a construir informações referentes ao seu objeto de pesquisa.

Ao concordar com a afirmação acima, adotou-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados, desenvolvida para esta finalidade. Foi elaborado um roteiro, com o propósito de nortear a entrevista e facilitar a comunicação, desenvolvido de acordo com os referenciais teóricos e questionamentos dos pesquisadores (APÊNDICE B).

O roteiro foi dividido em três partes. A primeira parte, mais estruturada, com questões curtas (idade, profissão, tempo de formação, nível de escolaridade) tinha como objetivo conhecer o profissional a ser entrevistado, e desta forma apresentar o perfil destes profissionais. A segunda parte, com cinco questões abertas relacionadas ao processo de avaliação PMAQ-AB, e a terceira parte com quatro questões abertas relacionada ao processo de trabalho em saúde após a avaliação PMAQ-AB, com a intenção de responder aos questionamentos e objetivos dos pesquisadores.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas na sua íntegra e submetidas à análise qualitativa de conteúdo de Bardin, a qual se define por um conjunto de técnicas de análise de comunicações, procedimentos sistemáticos e objetivos não exclusivamente

com um caráter descritivo, pelo contrário toma-se consciência de que a sua função ou objetivo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção dessas mensagens (BARDIN, 2016).

Já para Campos (2004) a análise de conteúdo é um método muito utilizado na análise de dados qualitativos, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos do documento, o que se chama de inferência.

A inferência surge a partir de uma avaliação mental por meio da subjetividade, de hipóteses e argumentos que permitem traçar uma implicação lógica, ou seja, chegar a um determinado resultado.

Para Bardin (2016) a inferência é uma operação lógica, por meio da qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. Então, inferir significa deduzir de maneira lógica.

Assim Minayo (2014, p. 308) relatou que a análise de conteúdo conduz a uma certeza: todo esforço teórico, seja baseado na lógica quantitativista ou qualitativista visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação, alcançando um olhar crítico diante de documentos, textos e resultados de observação.

Ao complementar o pressuposto acima, Godoy (1995) afirmou que a análise de conteúdo também pode ser decifrada em qualquer meio de comunicação que veicule um conjunto de significações. Ela parte do pressuposto de que todo discurso seja ele aparente, simbólico ou polissêmico, esconde um sentido que convém desvendar.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos do material, relacionando estruturas semânticas (significantes), com estruturas sociológicas (significados), e os articula com fatores que determinam suas características como: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2014).

Dessa forma, o esforço do analista é duplo: como receptor da mensagem, entender o sentido da comunicação, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, compreendendo as características, estruturas que estão por trás dos fragmentos da mensagem tomados em consideração (GODOY, 1995).

Existem várias modalidades de análise de conteúdo, optou-se por utilizar a análise temática.

Fazer uma análise temática é descobrir os núcleos de sentido que compõem o processo de comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem algo para o objeto analítico visado, ou seja, a frequência das unidades de significação define o caráter do discurso. Parte desse pressuposto a noção de tema, que é a afirmação, a unidade de significação para determinado assunto, mencionado acima (MINAYO, 2000).

Operacionalmente, a análise temática consiste de três etapas: **pré-análise, exploração do material ou codificação e interpretação.**

Segundo Minayo (2014, p. 316)

A primeira etapa, pré-análise, consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, elaborando indicadores que o auxiliem na compreensão, elaboração e interpretação final dos resultados.

A **pré-análise** é composta por três etapas:

- a) **leitura flutuante:** o primeiro contato do pesquisador com o material obtido em seu trabalho de campo, deixando-se envolver pelo conteúdo. Este processo pode ser repetido várias vezes, caracterizando a exaustividade da leitura;
- b) **constituição do corpus:** o corpus é constituído pelo pesquisador. É o conjunto de textos que se pretende analisar. Leva em consideração aspectos como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;
- c) **formulação e reformulação de hipóteses e objetivos:** retomada do material a ser desvendado com possibilidade de correção de novos rumos interpretativos e novas hipóteses, indagações.

Nesta fase, selecionaram-se as unidades de registros, ou seja, os recortes do texto que foram utilizados para responder às hipóteses. Em seguida, realizou-se o agrupamento destas unidades com o propósito de se encontrar os núcleos de sentido que orientaram a análise.

A segunda etapa foi a exploração do material: cujo objetivo é alcançar o núcleo de compreensão do texto (MINAYO, 2014). É realizada a organização desse material em categorias, isso significa reduzir em expressões significativas.

A terceira etapa foi o tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação: foram realizadas operações estatísticas simples, como a contagem de palavras, propondo, assim, interpretações e inferências.

Para uma melhor compreensão da análise, formularam-se tabelas com auxílio do Open Office Word 2016, a fim de demonstrar todo este processo (APÊNDICE C).

4 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente a pesquisadora entrou em contato com a diretora regional de saúde, e lhe foi concedida a autorização por escrito para a realização da pesquisa.

O segundo passo foi a solicitação da inclusão do projeto de pesquisa como pauta da reunião da Comissão de Intergestores Regional (CIR), e, conseqüentemente, apresentou-se a proposta em uma das reuniões da câmara técnica da DRS-V.

O terceiro passo, foi dialogar com os (as) secretários (as) ou diretores (as) municipais de saúde, para obter as autorizações para a realização da pesquisa nos municípios, para em seguida realizar a submissão do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

O projeto foi aprovado em 02 de dezembro de 2015, sobre o protocolo CAAE: 51003415.5.0000.5393 em atendimento à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO A).

Em 29 de fevereiro de 2016, foi aprovado no exame de qualificação e foram sugeridas algumas emendas, para melhor atender e clarificar os objetivos da pesquisa. Assim as alterações do projeto foram submetidas ao CEP da EERP-USP, sendo aprovado em 22 de junho de 2016 sob o parecer 1.602.569 em atendimento às normas vigentes (ANEXO B).

5 RESULTADOS

O perfil dos entrevistados no que concerne à idade mostra uma variação entre 28 e 59 anos. Em relação ao sexo, 90% dos entrevistados são do sexo feminino e enfermeiras, apenas um entrevistado do sexo masculino, sendo médico. Em relação à escolaridade, 70% possui especialização, destes apenas um possui mestrado. O tempo de formado varia de seis a 36 anos, e a faixa salarial varia de dois a 13 salários mínimos, considerando o salário mínimo atual de R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), em 1º de janeiro de 2017. Todos os participantes do estudo são concursados, cumprem a carga horária de 40 horas semanais, e disseram que estão satisfeitos com a função exercida.

Todos participaram de pelo menos um ciclo do PMAQ-AB e permaneceram na equipe após o processo de avaliação. Porém, 70% participaram pela primeira vez no 2º ciclo (2013/2014) e 30% participaram do 1º ciclo (2011/2012), e, do 2º ciclo (2013/2014). Todas essas informações, podem ser visualizadas na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - Perfil dos profissionais entrevistados participantes da pesquisa. Região DRS-V, 2016-2017.

Variáveis	Entrevistados									
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Sexo	F	F	F	M	F	F	F	F	F	F
Idade	28	32	32	59	46	37	36	36	30	34
Profissão	Enfa.	Enfa.	Enfa.	Med.	Enfa.	Enfa.	Enfa.	Enfa.	Enfa.	Enfa.
Experiência	6	7	5	36	18	10	12	10	7	8
Profissional em anos										
Especialização ou Pós-graduação	Esp.	Esp.	Não têm	Esp. Mest.	Não têm	Esp.	Não têm	Esp.	Esp.	Esp.
Participação PMAQ-AB	2013/14	2013/14	2013/14	2013/14	2011/12 2013/14	2013/14	2013/14	2013/14	2011/12 2013/14	2011/12 2013/14
Vínculo Empregatício	Conc.	Conc.	Conc.	Conc.	Conc.	Conc.	Conc.	Conc.	Conc.	Conc.
Salários Mínimos	3,5	2	2	13	2,5	2	2	3	2,5	3
Carga horária	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

Fonte: Dados coletados pela autora (2017).

Em relação à análise das entrevistas, seguindo a proposta de análise de conteúdo de Bardin, chegou-se a cinco categorias:

- a) Mudanças no processo de trabalho assistencial após o PMAQ-AB;
- b) Organização do trabalho para responder ao PMAQ-AB;
- c) PMAQ-AB ajuda a equipe a identificar lacunas;
- d) Críticas e repercussões dos resultados da avaliação;
- e) Motivação para participar do PMAQ-AB.

Será apresentado abaixo, a categorização dos resultados na forma de quadros para facilitar a leitura.

▪ **Categoria:** Mudanças no processo de trabalho assistencial após o PMAQ-AB.

Os núcleos de sentido encontrados para esta categoria, referem-se às repercussões da participação no processo de avaliação PMAQ-AB, incluindo os pontos positivos e negativos, as modificações decorrentes da participação da equipe no processo de avaliação, assim como para os avanços decorrentes do processo de trabalho como segue no quadro 2:

Quadro 2 - Mudanças no processo de trabalho assistencial após o PMAQ-AB.

Mudanças no processo de trabalho assistencial após o PMAQ-AB	Unidade de contexto do discurso que ilustra o significado atribuído
Repercussões da participação no processo de avaliação	<p><i>"Porque foi a partir do PMAQ, foi a partir da avaliação do PMAQ que nós mudamos nosso conceito de agendamento." E1</i></p> <p><i>"Acho que serviu bastante para gente tentar organizar um pouco melhor o serviço dentro das condições que nos são oferecidas." E7</i></p> <p><i>"[...] PMAQ pra mim é indiferente. Eles vêm, avaliam nosso trabalho e o que a gente recebe nota e de recurso eu não vejo [...]." E9</i></p>
Modificações	<p><i>"A gente já vinha fazendo reuniões, mas por conta do PMAQ, a gente aumentou pra tá todo mundo sincronizado [...] médico começou a atender a noite depois do PMAQ, que não atendia, dentista começou a atender à noite [...] e quem sai ganhando é a população né..." E2</i></p> <p><i>A sala de vacina que a gente não tinha, hoje a gente tem aqui dentro da unidade [...] sala de nebulização a gente não tinha, hoje a gente tem [...] exame do pezinho não era feito [...] todos os agentes têm computador, notebook pra trabalhar." E3</i></p> <p><i>"Então, através dessa avaliação, hoje eles têm um incentivo [...] foi criada uma lei [...] são avaliados bimestralmente." E3</i></p> <p><i>"Não acupuntura eu não fazia não, só Tai Chi Chuan, depois o ano passado que eu comecei a fazer [...] tem alguma outra coisa que aconteceu em função</i></p>

	<p>do PMAQ, foi a constituição do conselho [...] local de saúde, que antes não tinha." E4</p> <p>"[...] a gente conseguiu fazer uma redistribuição de área [...] temos mais equipes de PSF, a gente conseguiu diminuir mais o número de pessoas no atendimento [...] depois dessa avaliação, elas viram a necessidade de elas estarem indo fazer as visitas domiciliares [...] elas começaram a se envolver mais, a fazer melhor as visitas, começaram a trazer mais problemas pra equipe." E7</p> <p>"A autoavaliação acho que foi importante [...] uma coisa que a gente sempre está fazendo, também, de quatro em quatro meses." E10</p>
Avanços	<p>"[...] aqui é uma população fechada [...]Jeu comecei devagarzinho, devagarzinho, e agora a gente faz em praça pública." (Grupo de Tai Chi Chuan) E4</p> <p>"[...] a gente começou a participar de algumas oficinas [...] palestra pra nos ajudar a fazer a redistribuição da área, pra falar sobre o SUS." E7</p> <p>"A gente conseguiu passar pra gestante que ela tem que vir no obstetra e no médico da PSF." E8</p>
Pontos positivos Importância de participar de processos de avaliação Pontos negativos	<p>"Eu vi esse PMAQ como uma melhoria sim no nosso atendimento. É o Ministério da Saúde, que tá olhando para a atenção básica [...]." E1</p> <p>"A organização do trabalho maior ponto positivo é organizar e ter metas para atingir, ter propostas [...] trabalhar com matriz de intervenção é muito bom." E10</p> <p>"Agora um ponto negativo, é que o programa é para melhorar a qualidade da atenção básica, e a gestão não enxerga isso." E1</p> <p>"Eu recebo, a gente paga, então você também tem que pagar também. Não é interessante." E2</p>
Capacitação profissional	<p>"Fiz o curso de instrutor de Tai Chi [...] fiz esse curso de especialização em acupuntura [...] em função [...] de oferecer uma coisa a mais." E4</p>
Não atribui melhorias ao PMAQ-AB	<p>"Melhoramos, mas não por conta do PMAQ. Melhoramos porque tem que melhorar, fomos conversando em reunião de equipe algumas coisas que foram acontecendo [...] então foi por causa disso, mas não tem nada com o PMAQ." E9</p>

▪ **Categoria:** Organização do trabalho para responder ao PMAQ-AB.

Em relação a esta categoria, os núcleos de sentido relacionaram-se ao arranjo organizativo da equipe para participar do processo de avaliação PMAQ-AB. Realizou-se um arranjo para que as respostas pudessem contemplar as três fases do PMAQ-AB, de acordo com o 3º ciclo: adesão e contratualização, certificação e recontratualização, englobando o eixo transversal de desenvolvimento (autoavaliação, apoio institucional, monitoramento de indicadores de saúde, educação permanente e cooperação horizontal). Será retratado, sucintamente, como as equipes se organizaram para responder e participar do PMAQ-AB, destacando as três fases. Também foi objeto de destaque o envolvimento e os sentimentos apresentados pela equipe, assim como a divisão de tarefas. Ressalta-se ainda um ponto muito importante que foi o desconhecimento de algumas equipes, em relação à participação no PMAQ-AB, aqui os profissionais relacionaram este fato às falhas no processo de

comunicação com a gestão. Apresentam-se essas informações, conforme o quadro 3 abaixo:

Quadro 3 – Organização do trabalho para responder ao PMAQ-AB.

Organização do trabalho para responder ao PMAQ-AB	Unidade de contexto do discurso que ilustra o significado atribuído
Arranjo organizativo da equipe	<p><i>“Não, ele (gestor) chegou e falou assim: ó tem o PMAQ e vocês vão participar. Não foi bem voluntária né. [...] vocês vão participar e tem que fazer a adesão. E5</i></p> <p><i>“Mas, foi vários dias sim [...] para discutir passo por passo de cada um do questionário de autoavaliação [...] era feita por todos [...] então não ficou só por conta de um, a resposta era o conjunto de todos os pensamentos.” E4.</i></p> <p><i>“[...] eu até entendia um pouco mais do PMAQ do que o próprio gestor né.” E4</i></p> <p><i>“Então a gente foi no DRS, aprendeu muita coisa; foi passado muita coisa pra nós.” E8</i></p> <p><i>“Então, se no fim do mês por exemplo, se nós não conseguimos atingir as consultas de pré-natal, é algo que antigamente a gente não se preocupava, hoje a gente já se preocupa.” E1</i></p> <p><i>“A gente teve todo um curso preparatório para estar participando desse ciclo, a gente teve uma preparação através de educação permanente.” E10.</i></p> <p><i>“Respondemos [...] nós nos reunimos, primeiro nós as três enfermeiras [...] primeiro a gente conheceu o AMAQ, que a gente não conhecia. A partir daí cada enfermeira chegou em sua unidade, e passou pra sua equipe, e o AMAQ foi respondido por elas também, junto.” E6.</i></p> <p><i>“Todo mundo trabalhou, se preparou. Até a população a gente, deu uma preparada. Tipo assim, ó vai vir uma avaliação, a gente conversou com a população a respeito disso né. Eles vão vir, as vezes vão fazer perguntas pra você.” E5.</i></p> <p><i>“Foi positiva [...] de acordo com que a gente realmente faz.” E1</i></p> <p><i>“Eu acredito que naquele momento, a nota era aquilo mesmo. Não teria como ser acima por essas, não é falhas né.” E3</i></p> <p><i>“Então você fica, você tenta mudar de qualquer jeito. Por exemplo, eu coloco essa coisa aqui e não é rotina todos os dias, e quando vem o PMAQ você tenta mudar fazer mais bonitinho. É mais naquele dia né (risadas).” E6</i></p>
Envolvimento, participação, sentimentos, e divisão de tarefas	<p><i>“Todo mundo participou [...] todo mundo tem sua função dentro da equipe [...] só que muitas vezes as ações são voltadas para nós enfermeiras e para os agentes comunitários [...]” E1</i></p> <p><i>“[...] conseguimos trabalhar em equipe, dividir, porém, eu tive um desgaste no sentido da estrutura física que não dependia da minha equipe, mas da gestão [...] a unidade tinha acabado de reformar e estava nova [...] eu tive que organizar todas as salas [...] isso foi um desgaste, uma coisa cansativa, que, às vezes, eu tive que exceder o horário, ficar à noite para organizar.” E10</i></p> <p><i>“De cobrança e de auditoria, também [...] falava só de uma cobrança, de ser o melhor, o objetivo era passar dessa avaliação.” E10</i></p>
Desconhecimento da participação	<p><i>“Eu tive que buscar o que era PMAQ, porque só foi passado assim: Oh vocês vão ter uma avaliação do PMAQ. Eu falei, o que que é PMAQ? E3</i></p> <p><i>“Nada organizado. Dentro daquilo que a gente trabalha e do que a gente sabe que a gente tem que fazer, estava organizado.” E7</i></p>
Gestão, falta de comunicação	<p><i>“Não fomos comunicados que a equipe do PMAQ viria [...] eles já vieram pra fazer a avaliação.” E7</i></p>

- **Categoria:** PMAQ-AB ajuda a equipe a identificar lacunas.

Nesta categoria, identificou-se que os núcleos de sentido permitiram reconhecer que o PMAQ-AB auxilia a equipe a refletir sobre o processo de trabalho, e, assim, identificar as lacunas e reconhecer as possíveis falhas. Consequentemente, também detectou-se que essa avaliação auxilia a equipe a identificar situações complicadas e de difícil resolução, cujo enfrentamento pode ou não depender da equipe, chamaram-se estas situações de desafios. Estas informações se apresentam no quadro 4.

Quadro 4 - PMAQ-AB ajuda a equipe a identificar lacunas.

PMAQ-AB ajuda a equipe a identificar lacunas	Unidade de contexto do discurso que ilustra o significado atribuído
Reflexões do processo de trabalho	<p><i>“Eu acho assim, nós fazemos muitas ações, e nós mesmos não conseguimos muitas vezes avaliar essas ações. A gente não consegue trazer a comunidade para dentro da unidade.... E isso a gente também só conseguiu identificar, a partir do momento que nós aderimos ao PMAQ.” E1</i></p> <p><i>“Eu acho que tem que aprender, a se autoavaliar pra sempre melhorar. E eu acho que essa autoavaliação, a gente sana alguns vícios que a gente tá fazendo continuamente e não percebe, que tá fazendo.” E4</i></p> <p><i>“[...] foi um momento bacana, porque todos da equipe podia rever as falhas. Na autoavaliação que a gente vê isso, onde ficam as falhas, porque a gente trabalha com as matrizes de intervenção e vê o tanto que a gente podia fazer e não faz. Acha que está fazendo muito, mas não faz.” E10</i></p>
Desafio	<p><i>“Agora nós estamos tentando montar o grupo de gestante, que a gente ainda não conseguiu, a gente tá pensando como fazer, porque nós não temos uma sala de reunião pra receber. E a sala dos agentes é pequena.” E3</i></p> <p><i>“[...] a gente precisava de muita coisinha assim que era crucial pra fazer, acabava se esbarrando nessa dificuldade. Eu queria na época fazer o prontuário por família, isso aí implica num gasto né [...]”. E4</i></p> <p><i>“Então o que eu não faço... que eu gostaria de fazer seria a parte de fitoterapia, de estimular aquelas plantações de ervas medicinais.” E4</i></p> <p><i>A minha grande dificuldade foi essa. [...] somente de mais ou menos um ano pra cá, que eu consegui ter a equipe completa e estável. Certo? [...]”. E4</i></p> <p><i>“A gente não consegue intensificar reuniões de equipe. Aliás, nem acontece na verdade, porque você senta pra conversar, é um paciente chamando pra ver a pressão, ou às vezes você não tem a pauta definida, e vira briga entre a equipe. E6</i></p> <p><i>“Acho que a gente precisava planejar um pouco melhor as atividades que a gente faz, porque acho que por conta da correria que a gente fica com um monte de coisa que a gente tem, acho que falta um pouco de tentarmos planejar o serviço.” E7</i></p>

▪ **Categoria:** Críticas e repercussões dos resultados da avaliação

Esta categoria proporcionou verificar que as críticas quanto à participação, estavam relacionadas à falta de apoio da gestão, e também quanto à participação no processo de avaliação PMAQ-AB, principalmente, em relação aos critérios de certificação da avaliação externa, bem como quanto ao conceito avaliação. Os profissionais também propuseram algumas sugestões para modificar o processo de avaliação, que serão abordados adiante. Estas informações estão no quadro 5.

Quadro 5 - Críticas e repercussões dos resultados da avaliação

Críticas quanto a participação e discordância com resultados e critérios de avaliação	Unidade de contexto do discurso que ilustra o significado atribuído
Falta de apoio da gestão	<i>“Só que o gestor também precisa acompanhar, e onde a gente vê que não acompanha, a gente não sente assim, um apoio da gestão. É o que eu sinto mais dificuldade, tá vocês tiraram nota, então tá, não fez mais que obrigação. É mais ou menos isso que realmente acontece.” E1</i> <i>“Então eu não sei se foi por conta da falha de comunicação da equipe... aí gente deixou realmente a desejar.” E7</i>
Reflexão e crítica sobre o processo de avaliação do PMAQ-AB.	<i>“[...] parece que na nossa agenda não tinha espaço para demanda espontânea. E sempre a gente teve [...] a gente acompanha gestante, as consultas quem realiza é o ginecologista... a gente não conseguiu tirar, deixar com a médica daqui [...] se eu tô olhando a vacina dela tá atrasada, ela não passou esse mês no pré-natal, ela não teve o mínimo de setembro consultas, se o exame ela não colheu na 1ª semana, se ela colheu na 30ª semana. Se a gente tá fazendo todo esse acompanhamento, não deixa de ser um cuidado.” E2.</i> <i>“E o PMAQ é isso, é papel [...] Eu senti assim, em relação ao PMAQ, que ele veio pra avaliar papel, documentos [...] registros, informações, protocolos. Ele veio pra isso. Não veio pra avaliar o dia a dia do profissional. Ele não fica aqui o dia inteiro pra ver minha rotina, o atendimento. Ele aborda o paciente, pergunta sobre o atendimento. Se o paciente não vai com a nossa cara, ele vai falar o que bem entender.” E6.</i> <i>“A primeira avaliação foi ruim, não gostei dos avaliadores. Aí conversando com a articuladora, ela disse que foi uma queixa de vários municípios, porque é um pessoal que veio de outro estado [...] eu não gostei.” E9</i> <i>“Sim, eles colocaram na unidade que curativo [...] como eu não faço curativo? É impossível, não tem lógica.” E9</i>
Medo do conceito avaliação	<i>Olha assim, apesar da avaliação, que esse nome dá um pouco de medo, de apreensão. Eu achei que foi válido. Só que, podia mudar um pouquinho esse nome né, de avaliação né[...] meio pesado [...]” E5</i>
Sugestão para modificar o processo de avaliação	<i>“O PMAQ deveria vir pra ficar menos gente. Eu achei que foi muita gente, muito entrevistador. Eu acho que assusta um pouco (risadas) [...]eu acho que tinha que ser menos gente, e um profissional o dia todo pra avaliar o seu desempenho na unidade.” E6</i>

▪ **Categoria:** Motivação para participar do PMAQ-AB.

Esta categoria proporcionou identificar os fatores que levaram a motivação para participar do PMAQ-AB, dentre os quais destacam-se o apoio do gestor, o incentivo financeiro decorrente da participação das equipes, a qualidade do SUS e a satisfação da equipe. Estas informações são apresentadas no quadro 6.

Quadro 6 - Motivação para participar do PMAQ-AB

Motivação para participar do PMAQ-AB	Unidade de contexto do discurso que ilustra o significado atribuído
Motivação, apoio do gestor	<i>“[...] foi o que acreditou na gente. Disse não vamos sim, a gente consegue [...] então, ele entrou acreditou na gente e deu todo aval sabe.” E2</i> <i>“Tudo que a gente precisa, ele apoia” E5</i>
Incentivo financeiro	<i>“Então, a gente fez uma reunião, o pessoal concordou com a ideia, ainda mais pelo incentivo financeiro.” E2</i> <i>“Foi proposto pra eles que seria um trabalho desenvolvido pra melhorar, e que eles teriam um incentivo [...] ele é uma gratificação né [...] é pago todo mês [...] fixo, é fixo não [...] então, se ele não atinge a pontuação máxima, ele perde [...] em um questionário. É feito pela gestora.” E3</i> <i>“Em relação a sensibilização de gestores eu não sei se teve, porque o gestor é muito sensibilizado pelo: ah vai vim dois mil a mais, cinco mil a mais, oito mil a mais.” E4</i> <i>“Ter uma avaliação de desempenho, e esse funcionário desempenhou suas funções adequadamente e ele recebe x valor.” E6</i> <i>“É um contrato que tem com a prefeitura, é feito um processo administrativo, onde 50 por cento do valor fica com a prefeitura, para repor, gerenciamento, insumos, isso tudo [...] os outros 50 por cento são divididos em 20 por cento para a enfermeira [...] 10 por cento do técnico de enfermagem, [...] 20 por cento são divididos entre todos os agentes comunitários [...] o médico não participa. Foi uma decisão do prefeito [...].” E10</i>
Qualidade do SUS	<i>“Eu sou um cara que acredito muito que o serviço público, pode ter uma boa qualidade.” E4</i>
Satisfação	<i>“É exerce sua função, e você vê como é bom trabalhar em equipe. Aí vem aquela fase, muito obrigada, valeu, o reconhecimento né. Eu acho que foi bom nesse aspecto.” E5</i>

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta pesquisa foi norteada pelas respostas das seguintes questões:

A avaliação PMAQ-AB modifica o trabalho de equipes? Há repercussões resultantes desta participação no processo de trabalho das equipes de saúde da família avaliadas? Quais seriam elas?

O objetivo foi analisar as repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de saúde da família avaliadas.

Assim a discussão dos resultados, se inicia segundo as categorias temáticas obtidas na análise de conteúdo de Bardin.

▪ **Categoria:** Mudanças no processo de trabalho assistencial após o PMAQ-AB.

Para iniciar a discussão frente a este tópico, será resgatado o conceito de processo de trabalho.

De acordo com Faria et al. (2009) é o modo de como são desenvolvidas as atividades profissionais, o modo como é realizado o trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. É constituído de um objeto, que pode ser matéria-prima ou materiais já previamente elaborados, os meios de produção que são os instrumentos de trabalho, máquinas e equipamentos em geral. E, em uma visão mais abrangente inclui também os conhecimentos e as habilidades e os agentes que realizam a transformação do objeto ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos, a sua finalidade.

Ao se levar em consideração a afirmativa acima, de que o processo de trabalho é constituído de três elementos fundamentais: objeto, meio e finalidade, será realizada a discussão dos resultados frente a estas três vertentes. Sendo o principal foco, analisar como as repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de saúde da família correlacionam-se, e, como interagem no sentido de promover melhorias na assistência prestada aos usuários.

Ao pensar no processo de trabalho em saúde, considera-se o homem como objeto principal ou protagonista desta ação. Este homem, que aqui se refere ao profissional de saúde da equipe multidisciplinar da ESF, tem a capacidade de formular em sua mente, aquilo que se deseja produzir. Quando se refere ao processo de trabalho em saúde, se diz que o produto é o cuidado ou a assistência à saúde.

Foi visto neste estudo que para esta categoria, há fortes evidências de que o processo de trabalho em saúde relacionado às repercussões da avaliação PMAQ-AB conecta-se a dois elementos principais; o objeto e o meio. A finalidade foi pouco citada pelos entrevistados.

Talvez, porque a automatização das ações em saúde decorrentes de seu cotidiano e a prevalência do modelo hegemônico, contribui para que o trabalhador se afaste da finalidade do trabalho em saúde, que é o cuidado ao usuário.

Para Cunha e Campos (2011) existe uma racionalidade gerencial hegemônica, ou seja, o modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nas organizações, contribuem para que os profissionais de saúde, reduzam seu objeto de trabalho e também a sua responsabilidade clínica aos procedimentos, doenças ou partes do corpo, ao invés de se responsabilizarem por pessoas de um modo geral. Assim, verifica-se uma possível fragmentação do objeto de trabalho em algumas equipes de saúde da família.

Constatou-se que neste estudo, alguns profissionais expuseram a sua opinião a favor da participação e consideraram o instrumento de avaliação PMAQ-AB, como uma ferramenta, ou seja, uma atividade-meio capaz de melhorar o seu processo de trabalho, já outros profissionais não compartilharam desta afirmação:

*"Acho que serviu bastante **pra gente tentar organizar um pouco melhor o serviço** dentro das condições que nos são oferecidas." (E7) (grifo nosso)*

*"[...] **PMAQ pra mim é indiferente**. Eles vêm, avaliam nosso trabalho e o que a gente recebe nota e de recurso eu não vejo [...]." (E9) (grifo nosso)*

Dessa forma, verificou-se que existem controvérsias frente às repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de saúde da família avaliadas. Frente a estas diferentes posições, pode-se dizer que o impacto, ou seja a forma como os mesmos vivenciaram essa experiência foram diferentes. Para um entrevistado, o instrumento é considerado como uma ferramenta para tentar organizar o trabalho e promover melhorias diante das reais condições de trabalho, já para o outro deixa claro a questão da indiferença, de não ter sido fundamental em seu processo de trabalho. São muitas as razões, que levam a estas controvérsias, porém, leva-se em consideração o fato da individualidade de cada ser humano e da subjetividade de cada profissional, na forma como olham para o instrumento de avaliação.

Tal como afirmaram Faria et al. (2009, p. 25) “aqui incluem-se potencialidades e expectativas individuais que são sempre formadas ou desenvolvidas socialmente.” Consequentemente, para esta subjetividade há diferentes compreensões e visões de mundo: seja de envolvimento com o trabalho, com a profissão, com a proposta de serviço público e até mesmo de concepções de saúde e doença.

Para Cruz et al. (2014) as avaliações como o PMAQ-AB têm sido tratadas como ferramentas de gestão com grande potencial para a orientação de melhorias de ações de saúde da AB. Com isso, torna-se necessário o desenvolvimento de reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho.

Pode-se dizer que estes profissionais conseguiram realizar uma reflexão crítica do processo de trabalho, porém nem todos apontaram o instrumento PMAQ-AB como o desencadeador deste movimento. São questões subjetivas, porém ainda para Cruz et al. (2014) a dificuldade de refletir sobre aquilo que é desenvolvido aumenta com a complexidade e a indeterminação dos processos de trabalho em saúde, assim quanto mais complexo ele for e quanto menos sistematizado, mais difícil será refletir sobre ele. Essas características estão presentes na AB e nas ESF, o que torna necessário o uso de instrumentos de avaliação como o PMAQ-AB que possibilita reflexão e a transformação do processo de trabalho (CRUZ et al., 2014).

Ao corroborar com a afirmação acima no que se trata da complexidade do trabalho dentro da ESF. Sabe-se que o trabalho exercido na ESF é caracterizado por uma alta complexidade diagnóstica, devido ao seu caráter generalista e a sua inespecificidade, o que a diferencia do modelo hegemônico.

Nessa direção, Cunha (2005) defendeu o pressuposto de que o modelo hegemônico se reproduz a partir de uma instituição que parece ser essencial como parâmetro para a AB, ou seja, o Hospital. O hospital ainda é o espaço hegemônico de formação dos profissionais de saúde. Estes, trazem da sua formação hospitalar o propósito de que a centralidade do trabalho está nos procedimentos, exames e medicações, adequados à cada patologia. Esta presença, indica as competências dos profissionais, mesmo quando encontram-se trabalhando na AB.

Assim, segundo Cunha e Campos (2011) existe uma tendência a fragmentar a clínica dentro dos serviços de saúde. Para o enfrentamento deste problema, em muitos países com sistema público de saúde, observam-se duas das principais funções da APS, para o funcionamento do sistema: a coordenação clínica dos pacientes compartilhados, como exemplo; a relação de um serviço de oncologia com

outros serviços da rede a respeito da prevenção e detecção precoce da doença, e a capacidade de filtrar (selecionar), que é a acessibilidade, aos pacientes que necessitam de acesso aos serviços e aos profissionais de saúde especializados.

Isso significa que a APS assumirá uma responsabilidade global e intransferível (porém, compartilhada, integral e longitudinal) pelo usuário, reduzindo a fragmentação da atenção à saúde.

Assim, caracteriza-se que há a necessidade de utilizar os instrumentos de avaliação como o PMAQ-AB para transformar e modificar o processo de trabalho, cujas transformações devam ter como referência o usuário deste sistema de saúde, evitando a fragmentação do cuidado

Apesar das controvérsias apresentadas, verificaram-se evidências nas modificações do processo de trabalho assistencial, que foram apresentadas pelos entrevistados, após participação de suas equipes no PMAQ-AB. Os participantes citaram modificações importantes, cita-se aqui, a ampliação da oferta da assistência à saúde e do acesso a estes serviços, desencadeado pela extensão dos horários de atendimentos médicos e odontológicos, pelo aumento de equipes da ESF, assim como pela intensificação das reuniões de equipe:

*“A gente já vinha fazendo reuniões, **mas por conta do PMAQ, a gente aumentou pra tá todo mundo sincronizado [...] médico começou a atender à noite** depois do PMAQ, que não atendia, **dentista começou a atender à noite [...]** e **quem sai ganhando é a população né...**” (E2) (grifo nosso)*

*“[...] a gente conseguiu **fazer uma redistribuição de área [...]** temos **mais equipes de PSF**, a gente conseguiu diminuir mais o número de pessoas no atendimento. ” (E7) (grifo nosso)*

A intensificação das reuniões naquela equipe pode demonstrar que houve maior articulação dos profissionais de saúde para a organização do trabalho, assim como para melhor desenvolver ações de acordo com as exigências de seu território. É importante ressaltar que para a consolidação das modificações a equipe deve manter os esforços para estar sincronizada. A sincronização significa uma situação decorrente de uma dinâmica que requer um processo de construção contínua que ora pode dar certo e ora não, e assim fazer com que as reuniões façam parte de seu trabalho cotidiano, e não apenas para consolidarem a sua participação no PMAQ-AB.

Ciampone e Peduzzi (2000), descreveram a importância do trabalho em equipe dentro do processo de produção em saúde:

[...] a denominação 'equipe', no processo de produção em saúde, sempre fará referência a uma situação de 'trabalho' e que este refere-se à obtenção de bens ou produtos para a atenção às necessidades humanas. Portanto, em primeira instância, cabe à equipe a responsabilidade pela obtenção de resultados que expressem a finalidade do trabalho que produz.

A obtenção dos resultados no trabalho deve expressar a sua finalidade, que em se tratando do processo de trabalho em saúde, pode-se dizer que é produzir saúde. Verificam-se esses resultados na ampliação da oferta à população do acesso aos serviços de saúde, bem como no aumento da cobertura de equipes de saúde da família, na extensão do horário dos atendimentos médicos e odontológicos e a diminuição da quantidade de atendimentos para aquela unidade de saúde da família, decorrente de uma melhor distribuição do território.

Por meio de um problema identificado pela secretaria municipal de saúde do município em questão: as equipes de saúde da família não possuíam clientela adscrita. Foi elaborado um projeto, cujo objetivo foi construir coletivamente o processo de territorialização junto às equipes das unidades de saúde da família, por meio de oficinas de educação permanente. Como resultado obtiveram aumento da cobertura de ESF no município de 45% para 100% com a adscrição da clientela e com a contratação de profissionais, facilitando o acesso aos serviços de saúde e o trabalho das equipes, com a diminuição dos atendimentos que anteriormente eram centrados no modelo hegemônico sem uma demanda programada (PREFEITURA MUNICIPAL DE VIRADOURO, 2015)

Consequentemente, após a territorialização esta unidade de saúde da família passou a ter uma área de abrangência melhor delimitada, o que não acontecia anteriormente, assim, esta equipe atendia a um território maior que sua capacidade recomendada. Portanto, essas ações implicaram em melhorias da qualidade dos serviços de saúde.

A ampliação da oferta e do acesso aos serviços de saúde, em se tratando da extensão do horário do atendimento médico e odontológico, representam a efetivação da acessibilidade, um dos atributos essenciais da APS. Com isso, os resultados obtidos neste estudo, contribuem para a expansão da APS nesta localidade.

Para Starfield (2002), a APS oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada à enfermidade), ao longo do tempo, fornece ainda atenção para todas as condições,

além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Dessa forma, este estudo vai de encontro com os resultados obtidos por Fausto et al. (2014) que constatou que 83% dos municípios participantes do 1º ciclo, se encaixava no funcionamento considerado como mais acessível, com no mínimo cinco dias por semana e carga horária de oito horas ou mais. Porém, se ao considerar que nos municípios até dez mil habitantes esse índice cai para 12%, essa equipe é uma exceção. Essa configuração é designada de acessibilidade temporal.

Ao pensar na força de trabalho, esta ação de ampliação da oferta e do acesso aos serviços de saúde, bem como aos atendimentos médicos e odontológicos trouxe o aumento do trabalho de toda a equipe. Uma vez que médicos e dentistas necessitam de outros profissionais para poderem atuar nos serviços de saúde.

Segundo Matumoto (1998) não se pode tomar os trabalhadores de saúde como insumos ou como recurso de um processo de produção, ou como uma máquina capaz de produzir certa quantidade de procedimentos.

Assim, é necessário que a equipe tenha uma boa articulação e planejamento das ações a serem realizadas. Para que esta ampliação da oferta beneficie o usuário e não prejudique os trabalhadores de saúde, considerando que o serviço prestado deve se favorecer desta ação, deve-se levar em conta as necessidades tanto dos usuários quanto dos trabalhadores.

Merhy (1997a) definiu como autogoverno a capacidade do profissional de saúde ter a liberdade para tomar decisões e ter a responsabilidade sobre seus próprios atos. Desse modo podem organizar de uma melhor maneira, as demandas de seu local de trabalho de acordo com as reais necessidades de seu território, considerando todos os aspectos relevantes para esta tomada de decisão.

Ainda como ampliação da oferta dos serviços de saúde, induzida pelo Ministério da Saúde, via PMAQ-AB, identificou-se o aparecimento de ações da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) ainda pouco conhecida e pouco praticada em unidades da rede de AB, mas como uma ação programática importante para a melhoria da qualidade de vida do usuário:

“Não acupuntura eu não fazia [...], só Tai Chi Chuan, depois o ano passado que eu comecei a fazer [...]”. (E4) (grifo nosso).

A acupuntura é denominada pela OMS como Medicina tradicional e complementar/alternativa, que busca estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, abrange a Medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, fitoterapia e da Medicina antroposófica, além das práticas complementares de saúde. A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, permite o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde bem como da prevenção de agravos (BRASIL, 2015).

A introdução desta ação programática implica em uma concepção de saúde ampliada, levando-se em consideração a integralidade do cuidado do indivíduo. Dessa forma o sistema de saúde deve estar preparado para acolher o usuário, considerando o contexto social ao qual está inserido para melhor atender às demandas de saúde seja individual ou coletiva daquele determinado território.

Nessa situação o profissional buscou a sua própria capacitação, a sua qualificação profissional de maneira que possa melhor acolher o usuário e garantir o acesso a esta modalidade da Medicina, promovendo assim a integralidade de sua assistência:

“Fiz o curso de instrutor de Tai Chi [...] fiz esse curso de especialização em acupuntura [...] em função [...] de oferecer uma coisa a mais.” (E4) (grifo nosso).

Thiago e Tesser (2011) constataram em seus achados que mais da metade dos profissionais entrevistados tinham interesse pelas PICs, e estas estavam baseadas no entendimento mais amplo do processo saúde-doença, o que pode estar relacionado ao seu interesse por essas práticas.

Um estudo corrobora com os dados encontrados no estudo acima, e isso remete ao fato de que ainda se tem profissionais comprometidos e interessados em fornecer um cuidado diferenciado aos usuários, e, conseqüentemente, lutam para manter o SUS com qualidade.

No entanto, implantar as PICs demanda em um custo decorrente da capacitação dos profissionais, da compra de insumos e, da mudança de visão de um cuidado ainda centralizado na doença para um cuidado centrado no usuário. Um

cuidado mais holístico baseado na integralidade e na equidade do usuário. Isso implica em uma decisão da gestão de implantar as PICs, e apoiar as ações para sua sustentabilidade. O que se verifica até o momento ser deficiente neste estudo, pois a iniciativa foi do próprio trabalhador.

Encontrou-se o apoio deficiente da gestão quanto às PICs, principalmente quando relacionadas ao não fornecimento de insumos, como as agulhas de acupuntura e medicamentos homeopáticos, além do não incentivo à capacitação dos profissionais (THIAGO; TESSER, 2011).

Citou-se ainda, que ao averiguarem as modificações no processo de trabalho assistencial após a participação no PMAQ-AB, as melhorias na infraestrutura como ampliação, reforma, construção de novas unidades de saúde, compra de materiais e equipamentos foram referidas. Evidenciaram-se mudanças relacionadas à atividade-meio ou aos recursos do processo de trabalho em saúde, destacam-se aqui melhorias na ambiência:

“A sala de vacina que a gente não tinha, hoje a gente tem aqui dentro da unidade [...] sala de nebulização a gente não tinha, hoje a gente tem [...] exame do pezinho não era feito [...] todos os agentes têm computador, notebook pra trabalhar. ” (E3) (grifo nosso).

O termo **ambiência** na saúde diz respeito à: “compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010).

Dessa forma a ambiência é um fator importante não apenas para o conforto, mas também para a segurança dos usuários e dos trabalhadores de saúde, assim como contribui para a resolutividade dos problemas decorrentes do processo saúde doença. Assim, as mudanças referidas no fragmento exemplificam repercussão positiva do processo avaliativo da equipe.

No entanto, essa realidade é pouco frequente. Strehlow e Fontana (2016) destacaram em sua pesquisa que todas as ESF estudadas, possuem infraestrutura inadequada ao atendimento das necessidades da equipe. Concluíram que a estrutura física das ESF expõe usuários e trabalhadores a riscos de acidentes ergonômicos, químicos, biológicos e psicossociais. Os autores inferiram que a grande maioria das unidades não está em conformidade com a legislação específica, o que dificulta a

organização do trabalho em questões que envolvem a acessibilidade, a humanização e o acolhimento aos usuários.

Ressaltam-se que as atividades-meio também são essenciais para o processo de trabalho em saúde, porém não se pode esquecer que não se deve depender somente do trabalho morto, para se prestar uma assistência qualificada. Não adianta usufruir de um ambiente bonito, com tecnologia de ponta, se o trabalho vivo, fruto das relações interpessoais entre trabalhadores e usuários não estiverem fortalecidas dentro deste local de trabalho.

Segundo Merhy (1997a), na produção do trabalho em saúde os momentos de produção e consumo se dão o mesmo tempo. Assim, não se pode prever qual será o resultado final, porém, pode-se por meio da intencionalidade utilizar de recursos para que o mesmo aconteça de uma maneira que o usuário seja beneficiado.

Sabe-se que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, traz benefícios diretos e indiretos à qualidade de vida dos usuários. No entanto, durante as entrevistas, poucos foram os entrevistados que fizeram relações com a melhoria da qualidade da assistência ao usuário, dentro das modificações obtidas após o PMAQ-AB no processo de trabalho das suas equipes.

Pode-se relacionar que este pensamento ainda decorre da forte influência do modelo hegemônico, que já foi citado anteriormente. De acordo com Arantes, Shimizu e Hamann (2016) ainda é notada a excessiva valorização da doença e do enfoque especializado na formação dos profissionais. Isso tem sido um grande dificultador da implantação da APS no Brasil.

Corroborou-se com os autores acima de que a formação dos profissionais pode ser um fator dificultador, mas, se as equipes trabalharem com a lógica centrada no usuário, essa relação entre as melhorias do processo de avaliação com a melhoria da qualidade da assistência ao usuário poderia estar mais presente. Dessa forma, reconheceu-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde em atividades de educação permanente (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Reconheceu-se ainda que houveram progressos significativos quanto às atividades que as equipes não realizavam anteriormente à participação no PMAQ-AB. Considerou-se como avanços, as mudanças de comportamento, ou seja, quebra de barreiras da equipe para ações que por algum motivo não conseguiam realizar:

*“A gente conseguiu passar pra gestante que ela tem **que vir no obstetra e no médico da PSF.**” (E8) (grifo nosso).*

Sabe-se que a ESF desenvolve suas ações programáticas em saúde, de acordo com o seu território e vulnerabilidade de sua população, em um caráter generalista e substitutivo às especialidades (BRASIL, 2013).

Andrade et al. (2016) demonstraram que há uma fragilidade no vínculo estabelecido entre a equipe de saúde e a população adscrita, e de modo consequente à integralidade do cuidado.

A integralidade talvez seja o princípio mais desafiador do SUS. Ela diz respeito à forma como os serviços se organizam, envolvendo os saberes de profissionais, de usuários, da comunidade, buscando agregar nos planos da gestão e da assistência a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e à cidadania que estão envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Pode-se dizer que a esta investigação corrobora com os estudos descritos acima, quanto à fragilidade de estabelecimento de vínculo entre os profissionais e seus usuários e diminuição da integralidade, uma forte evidência da prevalência do modelo hegemônico, baseado em especialidade como retratou a entrevistada acima.

A constatação leva a novas indagações: Será que este problema está relacionado a municípios menores? Como é o caso deste, onde ainda encontramos a fragmentação do trabalho médico. Ou trata-se de um problema de cunho nacional a ser enfrentado? Pode-se dizer que estes fatores são encarados como desafios para as equipes de saúde da família.

Porém, considera-se que Pinto, Sousa e Florêncio (2011) levantaram em seu estudo, a hipótese de que quanto maior o grau de desenvolvimento socioeconômico e maior porte populacional dos municípios, maior será a capacidade institucional, e melhores serão as condições em dimensões importantes que são objeto de avaliação do PMAQ; como infraestrutura, equipamentos, insumos, estrutura e organização da gestão municipal, da educação e do trabalho.

Destarte, faz-se uma reflexão ao fato de que, quanto menos provida de recursos a equipe for, menor será a probabilidade de conseguir incentivos financeiros oriundos do PMAQ-AB.

Porém, tratando-se de integralidade, segundo os autores abaixo, é um problema de cunho nacional. Atualmente, visando a busca de solução, vive-se um

momento em que as interpelações seguem no sentido da implantação das redes regionais temáticas, para superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde para a produção de um cuidado mais integral (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Considera-se o avanço da equipe em atender a gestante, apesar de ser uma das atribuições do médico da ESF. Porém, acredita-se que esta proposta pode ser melhor utilizada visando diminuir a fragmentação da AB. Pode-se utilizar a proposta de equipe de referência e apoio matricial, como um recurso para a organização do trabalho e, também como um modo de facilitar o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade das ações em saúde dentro da ESF (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Para Cunha e Campos (2011), o apoio matricial em saúde objetiva assegurar uma retaguarda especializada às equipes e aos profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde de maneira personalizada e interativa. Por conseguinte, um especialista com determinado núcleo de formação, apoia especialistas com outro núcleo de formação, com o objetivo de ampliar a eficácia de sua atuação. Quanto mais cenários apresentarem as equipes de referência e matriciamento, maior será a resolutividade do sistema.

A ampliação de cenários significa um cardápio de atividades, que podem ir desde a um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, à participação em discussões de projetos terapêuticos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Desse modo, o ginecologista apoiaria o trabalho do médico generalista da ESF, visando ampliar o seu processo de trabalho e melhor atender ao usuário, por meio da discussão de casos da capacitação do profissional e atendimento conjunto.

Este estudo constatou que a equipe, não se enquadrava nos resultados obtidos por Fausto et al. (2014) que detectaram segundo dados colhidos no 1º ciclo no ano de 2012, que 88,7% das equipes de saúde avaliadas em nível nacional recebiam apoio matricial de outros profissionais de saúde.

Esses são desafios que dependem de uma melhor articulação entre os serviços de saúde. Nesse caso, o arranjo organizacional encontrado pela equipe buscou equacionar a questão da divisão técnica de atenção à gestante determinada pelas especialidades e à predominância do modelo hegemônico, de que a gestante deve ser acompanhada pelo ginecologista. O processo de trabalho assim organizado pelas especialidades dificulta a mudança das práticas de saúde, para a perspectiva proposta

pela ESF com o cuidado centralizado no indivíduo, mas pode ser superado por meio de ações como o apoio matricial.

Acredita-se que estas são questões que devam ser pensadas e levadas em consideração pela equipe de saúde, pelos gestores e até mesmo pelos certificadores de avaliação. Será que nesse caso, não se poderia dizer que o trabalho vivo centrado na subjetividade e individualidade da mudança de modelo assistencial da ESF, não seria capturado pelo trabalho morto? Este centrado em diretrizes e especialidades, que caracterizam o modelo hegemônico?

Para Malta e Merhy (2003) quando o “trabalho vivo” é capturado, de tal forma que o homem não consegue exercer nenhuma ação de forma autônoma ele se torna “trabalho morto”, dessa maneira o trabalhador perde o seu autogoverno e o trabalho vivo é capturado e domesticado.

Ao seguir o pensamento dos autores acima, será que neste caso específico, a equipe de saúde da família não está perdendo o seu autogoverno, porque o gestor controla e define previamente todas as características de seu produto final centrado em especialidades?

O trabalho vivo refere-se ao trabalho em ato, o trabalho criador e o trabalho morto refere-se a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias-primas), resultantes de um trabalho anterior que o homem utiliza para fazer um novo trabalho (MERHY, 1997a).

Dessa forma, o processo de trabalho enquanto micropolítica, pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia pelos usuários (MALTA; MERHY, 2003).

Ao se levar em consideração o trabalho vivo, verificou-se que ocorreu a intensificação do vínculo entre usuário e equipe, na seguinte fala:

“[...] aqui é uma população fechada [...] eu comecei devagarzinho, devagarzinho, e agora a gente faz em praça pública.” (Grupo de Tai Chi Chuan). (E4)

O profissional refere-se que conseguiu aos poucos nesta ação, centrar o foco na promoção da saúde e não da doença, por meio do aumento da confiança e do vínculo, melhorando dessa forma o relacionamento entre os usuários, a equipe de saúde da família e o acesso aos serviços de saúde. Isso, tendo como contrapartida a

melhora da qualidade de vida da população. Verifica-se implicitamente a importância da finalidade dentro do processo de trabalho em saúde.

Validam-se essas evidências e concorda-se que há benefícios da implantação da ESF para a promoção da saúde, prevenção de doenças, busca ativa de casos, educação em saúde, assistência domiciliar, aumento de consultas de pré-natais e puericultura, bem como a melhor adesão ao tratamento de doenças e como porta de entrada do sistema de saúde (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Além disso, a implantação da ESF contribui para a ampliação da oferta de serviços em áreas periféricas e rurais, como é o caso do município citado acima (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Averiguou-se que a participação em processos de avaliação como o PMAQ-AB, repercutiu em pontos positivos e negativos, segundo a visão dos diferentes profissionais de saúde.

Os pontos positivos relacionaram-se mais precisamente à organização do trabalho, em decorrência da reflexão crítica dos profissionais frente às novas formas de sistematizar o cuidado a sua população. Cita-se a matriz de intervenção, como uma ferramenta que auxilia na estruturação do cuidado, baseado na vulnerabilidade, nas deficiências de ações programáticas de determinado grupo de risco, podendo desse modo formular propostas que auxiliem a população menos favorecida ter acesso aos serviços de saúde:

“A organização do trabalho maior ponto positivo é organizar e ter metas para atingir, ter propostas [...] trabalhar com matriz de intervenção é muito bom.” (E10) (grifo nosso).

Já os pontos negativos, constata-se que a forte influência do PMAQ-AB, pois está vinculado ao incentivo financeiro, ou seja, ao dinheiro:

“Eu recebo, a gente paga, então você também tem que pagar também. Não é interessante.” (E2) (grifo nosso).

Na fala da entrevistada, percebe-se que a assistência à saúde, passou a ser vinculada ao dinheiro, pelos gestores, como forma de incentivar as equipes a aderirem ao PMAQ-AB, e pelos trabalhadores de saúde, como uma forma de realizar um trabalho que faz parte de suas atribuições como profissional e também pelo fato de receberem a gratificação, não sendo interessante para ambas as situações. Assunto que ainda será aprofundado neste estudo.

É válido lembrar que se vive em uma sociedade capitalista, e a gratificação por desempenho, ao invés de determinar o modo de produção, determina o que se espera do trabalhador e o que se espera do produto, deixando ao trabalhador a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso da produção. Isso promove uma concorrência entre os trabalhadores, segundo a lógica capitalista no ambiente de trabalho, porém, promove a autonomia dentro deste mesmo local (MORAES; IGUTI, 2013).

Segundo Campos e Campos (2006) um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional, com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores, e estes precisam se reconhecer como autores da obra.

No caso do processo de trabalho em saúde, os autores acima referem-se aos trabalhadores como responsáveis pelo cuidado. Por diferentes motivos, as instituições em saúde tanto públicas como privadas subordinam o interesse da clientela a outros interesses; como a ganância financeira de profissionais e gestores, que tem como proposta o pagamento por produção como o principal mecanismo regulador do trabalho. Ou seja, o pagamento por produtividade é a pedra de toque de todos esses projetos porque diminui a capacidade dos serviços de produzirem saúde com qualidade (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Isto pode demonstrar uma fragilidade do PMAQ-AB, pois os gestores sentem-se motivados a aderirem suas equipes em função do dinheiro, um “*plus a mais*” que virá em consequência da participação. O que pode acarretar em uma visão distorcida do principal objetivo da avaliação que é facilitar o acesso e promover a melhoria dos serviços de saúde e o bem-estar coletivo de sua população. A fala abaixo, pode representar esta suposta falha da gestão:

“Agora um ponto negativo, é que o programa é para melhorar a qualidade da atenção básica, e a gestão não enxerga isso.” (E1) (grifo nosso).

Por qual motivo alguns gestores não enxergam a relação entre participação e melhoria da AB como um ponto positivo para melhorar o atendimento da população, se este fato não estiver ligado ao repasse de recurso financeiro? Claro que não se está generalizando a questão, apenas se está tentando buscar respostas para uma possível visão da participação das equipes de saúde da família em processos de avaliação, encontradas neste estudo. Talvez essa suposta falha da gestão

apresentada pela entrevistada, e a motivação pela adesão baseada no incentivo financeiro possa ter acarretado em diversas opiniões e repercussões frente à participação no PMAQ-AB. Traz-se a opinião da entrevistada abaixo:

“Melhoramos, mas não por conta do PMAQ. Melhoramos porque tem que melhorar, fomos conversando em reunião de equipe algumas coisas que foram acontecendo [...] então foi por causa disso, mas não tem nada com o PMAQ.” (E9) (grifo nosso)

Nesse caso, a entrevistada refere-se que houveram mudanças em seu processo de trabalho, porém, não as relaciona com a participação no PMAQ-AB, isso pode demonstrar uma fragilidade do instrumento de avaliação PMAQ-AB.

Sabe-se que o sucesso da avaliação, depende muito da forma como ela é instituída dentro dos serviços de saúde. Se não houver uma articulação adequada entre os gestores e trabalhadores de saúde, no que diz respeito à sensibilização, no sentido de promover melhorias na qualidade da assistência à saúde dos usuários, provavelmente não será bem-sucedida. Consequentemente este fato tem desencadeado a reflexão crítica no processo de trabalho, e a obtenção de mudanças na prática assistencial, não relacionadas ao instrumento de avaliação.

Dessa forma, concorda-se com Contandriopoulos (2006), quando disse que não basta institucionalizar a avaliação. É preciso questionar a capacidade dessa avaliação, produzir informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorarem o desempenho do SUS. Provavelmente nesse caso, houveram falhas quanto à institucionalização da avaliação neste município.

Leva-se em consideração que trata-se de uma nova política de institucionalização à avaliação dos serviços de saúde por meio do PMAQ-AB, e, que algumas equipes participaram pela primeira vez. Pensa-se que é necessário que a equipe conheça e familiarize-se com este novo processo e também com seus instrumentos, e isso requer habilidades que nem sempre faziam parte do cotidiano das equipes, o que pode desencadear esse tipo de questionamento.

Segundo Fortuna et al. (2005) trabalhar em equipe é um desafio, especialmente quando se vê diante de algo a fazer que a mesma desconhece e precisa desbravar, construir, inventar o que pode tornar mais complexa ainda as relações entre os trabalhadores da ESF.

Dessa maneira, trabalhar em equipe equivale a se relacionar. Sabe-se o quanto estas relações são complexas dentro da equipe de saúde da família.

Numa equipe, também estão colocados objetivos individuais que podem ser diferentes e desconhecidos pela equipe. Tanto os objetivos individuais como aqueles que são do grupo vão se modificando e, por isso, as equipes precisam conversar a respeito deles. Se levar-se esse contexto para a familiarização da institucionalização da avaliação, ainda é necessário que os trabalhadores de saúde estejam comprometidos com os desafios dessa mudança, observando a forma como essas práticas são produzidas e traduzidas em ações de saúde (FORTUNA et al., 2005; SILVA et al., 2012).

Pode-se dizer que esta experiência se tornou um processo de aprendizagem para as equipes, ou seja, aprender a lidar com as tensões e até mesmo com discussões sobre o trabalho com os colegas, assim como fortalecer o trabalho em equipe possibilitou a ampliação e acumulação de conhecimentos, e consequentemente, o PMAQ-AB pode ter sido um dos responsáveis por gerar esta mudança de comportamento.

Talvez se pudesse realizar maiores comparações e se obter resultados mais fidedignos após um período maior de consolidação da avaliação dentro dos serviços de saúde, principalmente na AB.

Será dada sequência à discussão passando para a próxima categoria.

Categoria: Organização do trabalho para responder ao PMAQ-AB.

Aqui serão apresentadas como as equipes se organizaram para responder ao PMAQ-AB considerando as suas fases, e assim descreveu-se de forma objetiva o arranjo organizativo da participação das equipes, neste processo de avaliação. O primeiro passo para a participação no PMAQ-AB é a adesão. Um dos fatores que caracteriza o sucesso em processos avaliativos é o seu caráter voluntário, ou seja, que as equipes de saúde da família queiram participar por livre e espontânea vontade.

Verifica-se na fala dos entrevistados, que isso não ocorreu dessa forma:

*“Não, ele (gestor) chegou e falou assim: ó **tem o PMAQ e vocês vão participar. Não foi bem voluntária né.** [...] vocês vão participar e tem que fazer a adesão.” (E5) (grifo nosso).*

Para Brasil (2013) a adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõem o protagonismo de todos

os atores envolvidos durante sua implementação. A característica voluntária, associa-se à ideia de que somente quando trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito, consolidam-se os esforços para práticas voltadas ao aumento da qualidade da AB.

É um dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores envolvidos, ampliando a possibilidade de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2011).

Detectou-se que a característica voluntária foi pouco verificada neste estudo, prevalecendo a imposição das equipes, isto demonstrou que ainda há presença de uma gestão verticalizada, com ausência de construção de ambientes participativos e dialógicos que não preconizou a opinião do profissional de saúde, e não abriu espaço para uma participação mais proativa, descaracterizando o protagonismo de todos os atores envolvidos nesse processo. Pode-se dizer que estes fatores podem prejudicar o desempenho das equipes do processo de avaliação PMAQ-AB.

Assim, este estudo vem de encontro aos resultados encontrados por Arantes, Shimizu e Hamann (2016), em que um dos principais desafios da ESF é a integração dos setores além da saúde, como a educação, a assistência social, o legislativo e outros. Aqui cita-se a gestão, o que traz como consequência a ausência ou insuficiência para a participação das equipes no processo de avaliação PMAQ-AB.

Porém, verificou-se que o protagonismo da equipe dentro do processo de avaliar, prevaleceu frente à realização da autoavaliação, demonstrando a capacidade desta de articular ideias em conjunto e discernir fatores que interfiram de maneira significativa no processo de trabalho, assim promovendo melhorias em alguns municípios e maior êxito no alcance de sua finalidade.

Ratificando a frase acima, no processo desencadeado no Brasil (2013), o PMAQ-AB é um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão. Neste caso verificou-se, que apesar das diferenças entre os municípios, que durante a avaliação aconteceu o envolvimento de todos os profissionais, contribuindo para a tomada de decisão:

“Mas, foi vários dias sim [...] pra discutir passo por passo de cada um do questionário de autoavaliação [...] era feita por todos [...] então não ficou

*só por conta de um, a resposta era o **conjunto de todos os pensamentos.***
(E4) (grifo nosso).

A autoavaliação é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito a mudanças e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação (BRASIL, 2015).

Ao pensar no processo de trabalho em saúde e na avaliação como um processo, a autoavaliação é um dispositivo, ou seja, é a atividade-meio que identifica e reconhece as dimensões positivas e também problemáticas do trabalho. Ela incentiva a tomada de decisão das equipes e produz sentidos e significados potencialmente facilitadores e mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento do seu objeto que são os serviços de saúde. É uma ferramenta importante e essencial dentro do processo de avaliar, porque é capaz de induzir mudanças em sua finalidade por meio do acesso e da qualidade dos serviços de saúde aos usuários. A ferramenta utilizada aqui foi o AMAQ-AB, lembrando que não é obrigatória a sua utilização.

A autoavaliação é tida como o ponto de partida, produz sentidos e significados por meio da identificação e reconhecimento das situações problemáticas do trabalho. Mais uma vez a estratégia PMAQ, aposta em dispositivos que possam provocar o espaço de diálogos, negociação e gestão de mudanças que o programa buscou garantir na fase de contratualização (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2011).

Verificou-se que a autoavaliação é um mecanismo que induziu o espaço de diálogo e negociações dentro das equipes de saúde da família, assim concorda-se com os autores acima, e que também fortaleceu as relações e o trabalho em equipe.

A ênfase do trabalho em equipe está pautada na ideia de que ele tem como objetivo a obtenção de impactos sobre diferentes fatores que interferem no processo saúde doença. A ação interdisciplinar, característica presente dentro da equipe, pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos transformando e sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (SILVA et al., 2012).

Portanto, verifica-se que a partir da participação no PMAQ-AB a entrevistada referiu uma mudança de comportamento no sentido de se importar com metas e indicadores de saúde, que não acontecia anteriormente:

“Então, se no fim do mês por exemplo, se nós não conseguimos atingir as consultas de pré-natal, é algo que antigamente a gente não se preocupava, hoje a gente já se preocupa.” (E1) (grifo nosso).

Sabe-se da importância de monitorar ou acompanhar os indicadores de saúde, para que as ações preconizadas sejam de fato eficientes para promover melhorias, seja da qualidade dos serviços de saúde ou da qualidade de vida dos usuários.

Nesse caso, a mudança de comportamento provocada pela participação da equipe no PMAQ-AB, ampliou a implicação com os resultados do trabalho de acompanhamento das gestantes, modificando o grau de responsabilização da equipe com seu trabalho. Nesse sentido, um estudo constatou que a mudança também contribuiu para alcançar os padrões de qualidade, no caso, para as ações em saúde da mulher com o índice nacional de 76% de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (FAUSTO et al., 2014).

A ação desenvolvida pela equipe citada pelo entrevistado acima, contribuiu para a melhoria da qualidade da AB em nível local e nacional como apontaram os dados de Fausto et al. (2014), assim destacou-se como um aspecto positivo desencadeado após a participação no PMAQ-AB.

Para este 3º ciclo, o MS selecionou 11 indicadores de desempenho para as equipes de AB, e um indicador de desempenho para o NASF. Esse conjunto de indicadores foi pactuado como compromissos a serem assumidos pelas equipes participantes e pelos gestores municipais, considerando os princípios da AB e sua relevância para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2015).

Dessa maneira, concorda-se com a posição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), quando ressalta que, para o alcance de bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade é fundamental a realização constante de ações de monitoramento. No âmbito do trabalho das equipes orienta o planejamento e a programação de ações que devem ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente, visando o aperfeiçoamento do processo de trabalho. Para que as ações de monitoramento sejam eficientes e sirvam como indicadores de qualidade, é necessário que estejam articuladas e desenvolvidas de maneira simultânea a outros fatores essenciais como a autoavaliação, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal que compõem o eixo de desenvolvimento transversal do PMAQ-AB. Entende-se que a qualificação dos profissionais de saúde por meio da

educação permanente é algo essencial para capacitar, modificar, planejar e assim ampliar o grau de responsabilização do trabalhador com a finalidade do trabalho e assim promover melhorias no processo de trabalho em saúde, bem como em seu produto. Verifica-se neste estudo, que em algumas equipes a educação permanente e o apoio institucional foram considerados desencadeadores deste processo:

*A gente teve todo um **curso preparatório** para estar participando desse ciclo, **a gente teve uma preparação através de educação permanente.**” (E10) (grifo nosso)*

*“Então a gente **foi no DRS**, aprendeu muita coisa; foi passado muita coisa pra nós.” (E8) (grifo nosso).*

Para Brasil (2015) a educação permanente é um importante instrumento de gestão, com grande potencial provocador de mudanças e de melhorias no processo de trabalho. Ela parte de um pressuposto importante, que é o planejamento da programação educativa a partir da análise coletiva do processo de trabalho, por meio da identificação de nós críticos.

É uma política que tem como pressuposto a educação “no” e “para o” trabalho (FRANCO, 2007).

Dessa forma, a educação permanente propõe a criação de espaços coletivos nos locais de trabalho que levam os trabalhadores a refletirem e avaliarem os seus atos produzidos no dia a dia, utilizando a problematização como um fator importante para a transformação das práticas em saúde (ANDRADE et al., 2016).

Neste caso a educação permanente, foi utilizada como uma ferramenta para facilitar a participação e o entendimento da equipe no processo de avaliação PMAQ-AB, facilitando a organização do trabalho da identificação destes nós críticos e melhorando o seu processo de trabalho.

Ainda em relação às ferramentas de gestão, detectou-se neste estudo que a maioria dos entrevistados citaram o apoio institucional pela DRS como uma peça fundamental para o desempenho e para a participação no processo de avaliação PMAQ-AB.

A função apoiadora é fundamental para a inserção do contexto de trabalho das equipes, auxilia na análise de gestão e na organização de seu processo de trabalho, na construção de espaços coletivos, para além das equipes, “transversalizando” outros atores da área da saúde e diferentes setores. O apoio institucional deve ter respaldo da gestão, na interlocução dos processos, porque oportuniza o exercício da

autonomia para a resolução dos problemas em todos os níveis de gestão (MAERSCHNER et al., 2014).

Entretanto, este apoio institucional quando relacionado à gestão local, não apresentou em sua maioria uma boa repercussão, até porque os gestores na maioria das vezes não apresentavam conhecimento necessário em relação aos objetivos do PMAQ-AB:

*“[...] eu até **entendia um pouco mais do PMAQ** do que o **próprio gestor né.**” (E4) (grifo nosso).*

Esta afirmativa, confirma a ideia que já se esboçava no início deste estudo, de certa ineficiência da gestão, ainda que este não tenha sido o objeto deste estudo. Toma-se por referência o que foi citado acima, o desconhecimento do objetivo e da política de institucionalização do PMAQ-AB, além das falhas no processo de comunicação.

O apoio institucional também deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Visa horizontalizar as relações verticais, ampliando a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseadas em relações contínuas e solidárias entre apoiador e equipe, contemplando a oferta entre ambos (BRASIL, 2013).

Corrobora-se com a afirmação acima, sabe-se que é importante horizontalizar as relações verticais de gestão, como uma forma de melhorar as ações de coordenação e planejamento, democratizando a participação dos trabalhadores em ações de gerenciamento.

A função apoiadora é uma forma de exercer a gestão democrática, envolvendo afetos, significados, sentidos dos atores envolvidos, na medida em que sistematiza, organiza e avalia a intervenção necessária à mudança (MAERSCHNER et al., 2014).

Neste estudo, as relações ainda são verticalizadas e a falta de entendimento para a gestão de alguns assuntos como abordado acima, poderia ser amenizada por meio da troca de conhecimentos, se houvesse uma maior participação dos profissionais de saúde em espaços de diálogos que contribuíssem para um melhor gerenciamento, o que na maioria das vezes não acontece.

Contandriopoulos (2006) informou que é necessário saber se todos os atores envolvidos reconhecem que a institucionalização da avaliação representa uma

estratégia importante a ser promovida para melhorar a eficiência do sistema de saúde (isto é para tornar mais eficaz o desempenho do SUS).

Este é o pressuposto essencial para que as equipes e gestores qualifiquem as suas ações de saúde, baseadas na finalidade do processo de trabalho: cuidado ao usuário. Entretanto, percebe-se nesta fala que a institucionalização da avaliação, não foi reconhecida como uma estratégia para modificar o processo de trabalho em saúde, isso repercute no desempenho da equipe no processo de avaliação do PMAQ-AB.

Para tentar diminuir o distanciamento existente entre as relações verticalizadas o MS utiliza algumas estratégias. Uma delas é a cooperação horizontal, instituída formalmente neste 3º ciclo do PMAQ-AB. Todavia, sabe-se que já existem iniciativas como as comunidades de práticas, ferramentas virtuais utilizadas pelos trabalhadores de saúde para realizarem a troca de experiências de trabalho, como as participações no PMAQ-AB e assim promovem a disseminação de saberes e conhecimentos.

A Comunidade de Práticas se propõe a ser um espaço vivo, dinâmico com efetivo valor para o SUS. Sua principal proposta é a oferta de uma plataforma virtual que possibilite a constituição de comunidades virtuais entre trabalhadores e gestores da AB das três esferas de governo (BRASIL, 2012b)

Um estudo apresentado VII International Symposium on Technological Innovation (NORO, 2016) sobre Comunidades de Práticas, identificou diferentes características e semelhanças entre grupos de trabalho e equipes. Contudo, apesar de várias semelhanças que essas definições tragam, o que difere uma Comunidade de Prática é a sua motivação e como os indivíduos participantes são atraídos ou incluídos para a realização dos objetivos propostos.

De acordo com Brasil (2015) entende-se que parte significativa dos avanços observados na AB são fruto das experimentações dos atores locais nas adequações cotidianas das ofertas por eles realizadas à população. Buscando valorizar o protagonismo local, o PMAQ-AB propõe que as equipes participantes compartilhem suas experiências entrando em contato com a experiência de outras equipes, aprimorando dessa forma suas práticas de cuidado. O compartilhamento de trocas de experiências para disseminação de diferentes saberes e conhecimentos, pode ocorrer entre trabalhadores da AB da mesma equipe ou de equipes diferentes (mesma unidade, município ou região) e trabalhadores da gestão (gerentes de unidades diferentes, gestores de áreas diferentes na mesma secretaria, gestores de municípios diferentes).

Identificou-se neste estudo que a cooperação horizontal aconteceu dentro da própria equipe, entre equipes diferentes por meio da participação em reuniões de apoio institucional na DRS-V e também entre os trabalhadores de outras unidades de saúde dentro da mesma localidade, isso fortaleceu a rede de assistência à saúde.

A política de organização da Rede de Atenção à Saúde proposta em 2010, é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, e dessa maneira, aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS. Além de assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços disponíveis em todo sistema, com efetividade e eficiência (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Nesse caso, corrobora-se com os autores acima, quanto ao fortalecimento da rede de atenção à saúde e traz-se como exemplo o compartilhamento de informações entre os enfermeiros da AB de unidades de saúde diferentes, e o fortalecimento da rede no município:

*“Respondemos [...] nós nos reunimos, primeiro nós as três enfermeiras [...] primeiro a gente conheceu o AMAQ, que a gente não conhecia. **A partir daí cada enfermeira chegou em sua unidade, e passou pra sua equipe, e o AMAQ foi respondido por elas também, junto.**” (E6) (grifo nosso)*

A cooperação horizontal neste caso, contribuiu para melhor entender o processo de avaliação PMAQ-AB pelas enfermeiras de diferentes equipes e, assim, assegurou a disseminação desta experiência com as equipes participantes e facilitou a realização da autoavaliação pelo uso do AMAQ e fortaleceu a Rede de Atenção à Saúde.

Esta é uma ferramenta importante que deve ser utilizada pela gestão, para melhorar o desempenho das equipes por meio da troca de experiências.

Ao finalizar esta fase de desenvolvimento e a descrição do arranjo organizativo das equipes, assim como as principais repercussões da participação no processo de avaliação PMAQ-AB, segue-se para a fase seguinte que é a certificação.

De acordo com Brasil (2013) o processo de certificação do PMAQ-AB deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para a melhoria do acesso e da qualidade da AB. Essa avaliação gerará um escore e a certificação, e assim, determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2011).

Nessa fase inclui a avaliação externa, que é realizada em parceria do MS com as instituições de ensino e/ou pesquisa. Nesse caso, as equipes participantes recebem as visitas técnicas dos profissionais qualificados designados como avaliadores de qualidade ou certificadores. São observadas as condições de funcionamento da unidade como: infraestrutura, entrevista com os profissionais das equipes participantes, entrevista com os usuários e verificação de documentos que comprovem a realização das ações de melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2015).

Constata-se que as equipes de uma certa maneira, ficaram satisfeitas e de acordo com a nota obtida na certificação, os fatores discordantes em relação a mesma não serão apresentados nesta categoria:

*“Foi **positiva** [...] de acordo com **que a gente realmente faz.**” (E1) (grifo nosso)*

*“Eu acredito que naquele momento, **a nota era aquilo mesmo.** Não teria como ser acima por essas, não é falhas né.” (E3) (grifo nosso).*

A certificação foi resultado do comprometimento, da articulação das equipes e da utilização de estratégias durante o processo de avaliação PMAQ-AB. Percebe-se que houve envolvimento de todos os profissionais de saúde. Até mesmo a população foi informada sobre a avaliação, tamanha repercussão do instrumento de avaliação. Alguns profissionais excederam o horário de trabalho para conseguir deixar todas as solicitações conforme preconizada pelo MS e o sentimento de cobrança era visível entre as equipes:

*“Todo mundo trabalhou, se preparou. **Até a população a gente, deu uma preparada. Tipo assim, ó vai vir uma avaliação,** a gente conversou com a população a respeito disso né. Eles vão vir, as vezes vão fazer perguntas pra você.” (E5) (grifo nosso).*

*“[...] **conseguimos trabalhar em equipe, dividir,** porém, eu tive um desgaste no sentido da estrutura física que não dependia da minha equipe, mas da gestão [...] a unidade tinha acabado de reformar e estava nova [...] eu tive que organizar todas as salas [...] **isso foi um desgaste, uma coisa cansativa, que, às vezes, eu tive que exceder o horário, ficar à noite para organizar.**” (E10) (grifo nosso).*

Uma dificuldade deste método é que ele recruta pessoas para a entrevista que estão presentes fisicamente no dia da avaliação (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017b).

Concorda-se com a afirmativa do autor acima, e ressalta-se aqui que este conversar com a população anteriormente ao processo de avaliação, pode contribuir para o mascaramento da real opinião do usuário e da certificação da equipe. Essa ação pode caracterizar uma possível manipulação do usuário. Isso pode demonstrar uma fragilidade do instrumento de avaliação.

Detectou-se neste estudo, um fato que chamou a atenção; uma equipe não realizou a organização para participação no PMAQ-AB, devido ao desconhecimento da participação, isso ocasionou em uma repercussão diferente daquilo que foi abordado até agora:

“Nada organizado. Dentro daquilo que a gente trabalha e do que a gente sabe que a gente tem que fazer, estava organizado.” (E7) (grifo nosso)

“Não fomos comunicados que a equipe do PMAQ viria [...] eles já vieram pra fazer a avaliação.” (E7) (grifo nosso)

Segundo a entrevistada, a equipe só ficou sabendo que estava participando quando recebeu a visita dos avaliadores de qualidade, e ainda referiu que o fato pode ter sido causado por uma possível falha de comunicação entre a gestão e a equipe.

Porém, levantou-se a hipótese de que neste caso, houveram falhas das duas partes. Uma vez que, a equipe assina o termo de compromisso e aceita participar do processo de avaliação, mas não desenvolveu a etapa posterior. Quais os motivos que levaram esta equipe a esta condição? Qual a participação da gestão?

Dessa maneira, concorda-se com Brasil (2013) que justificou o enunciado acima de que no âmbito do trabalho das equipes, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, na medida em que se torna essencial para a organização do trabalho de uma equipe. Sem comunicação não há gestão eficiente.

Assim, corrobora-se com os autores que é um desafio para a gestão, e para a equipe, fomentar e ofertar espaços de educação permanente para diálogos entre eles, de acordo com as necessidades do cotidiano das equipes (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015).

Evidencia-se assim, que neste caso houve sim uma falha de comunicação da gestão com os profissionais da equipe, mas também pode ter tido o desinteresse da equipe em aprofundar sobre os aspectos e objetivos da participação no PMAQ-AB. Isso dificultou o processo de institucionalização da avaliação neste local, como um

meio para modificar o processo de trabalho em saúde e induzir ações que pudessem conduzir as melhorias para o alcance de sua finalidade.

Desse modo, esta equipe não realizou nenhuma das etapas previstas para a participação no PMAQ-AB e, provavelmente, não obteve um padrão de qualidade satisfatório. Porém, este fato desencadeou como repercussão posterior na equipe de saúde da família, que resultou numa nova divisão da área de abrangência da equipe, já citada anteriormente. Assim, contribuiu para adequação da oferta e da acessibilidade aos serviços de saúde e para a integralidade do cuidado, promovendo modificações no objeto e na finalidade do processo de trabalho.

Este estudo corrobora com os autores abaixo, quando diz que as dificuldades encontradas no trabalho, podem estar relacionadas à desestruturação e desmotivação da equipe de saúde da família, quanto às questões de falta de educação permanente, de comunicação e escuta entre profissionais e à gestão, o que causa uma assimetria dentro da equipe. Uma possibilidade de romper esta situação pelos modelos de assistência seria realizar a democratização, ou seja, a participação de trabalhadores e usuários na gestão adequando a cada realidade local e ampliar espaços democráticos de escuta, de trocas e decisões coletivas (SILVA et al., 2012; MALTA; MERHY, 2003).

Evidencia-se que a construção de espaços de democratização no município e em toda DRS-V, seria uma alternativa plausível para amenizar fatores de desarticulação da equipe e gestores, como encontrado no relato da entrevistada acima e contribuir para uma gestão menos verticalizada.

Ao dar sequência à discussão, e parte-se para a última fase que é a reconstrutualização e também o início de outro ciclo.

Segundo Brasil (2013) o processo de reconstrutualização deve ocorrer após a certificação das equipes da AB. Baseados no desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

É importante de destacar que a equipe que não considerou o PMAQ-AB como um instrumento responsável por induzir mudanças no processo de trabalho, estava participando pela 2ª vez no ciclo, o que caberia maiores investigações para comparações entre as participações das equipes. Lembra-se que esse não é o objetivo principal deste estudo, comparar o desempenho de equipes em contratualização e reconstrutualização. Isso caberia aprofundar um pouco mais sobre

esta possibilidade, o que não acontecerá neste momento, desse modo abre-se um leque de possibilidades para que outros estudos apontem essas diferenças.

Sabe-se que algumas equipes realizam o mascaramento de algumas ações, como já citado, para tentar se adequarem aos padrões de qualidade exigidos pelo MS, principalmente, se estão relacionadas aos recursos e aos meios para se realizar determinado trabalho. No caso do PMAQ-AB, não é diferente:

*“Então você fica, você tenta mudar de qualquer jeito. Por exemplo, eu coloco essa coisa aqui e não é rotina todos os dias, e quando vem o PMAQ você tenta mudar fazer mais bonitinho. **É mais naquele dia né** (risadas).” (E6) (grifo nosso).*

O mascaramento das ações, principalmente em relação às tecnologias leve duras como os registros de ações desenvolvidas pelas equipes, pode significar mais uma fragilidade do PMAQ-AB a ser considerada, visando que dificilmente os certificadores de avaliação constatarão a fidedignidade e veracidade dos documentos avaliados.

Assim evidenciou-se que é possível que as equipes consigam manipular a organização do trabalho e obterem resultados esperados na avaliação, mesmo que estes não sejam fidedignos às ações de saúde realmente desenvolvidas no cotidiano do trabalho.

Seria um apontamento a ser pensado para validar ou modificar o instrumento PMAQ-AB? De que forma?

- **Categoria:** PMAQ-AB ajuda a equipe a identificar lacunas.

Nesta categoria, detecta-se os núcleos de sentido relacionados às reflexões sobre o processo de trabalho e os desafios apresentados pelas equipes.

Considera-se que a reflexão crítica do processo de trabalho, nasce a partir da identificação de lacunas. O termo lacuna pode ser definido a princípio como um espaço vago, uma falta tanto em um espaço real ou abstrato. Também pode ter o significado de omissão, significando falhas e erros (DICIO, [2017]).

E, a partir desta reflexão crítica sobre o processo de trabalho, a equipe encontra seus desafios, aqui considerados como as situações/ações que impõem uma certa dificuldade, ou seja, barreiras para a sua consolidação.

Dentro desse contexto, detecta-se que o instrumento de avaliação PMAQ-AB é uma atividade, um meio, que permitiu aos entrevistados identificarem falhas dentro do seu processo de trabalho, sendo um disparador da reflexão crítica entre as equipes de saúde da família avaliadas.

Nesse sentido, a avaliação pode corroborar com processos de mudanças (CASTANHEIRA et al., 2015). Estes processos de mudança, necessariamente devem evidenciar as necessidades da população, porém é válido lembrar que muitas vezes não ocorre dessa maneira, promovendo e contribuindo para a reflexão crítica do objeto, meio e finalidade do processo de trabalho:

*“[...] foi um momento bacana, **porque todos da equipe podiam rever as falhas**. Na autoavaliação que a gente vê isso, onde ficam as falhas, **porque a gente trabalha com as matrizes de intervenção e vê o tanto que a gente podia fazer e não faz. Acha que está fazendo muito, mas não faz.**” (E10) (grifo nosso).*

Desse modo, concorda-se com Castanheira et al. (2015), quando disse que a qualidade da assistência refere-se à capacidade de resposta às necessidades de saúde da população.

Porém, verifica-se, como foi previsto, que as lacunas e falhas identificadas neste estudo tem relação com os atores sociais, os trabalhadores de saúde como presume o processo de trabalho dentro desta equipe de saúde da família.

Lembra-se que dentro do processo de trabalho em saúde, o homem é o protagonista da ação em saúde a ser desenvolvida e atua como uma força de trabalho com o objetivo de alcançar a sua finalidade, tamanha sua importância neste processo.

Dessa forma, para se pensar nessa mudança de modelo assistencial, é necessário ressignificar o processo de trabalho em saúde, e esta ressignificação exige a mudança da finalidade, ou seja, colocar o usuário e suas necessidades como o elemento central (MATUMOTO, 1998; ANDRADE et al., 2016)

Cita-se aqui, que o instrumento AMAQ-AB preconiza o uso da matriz de intervenção que é utilizada no levantamento de problemas, assim como para análise das causas, objetivos, metas e ações a serem desenvolvidas em um prazo determinado. Seu objetivo desse modo promove a priorização de problemas e auxilia as equipes em intervenções que visem a melhoria do acesso e da qualidade da AB de todos os componentes do processo de trabalho, principalmente dos usuários dos serviços de saúde:

“Eu acho assim, nós fazemos muitas ações, e nós mesmos não conseguimos muitas vezes avaliar essas ações. A gente não consegue trazer a comunidade para dentro da unidade.... E isso a gente também só conseguiu identificar, a partir do momento que nós aderimos ao PMAQ.” (E1) (grifo nosso).

Para Malta e Merhy (2003) uma questão importante a ser discutida é a alienação do processo de trabalho. Isso decorre da organização parcelar, e da fixação do profissional em determinada etapa de um projeto terapêutico e a repetição mecânica dos atos parcelares no cotidiano produzem essa alienação. Para reverter esse caso é necessário aproximar o trabalhador ao resultado do seu trabalho. Pouco se verifica sobre esta aproximação neste estudo, a partir das falas dos entrevistados, poucas foram as vezes em que o usuário é citado como o beneficiário deste processo.

A alienação tem sua origem decorrente das relações de dominação estabelecida pelas pela divisão do trabalho no modo de produção capitalista. Nesse processo de alienação, as relações de dominação são vividas independentes das ações humanas, deixando de ser concebidas pelos homens enquanto dominações históricas e passíveis de superação, assim tem-se a descaracterização do trabalho (MARX, 1990).

Cruz et al. (2014) relataram a dificuldade de refletir sobre aquilo que é desenvolvido aumenta com a complexidade e a indeterminação dos processos de trabalho em saúde, como acontece nas equipes de saúde da família. Assim, o uso de instrumentos autoavaliativos qualifica os processos nas equipes de AB (EAB), uma vez que possibilita a reflexão ao orientar a ação das equipes.

Seria interessante que as equipes introduzissem em sua rotina de trabalho o uso do planejamento e da autoavaliação em seu processo de trabalho, e já citou-se, a adoção de outros instrumentos, tais como alguns propostos por Malta e Merhy (2003) e não somente quando estivessem participando de processos de avaliação como o PMAQ-AB. Quando isso acontece somente de forma esporádica, pode-se dizer que esse processo mantém a fragmentação, que pode prejudicar todo o produto final de seu processo de trabalho.

Ainda ao citar Cruz et al. (2014) mesmo destacando a potencialidade da autoavaliação, os autores enfatizaram que ainda permanecem os problemas de articulação das ferramentas de planejamento e avaliação e de adequação na AB, uma vez que as equipes continuam a adotá-las como algo para se cumprir e pouco para orientar a mudança necessária.

Ainda ao destacar a autoavaliação como uma potencialidade no sentido de provocar mudanças e estimular ainda mais a reflexão crítica sobre o processo de trabalho da equipe, destaca-se a fala do entrevistado abaixo:

*“Eu acho que tem que aprender, a se autoavaliar pra sempre melhorar. E, eu acho que essa autoavaliação, a **gente sana alguns vícios** que a gente tá fazendo continuamente **e não percebe**, que tá fazendo.” (E4) (grifo nosso)*

Além disso percebe-se na fala acima que a autoavaliação deve ser realizada de maneira contínua e eficiente como uma ferramenta de gestão em todos os níveis, capaz de identificar lacunas para futuras intervenções no processo de trabalho.

Segundo dados do estudo realizado por Cruz et al. (2014) na região sudeste, em municípios com mais de 50.000 habitantes, 88,4 % das equipes planejam suas atividades, 94,2% conseguem realizar o levantamento de problemas, 90,1% conseguem definir um plano de ação para a resolução desses problemas e 78,1 % possuem um documento que comprovem esta atividade de planejamento. Para essa análise, os dados foram obtidos por meio do PMAQ-AB fornecidos pelo DAB do MS sobre a avaliação externa no ano de 2012.

Consequentemente, quando se propõe uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho, identificam-se problemas e encontram-se os desafios. Nesse estudo, caracteriza-se como desafio as situações complicadas, entendidas aqui como desafios, citadas pelos entrevistados, que serão apresentadas abaixo e que merecem atenção especial. Estes desafios incluem um certo grau de dificuldade, um certo obstáculo da equipe em solucioná-los pois pode depender de vários atores, além da equipe de saúde (DESAFIO, [2017]).

*“Agora nós estamos **tentando montar o grupo de gestante**, que a gente ainda não conseguiu, a gente tá pensando como fazer, **porque nós não temos uma sala de reunião pra receber**. E a sala dos agentes é pequena.” (E3) (grifo nosso)*

Nesta fala a entrevistada citou como desafio, a implantação do grupo de gestante. Ao se pensar nas tecnologias do cuidado propostas por Merhy (1997a), conclui-se que nesse caso houve uma maior magnitude do trabalho morto (materiais, equipamentos, infraestrutura) em relação ao trabalho vivo (relações humanas).

Segundo Malta e Merhy (2003, p. 64), “quando o trabalho vivo é capturado de tal forma que o homem não consegue exercer nenhuma ação de forma autônoma, ele

se torna trabalho morto”. Conclui-se que nesse caso que o trabalho vivo foi capturado pelo trabalho morto e, portanto, o cuidado da gestante foi prejudicado de certa forma.

Caberia à equipe buscar estratégias e consolidar parcerias, por meio da intersetorialidade com outros espaços afim de facilitar o acesso, melhorar a qualidade de sua assistência e promover um cuidado integral a essas gestantes, baseado no acesso e na longitudinalidade.

A integralidade é definida como um dos princípios do SUS, construída nas práxis das equipes de saúde, com e nos serviços de saúde. Considera as dimensões biológica, social e cultural do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender às demandas e necessidades no acesso à rede de serviços (FRACOLLI et al., 2011).

Outro desafio encontrado por algumas equipes no estudo, foi em relação à falta de recursos financeiros para implantar requisitos identificados como necessários, dentro do processo de avaliação PMAQ-AB:

*“[...] a gente precisava de muita coisinha assim que era crucial pra fazer, acabava se esbarrando nessa dificuldade. **Eu queria na época fazer o prontuário por família, isso aí implica num gasto né [...].**” (E4) (grifo nosso).*

Nesse caso, o profissional apresentou dificuldades para adequar o seu processo de trabalho aos requisitos do PMAQ-AB e para um melhor planejamento do cuidado ao usuário, dentro deste município. A implantação de prontuário familiar, ocasionaria benefícios tanto para a equipe, quanto ao usuário visando a integralidade do cuidado, assim como para a gestão em uma melhor organização dos serviços de saúde. Aqui identificou-se uma controvérsia: se o gestor é motivado pelo incentivo financeiro como requisito essencial para a adesão das equipes e para a sensibilização dos profissionais, porque omite a compra de insumos para a adequação de suas equipes? Não seria necessário prover os meios, os recursos, os materiais e equipamentos necessários às modificações da finalidade do processo de trabalho, ampliando a oferta de seu serviço de saúde? E, assim obter uma certificação adequada e os recursos financeiros de forma transparente?

Encontrou-se ainda outra dificuldade relacionada à ampliação da oferta de serviços de saúde, que visa promover a integralidade do cuidado:

“Então o que eu não faço... que eu gostaria de fazer seria a parte de fitoterapia, de estimular aquelas plantações de ervas medicinais.” (E4)
(grifo nosso)

A fitoterapia é definida como uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A necessidade de valorizar as plantas medicinais, foi expressada ainda na Declaração de Alma Ata em 1978, levando em consideração que 80% da população já utiliza essas plantas ou preparações em nível de Atenção Primária à Saúde, e os países em desenvolvimento como é o caso do Brasil, possuem 67% das espécies vegetais do mundo (BRASIL, 2015, p. 22).

Apesar de o governo federal ter desenvolvido diversas ações para a implementação desta política, poucos foram os avanços em função das dificuldades para seu uso no SUS, como o pouco conhecimento que os profissionais de saúde têm sobre a Fitoterapia, assim como pelo entendimento deturpado sobre a eficácia e tratamento por parte dos usuários e profissionais de saúde, a dificuldade de acesso a essas plantas medicinais, além da estruturação dos serviços nos moldes que favorecem o uso do medicamento sintético (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR I, 2014).

Diante de tanta biodiversidade disponível de espécies vegetais, riqueza cultural e como forma de aproveitar os recursos disponíveis no Brasil, e facilitar o acesso a estas plantas medicinais. Caberia aos gestores investirem na ampliação dessa oferta de serviços e implantação das PICs nas práxis das equipes de saúde da família, neste estudo esta demanda foi citada várias vezes.

Contudo este desafio, inclui a participação de outros autores para a sua implantação e ampliação da oferta de serviços. Já citou-se que o apoio da gestão local é essencial na resolutividade de algumas ações em saúde, porém verifica-se que os laços entre a equipe e os gestores necessitam ser fortalecidos, horizontalizados e interligados de uma forma a diminuir a sua verticalização.

Além disso, as medidas que visam amenizar este problema implicam em gastos com recursos financeiros, em custear a capacitação dos profissionais, compras de materiais, equipamentos e insumos para sua implantação, já abordados anteriormente.

Estas dificuldades foram encontradas nos desafios que as equipes de saúde da família do país enfrentam em relação aos recursos financeiros. Apesar da relevante expansão da cobertura de ESF em populações desassistidas, não tem sido suficiente

para a reorientação do modelo de atenção à saúde e o financiamento é um dos principais elementos indispensáveis ao seu desenvolvimento (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN 2016).

Será que institucionalizar a avaliação como uma forma de promover a consolidação e a reformulação das práticas em saúde, por meio de instrumentos como o PMAQ-AB seria uma das medidas para obter mais recursos? Acredita-se que sim, porém ela tem que ser direcionada como um instrumento capaz de modificar as práticas assistenciais já existentes, promovendo melhorias para todos os atores dentro do processo de trabalho, principalmente para o usuário.

Assim, concorda-se com Bava et al. (2015) quando referiram que é necessária a superação do processo de avaliação PMAQ-AB, que ainda restringem-se no ranqueamento, nota e recurso.

Uma outra dificuldade encontrada pelas equipes de saúde de família, é a rotatividade dos profissionais:

A minha grande dificuldade foi essa. [...] somente de mais ou menos um ano pra cá, que eu consegui ter a equipe completa e estável. Certo? [...].”
(E4) (grifo nosso)

Uma dificuldade apresentada pelas equipes de saúde da família refere-se aos mecanismos de contratação profissional, muitas vezes baseados em contratos temporários, isso tem gerado, por consequência, dificuldade da fixação de mão de obra, deixando equipes desfalcadas e prejudicando a finalidade do processo de trabalho: o cuidado.

Arantes, Shimizu e Hamann (2016) concluíram que esta questão tem sido assumida pela gestão municipal como uma das dificuldades a ser enfrentadas com urgência para não prejudicar o potencial da ESF na construção de uma APS que valorize a longitudinalidade do cuidado.

Nesse caso, este problema persistiu por um longo período e desse modo aconteceu uma fragmentação da APS, por meio da diminuição da longitudinalidade, do vínculo e do acesso aos serviços de saúde.

Muitas das dificuldades e fragilidades encontradas nas equipes de saúde da família, requerem processos de trabalho bem estruturados, profissionais capazes de trabalhar em equipe, de estabelecer cuidados longitudinais, vinculares,

integralizadores, acessíveis, coordenados, o que requer equipes providas e profissionais fixados como requisito essencial (BAVA et al., 2015).

Detectou-se neste estudo vários desafios e dificuldades citados pelos autores acima como uma possível fragmentação do processo de trabalho que contribui para uma diminuição de um cuidado integral e, para a diminuição do acesso e da longitudinalidade, além da alta rotatividade de profissionais.

É necessário haver uma articulação entre os conceitos citados acima.

A acessibilidade pode ser conceituada como a capacidade do usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar, e de maneira fácil e conveniente. Deve ser combinada com a longitudinalidade, esta tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos para especialistas e também para a realização de procedimentos de maior complexidade, já o cuidado integral depende de uma rede articulada, de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência, por meio de uma articulação efetiva entre esses serviços: coordenação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Desse modo, a rotatividade nos profissionais traz consequências relacionadas à consolidação dos princípios da APS na ESF.

Menciona-se em seguida a dificuldade de implantar reuniões de equipe em uma determinada equipe de saúde da família.

Encontram-se aqui diferentes repercussões da participação das equipes na avaliação PMAQ-AB, referentes à organização do trabalho, trabalho em equipe, assim como a importância da implantação das reuniões de equipe para as modificações do processo de trabalho.

Já detectou-se que uma equipe caracterizou a implantação dessas reuniões como uma modificação importante após a participação no PMAQ-AB, esta equipe não consegue implantar as reuniões de equipe em seu processo de trabalho:

*“A gente **não consegue intensificar reuniões de equipe**. Aliás, nem acontece na verdade, porque você **senta pra conversar**, é um paciente chamando pra ver a pressão, ou às vezes você **não tem a pauta definida**, e **vira briga entre a equipe**. (E6) (grifo nosso)*

*“Acho que a gente precisava **planejar um pouco melhor as atividades que a gente faz**, porque acho que por conta da correria que a gente fica com um **monte de coisa que a gente tem**, acho que **falta um pouco de tentarmos planejar o serviço**.” (E7) (grifo nosso)*

Sente-se nas diferentes falas de diferentes entrevistados, detecta-se uma dificuldade de organização do processo de trabalho das equipes, que pode estar relacionada aos vários fatores ao qual deva ser mais investigado. Porém, a utilização da reunião de equipe como uma ferramenta de gestão, requer algumas habilidades como a articulação e interação desses profissionais dentro da equipe como uma forma de fortalecer o trabalho em equipe. Esses achados foram observados por outros atores como uma avaliação positiva dos profissionais em relação ao trabalho em equipe, foi citado um relacionamento bom e respeitoso e poucas vezes conflituoso, e a organização das atividades eram realizadas de forma conjunta e com pouca dificuldade no trabalho interno e com a comunidade (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000; GARCIA et al., 2015).

Os relatos encontrados nesta pesquisa, corroboram em parte com os autores acima, porque verifica-se de um lado, o fortalecimento do trabalho em equipe e as reuniões de equipe como uma modificação decorrente da participação no PMAQ-AB, e aqui cita-se o desafio de sua implantação.

Assim, as reuniões de equipe contribuem para o fortalecimento do trabalho em equipe, estas se constituem um importante dispositivo para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes, além de ser um espaço para a tomada de decisões. Na ESF possibilita desenvolver um importante espaço de fluidez do diálogo, expressão de opiniões, construção de projetos de atendimento coletivos para a efetiva construção de um trabalho em equipe. (GRANDO; DALL'AGNOL, 2010).

Acredita-se que são necessárias ações para o fortalecimento da educação permanente nos municípios como uma forma de melhorar a organização do processo de trabalho, e para o fortalecimento das equipes por meio da efetivação desses espaços coletivos, além de um apoio institucional mais eficiente. Essas seriam algumas das medidas necessárias para fortalecer a comunicação entre os profissionais dentro das equipes e das equipes com os gestores.

- **Categoria:** Críticas e repercussões dos resultados da avaliação

Nesta categoria, serão abordadas as repercussões quanto às críticas, participação e às discordâncias com os resultados e critérios de avaliação utilizados no PMAQ-AB. Os núcleos de sentido para esta categoria são: falta de apoio da

gestão, reflexão e crítica sobre o processo de avaliação PMAQ-AB, medo do conceito avaliação, sugestões para modificar o processo de avaliação.

Inicia-se a discussão com uma crítica em relação à participação no PMAQ-AB, aliás um assunto muito abordado anteriormente que é a falta de apoio da gestão:

“Só que o gestor também precisa acompanhar, e onde a gente vê que não acompanha, a gente não sente assim, um apoio da gestão. É o que eu sinto mais dificuldade, tá vocês tiraram nota, então tá, não fez mais que obrigação. É mais ou menos isso que realmente acontece.” (E1) (grifo nosso)

Verifica-se que no caso citado, que este tipo de comportamento pode levar à desmotivação de toda a equipe, tanto pela falta de reconhecimento da gestão quanto pela participação no PMAQ-AB.

Acredita-se que a repetição dos fatos expressa a relevância do grau de importância, assim é necessário utilizar estratégias que visem mobilizar a gestão, para que ela apoie movimentos de mudanças desencadeados pela avaliação PMAQ-AB.

“Então eu não sei se foi por conta da falha de comunicação da equipe... aí gente deixou realmente a desejar.” (E7) (grifo nosso)

Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015) analisaram os principais desafios da AB na visão dos gestores municipais de saúde para a qualificação da mesma em seu município no momento da adesão ao PMAQ-AB em 2011. Encontraram como desafios: qualificar a equipe de gestão municipal para a realização de apoio institucional, compor grupos de apoiadores das equipes de saúde, promover, instituir, estimular e coordenar espaços que fomentem o apoio institucional para dentro da gestão e junto as EAB com o objetivo de superar modelos tradicionais de supervisão.

Pelo estudo acima, evidencia-se a falta de comunicação relacionada ao apoio institucional deficiente e identifica-se que os próprios gestores apontam como desafio as mesmas questões salientadas pelos trabalhadores de saúde, quanto à falta de apoio da gestão. Ao considerar que o PMAQ-AB faz parte de uma nova política de institucionalização da avaliação nos serviços de saúde, acredita-se que os gestores estejam se familiarizando com o assunto e a constante troca de gestores, pode contribuir para aumentar esses desafios enfrentados pela gestão na AB.

De acordo com Machado, Cotta e Soares (2015) o fenômeno da descontinuidade político administrativa verificada nos municípios brasileiros após a criação do SUS, é um problema no que se refere à implementação de políticas de

saúde pública. A interrupção de projetos, programas e obras traz como consequência o desperdício de recursos públicos oriundos do preenchimento de cargos de confiança a cada mudança de governo.

Acredita-se que a institucionalização da avaliação de 4ª geração, com a participação e envolvimento dos trabalhadores são essenciais para provocar o processo de mudança, assim como para amenizar esses desafios, porque pode detectar áreas passíveis de intervenção com o objetivo de aperfeiçoá-las tanto por parte dos geridos quanto pelos gestores.

Concluídos dois ciclos iniciais de implementação e testagem do PMAQ-AB faz-se necessário e oportuno, lançar sobre ele um olhar avaliativo etapa importante no sentido de reconhecer construções e acúmulos, e também de apontar suas necessidades e correções (SILVA et al., 2014).

Nada mais oportuno, do que os próprios profissionais participantes deste processo exporem suas opiniões, no sentido de apontar as potencialidades e as fragilidades do instrumento de avaliação. Apresenta-se aqui o conceito de meta avaliação.

Define-se como meta avaliação em saúde, o processo de analisar, julgar uma avaliação, cita-se como exemplo o PMAQ-AB (SILVA et al., 2014).

Contudo, deixa-se claro que não foi proposto realizar uma avaliação do PMAQ-AB, e sim levantar as repercussões quanto à participação das equipes, e pretende-se aprofundar a reflexão crítica e fornecer subsídios para futuras avaliações do programa, assim como para contribuir com a sua validação e aperfeiçoamento do instrumento.

Ao tomar como base este conceito, a força de trabalho em saúde – os trabalhadores expuseram suas opiniões pessoais e também da sua equipe quanto às críticas sobre a participação no processo de avaliação PMAQ-AB, principalmente em relação à discordância obtida na etapa de certificação das equipes, frente ao seu processo de trabalho. Lembra-se que as discussões ocorreram somente com base na fala de entrevistados, não se teve acesso aos resultados, ou às certificações das equipes, este não era o objetivo desta pesquisa.

*“[...] parece que na nossa agenda **não tinha espaço para demanda espontânea**. E sempre a gente teve [...] a gente acompanha gestante, as **consultas quem realiza é o ginecologista**... a gente não conseguiu tirar, deixar com a médica daqui [...] **se eu tô olhando a vacina dela tá atrasada, ela não passou esse mês no pré-natal, ela não teve o mínimo de sete***

consultas, se o exame ela não colheu na 1ª semana, se ela colheu na 30ª semana. Se a gente tá fazendo todo esse acompanhamento, não deixa de ser um cuidado.” (E2) (grifo nosso)

Nesse caso, verificou-se a insatisfação da entrevistada quanto a alguns itens em que segundo seu ponto de vista, não obtiveram uma certificação adequada. Já foi abordado anteriormente, a questão da escassez de matriciamento nas equipes de ESF e da prevalência do modelo hegemônico que aparecem novamente na fala da entrevistada.

Averiguou-se uma necessidade de uma mudança emergencial do modelo de atenção centrado em doenças e especialidades, para o modelo de atenção em saúde voltado para o indivíduo, assim como para suas singularidades e sua subjetividade, considerando o meio em que convive.

Pensar no novo modelo assistencial em saúde, é fundamental para ressignificar o processo de trabalho, movimento que pode se desdobrar em mudança de finalidade desse processo, colocando o usuário e suas necessidades como elemento central (FRANCO, 2007).

Entende-se que o cuidado centralizado no usuário é a finalidade do processo de trabalho em saúde, e considera-se que a evolução da avaliação até a sua 4ª geração envolve aspectos como o contexto, a finalidade, os saberes operantes e que os agentes envolvidos (avaliadores e avaliados) interagem entre si a partir de diferentes grupos de interesse que estão presentes no processo avaliativo. Dessa forma, o caráter participativo possibilita intervenções mais adequadas no sentido de qualificar os serviços de saúde, avaliados sob essa óptica (BAVA et al., 2015).

Considera-se necessário apontar as críticas dos participantes do estudo, frente ao processo de avaliação, no sentido de buscar respostas quanto à certificação e à qualificação do processo avaliativo.

Dessa forma, reflete-se que é necessário que o MS invista em espaços de devolutivas que incluíssem avaliadores do PMAQ-AB e gestores para que assim pudessem fortalecer o processo de transparência das certificações obtidas pelas equipes participantes do PMAQ-AB e, apontassem suas falhas, da ótica dos avaliadores a estas equipes.

Corroboraria desse modo com um dos seus principais objetivos do PMAQ-AB, descrito na Portaria 1654 em seu artigo III, que revela a necessidade da transparência

em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade (BRASIL, 2015).

A partir dos indicadores obtidos pelas equipes, e por meio do questionamento quanto aos resultados obtidos pelas equipes no 1º ciclo, as instituições acadêmicas e gestoras envolvidas foram motivadas a refletirem sobre a relevância do processo de restituição das avaliações, e nas melhores estratégias para seu empreendimento frente às equipes avaliadas.

Por isso, concorda-se com Bava et al. (2015) quando ressaltaram a ideia de que o processo de restituição deva superar a mera apresentação de dados coletados, para promover a capacidade de gerar reflexões coletivas e mudanças que venham ao encontro da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da AB e do processo de trabalho.

Este processo constituir-se-ia como uma medida necessária para institucionalizar a avaliação dos serviços de saúde e consolidar ainda mais a Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Sabe-se que este processo de devolutiva por meio desta iniciativa, constitui-se em um desafio para o MS. Contudo, entende-se que seriam necessários maiores investimentos das três esferas de governo, na busca por espaços de devolutivas das avaliações, que propiciassem uma reflexão crítica efetiva dos atores envolvidos, dos meios utilizados e da finalidade do processo de trabalho.

Talvez a abertura destes espaços de devolutiva, pudessem contribuir para a consolidação da institucionalização da avaliação em saúde, abrindo espaços para que os atores sociais envolvidos, incluindo os avaliadores, entrem como parte de negociação da avaliação e não como juízes (BAVA et al., 2015).

Acredita-se que a existência destes espaços para a discussão dos resultados obtidos, possam esclarecer a opinião da entrevistada abaixo, referente à pontuação, relacionada a não realização de curativo dentro do seu local de trabalho, esclarecendo qual o embasamento para tal conduta de avaliação:

*“Sim, eles colocaram na unidade que [...] **como eu não faço curativo? É impossível, não tem lógica.**” (E9) (grifo nosso)*

Seria necessário analisar o contexto desta situação, considerando: em quais condições físicas, éticas, políticas ou estruturais o trabalho é realizado? Estas condições foram levadas em consideração pela equipe de avaliação para certificar a

equipe? Esclarecimentos como os levantados poderiam contextualizar melhor o motivo pelo qual esta equipe não realiza curativo?

Ao dar sequência à discussão e tendo como embasamento o processo de trabalho e a avaliação em saúde, parte-se para outro ponto de discussão quanto às críticas e repercussões da participação PMAQ-AB.

Abaixo a entrevistada se mostra insatisfeita, quanto ao resultado obtido por sua equipe e posiciona-se frente ao PMAQ-AB, apontando segundo ela, uma possível fragilidade do instrumento:

*“E o PMAQ é isso, é papel [...] Eu senti assim, em relação ao PMAQ, que ele veio pra avaliar papel, documentos [...] registros, informações, protocolos. Ele veio pra isso. Não veio pra avaliar o dia a dia do profissional. Ele não fica aqui o dia inteiro pra ver minha rotina, o atendimento. **Ele aborda o paciente, pergunta sobre o atendimento. Se o paciente não vai com a nossa cara, ele vai falar o que bem entender.**” (E6) (grifo nosso)*

Cruz et al. (2014) verificaram em seu estudo que as atividades relacionadas ao planejamento com a participação de diferentes atores das equipes de AB aconteceu em todos os substratos regionais. Porém, observou-se que não ocorreu uma correspondência substancial de documentos que comprovem tais atividades e tampouco com relação direta a autoavaliação.

O autor acima apontou como uma dificuldade das EAB, a falta de documentos que comprovem a execução de suas atividades diante da organização de seu processo de trabalho na saúde.

A importância do registro em saúde teve seu início na prática clínica, surgiu a partir da própria necessidade que os profissionais de saúde tiveram em relação ao acompanhamento da história clínica e da evolução dos doentes. Além disso, pode-se dizer que o registro das atividades assistenciais em saúde é estratégico para a decisão clínica, para o gerenciamento, para a pesquisa e, atualmente, é considerado como um critério de avaliação da qualidade em saúde, a qualidade dos registros refletem na qualidade da assistência prestada aos usuários (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

Esta pode ser uma dificuldade apresentada pela entrevistada acima, talvez ainda não reconheça a importância dos registros em saúde para comprovação das atividades assistenciais realizadas e também da qualidade das mesmas. Considera-se que a anotação dos registros em saúde, é uma atividade, um meio importante do processo de trabalho em saúde.

Os registros de saúde, além de serem subsídios para o processo de gestão, ensino e pesquisa em saúde, para a implementação de políticas públicas tem o valor de documentar demandas legais. Apesar de suma importância, no Brasil a literatura tem apontado baixa qualidade dos registros em saúde (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

Os dados encontrados nesta pesquisa corroboram com a afirmação sobre a baixa qualidade dos registros em saúde. Averiguou-se que neste caso, as ações de educação permanente podem ser ineficientes em relação aos registros em saúde, e devem ser fortalecidas por meio de um apoio institucional eficiente, e de uma gestão participativa e horizontalizada, talvez estas ações poderiam gerar uma mudança de comportamento dos profissionais de saúde.

Uma abordagem que se reconheceu ser importante e ressalta-se neste estudo, foi em relação às críticas aos avaliadores:

*“A primeira avaliação foi ruim, **não gostei dos avaliadores**. Aí conversando com a articuladora, ela disse que **foi uma queixa de vários municípios, porque é um pessoal que veio de outro Estado [...] eu não gostei.**” (E9)
(grifo nosso)*

Nesse contexto, a entrevistada refere sua opinião pessoal frente aos certificadores de qualidade, sem especificar o que a levou a não gostar dos avaliadores. Lembra-se que não se pretende realizar uma crítica, porém apontar as fragilidades do processo de avaliação, e desse modo contribuir talvez para uma melhor adequação e readequação do instrumento frente às necessidades da população.

Ressalta-se nesse caso, a importância da meta-avaliação, cuja definição já foi abordada anteriormente. Acredita-se que para consolidação e institucionalização da avaliação em saúde, seja necessário incorporar este conceito como prática dos processos de avaliação, verifica-se que isso se torna possível somente com a abertura de espaços para a devolutiva dos dados.

Consequentemente nesses espaços, todos os atores envolvidos teriam oportunidade para diálogo frente as suas dúvidas, questionamentos e assim buscarem estratégias para melhor consolidar a APS no Brasil e criar um padrão de qualidade dos serviços de saúde que se adequem as suas reais necessidades.

Silva et al. (2014, p. 329) apresentaram sua posição sobre a avaliação PMAQ:

Nesse sentido, a hipótese que sustenta este ensaio é que a cuidadosa análise do PMAQ, de suas premissas e instrumentos, sentidos e uso estratégico no cotidiano dos serviços e na gestão das redes municipais, de suas operações e custos, poderá produzir informações e juízos úteis aos gestores, equipes e controle social, de forma que tais atores possam aprimorar o programa e fortalecer as práticas de monitoramento e avaliação na gestão do SUS, determinantes para os ganhos de qualidade que a sociedade brasileira espera para o SUS, imperativo.

Outro aspecto importante, foi o aparecimento do núcleo de sentido referente ao medo do conceito avaliação:

*Olha assim, apesar da avaliação, **que esse nome dá um pouco de medo, de apreensão.** Eu achei que foi válido. **Só que, podia mudar um pouquinho esse nome né, de avaliação né [...] meio pesado [...].**” (E5) (grifo nosso)*

Averiguou-se que neste caso, a entrevistada possui a perspectiva de avaliação como julgamento de valor, relacionado a um aspecto negativo, punitivo, como já foi abordado anteriormente neste estudo.

O PMAQ-AB vem com o intuito de modificar esse pensamento de que a avaliação está relacionada a um aspecto negativo. Porém, quais estratégias poderiam ser utilizadas como ferramentas para modificar este pensamento?

No entanto, até o momento não foram identificadas ações relacionadas à institucionalização do PMAQ-AB como instrumento de avaliação, por parte do MS capaz de modificar este pensamento.

Acredita-se que sejam necessárias mais intervenções do MS e das IEP em atividades de educação permanente para divulgar as vantagens da participação no PMAQ-AB para as equipes, gestores locais, estaduais e também pela ineficiente abertura para a devolutiva junto às equipes dos dados obtidos na certificação externa. Este processo estaria contribuindo para a institucionalização da avaliação em saúde, assim como para a avaliação de 4ª geração no Brasil.

Segundo Kantorski et al. (2009) a avaliação de 4ª geração fundamenta-se no referencial construtivista com enfoque formativo e responsivo. Este delineamento não é rígido e sim flexível e pode abrir espaço para incorporar novas mudanças, novos modelos e novos cenários. Consiste em uma avaliação focada mais no processo do que em resultados, e diferencia-se de outras abordagens de avaliação participativa.

Talvez, este seria um dos aspectos a serem trabalhados pelo MS junto às equipes e aos gestores locais, nos espaços de devolutiva de dados para modificar o pensamento de que a avaliação resulta apenas em aspectos negativos e punitivos.

Kantorski et al. (2009) concluíram que nos locais onde existiam dispositivos de participação, como reuniões, assembleias, conselho gestor local, associação de usuários, entre outros, perceberam maior facilidade dos grupos em levantar problemas diante de sua realidade, discutindo e problematizando os mesmos à luz do paradigma psicossocial.

Talvez, esses espaços de participação pudessem ser melhor utilizados pelas equipes para amenizar o conceito negativo da avaliação em saúde, e para uma melhor organização do processo de trabalho, a partir das necessidades de saúde de acordo com a realidade.

Outro apontamento relacionado às críticas quanto à avaliação PMAQ-AB, seria uma sugestão para modificar o processo de avaliação:

“O PMAQ deveria vir pra ficar menos gente. Eu achei que foi muita gente, muito entrevistador. Eu acho que assusta um pouco (risadas) [...] eu acho que tinha que ser menos gente, e um profissional o dia todo pra avaliar o seu desempenho na unidade.” (E6) (grifo nosso)

A entrevistada acima apresenta sua opinião pessoal como uma sugestão para modificar o modo de avaliar do PMAQ-AB. Seria uma sugestão audaciosa. Porém acredita-se que toda crítica possa ser construtiva, mesmo com todos os aspectos já citados, ou seja, a importância da institucionalização da avaliação em saúde, a falta de espaços para devolutiva às equipes e o medo do conceito, a avaliação como uma forma punitiva ainda presente nas equipes de saúde da família. Esta crítica deixa como contribuição a sugestão para a redução de gastos pelo MS para a realização da avaliação.

Não desconsiderando nenhum dos fatores do PMAQ-AB referentes a sua composição, como a entrevista com o profissional, com o usuário, levantamento de documentos e protocolos, avaliação externa, talvez se pudesse levar em consideração a opinião da entrevistada quanto aos aspectos da diminuição de custos e da intimidação das equipes na presença de vários certificadores.

▪ **Categoria:** Motivação para participar do PMAQ-AB.

Partiu-se para a discussão da última categoria relacionada à motivação para participar do PMAQ-AB. Nesta categoria, segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin, encontrou-se que os núcleos de sentido relacionados a esta motivação eram

decorrentes do apoio do gestor, incentivo financeiro, qualidade do SUS e satisfação da equipe.

Evidenciou-se uma repercussão diferente em relação à gestão, verificou-se neste caso, que a motivação para participar do PMAQ-AB, aconteceu em decorrência do apoio do gestor:

“[...] foi o que acreditou na gente. Disse não vamos sim, a gente consegue [...] então, ele entrou acreditou na gente e deu todo aval sabe.”
(E2) (grifo nosso)

“Tudo que a gente precisa, ele apoia.” (E5) (grifo nosso)

Ressalta-se aqui, como um ponto essencial, a importância do apoio da gestão para a participação dessas equipes no PMAQ-AB, o que provavelmente contribuiu para o melhor planejamento, desenvolvimento e intervenções necessárias à resolatividade dos problemas relacionados às melhorias da qualidade dos serviços de saúde e da organização do processo de trabalho e, por conseguinte, como reflexo, de uma melhor assistência ao cuidado do usuário. Uma forma que vem sendo utilizada na saúde é o apoio institucional.

A utilização do termo “apoio” no contexto da saúde brasileira, se deu nos anos 2000, como uma função ou metodologia de trabalho possível de ser desempenhada por um profissional ou por um grupo de profissionais de saúde. A atribuição do apoiador institucional é importante para a construção de novos arranjos jurídico-legais, gerenciais e organizacionais, teóricos e técnico assistenciais, visando contribuir para a expansão do SUS e fortalecimento da APS no país (MOURA; LUZIO, 2014).

Compreende-se que o apoiador institucional, serve como um elemento de ligação entre a gestão local e as equipes de saúde da família, contribuindo para fortalecer os laços entre os mesmos, diminuir a gestão verticalizada, direcionar o processo de trabalho e promover ações coletivas decorrentes das necessidades daquele local de trabalho, assim como das necessidades dos usuários.

Neste estudo, as equipes representadas pelas entrevistadas acima, podem ser consideradas privilegiadas em relação ao apoio direto da gestão para o desenvolvimento das intervenções em saúde. Nesse sentido, verificam-se aqui realidades diversas, se por um lado se tem a falta de apoio institucional da gestão às equipes, por um outro lado averiguou-se que o apoio do gestor foi o elemento fundamental para que uma equipe aderisse à participação no PMAQ-AB.

Considera-se que mais investimentos devem ser destinados pelo MS e pelos municípios para a melhoria da gestão, assim como ao apoio às equipes de saúde de AB. Encontram-se muitos impasses quanto à escolha dos gestores, sendo um fato importante do campo da política partidária com repercussões relevantes nas ações de saúde.

O preenchimento de cargos de confiança a cada mudança de governo ou troca de dirigentes, traz como consequências a competição em uma democracia representativa. No que tange à saúde citam-se: prejuízos em programas de capacitação de ACS, planejamento e atividades de educação em saúde, como prevenção do diabetes e hipertensão arterial, campanhas educativas e conscientização de usuários (MACHADO; COTTA; SOARES, 2015).

Considera-se necessário que os gestores participem de cursos de capacitação, dessa forma as ações de educação permanente contribuiriam para o fortalecimento de uma gestão mais comprometida, qualificada e com boa governança, visando diminuir a distância e fortalecendo os laços entre as equipes.

De acordo com Machado, Cotta e Soares (2015) muitos pressupostos referentes à gestão ineficiente estão relacionados à governança. Por governança entende-se o conjunto de capacidades que um governo possui para tomar decisões a respeito de políticas públicas, principalmente no que diz respeito a sua implementação. Boa governança significa eficiência governamental. Pode-se aplicar esse conceito à saúde.

Ao dar sequência à discussão, será abordada a motivação à participação ao PMAQ-AB, relacionada ao incentivo financeiro.

Citou-se anteriormente, que compreende-se pela fala de alguns entrevistados que a assistência à saúde passou a ser vinculada ao dinheiro, para a gestão como uma forma de sensibilizar a equipe para aderirem ao PMAQ-AB e pelas equipes como uma forma de recompensa pelo trabalho realizado.

Apresentam-se essas suposições nas falas apresentadas abaixo:

*“Então, a gente fez uma reunião, **o pessoal concordou com a ideia, ainda mais pelo incentivo financeiro.**” (E2) (grifo nosso)*

*“Em relação à **sensibilização de gestores eu não sei se teve, porque o gestor é muito sensibilizado pelo: ah vai vim dois mil a mais, cinco mil a mais, oito mil a mais.**” (E4) (grifo nosso)*

Essa relação do PMAQ-AB com o ganho de incentivo financeiro ficou muito perceptível pelos autores, durante o estudo. Já relatou-se que a forte relação entre o PMAQ-AB e o incentivo financeiro, pode levar às distorções quanto ao real objetivo do instrumento, que é a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, por meio do acesso e da qualificação do cuidado ao usuário decorrente de modificações no processo de trabalho.

Já abordou-se a visão de Campos e Campos (2006) que referiu que o pagamento por produtividade pode ser uma pedra diante da mudança do processo de trabalho e para a capacidade das equipes produzirem saúde com qualidade. Citou-se também a visão de uma entrevistada, relacionada a não concordância do pagamento por desempenho e produtividade, ser o principal mecanismo regulador do trabalho, concordando com este mesmo autor. Ressalta-se o aspecto da competitividade dentro deste pagamento por produtividade.

O caráter competitivo do PMAQ-AB fica explícito no modo de pagamento do componente da qualidade do PAB variável em função do desempenho obtido pelas equipes de AB (MORAES; IGUTI, 2013).

Este assunto, traz à tona uma série de controvérsias e repercussões em relação ao desempenho por produtividade na saúde, como já abordou-se neste estudo. Verifica-se que é um dispositivo importante tanto em relação à captação de recursos financeiros pela gestão para adesão ao programa, quanto para motivar os trabalhadores a participarem do PMAQ-AB.

Assim, deve-se associar a ideia do repasse do incentivo financeiro ao PMAQ-AB como uma forma complementar a um meio de diagnosticar a situação do sistema de saúde de um determinado serviço de saúde, evidenciando deficiências e pontos fortes, contribuindo para o planejamento de ações e fortalecendo a AB como centro do sistema (MACHADO, 2013).

Também não se pode desconsiderar que o PMAQ pode ser o maior pagador de incentivos por desempenho para a atenção primária no mundo e tem sido fundamental para aumentar o investimento em APS no Brasil. Embora não haja um modelo perfeito para programas de incentivos de recursos financeiros, deve-se continuar e aprimorar o PMAQ como uma forma de ampliar o acesso da ESF no país (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017a).

Constatou-se que algumas equipes já introduziram em sua rotina de trabalho a produção por desempenho, como será abordado abaixo. Não discordou-se dos

gestores, porque acredita-se que os recursos oriundos do PMAQ-AB contribuiriam, indiretamente, para a bonificação dos trabalhadores, já que atualmente são escassos os recursos destinados à saúde nos municípios, e, no que tange à força de trabalho na forma de planos de carreira como uma premiação meritocrática. Porém, acredita-se que esta questão deva estar associada à participação no PMAQ-AB, como uma forma de melhorar o processo de trabalho das equipes, simultaneamente à melhoria do acesso e da qualidade da AB, assim como do cuidado ao usuário.

Machado (2013) em seu relato de experiência sobre a organização do processo de trabalho pelas equipes de saúde da família no município de São Sebastião do Paraíso-MG, citou um pouco desta premiação por desempenho de produtividade. Foi publicada uma portaria de criação de um prêmio quanto à certificação das equipes no PMAQ-AB. Assim seria realizado um pagamento de recursos financeiros às equipes que alcançassem os resultados pactuados. Esta foi a medida implementada como uma maneira de inserir o pagamento por produtividade, cujos obstáculos no município eram decorrentes do dinheiro. Com o advento do PMAQ surgiu uma solução para o problema do financiamento.

De acordo com Macinko, Harris e Rocha (2017a) o recurso oriundo da participação no PMAQ-AB, após a certificação das equipes não é destinado de forma direta à distribuição de recursos financeiros aos profissionais, e sim à equipe.

Constatou-se neste estudo, que a forte relação entre PMAQ-AB e incentivo financeiro, como uma forma de pagamento por produtividade e cobrança da equipe, relaciona-se à sensibilização motivada pelo incentivo financeiro que os gestores utilizaram para apoiarem suas equipes, no que tange à participarem do processo de avaliação, mas não se encontra formalmente estabelecida como na experiência do município mineiro acima citado.

Segundo Moraes e Iguti (2013), o PMAQ-AB *a priori* não prevê um sistema de recompensas que atinja de forma direta o trabalhador da AB. O componente de qualidade do PAB variável é um recurso transferido diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Há experiências de alguns municípios em que parte dos recursos do PAB variável é empregado como bonificação aos trabalhadores de saúde.

Tamanha é repercussão quanto à relação do PMAQ-AB estar associada ao repasse de recursos financeiros aos trabalhadores de saúde, que neste estudo

detectou-se algumas dessas experiências, e as reflexões e opiniões dos profissionais quanto ao repasse do incentivo financeiro às equipes. Apresentam-se as falas abaixo:

*“Foi proposto pra eles que **seria um trabalho desenvolvido para melhorar**, e que eles **teriam um incentivo [...]** ele é uma **gratificação** né [...] é **pago todo mês [...]** fixo, é fixo não [...] então, **se ele não atinge a pontuação máxima, ele perde [...]** em um questionário. É feito pela gestora.” (E3) (grifo nosso).*

*“**Ter uma avaliação de desempenho**, e esse **funcionário desempenhou suas funções adequadamente** e **ele recebe x valor**.” (E6) (grifo nosso)*

De modo consequente, a implantação do PMAQ-AB segundo o próprio MS, é uma oportunidade de viabilizar ou instrumentalizar a adoção de mecanismos de remuneração por desempenho (MORAES; IGUTI, 2013).

O estudo corrobora com esta afirmativa, aponta-se neste estudo, a abordagem das entrevistadas quanto à sensibilização à participação no PMAQ-AB estar relacionada ao repasse de recursos financeiros, e à necessidade de introdução do desempenho por produção, representando diferentes repercussões quanto ao assunto.

Será que neste caso, o desempenho por produtividade não estaria contribuindo para o engessamento das equipes quanto à produção, sem refletir sobre o cuidado à saúde que estão produzindo? Estaríamos perdendo a finalidade do processo de trabalho? Além de contribuir para uma gestão verticalizada?

Machado (2013) abordou em seu estudo, uma contradição entre o caráter voluntário e a verticalização de implantação do PMAQ-AB. Referiu que o PMAQ foi implantado por meio de uma forma verticalizada, no sentido de que o MS propôs uma adesão voluntária, não obrigatória, o que ameniza um pouco a verticalização, porém, escassa de informações necessárias e de pouco espaço para a discussão com os gestores sobre o programa, pautado em um discurso normativo.

Talvez a ocorrência desses fatos, e a suposta implantação verticalizada do programa como abordado acima, e neste estudo pelo caráter não voluntário à participação que algumas equipes expressaram, contribua para ao engessamento do PMAQ-AB.

O PMAQ-AB parece ser uma ferramenta importante na gestão de recursos destinados à saúde, corrobora com a melhoria do acesso e da qualidade da AB na tentativa de melhorar os indicadores de saúde (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2005).

Concorda-se com a fala do autor acima e considera-se que, em se tratando do processo de trabalho em saúde, o PMAQ-AB é um meio importante, que pode ser utilizado pelos gestores como um instrumento potencializador da gestão para a melhoria de indicadores de saúde, e pelos trabalhadores de saúde, como uma forma de repensar sobre o seu processo de trabalho, e, a partir daí proporcionar uma reflexão crítica para a melhoria da qualidade de sua assistência. Assim como para sanar problemas que possam interferir de maneira negativa na organização do trabalho.

Ao dar sequência à discussão dessa categoria, verifica-se que há diversidades de formas para realizar o repasse aos trabalhadores, dessa maneira, encontram-se informações que podem contribuir e complementar a lacuna apontada no estudo realizado por Macinko, Harris e Rocha (2017a), de que não há ainda estudos que comprovem que há o repasse de recursos financeiros aos profissionais da equipe, e a forma como é realizada. Cita-se uma delas abaixo:

“É um contrato que tem com a prefeitura, é feito um processo administrativo, onde 50 por cento do valor fica com a prefeitura, para repor, gerenciamento, insumos, isso tudo [...] os outros 50 por cento são divididos em 20 por cento para a enfermeira [...] 10 por cento do técnico de enfermagem, [...] 20 por cento são divididos entre todos os agentes comunitários [...] o médico não participa. Foi uma decisão do prefeito [...].” (E10) (grifo nosso)

Verificou-se uma peculiaridade neste caso. Acredita-se que a forma como o repasse é realizado merece ser discutido pela equipe e gestores para não gerar repercussões negativas dentro da equipe de saúde, assim como disputas e concorrências de poder que possam comprometer o trabalho em equipe.

A forma de concorrência estabelecida pelo PMAQ-AB não é individual, mas sim por equipes. Consequentemente, a pressão exercida pelos pares, adquire as características de cobrança pelos mesmos e a cobrança passa a ser mútua, pois o desempenho individual de um trabalhador pode comprometer o resultado final de toda a equipe (MORAES; IGUTI, 2013).

Será que nesse caso, esta condição estabelecida pelo prefeito, não estaria fortalecendo a concorrência individual, devido aos critérios de distribuição de recursos contemplar apenas algumas categorias profissionais? Seria coerente neste caso, em que há o repasse de recursos financeiros para equipe, o médico não participar? Já que ele participa ativamente do processo de trabalho da equipe?

Poder-se-ia dizer que, particularmente, neste caso, estaria acontecendo uma fragmentação da equipe, assim como uma perda de autonomia dos trabalhadores de saúde, decorrentes da forte relação entre PMAQ-AB e os recursos financeiros, demonstrando uma fragilidade do sistema que merece atenção especial de gestores, do MS e também de pesquisadores.

O trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá de um coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública. Daí nasce o paradoxo como combinar liberdade com controle. Trabalho autônomo com atribuição de responsabilidade? A administração de recursos humanos tem se mostrado incapaz de realizar esta articulação (CAMPOS, 1997).

Este é um dos maiores desafios dos gestores de saúde, criar planejamentos e estratégias para balancear estas ações, uma vez que sabe-se que a definição dos gestores está cada vez menos seletiva, influenciada pela política partidária, pelo desconhecimento, falta de capacitação, e de um certo desinteresse dos mesmos como já citado anteriormente.

Campos (1997) relatou que o pagamento por produção costuma aumentar a produtividade, porém por outro lado, dificilmente articula o trabalho a ser executado a compromissos sólidos com o cuidado do usuário. Assim, a capacidade de obter responsabilidade nestes modelos de gestão é muito pequena, pagar por produção estimula todos a produzirem por si mesmos sem conexão com o objetivo final do serviço. Em se tratando do processo de trabalho em saúde, acontece uma perda da finalidade do trabalho, que é o cuidado ao usuário.

Talvez uma das respostas que encontrou-se para responder as questões ligadas ao pagamento por produtividade, sem a reflexão crítica do processo de trabalho, muitas vezes contribuindo ainda mais para uma gestão verticalizada, poderia estar na associação do desempenho por produtividade que considerou-se ser importante, desde que atrelado à qualidade do cuidado, decorrente de modificações no processo de trabalho, oriundos da participação em processos de avaliação que promovam a qualidade do SUS e também à satisfação do profissional dentro de sua equipe:

*“Eu sou um cara que **acredito muito que o serviço público, pode ter uma boa qualidade.**” (E4) (grifo nosso)*

*“É exerce sua função, e você vê como é bom trabalhar em equipe. Aí vem aquela fase, muito obrigada, **valeu, o reconhecimento, né.** Eu acho que foi bom nesse aspecto.” (E5) (grifo nosso)*

Estas seriam duas respostas dos próprios entrevistados, que foram utilizadas para diminuir a forte relação entre PMAQ-AB e o repasse de incentivos financeiros.

O fortalecimento do SUS por meio da implantação de uma APS de qualidade, e do fortalecimento do trabalho em equipe poderiam amenizar a motivação dos gestores à adesão ao programa e os trabalhadores ao pagamento por produtividade sem reflexão da finalidade de seu processo de trabalho.

Assim, se tem como desafios efetivos a busca por um modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação dos trabalhadores com os usuários dos serviços de saúde, fortalecendo e edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e os próprios trabalhadores, na perspectiva de um desempenho técnico de qualidade e da construção de um trabalho coletivo na área da saúde, bem como para o fortalecimento de um SUS de qualidade (MERHY, 1997b).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar as repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de saúde da família avaliadas do DRSV-Barretos.

O PMAQ-AB foi um instrumento capaz de induzir modificações no processo de trabalho das equipes de saúde da família que foram avaliadas. Os resultados encontrados nesta pesquisa, de acordo com os referenciais teóricos utilizados e a partir da avaliação das entrevistas propostas pela análise de conteúdo de Bardin, permitiram concluir que o PMAQ-AB foi considerado, em sua maioria, como uma ferramenta essencial para identificar as lacunas no processo de trabalho, induzir reflexões críticas a partir da realidade vivenciada pelas equipes, e como contribuiu para a organização do processo de trabalho, por meio da utilização de suas ferramentas, como a autoavaliação e as matrizes de intervenção.

A utilização destas ferramentas contribuiu para romper a inércia de alguns trabalhadores de saúde. Sabe-se que a repetição mecânica das ações, e a prevalência do modelo hegemônico contribuem para a alienação e automatização dos trabalhadores de saúde em seu processo de trabalho, perdendo a capacidade de reflexão crítica das ações realizadas.

A autoavaliação foi considerada como uma potencialidade, no sentido de provocar mudanças e estimular ainda mais a reflexão crítica sobre o processo de trabalho da equipe.

Em relação à gestão, o PMAQ-AB pode ser considerado como um dos maiores responsáveis pela distribuição de recursos financeiros da AB no mundo e como uma ferramenta importante para o fortalecer a APS no país.

Porém, as repercussões quanto às participações no PMAQ-AB evidenciaram os dois lados da moeda. Para alguns profissionais ele não foi o responsável por induzir modificações no processo de trabalho, devido a incipiente institucionalização da avaliação na AB, e pela maneira de como ela foi introduzida nos serviços de saúde.

Identificou-se que a sensibilização das equipes pelos gestores, foi motivada em grande parte pelo incentivo financeiro.

Já no processo de trabalho e nos elementos que o compõem, constatou-se neste estudo que ocorreram mudanças no processo de trabalho assistencial após a participação das equipes no PMAQ-AB, principalmente quando relacionado ao meio,

e às tecnologias duras e leve duras, como as melhorias na infraestrutura, a ampliação da oferta aos serviços de saúde com a extensão de horários para prestação de serviços da equipe à população e a redistribuição de área.

A consolidação e o fortalecimento do trabalho em equipe foram caracterizados pelo trabalho vivo e pelas tecnologias leves, evidenciadas no arranjo organizativo da equipe durante a participação no PMAQ-AB, isso se realizou por meio da sistematização da autoavaliação por todos os membros, e pela mudança de comportamento induzida pelo instrumento, quando relacionadas ao monitoramento dos indicadores de saúde, e também na realização da cooperação horizontal pelas enfermeiras de equipes diferentes. Estas modificações só foram possíveis porque houve a negociação e comunicação da equipe multiprofissional da ESF.

Ainda dentro da perspectiva dos elementos que compõem o processo de trabalho, verificou-se poucas vezes verbalizada pelos profissionais de saúde, que as modificações decorrentes da participação estavam relacionadas à finalidade do processo de trabalho e às tecnologias leves, que expressavam o cuidado ao usuário. Estas abordagens apareceram implícitas nas discussões dos entrevistados, porém poucas vezes verbalizadas.

Em relação aos desafios encontrados pelas equipes de saúde da família avaliadas, detectou-se a dificuldade de implantação das PICs, e que a rotatividade dos profissionais contribui para a diminuição da longitudinalidade e do acesso aos serviços de saúde, isso, pela falta de apoio matricial e ações de educação permanente nas equipes de Saúde da Família. Estes desafios relacionaram-se em sua maioria à falta de apoio do gestor e do precário apoio institucional às equipes participantes do PMAQ-AB.

Relacionou-se muitos fatos à prevalência do modelo hegemônico dentro dos municípios avaliados, provou-se esta afirmativa por meio da adesão ao PMAQ-AB ter sido impositiva, e pela dificuldade das equipes em consolidar o cuidado centrado no usuário, o que dificulta a sua integralidade, equidade e longitudinalidade.

Simultaneamente à prevalência do modelo hegemônico, está a gestão verticalizada, e, conconcorrente a este fato, como um desafio para as equipes de saúde da família, está a sensibilização dos gestores em relação aos profissionais de saúde, ser motivada pela obtenção de recursos financeiros, assim como pelas equipes serem motivadas a participarem do PMAQ-AB pelo mesmo motivo.

Estes fatos, interferem no principal objetivo do PMAQ-AB que é a melhoria da qualidade, da facilitação do acesso do usuário aos serviços de saúde, atrelada à melhoria do cuidado.

Porém, constatou-se que os gestores apenas querem receber os recursos oriundos da certificação, e alguns não apoiam as equipes na adequação de ações e insumos necessários à organização do processo de trabalho. Alguns profissionais, tiveram que colocar recursos provindos de seu próprio bolso.

A forte relação entre PMAQ-AB e recursos financeiros foi tão evidenciada entre os participantes, que os municípios se organizaram e elaboraram leis, que promovessem o repasse deste incentivo como uma forma de gratificação por desempenho e produtividade.

Ressalta-se que visando a atual situação econômica do país, e a escassez de recursos financeiros dos municípios destinados à saúde, o PMAQ-AB torna-se um importante distribuidor de recursos destinados à saúde.

Porém, evidenciou-se que os objetivos propostos pelo processo de avaliação como a melhoria do acesso e da qualidade da AB, não deve ser esquecido, assim como a incorporação destas modificações oriundas do PMAQ-AB, devem ser introduzidas em seu processo de trabalho e não apenas como requisitos a serem obtidos somente para o processo de avaliação.

Acredita-se que esta relação entre o repasse de recursos financeiros e PMAQ-AB, evidenciou-se como uma fragilidade do instrumento, o que cabe ao MS e às IE buscarem estratégias que dissociem essa relação que se baseia no lucro, e não no fortalecimento da finalidade do processo de trabalho, que é o cuidado ao usuário, fortalecendo a autonomia do profissional de saúde.

Talvez a ocorrência destes fatos, e a implantação verticalizada do programa, esteja relacionada ao engessamento do PMAQ-AB por parte das equipes e pelos gestores de saúde. Considerou-se que ele é um instrumento para nortear o processo de trabalho das equipes, por meio de suas diretrizes, critérios de avaliação e padrões de qualidade, e não como uma condição unânime para ser seguido à risca.

Considerou-se que a gestão foi ineficiente, e algumas equipes podem ter sido prejudicadas em sua participação, principalmente pela falta de comunicação entre os mesmos. Porém, verificaram-se controvérsias, citou-se um caso específico em que a gestão foi a propulsora do apoio da equipe à participação no PMAQ-AB. Mas, a

maioria dos resultados evidenciou que a gestão também apresentou-se desqualificada, demonstrando ser um fato isolado, o que deveria ser uma condição.

Pode-se dizer, que estes fatos podem estar relacionados à falta de critérios para a escolha dos gestores, muitas vezes decorrentes da política partidária, pela falta de capacitação dos mesmos e pela rotatividade dos profissionais a cada gestão. Também constatou-se neste estudo o desconhecimento dos gestores, quanto à participação de suas equipes no PMAQ-AB, assim como os objetivos do programa, fatos esses que contribuem para o engessamento do programa.

A falta de espaços para devolutiva dos dados obtidos após a certificação das equipes por parte do PMAQ-AB, gerou inquietudes dos profissionais e equipes quanto aos critérios de avaliação utilizados; em relação às críticas aos certificadores, a pontuação em algumas ações que são inerentes ao seu processo de trabalho, evidenciou mais uma fragilidade do sistema de avaliação.

Acredita-se que a abertura destes espaços de devolutiva, seriam importantes locais de discussão que contribuiriam para que as equipes questionassem a certificação obtida em pontos discordantes, e consolidaria a meta-avaliação, ou seja a avaliação da avaliação.

Sabe-se que o instrumento de avaliação PMAQ-AB sofreu modificações de suas versões anteriores, para uma melhor adequação à realidade, porém a abertura destes espaços de devolutiva dos dados, contribuiria para a escuta dos profissionais, equipes, gestores e articuladores da AB, e, para a validação do instrumento PMAQ-AB, assim como para a institucionalização da avaliação.

Estes espaços ainda contribuiriam para: amenizar a forte relação entre PMAQ-AB e repasse de recursos financeiros, a diminuição do engessamento do programa, desvincular o medo quanto à ideia negativa da avaliação por parte dos avaliados, sugestões quanto às modificações no processo de avaliação e desenvolvimento da meta-avaliação, incluindo a participação de todos os atores no processo de avaliar.

Destaca-se outra fragilidade do instrumento: o mascaramento de ações. Algumas equipes evidenciaram que é possível mascarar ações durante a avaliação externa, como a entrevista ao usuário, e a disponibilidade e disposição de materiais e equipamentos, que não é rotina dos serviços de saúde. Assim, é questionável a fidedignidade dos resultados obtidos pela certificação.

Esta pesquisa permitiu afirmar as várias repercussões quanto à participação no PMAQ-AB, tanto por parte dos profissionais, das equipes e dos gestores da AB.

Detectou-se que sem dúvida, há potencialidades indiscutíveis decorrentes deste processo, assim como em muitos desafios a serem enfrentados pelas equipes de AB e pelo MS quanto a amenizar as fragilidades do PMAQ-AB.

Dessa maneira, estar-se-ia contribuindo para a institucionalização da avaliação dos serviços de saúde e para o fortalecimento da APS no país.

Acredita-se que este estudo pode contribuir para um novo olhar, e para o desenvolvimento de novos trabalhos a partir da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde, a partir da visão dos avaliados que compõem este processo. Consequentemente, acredita-se que não foram esgotadas as possibilidades de discussão para esta pesquisa, pois, como toda pesquisa, sempre haverá fragilidades a serem discutidas e repensadas, cita-se como exemplo a entrevista para coleta de dados com apenas um profissional da equipe, e, que os resultados foram relacionados à entrevista e não concomitante à observação, assim abre-se um leque de possibilidades para outros estudiosos que se interessarem pelo tema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. S. et al. **O processo de avaliação do PMAQ-AB**: olhar de uma equipe. Práticas de avaliação em saúde no Brasil-diálogos. Porto Alegre: Reunida, 2015. p. 281-306. Disponível em:< <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

ANDRADE, R. S et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 505-521, maio/ago. 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00108.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n; 5, p. 1499-1510, maio 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BAVA, M. C. et al. PMAQ: considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil-diálogos**. Porto Alegre: Reunida, 2015. p. 292-325. Disponível em:< <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:< <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/amaq>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2014, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 19 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Comunidade de práticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/comunidade_praticas.php>. Acesso em: 19 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ. Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/amaq>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 21 mar. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo 3º ciclo (2015-2016)**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2017.

CALVO, M. C. M. et al. Avaliação da qualidade em saúde: proposta de modelo para gestão da atenção básica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE; UNIVERSALIDADE, IGUALDADE E INTEGRALIDADE DA SAÚDE: UM PROJETO POSSÍVEL, 2., 2013, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em:<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/012.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2017.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-66.

CASTANHEIRA, E. L. R. et al. Desafios para avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para uma cultura avaliativa? AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil-diálogos**. Porto Alegre: Reunida, 2015. p. 187-225. Disponível em:< <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, abr./jun. 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00323.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 143-147, dez. 2000. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53nspe/v53nspea24.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CRUZ, M. M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de saúde da Família na atenção básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 124-139, out. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, out./dez. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

DICIO. Dicionário on line de português. **Lacuna**. [2017]. Disponível em:<<https://www.dicio.com.br/lacuna/>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

DICIONÁRIO on line Wikipedia. **Desafio**. [2017]. Disponível em:<<https://www.dicionario.com.br/desafio/>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 13-33, out. 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

FERNANDES, V. B. L. et al. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, dec. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

FIGUEREDO, C. A.; GURGEL, I. G. D.; GURGEL JUNIOR I, G. D. A política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00381.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5-9, jan./mar. 2012. Disponível em:<http://apsredes.org/wp-content/uploads/2013/08/PNAB_MUDANCAS_RECENTES.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-11-41, out. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, set./dez. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a03v1123.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREIRE, M. A. N. et al. O processo de trabalho em uma unidade básica no município do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 508-514, set. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a17.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

FURTADO, J. P.; SILVA, L. M. V. Entre os campos científicos e burocráticos – a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil-diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 17-57. Disponível em:< <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

GARCIA, A. C. P. et al. O trabalho em equipe na estratégia de saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 1, p. 31-36, jan./mar. 2015. Disponível em:< <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/5314/4127>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, maio./jun. 1995. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

GOLDBAUM, A. **O processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. São Paulo, 2014. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-11072014-200725/pt-br.php>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

GRANDO, M. K.; DALL' AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 504-510, jul./set. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a11.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

HARRIS, M. Payment for performance in the family health programme: lessons from the UK Quality and outcomes framework. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 577-582, jun. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3640.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

KALICHMAN, A. O.; AYRES. J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. e00183415, ago. 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de 4ª geração - contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, out./dez. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a09v1331.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

MACHADO, G. A. B. **Organização do processo de trabalho vivenciada pelas equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) -Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Formiga, 2013. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4117.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 159-170, jan./mar. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0159.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, Germantown, v. 40, supl. 2, p. s4-s11, abr./jun. 2017a. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338882/>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Foreword Introduction to the Special Edition on the Brazilian National Program to Improve Primary Care Access and Quality (PMAQ). **The Journal of Ambulatory Care Management**, Germantown, v. 40, supl. 2, p. s1-s3, abr./jun. 2017b.

MAERSCHNER, R. L. Apoio institucional: reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface: Comunicação,**

Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1089-1098, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-1089.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde. : revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003. Disponível em:< <http://reme.org.br/exportar-pdf/786/v7n1a12.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

MARX, K. **Para uma crítica da economia política**. [s.l]: Ed. Ridendo Castigat Mores, 1990. Disponível em:< <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/criticadaeconomia.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização da práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 225f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14012009-164720/pt-br.php>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan./fev. 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, out./dez. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01033.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 71-112.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: TEIXEIRA, S. F. **Democracia e Saúde**. São Paulo: CEBES, 1997b. Disponível em:< <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MINAYO, M. C. S. Metodologia de Pesquisa Social. In: _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1994. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf> >. Acesso em: 14 fev. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MISHIMA, S. M. et al. Trabalhadores de Saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor /trabalhador. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul./set. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a05v37n98.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2017.

NORO, D. A. et al. Comunidades de prática: um modelo para a gestão do conhecimento com base em um portal web. In: INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON TECHNOLOGICAL INNOVATION, 7., 2016. Aracaju. **Anais...** Aracaju: [s.n], 2016. p. 477-485. Disponível em: <<http://www.portalmite.com.br/conferences/index.php/7ISTI/isti2016>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desempenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., p. 1-19, ago. 2011. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIRADOURO. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de educação permanente em saúde/humanização**. Viradouro: SMS, 2015.

REGIÃO E REDES. Caminho da universalização da Saúde no Brasil. São Paulo: [s.n], 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. **Caracterização Socioeconômica de São Paulo Região Administrativa de Barretos**. São Paulo: Governo do Estado, 2012.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun., 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

SILVA, R. R, et al. Subsídios a meta-avaliações do PMAQ. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil-diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 327-355. Disponível em:< <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SILVA, T. N. et al. A equipe na estratégia de Saúde da Família: uma experiência do PET Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 50-55, jan./mar. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a08v36n1s2.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

STREHLOW, B. R.; FONTANA, R. T. Implicações da estrutura física de unidades básicas de saúde da família na dinâmica do trabalho. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 7, p. 2624-33, jul. 2016. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11323/13013>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepções de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-257, abr. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2243.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s173-s182, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e Métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE) - Para Participação em Pesquisa

TÍTULO DO ESTUDO: Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

PESQUISADORAS: Flavia Tiemi Muramoto e Profa. Silvia Matumoto

O QUE É ESTE DOCUMENTO? Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo que será realizado nos municípios da Direção Regional de Saúde V de Barretos (DRSV). Chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e explica a finalidade de sua participação, caso você aceite o convite. Fala dos possíveis riscos e benefícios, caso você aceite participar, além dos seus direitos como participante da pesquisa. Após analisar todas as informações e assim que forem esclarecidas todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar a decisão sobre sua participação ou não no estudo.

POR QUE REALIZAR ESTE ESTUDO? A avaliação dos serviços de saúde, pode ser considerada uma aliada para promover melhorias da qualidade dos serviços de saúde, e sabendo disto, surgiu o interesse em realizar este estudo. Esperamos conhecer as melhorias e também as dificuldades encontradas da participação de sua equipe no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), para que futuramente estas informações possibilitem contribuir para disseminar o conhecimento a respeito dos benefícios dos instrumentos de avaliação.

O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER? Busca analisar como é a utilização do instrumento de avaliação PMAQ-AB, assim como saber como foi a experiência de participação da sua equipe neste processo de avaliação, além de identificar possíveis alterações e melhorias da qualidade dos serviços de saúde.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO? Realizarei uma entrevista com você, e assim coletarei informações relacionadas a participação de sua equipe no PMAQ-AB. A entrevista será gravada, e o tempo estimado para responder os questionários é de 40 minutos/horas. Lembramos que a sua identidade será guardada em segredo, não será revelada qualquer informação a seu respeito ou que possa identifica-lo publicamente.

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

Você poderá sentir-se desconfortável ou constrangido ao responder às perguntas, mas pode interromper a sua participação, caso queira, e desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

É possível que este estudo não lhe traga benefícios diretos, assim como não haverá pagamento por participação na pesquisa, mas acreditamos que os resultados desse estudo possam contribuir para o entendimento de que para se obter melhorias nos serviços de saúde é necessário avaliar. Pretendemos divulgar o conteúdo desta pesquisa em congressos e publicações em revistas científicas.

QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO?

Sua participação é voluntária, e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo, e desistir a qualquer momento. Se isso acontecer, suas informações serão excluídas deste estudo e não serão mais utilizadas.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO?

Receber as informações do estudo de forma clara, assim como esclarecer suas dúvidas, assim como ter o tempo que for necessário para decidir participar ou não do estudo, a liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento e não responder perguntas que o incomode ou lhe cause constrangimento. Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer danos decorrentes do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso. Se isto acontecer, você tem direito a reclamar indenização, por parte dos pesquisadores e das Instituições envolvidas, além de ser ressarcido pelos gastos por causa da sua participação na pesquisa, como: transporte e alimentação, se houver. Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade) e sua vida privada (privacidade). Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO?

Fale com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Este comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. O contato pode ser feito através do telefone (16) 3315-3386, ou pessoalmente na Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto. O horário de atendimento é de 2ª a 6ª feira, nos dias úteis, das 8h00 às 17h00.

ASPECTOS ÉTICOS: Este estudo segue a Resolução CNS466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e será realizado somente após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO?

Fale diretamente com as pesquisadoras responsáveis: SILVIA MATUMOTO telefone (16) 3315-3476, e-mail: smatumoto@eerp.usp.br ou FLAVIA TIEMI MURAMOTO, telefone (17) 991700024, e-mail: flaviatiemi@usp.br, ou pessoalmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Eu entendi o estudo, assim como li o Termo de Consentimento. Declaro que tive o tempo necessário para decidir sobre a minha participação na pesquisa e assim autorizo a minha participação no estudo. Ao assinar este Termo de Consentimento, não abro mão de nenhum dos meus direitos. Este documento será assinado por mim e pelo pesquisador, sendo todas as páginas rubricadas por nós dois. Uma via ficará comigo, e outra com o pesquisador.⁴

_____ Nome do participante ou Representante	_____ Data	_____ Assinatura
_____ Flavia Tiemi Muramoto Pesquisadora	_____ Data	_____ Assinatura
_____ Silvia Matumoto Pesquisadora	_____ Data	_____ Assinatura

⁴ Versão 2 do TCLE Participante 23/05/16 - Pág. 1/2

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data: _____ Número da entrevista: _____

Horário: _____

Local: _____

Categoria Profissional: () médico () enfermeiro () cirurgião dentista

1- Identificação do usuário

1.1 Município: _____

1.2 Nome (iniciais) _____

1.3 Idade: _____

1.4 Sexo: () M () F

1.5 Tempo de formação: _____

1.6 Instituição de ensino: _____

1.7 Possui pós graduação ou residência: () Especialização () Residência

() Mestrado () Doutorado

1.8 Em que área: _____

1.9 Instituição de ensino da pós-graduação: _____

Experiências anteriores: _____

2. Atividade profissional

2.1 Função atual: _____

2.2 Ano da participação da avaliação PMAQ: _____

2.3 Vínculo: () contrato () concurso

2.4 Carga horária semanal: _____

2.5 Salário atual: _____

2.6 Satisfação com a função exercida: () sim () não

Motivos: _____

3. Perguntas relacionadas ao processo de avaliação PMAQ-AB

Neste momento, você está representando sua equipe quanto a participação dela do processo de avaliação PMAQ-AB. Então, me responda as seguintes questões abaixo:

3.1 Conte para mim como foi a participação de sua equipe do processo de avaliação do PMAQ-AB? E como foi a sua participação?

Analisar fatores referentes ao envolvimento da equipe e do profissional entrevistado no processo avaliativo PMAQ-AB.

3.2 Considerando a pergunta acima. Como foi para sua equipe participar do processo de avaliação PMAQ-AB? Descreva brevemente este processo, considerando cada fase da avaliação e destaque a sua importância?

- Adesão: aspectos relacionados a sensibilização de gestores? A equipe decidiu sobre a sua participação? Foi imposta?
- Desenvolvimento: Autoavaliação? Educação Permanente? Apoio institucional?
- Avaliação externa: Como a equipe se organizou para receber os avaliadores? Como ela se preparou?
- Certificação e reconstrutualização: Foi positiva? Negativa? Satisfeitos com trabalho realizado? Com a nota atribuída a equipe?

Caracterizar como as equipes se organizaram para o processo de avaliação do PMAQ-AB.

3.3 Qual é a sua opinião sobre a participação de trabalhadores de saúde em processos avaliativos como o PMAQ-AB?

Considerar a opinião do profissional sobre a participação em processos avaliativos.

3.4 Discorra sobre aspectos positivos e negativos da participação em processos de avaliação como o PMAQ-AB. Justifique, argumente sua resposta.

Considerar a opinião do profissional sobre a participação em processos avaliativos, considerando aspectos positivos e negativos da experiência vivenciada.

3.5 Dentre os aspectos citados acima, o que você modificaria? Considerando tanto os aspectos positivos quanto os negativos?

Conhecer as sugestões do entrevistado sobre possíveis alterações na participação da equipe nos processos avaliativos

4. Perguntas relacionadas ao processo de trabalho em saúde

4.1 Você considera que após a participação de sua equipe no processo de avaliação do PMAQ-AB, houve mudanças no modo de como realizar o trabalho? Justifique sua resposta.

Conhecer possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho em saúde da equipe de saúde da família, após a avaliação PMAQ-AB.

4.2 Em caso de inclusão de novas atividades, dê exemplos de mudanças de atividades já realizadas?

Conhecer possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho em saúde da equipe de saúde da família, após a avaliação PMAQ da equipe de saúde da família, após a avaliação PMAQ-AB.

No processo de trabalho em saúde da equipe de saúde da família, Conhecer possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho em saúde da equipe de saúde da família, após a avaliação PMAQ-AB. após a avaliação PMAQ-AB.

4.3 Dentre as mudanças consideradas pela equipe como necessárias, houve alguma que ainda não pode ser implementada? Por quê? Exemplifique.

Identificar os possíveis desafios encontrados pela equipe para incorporar as mudanças relacionadas ao processo de trabalho em saúde.

4.4 Você gostaria de falar algo mais sobre o tema? Algum aspecto que tenha marcado você ou sua equipe? Alguma sugestão ou colocação final?

Deixar este espaço livre para que o profissional discorra sobre algum aspecto relevante, segundo sua opinião, que não tenha sido contemplada no estudo.

APÊNDICE C - Categorização

CATEGORIA A: MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO ASSISTENCIAL APÓS O PMAQ-AB

CATEGORIZAÇÃO INICIAL	NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO
MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO ASSISTENCIAL APÓS O PMAQ	Repercussões da participação, autoavaliação no processo de avaliação E1	<p>“Agora o bom disso tudo é que durante a resposta do AMAQ (+) é e você conseguia avaliar como que era o programa da sua equipe. Então se era pergunta vinculada ao programa rede cegonha? Você conseguia ver, se você estava agindo conforme o protocolo solicita. ”</p> <p>“Eu acho que isso até favoreceu, porque as vezes a gente fazia algumas ações que nem nós mesmos identificávamos essas ações, era uma coisa do tipo mecânica e dentro dos critérios do PMAQ a gente conseguiu colocar isso num documento e até como comprovar. ”</p> <p>“Porque foi a partir do PMAQ, foi a partir da avaliação do PMAQ que nós mudamos nosso conceito de agendamento.”</p>
	E2	<p>“A gente já desenvolvia, só que eles deram aqueles parâmetros, então você consegue organizar melhor o processo de trabalho. Entendeu? ”</p> <p>“E quem sai ganhando é a população né...”</p> <p>“É muito bom mesmo, já era e com o PMAQ, assim você percebe que melhorou muito, porque teve que adequar, o espaço tudo. ”</p>
	E3	<p>“É como eu te falei, foi a melhor e a pior coisa que aconteceu para nós. ”</p> <p>“Porque ele me ajuda a manter, a melhoria do acesso e da qualidade mesmo. ”</p> <p>“A gente via que era uma unidade que não tava funcionando da forma correta como o PMAQ exige.”</p> <p>“Que na realidade o PMAQ só vêm colocar em prática aquilo que esta unidade tem que fazer. ”</p> <p>“Então o PMAQ ele vem pra colaborar [...]A única coisa, que eu acho que pra mim, que foi a pior coisa, foi nessa questão. Porque eu entrei, eu não sabia o que era. ”</p>
	E5	<p>“Você não vê a disponibilidade, a capacidade do próximo. Ai quando vem a avaliação, ai você vê que a equipe toda se une, e cada um trabalha [...]“Foi positivo, apesar de ser avaliado (risadas) ...”</p> <p>“E assim, poder tá avaliando aquela autoavaliação, que eu achei bem importante. ”</p> <p>“Ai com o processo de avaliação a gente teve que [...] resgatar os grupos né.”</p>
	E7	<p>“Tanto que dentro da nossa unidade, a avaliação – depois de todo o município – não foi boa.” “Inclusive, a pontuação que a gente atingiu, acho que foi a mínima que se pode atingir.”</p> <p>“Acho que serviu bastante pra gente tentar organizar um pouco melhor o serviço dentro das condições que nos são oferecidas.”</p> <p>“[...] estamos conseguindo organizar um pouco melhor o serviço dentro da última avaliação que foi feita.”</p> <p>“[...] um instrumento pra gente tentar resolver e tentar melhorar o serviço.”</p> <p>“Com certeza.”</p> <p>“Depois de todo esse processo, a gente começou a montar uma rotina.”</p>
	E8	<p>“Apesar de ser uma avaliação, tem todo aquele processo de autoavaliação, de você ter conhecimento daquilo que você está fazendo.”</p> <p>“Porque é uma forma de melhoria na qualidade do trabalho, não foi difícil.”</p> <p>“Por isso que eu acho que o resultado foi bom, porque participou todo mundo, não foi uma coisa imposta.”</p> <p>“Então acho que a questão do PMAQ realmente é pra você direcionar o jeito que você trabalha pra você tentar melhorar.”</p>

		<p>“[...] aqui eu posso te dizer que adere bem ao PMAQ.”</p> <p>“Eu acho que melhorou muito. Porque ele direcionou a gente.”</p> <p>“Minha equipe também. Acho que por conta até da sensibilização de todos. É o que eu disse pra você: não é minha responsabilidade como enfermeira, é da equipe.”</p>
	E9	<p>“Pra mim foi indiferente. Não sei se isso foi repassado, se ajudou em alguma coisa. Não sei de nada.”</p> <p>“Não. Não sei quanto veio, para que veio ou para que serviu.”</p> <p>“Pra falar a verdade, eu não sei nem quanto vem e nem como vem.”</p> <p>“Como eu te falei, o PMAQ pra mim é indiferente. Eles vêm, avaliam nosso trabalho e o que a gente recebe nota e de recurso eu não vejo, as vezes o gestor me fala, mas não sei pra onde vai.”</p> <p>“Isso. Indiferente.”</p>
	E10	<p>“Como eu já estava muito interagida com o assunto, é um assunto que eu estudei bastante, li o formulário, o módulo, umas quatro, cinco vezes, foi bem tranquilo nas minhas respostas, no que eu tinha que propor, nas ações que a equipe desenvolvia, que tinha como a gente comprovar isso.”</p> <p>“Eu acho que, no início, a ideia é muito legal, do PMAQ, para quem entende, gosta do processo, para quem quer ver resultados.”</p> <p>“Isso, essas proporções, todas as equipes. Como enfermeiro, para mim, é favorável, estou recebendo 20 por cento de um valor, mas como cidadã da saúde pública, eu acho que é um valor que está tomando outra proporção, estão tirando a ideia da melhoria de qualidade, do alcance de metas e virando parte financeira.”</p> <p>“Uma gratificação por desempenho que não está tendo, não está acontecendo. O que já deveria ter. Na verdade, é isso.”</p> <p>“[...] o propósito dela é melhorar tanto a qualidade do acesso do profissional quanto à qualidade do meu serviço e a minha satisfação profissional.”</p> <p>“E é uma equipe bastante empenhada em metas, em qualidade, trabalha com grupos.”</p>
	Modificações	<p>“Porque algumas questões, a gente não fazia de forma documentada, algumas ações não fazia de forma documentada, onde que a gente se adaptou.”</p> <p>“Por exemplo busca ativa de vacina, a gente até fazia busca ativa de vacina, mas o único local que se documentava era no espelho de vacina. Hoje não, já tem um documento específico que é a enfermeira que preenche, o técnico tem acesso e os agentes comunitários também tem acesso.”</p> <p>“A parte de documentação, eu acho que foi o grande diferencial.”</p> <p>“Sim, os agentes de saúde agora tem todos documentos que eles precisam estar preenchendo durante a visita domiciliar, as ações que eles fazem é documentado e antigamente não era.”</p> <p>“O dia que eu recebi essa avaliação externa... eles perguntaram para nós como era o agendamento de consulta médica eles classificaram que a nossa consulta era através de ficha. Que ele não tinha um acolhimento de demanda espontânea, e que nós não tínhamos um acolhimento de demanda agendada. Realmente a gente não tinha. Quando nós vimos, que o PMAQ mostrou isso no resultado, que a gente tinha perdido ponto, porque que a gente não tinha isso esse acolhimento de demanda espontânea e de demanda agendada, foi quando a gente mudou nosso agendamento. Então teve essa mudança na unidade.”</p> <p>“Agora tem um impresso próprio pra isso. É um impresso que nós montamos, que tá escrito busca ativa, e tem algumas informações que o agente vai até a residência e busca.”</p> <p>“Pra várias ações: se é falta de pré-natal, de consulta de pré-natal, busca ativa de exame alterado, o paciente tá com exame alterado e não vem ver o resultado, vacina.”</p>

		<p>“Sim. Porque aqui na unidade por exemplo, eles fizeram (pausa), readequaram a estrutura física.” “Falaram pra nós, que era um dinheiro do PMAQ, que veio uma verba por causa da estrutura física.”</p> <p>“Tudo agendamento prévio, com demanda espontânea”</p>
	E2	<p>“A gente já vinha fazendo reuniões, mas por conta do PMAQ, a gente aumentou pra tá todo mundo sincronizado. ”</p> <p>“[...]médico começou a atender a noite depois do PMAQ, que não atendia, dentista começou a atender a noite. ”</p> <p>“E quem sai ganhando é a população né...”</p> <p>“Isso a registrar... a gente não anotava né. Hoje, a gente...”</p> <p>“[...] grupos terapêuticos de tabagismo, por conta do PMAQ agora a gente tem o grupo de tabagismo. ”</p> <p>“Essa reforma, eu não tinha minha sala. Pré-consulta era no corredor. Tudo com a vinda do PMAQ, isso melhorou. ”</p>
		<p>“Hoje eu tenho sala, tem a sala de pré-consulta, os agentes têm a sala deles, entendeu. O prédio é novo. ”</p> <p>“Então a gente, não faz nada pro tabagista na cidade. ”</p> <p>“Eu penso assim óh, não interessa a quantidade, se todos pararam ou se foi só um. Se fez diferença pra vida de uma pessoa, pra mim foi válido. ”</p> <p>“É muito bom mesmo, já era e com o PMAQ, assim você percebe que melhorou muito, porque teve que adequar, o espaço tudo. ”</p>
	E3	<p>“E aí então começou as mudanças, que o próprio PMAQ exige. ”</p> <p>“Lógico que melhoraria o trabalho também e o atendimento para os usuários. ”</p> <p>“A gente ainda não tinha mudado pra cá. ”</p> <p>“Então, através dessa avaliação, hoje eles têm um incentivo, que me deu muita dor de cabeça na época, porque eles não tinham. Então, se foi criado uma lei. Hoje, eles recebem esse incentivo, e eles são avaliados. Além da avaliação, que a gente tem do PMAQ, eles são avaliados bimestralmente. Então, a cada dois meses. ”</p> <p>“No início sim. Mas, quando eles viram que eles não iam ter o incentivo. Aí prejudicou bastante. Porque assim, no início foi todo mundo se empenhou. Foi aprovado. ”</p> <p>“A sala de vacina que a gente não tinha, hoje a gente tem aqui dentro da unidade. ”</p> <p>“ [...] sala de nebulização a gente não tinha, hoje a gente tem. ”</p> <p>“Organização de prontuários, da forma como o PMAQ exige né. ”</p> <p>“O mapa pra gente poder acompanhar. ”</p> <p>“[...] exame do pezinho não era feito, hoje é feito. ”</p> <p>“[...] planilhas de hipertenso, diabético, idoso, adolescente, criança, saúde mental. ”</p> <p>“[...] todos os agentes têm computador, notebook pra trabalhar. Então, melhorou bastante assim. ”</p>
	E4	<p>“Não acupuntura eu não fazia não, só Tai Chi Chuan, depois o ano passado que eu comecei a fazer. ”</p> <p>“O enfermeiro tá envolvido também, participa. ”</p> <p>“[...]pequena urgência... tem uma sutura, uma fratura de braço [...] medicação de urgência. ”</p> <p>“Pequena cirurgia também, de cisto sebáceo, cauterização desses pequenos cânceres de pele. ”</p> <p>“Tem alguma outra coisa que aconteceu em função do PMAQ, foi a constituição do conselho municipal, local de saúde, que antes não tinha e em função do PMAQ a gente passou a ter.”</p> <p>“Pela manhã, a gente deixa todas as atividades programadas [...] se não, a gente não consegue desenvolver hiperdia, não consegue sabe. ”</p> <p>“Então, é lógico, você se cortou, quebrou um braço, então todo mundo que chega de manhã, é atendido [...] mesmo no fim, a gente acaba abrindo exceção pra quem não é urgência, quando tá tranquilo. ”</p>

		<p>"[...] á tarde a gente faz a demanda espontânea, mais a demanda agendada tudo. Ai, não tem nem quantidade né. Só que aqui é pouquinho, é raro o dia que lota aqui."</p>
	E5	<p>"Ó uma coisa que é, porque assim que eles exigiam muito era grupo né, que eles queriam ver grupo."</p> <p>"Principalmente o de gestante. Eu acho que o de gestante assim, ele não acaba."</p> <p>"Então, foi nessa parte que a gente deu uma inovada e ficou assim, mais atrativo os grupos, tanto pra gente que não só sobrecarregava a equipe, porque pedia parceria, quanto pros participantes. Então assim, a gente pegou a ajuda da nutricionista, com o fisioterapeuta, com o psicólogo."</p> <p>"A educação continuada, porque assim com os agentes a gente sempre tá fazendo, só que não registrava."</p> <p>"Começamos porque a gente sempre, é aquele é brasileiro né."</p> <p>"Agora a gente registra"</p> <p>"[...] manteve o processo de trabalho direitinho."</p> <p>"Não. Aqui continuou, deu sequência ao trabalho sim."</p>
	E6	<p>"Enfim, esse ano a coisa melhorou, tem um médico oito horas."</p> <p>"[...] isso a gente começou a fazer evolução em prontuário. A gente não tinha determinado horário de entrada e saída de profissionais, a gente tem isso exposto, um controle social pra comunidade. A gente não tinha o hábito de avaliar nossas condutas dentro da unidade, com o PMAQ a gente começou a fazer isso. Então, foi um ganho."</p> <p>"O PMAQ, a gente não tinha planilha de acompanhamento é, de administração de medicamento IM, a gente anotava em prontuário."</p> <p>"Mudança na conduta."</p> <p>"Toda informação importante que eu colho, eu Sandra enfermeira anoto no prontuário junto com o médico, e ele lê tudo. Tanto eu leio a parte dele, como ele lê a minha. Então, foi um ganho muito grande."</p> <p>"O prontuário era do médico, e com a vinda do PMAQ a gente começou a manusear, a gente viu o prontuário é do paciente. Mas, a equipe toda tem que manipular ele, tem que anotar, a agente comunitária tem uma informação importante ela pode anotar no prontuário."</p> <p>"Sim a questão do grupo, melhorou. A gente não tinha grupo. Agora a gente tem grupo de atividade que é o NASF. Então, a gente conseguiu trazer o NASF pra nós."</p> <p>"A grande melhora, que eu nem vou atribuir totalmente ao PMAQ e sim ao ministério público, que foi a questão dos médicos oito horas."</p> <p>"A gente tem todo sistema informatizado, a gente não faz, mas o preenchimento de FA em mãos."</p>

	E7	<p>“[...] agora mudou bastante coisa, a gente conseguiu fazer uma redistribuição de área [...] temos mais equipes de PSF, a gente conseguiu diminuir mais o número de pessoas no atendimento.”</p> <p>“[...] então acho que a gente conseguiu organizar um pouco melhor o serviço.”</p> <p>“Fazíamos reunião de equipe toda semana, aí a gente viu que começou a ficar muito repetitivo algumas coisas, então a gente passou a fazer quinzenal. Agora, a gente faz reuniões mensais.”</p> <p>“Então você via que elas começaram a se envolver mais com as visitas.”</p> <p>“[...] porque o que a gente fez: tentamos organizar melhor o que a gente não fazia, com relação às visitas domiciliares, atendimento médico, ao público, tentamos organizar a própria unidade.”</p> <p>“Aí, depois dessa avaliação, elas viram a necessidade de elas estarem indo fazer as visitas domiciliares. Então você percebe que elas começaram a se envolver mais, a fazer melhor as visitas, começaram a trazer mais problemas pra equipe... porque acabava que elas iam fazer automaticamente as visitas, elas faziam porque tinha que fazer.”</p>
	E8	<p>“[...] a gente não tinha um canal direto, aí a gente fez uma caixinha de sugestão e reclamação, quer dizer, um canal.”</p> <p>“Hoje não, hoje a gente anota tudo.”</p> <p>“Eu consigo visualizar ela de uma maneira geral por conta de eu ter mudado meu jeito de trabalhar.”</p> <p>“[...] você tem que saber [...] você trabalha aqui dentro”.</p>
	E9	<p>“De 2014 pra cá, coleta de Papanicolau - que não era feita -, teste rápido de HIV; hepatite; o ESUS que foi implantado, que mudou bastante coisa - apesar de eu não saber se tem alguma coisa a ver; registro em prontuário não era feito, hoje é; sistematização da assistência de enfermagem, tem algumas coisas que já são feitas. Tem bastante coisinha eu foi mudando. Acompanhamento de hipertenso e diabéticos, gestantes, visita de puerpério, nada disso era feito.”</p>
	E10	<p>“[...] o processo de trabalho ficou muito mais bem organizado, trouxe responsabilidades que, muitas vezes, a gente se perde, a gente acha que não é nossa, e acaba, também, não cobrando isso dos nossos subordinados – no caso, agentes comunitários e demais funcionários.”</p> <p>“A gente não tem um PEC, que é um prontuário eletrônico, a gente tem o sistema assessor, que facilita a gente fazer todo o trabalho, relatório, tudo via computador.”</p> <p>“Por exemplo: a gente registrar as intercorrências. A gente, às vezes, registrava, em enfermagem, só sinais e o que realizou, mas registrar de forma minuciosa, mesmo, deixar isso assinado.”</p> <p>“Agora, a gente tem o eletrônico, também dá para registrar.”</p> <p>“Melhorou o relacionamento com a gestão, vem melhorando, há um certo tempo.”</p>

		<p>“A autoavaliação acho que foi importante, é um processo que foi diferente, uma coisa que a gente sempre está fazendo, também, de quatro em quatro meses. Mesmo que não esteja tendo a avaliação.”</p> <p>“Mudou. Com a agenda programada, a gente tem paciente de 15 em 15 minutos, não tem aquela sobrecarga de gente às sete horas da manhã. Mudou muito o fluxo. Tem horário, cada paciente, 15 minutos.”</p> <p>“Não, e demanda espontânea com urgência e emergência, com a triagem, avaliação da enfermagem.”</p> <p>“No dia da gestante, é só gestante; no dia específico do diabético e hipertenso, é diabético e hipertenso.”</p> <p>“As atas não eram feitas da maneira correta. Agora, não é perfeito, mas existe uma maneira mais.”</p> <p>“[...] ao invés de ela fazer o grupo na unidade, ele é feito na casa de um paciente, em uma micro área [...] então, a gente pega uma casa mais espaçosa, daquela micro área, e um tema abordado com problema daquela micro área, que é o agente comunitário que vai levar esse tema, porque é ele que tem que saber, melhor que eu, o tema da unidade. Se você tem muito acamado, vamos supor, vamos supor que você tem uma criança, você tem que trabalhar as mães.”</p> <p>“Esse grupo chama Dedinho de Prosa... uma roda de conversa da população junto com a equipe, o agente comunitário, todas vão na outra área para ver como é que foi.”</p> <p>“Tem outros lugares que é só depressão e tristeza, é um grupo muito deprimido.”</p> <p>“A gente tem outro grupo que é o de cuidadores.”</p> <p>“E a gente também tem o grupo de terapia, que já tinha antes de eu chegar. Toda segunda-feira existe uma mulherada que faz tapete, crochê, umas 20, 25 mulheres que ficam na recepção.”</p>
	Avanços	“Então essa organização nós fizemos, o que era de responsabilidade nossa em deixar organizado a estrutura física com identificação essas coisas, nós montamos e permanece até hoje. ”
	E1	“A gente viu todo o grau de satisfação que nós conseguimos conquistar. ”
	E2	“Nossa a infraestrutura aqui tá excelente, material, insumo, tudo o que você precisa pra trabalhar.”
	E3	<p>“A gente conseguiu manter tudo em cima do padrão, até hoje tá sendo mantido. ”</p> <p>“Mantêm. Só que nessa unidade ainda, eu tenho que ter algumas mudanças. ”</p> <p>“Não, agora eu acho que dá pra trabalhar. Então, através dessa avaliação, desse incentivo a gente consegue manter aí da forma como o PMAQ quer. ”</p> <p>“A gente tem até tudo que eles pediram planilha, tudo no computador, tudo atualizado, tudo certinho do jeito que eles pediram. ”</p> <p>“Atualização das planilhas de hipertenso, diabético, idoso, adolescente, criança, saúde mental, foram todas as exigências hoje ainda mantêm do mesmo jeito que eles preconizaram. ”</p>
	E4	<p>“Continuei o que eu fazia e acrescentei. ”</p> <p>“[...] aqui é uma população fechada [...]eu comecei devagarzinho, devagarzinho, e agora a gente faz em praça pública. ” (Grupo de Tai Chi Chuan)</p> <p>“Parece que, agora a equipe tá mais ou menos sólida assim. ”</p> <p>“Todas, na parte de atividade da equipe, todas. ”</p>
	E5	“Ah então, os grupos que nasceram e continuam até hoje. ”
	E6	<p>“Tem que cumprir horários, tarefas, protocolos a seguir, e agora o dentista tá começando a inserir na equipe. ”</p> <p>“Modificou sim. É as ações foram melhoradas, não em sua totalidade. Precisa de um investimento muito maior. Precisaria de mais gente.”</p>

		<p>“Hoje com a vinda do PMAQ, a gente foi tendo uma cobrança, a gente fez um protocolo, a responsabilidade é nossa. A gente não faz, porque não tem material de urgência. Mas, eu pego esse paciente coloco no carro, levo esse paciente, acompanho a administração e trago ele em casa.”</p> <p>“Então assim, é um ganho sabe. Então alguns protocolos sim, a gente implementou, mas, por exemplo: a gente colocou uma escala de estratificação de risco aqui, mas a gente não deu seguimento.”</p>
	E7	<p>“Essa gestora que está agora, a gente tem a cobrança de tentarmos organizar melhor o serviço.”</p> <p>“[...] a gente começou a participar de algumas oficinas, veio até um profissional que ela contratou pra nos auxiliar, palestra pra nos ajudar a fazer a redistribuição da área, pra falar sobre o ESUS.”</p>
	E8	<p>“[...] e a gente percebeu que podia mudar alguma coisa. Então eu achei de extrema importância a questão da autoavaliação por conta disso, de você falar: “olha, isso precisa ser mudado.”</p> <p>“A gente conseguiu passar pra gestante que ela tem que vir no obstetra e no médico da PSF.”</p> <p>“Teve mudança a partir de um olhar diferenciado [...] eu consigo ver na atitude dos agentes e na minha própria, na minha reação.”</p> <p>“Sim. Não tem cobrança, você sabe que aquilo que você está fazendo é de extrema importância, não estou fazendo porque alguém vai vir me avaliar, estou fazendo porque aquilo se tornou importante pra mim. Eu acho que facilitou muito. Por mim, viriam mais vezes.”</p> <p>“Eu consigo visualizar ela de uma maneira geral por conta de eu ter mudado meu jeito de trabalhar.”</p> <p>“Acho que a gente adquiriu um pouco mais de empatia mediante a isso, por conta de você se colocar no lugar da outra pessoa, ir lá e falar: “olha, eu sei o que tem naquela unidade”.</p> <p>“[...] a educação permanente também.”</p> <p>“Nem todo mundo consegue perceber isso, as pessoas acham que vai vir alguém te avaliar e você é obrigada a fazer. Não é obrigar, é seu trabalho. Então eu acho que você adquire mais conhecimento.”</p>
	E10	<p>“Foi feita uma discussão, dentro da equipe – a gente sempre discutia isso –, de como melhorou o processo de trabalho.”</p> <p>“O agente comunitário ficou bem comprometido, porque ele teve como fazer a territorialização, reconhecer o território que ele trabalha, rever a forma de trabalho dele.”</p> <p>“Então, como a gente estava organizando, a gente punha para pensar: “você acha certo?”, se colocar no lugar da paciente.”</p> <p>“Já é uma coisa que adiantou muito, não tem aquela papelada.”</p> <p>“Tem só o papel principal da assinatura, ainda, mas quando tiver o tablet – que é o próximo passo, a gente já começa com digital ou própria assinatura eletrônica.”</p> <p>“[...] acho que melhorou, também, você ter um objetivo para aquilo que você está fazendo, é mais rápido para atingir os resultados, e, quando você mostra isso para a equipe, dá uma motivação.”</p> <p>“[...] quando você elogia, em uma reunião de final de mês, que você põe um funcionário em destaque, que, na área dele, naquele mês, não teve um caso de dengue, isso motiva ele a ser cada vez melhor no que ele faz e motiva os colegas a serem, também, na maioria das vezes.”</p> <p>“Através da autoavaliação, a gente vê os erros da gente e tentar melhorar, então, são meta anuais que a gente tenta melhorar.”</p> <p>“Mas já acontecem as reuniões de equipe, nunca deixou de acontecer.”</p> <p>“Uma coisa que é bem legal, que eu adoro, é assim: depois do PMAQ, também teve muita qualificação, cobrança, por parte da equipe, na educação permanente, que é uma coisa meio falha por causa da correria do dia a dia [...]então, a gente estava até combinando agora, na reunião, que estão mudando as vacinas, então, a próxima capacitação que eu vou passar para eles.”</p>

		“Aí, nesse grupo, em conjunto com o NASF... eu pedi o apoio e elas me apoiaram, que é a psicóloga, a assistente social e a nutricionista os que mais apoiam a gente.”	
Importância de participar de processos de avaliação:	E1	Pontos positivos	Pontos negativos
		“Ai nessa etapa, vem uma pessoa de fora que faz a entrevista com o usuário e que você consegue, não é você que tá vendo o que você faz e sim um olho de fora. ” “Eu acho isso positivo, porque a gente consegue ter uma visão do nosso trabalho. ” “Ai eu acho benéfico, porque você realmente tem a certeza do que tá fazendo. ” “Eu... vi esse PMAQ como uma melhoria sim no nosso atendimento. É o Ministério da Saúde, tá olhando para a atenção básica, isso é fato. ”	“Agora um ponto negativo, (pausa) é que o programa é para melhorar a qualidade da atenção básica, e a gestão não enxerga isso. ”
	E2	“Eu acho que foi muito válido. ” “Eu achei que melhorou. Eu achei, que não tem comparação. Porque teve coisas, que a gente não desenvolvia, que passou a desenvolver né. Justamente para adequar a eles. ” “São essas ações, mas do mais, eu acho que o PMAQ foi muito válido e não deveria parar não. Deve continuar, que as equipes mais se adequem e que aumente mais o número de adesão na verdade. Porque ajuda você sim a organizar o processo de trabalho. ”	“[...]negativo, é que assim, que toda equipe achou negativo. Foi porque o gestor, ele quis, que todo mundo recebesse o incentivo. Tanto o pessoal da estratégia, quanto o pessoal da UBS. Mas, quem fez realmente foi só a gente da estratégia. ” “É tanto, que os agentes não querem participar esse ano. ” “Eu recebo. A gente paga, então você também tem que pagar também. Não é interessante. ”
	E4	“Mas, tudo em função, depois nós vamos discutir isso aí, em relação a, por causa do PMAQ que deu esse estímulo aí, pra fazer acupuntura também. ” “Eu só vejo ponto positivo. ” “Então, eu acho que é importante, eu sou favorável pra que tenha sempre. ” “Mas, eu acho que em relação aos pontos positivos, eu acho que o que eu faria seria melhorar as atividades, ou acrescentar as atividades que não foram contempladas antes, desde daí. ” “Eu sempre fui o responsável por esse incentivo, mas de curso foi o PMAQ.”	“ Que ai seria esse apoio financeiro pra pequenas coisinhas que daria pra ser resolvido.”
	E6	“Então, o PMAQ é veio pra agregar né. ” “Então, é um sentimento de cobrança infelizmente, mas que gera um resultado positivo. ” “É o que faz realmente, mostrar como faz e a partir daí tentar melhorar. Pegar as informações pra tentar melhorar. ” “[...]jeles estão mais educativos. Eles veem pra te educar e pra te mostrar o caminho	“Muito extensa e burocrática, não te traz nenhum benefício.” “Ah... o estresse (risos).” “É um período estressante né, de cobrança.”

		“Eu acho muito importante pro aprendizado, e crescimento do profissional. ”	
	E8	<p>“[...] em relação ao PMAQ eu sou bem positiva. Eu acho importante – não a questão de avaliação – pra valorização da gente.”</p> <p>“Eu não tenho críticas em relação ao PMAQ.”</p> <p>“Então eu acho que, a partir do PMAQ também, a gente conseguiu responsabilizar todas as pessoas. ”</p> <p>“Eu acho. Até por conta de valorização do seu trabalho, porque você recebe uma nota dessa e fala: “eu realmente fiz direitinho”.</p> <p>“E eu acredito que a vinda do PMAQ é muito positiva, dá uma chacoalhada na gente, nos faz enxergar algumas coisas que a gente faz.”</p> <p>“Não. Eu achei prático, rápido e organizado.”</p> <p>“Exatamente, eu acho que seguir o roteiro é fundamental. Facilita pra mim e pra outra pessoa. ”</p> <p>“Continua. O PMAQ veio pra mudar nossa visão. ”</p>	“O negativo eu acho assim: algumas pessoas não têm conhecimento e direcionamento daquilo que estão falando, aí virou aquela pressão: “vai vir fiscalizar vocês”, então eu acho um ponto negativo porque fazia uma pressão pra gente.”
	E10	<p>“Eu acho que a organização do processo de trabalho. As coisas ficaram mais... acessibilidade maior tanto dos usuários quanto nossa, em relação ao ministério e a gestão.”</p> <p>“É, a organização do trabalho. O maior ponto positivo é organizar e ter metas para atingir, ter propostas. Trabalhar com matriz de intervenção é muito bom.”</p>	<p>“Um ponto negativo é a parte financeira e a falta de transparência, acho que de todos os meios. Tinha que ser mais transparente. Por exemplo: o resultado do PMAQ não saiu para nós, a gente não sabia porque a gente tinha sido nota máxima.”</p> <p>“Não teve. Quem teve foi só a nossa gestora, que é a coordenadora do PSF.”</p> <p>“A gente sabe o que eles falam, mas eu mesma, nunca vi a nota, nunca tive acesso. Acho que tem que ser mais transparente.”</p> <p>“Então, isso não foi uma coisa muito bem-vinda, criou muita diferença de equipe dentro da mesma unidade, uma desunião, uma desmotivação para essa equipe que ficou regular.”</p>
	Capacitação Busca do profissional E4	<p>“Fiz o curso de instrutor de taichi. ”</p> <p>“[...]eu fiz esse curso de especialização em acupuntura, nesses dois anos em função dessa coisa, de oferecer uma coisa a mais. ”</p>	
	Não atribui melhorias ao PMAQ-AB E9	<p>“Do jeito que estava o atendimento, ficou igual, ficou a mesma coisa. ”</p> <p>“Não, porque teve coisas lá que colocaram que a gente fazia, mas não havia anotação das coisas. ” “Agora é tudo anotado em prontuário, antes não era. Porque eles querem uma prova, então mudou bastante coisa em relação a isso. ”</p> <p>“Melhoramos, mas não por conta do PMAQ. Melhoramos porque tem que melhorar, fomos conversando em reunião de equipe algumas coisas que foram acontecendo [...] então foi por causa disso, mas não tem nada com o PMAQ. ”</p> <p>“Tem algumas ações que eu realizo, mas não por conta do PMAQ. ”</p>	

CATEGORIA B: ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PARA RESPONDER AO PMAQ-AB

CATEGORIZAÇÃO INICIAL	NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PARA RESPONDER AO PMAQ-AB	Arranjo organizativo da equipe E1	<p>“É no AMAQ foi através da reunião de equipe, onde discutia as perguntas do AMAQ e respondia esse questionário, depois a enfermeira lançava essa resposta no sistema. Nãaaooo, nessa etapa não, nessa etapa fica tudo em questão do departamento municipal de saúde[...]. Eles que fazem a adesão, ai nós recebemos o termo da adesão pra tá assinando e esse termo é de responsabilidade da enfermeira. ”</p> <p>“Não quando a gente soube do programa, a gente já tava aderido ao programa. ”</p> <p>“A gestão que impôs pra equipe tá participando. ”</p> <p>“Nós nos sentimos praticamente obrigados a participar, mas depois que a gente conheceu o projeto, nós começamos a fazer, ai é algo que agradou. ”</p> <p>“Foi feita a autoavaliação, foi feita uma análise dessa avaliação. ”</p> <p>“Nessa etapa eu não tive nenhuma capacitação. ”</p> <p>“Então essa organização nós fizemos, o que era de responsabilidade nossa em deixar organizado a estrutura física com identificação essas coisas, nós montamos e permanece até hoje. ”</p> <p>“Teve um certo apoio, no primeiro ciclo...agora nesse segundo ciclo a responsabilidade era nossa.”</p> <p>“Então, se no fim do mês por exemplo, se nós não conseguimos atingir as consultas de pré-natal, é algo que antigamente a gente não se preocupava, hoje a gente já se preocupa</p> <p>“Foi positiva [...] de acordo com que a gente realmente faz. ”</p> <p>“Então, a parte de documento, tanto o que competia a mim, eu deixei organizado. ”</p> <p>“A parte de estrutura física, alguma adequação nós fizemos de identificação que não tinha, de equipamentos, deixou tudo organizado. ”</p>
	E2	<p>“Ela foi voluntária, todos quiseram participar.”</p> <p>“A gente apresentou o AMAQ em data show, e a gente ia fazendo as perguntas, e a gente mesmo se autoavaliando. ”</p> <p>“Sim, tanto da gestão, quanto do pessoal da DRS.”</p> <p>“Eu achei que seria mais difícil. ”</p> <p>“Ah, ficou decidido que eu ficaria responsável, o enfermeiro, pelo prédio, pra mostrar os insumos.” “Enfim, foi decidido em reunião de equipe. ”</p> <p>“[...]com a população é quem tava em consulta que eles pegaram. Quem tava em consulta entrevistou. ”</p> <p>“Ahh, a nota foi positiva. A gente gostou do resultado né. Gostei. ”</p>
	E3	<p>“Tive apoio da gestão. ”</p> <p>“ Não. Então quer dizer, eles aderiram a um projeto, a um programa, mas eles nem sabiam o que era essa autoavaliação. ”</p> <p>“Não, não deu tempo. ” (Responder ao AMAQ-AB)</p> <p>“Sim, então você imagina quanto (risada) trabalhar. ”</p> <p>“Eu acredito que naquele momento, a nota era aquilo mesmo. Não teria como ser acima por essas, não é falhas né. ”</p> <p>“Sim, fizemos tudo, do jeito que eles pediram. Então ficou tudo bonitinho. ”</p> <p>“Então, veio a avaliação. Fomos aprovados. É acima da média né. ”</p>
	E4	<p>“[...] minha participação, como eu era o único que havia sido treinado feito a capacitação pelo ministério né. É, então foi de passar essa capacitação pra todos da equipe.”</p>

		<p>“Ser facilitador isso.”</p> <p>“Eu estimei, de uma certa forma pra que todos avaliassem, para que a avaliação não ficasse por conta de um.”</p> <p>“Sim, ela foi voluntária, não foi imposta.”</p> <p>“Não. Foi comigo só.”</p> <p>“[...] eu até entendia um pouco mais do PMAQ do que o próprio gestor né.”</p> <p>“Mas, foi vários dias sim, de treinamento pra discutir passo por passo de cada um do questionário de autoavaliação.”</p> <p>“Sim, a autoavaliação era feita por todos [...] então não ficou só por conta de um, a resposta era o conjunto de todos os pensamentos.”</p> <p>“É, através de reuniões de equipe, todo dia, todo dia respondia um pouquinho.”</p> <p>“Porque, dentro da nossa organização pro PMAQ, nós tínhamos a autoavaliação e a avaliação externa da população.”</p> <p>“Nós fizemos também um questionário de avaliação externa, pela população.”</p> <p>“A cordialidade, se resolvia os problemas buscados.”</p> <p>“Então, se preparou de uma certa forma, dez dias antes pra fazer esse check list das coisas que eles ia tá pegando.”</p> <p>“É ela foi média (risadas). Nós ficamos na média [...] a gente não foi reprovado.”</p> <p>“Então, certas coisinhas, que eram simples de resolver não foi resolvido. Porque eu não tinha como resolver também tudo. Ficar enfiando a mão no bolso pra por tudo, pra deixar.”</p>
	E5	<p>“Não, ele chegou e falou assim: ó tem o PMAQ e vocês vão participar. Não foi bem voluntária né.”</p> <p>“Vocês vão participar e tem que fazer a adesão.”</p> <p>“Aí ele chegou e explicou pra gente, que ia ter o PMAQ, que ia ter a avaliação. Então, ele veio e explicou pra toda a equipe [...] como eu falei a gente tem reunião periódica de equipe. Então, a gente sentava e respondia [...] com toda a equipe.”</p> <p>“Quinzenais. Porque assim, PSF tem reunião diária né. Mas, assim com toda a equipe era quinzenal.? Do primeiro ciclo, eu não tô lembrada. Eu acho que não. Eu lembro muito bem é do segundo ciclo, até que foi na regional, eu acho que com a Rita se não me engano.</p> <p>“Agora, o que eu fui fazendo, porque assim meu marido também é enfermeiro. Então, ele é da Planura aqui de perto. E eu pegava muita opinião com ele, porque lá também teve e na época ele tava como coordenador da atenção básica lá.”</p> <p>“Então, eles tiveram, e aí ele me passava.”</p> <p>“Nossa, arrumar tudo. Arrumar não, porque assim já tava organizado né Flavia.”</p> <p>“Mais aí, você quer deixar a casa mais limpa, mais organizada. Foi, foi assim.”</p> <p>“Não, era bem distribuído. Teve assim, lógico que a maior parte fica pra enfermeira. Mas, assim o médico teve sua colaboração, os agentes, as técnicas, o dentista. Porque tinha a parte odontológica, cada um fez a sua parte.”</p> <p>“Todo mundo trabalhou, se preparou. Até a população a gente, deu uma preparada. Tipo assim, ó vai vir uma avaliação, a gente conversou com a população a respeito disso né. Eles vão vir, as vezes vão fazer perguntas pra você.”</p> <p>“Ó a do primeiro ciclo, foi positiva, a gente teve nota boa.”</p> <p>“É, isso que eu ia te falar. Eu fiquei satisfeita com a primeira nota, porque assim eles avaliaram o nosso serviço com o que realmente a gente fazia. Então, foi bom né.”</p>
	E6	<p>“Isso aí foi a gestão.”</p> <p>“É só a gestão que fez a adesão. E assim, foi comunicado pra nós que foi aderido, entendeu?”</p> <p>“[...] foi aderido já e foi mandado um termo de responsabilidade.”</p> <p>“A gente participou de reunião em Barretos.”</p>

		<p>“Da regional, inclusive eu fui porque a gente tinha muitas dúvidas. ”</p> <p>“Respondemos... Nós nos reunimos, primeiro nós as três enfermeiras. ”</p> <p>“Primeiro a gente conheceu o AMAQ, que a gente não conhecia. A partir daí cada enfermeira chegou em sua unidade, e passou pra sua equipe, e o AMAQ foi respondido por elas também, junto. ”</p> <p>“Em uma reunião de equipe. Porém teve assim, teve um desinteresse muito grande (risadas) da equipe. ”</p> <p>“Apoiou em todo fornecimento de material. ”</p> <p>“[...] precisava de um material, por exemplo: aparelho de pressão infantil, aparelho de pressão de obeso. ”</p> <p>“Então, tudo que precisou pra suprir a unidade, foi oferecido. ”</p> <p>“Geladeira pra teste rápido, não faltou nada. Aqui nunca falta né (risadas). ”</p> <p>“Ah foi super calmo a organização. ”</p> <p>“Não menti. Então ficou fácil, não menti. ”</p> <p>“Então, a gente se organizou da seguinte forma: todo mundo ficou na unidade, disponibilizaram tudo que pediu, sem mentir, sem omitir. ”</p> <p>“A gente não colocou, não teve nada de bolso, nenhum gasto financeiro com isso. ”</p> <p>“Não. Ela foi justa. ”</p> <p>“Então você fica, você tenta mudar de qualquer jeito. Por exemplo, eu coloco essa coisa aqui e não é rotina todos os dias, e quando vem o PMAQ você tenta mudar fazer mais bonitinho. É mais naquele dia né (risadas). ”</p>
	E8	<p>“[...] a gente reuniu toda a equipe e começou a trabalhar mediante aquilo. ”</p> <p>“A gente conseguiu reunir toda a equipe por quatro vezes... a gente percebia que ali tinha um problema. ”</p> <p>“O gestor mostrou interesse e passou pra gente, aí a gente abraçou a causa, porque a gente achou que era importante. ”</p> <p>“A gente que decidiu, não foi uma coisa que assim: vocês são obrigados a fazer”</p> <p>“O gestor viu com a gente que seria interessante e a gente realizou a adesão. ”</p> <p>“Ele foi em uma reunião da DRS - começou por aí – ele trouxe pra nós. ”</p> <p>“[...] a gente fez uma reunião coletiva e aí a gente começou a ler... o que é a adesão? Como que é feito? , entendeu?”</p> <p>“As enfermeiras com toda a sua equipe. ”</p> <p>“Então a gente foi no DRS, aprendeu muita coisa; foi passado muita coisa pra nós, e quando a gente percebeu que estava inserido tanto também a questão da educação permanente no PMAQ pra gente ficou mais fácil. ”</p> <p>“[...] que eu potencializei a faxineira, o porteiro, esse e aquele outro, a impressão que dava é que eles não tinham peso nenhum ali. Aí a gente começou a mostrar pra eles na parte da educação que eles são fundamentais. ”</p> <p>“Não, porque aqui não tem. Como é pequenininha, eu não tenho. ”</p> <p>“O que eu fiz? Eu peguei aquele questionário que eles mandaram, coloquei por etapa assim: o que eu via que eu tinha que melhorar. ”</p> <p>“[...] coloquei tudo o que eles iam pedindo. ”</p> <p>“Foi com antecedência, a gente teve uma forma tranquila. ”</p> <p>“A gente procurou trabalhar com aquilo que a gente tinha e não tivemos problema com isso. ”</p> <p>“[...] foi excelente. Porque a gente viu o resultado daquilo que a gente fez. ”</p>
	E9	<p>“A gente leu o manual do AMAQ e o manual do PMAQ, aí a gente se organizou com a equipe, conversou e viu os pontos que eles iam avaliar e reunimos o material que eles iam pedir. Foi tudo calmo. ”</p> <p>“Não, geralmente que faz isso é o gestor. ”</p>

		<p>“A gente tem reuniões na DRS que orientam a gente. O diretor de departamento conversou com a gente sobre isso, mas a articuladora da atenção básica é muito presente, sempre que precisa ela vem aqui. Com certeza ela foi a que mais conversou e orienta até hoje, na verdade.”</p> <p>“Em equipe. Pegamos o questionário e fomos respondendo. Falavam as perguntas e todo mundo falava as notas e o que pensava.”</p> <p>“Eles sempre fazem reuniões e convocam a gente para orientar a respeito do PMAQ.”</p> <p>“No município não.”</p> <p>“A gente se organizou assim: todo mundo reuniu o material e ficou esperando as pessoas no dia que falaram que iam vir.”</p> <p>“Eu fiquei responsável. Eu encaminhava quem respondia ao certificador.”</p> <p>“Não foi boa [...], mas eu acho que foi mediana.”</p>
	E10	<p>“A gente teve todo um curso preparatório para estar participando desse ciclo, a gente teve uma preparação através de educação permanente.”</p> <p>“Então, foi preparada uma equipe para ter uma motivação para a vinda desse PMAQ.”</p> <p>“[...] o que eu vejo que foi muito bem aceito por todos da unidade.”</p> <p>“Os médicos mais com as partes de metas e indicadores.”</p> <p>“No dia em que teve a avaliação, eu tive o apoio de muitos da própria equipe.”</p> <p>“[...] conseguimos trabalhar em equipe, dividir, porém, eu tive um desgaste no sentido da estrutura física que não dependia da minha equipe, mas da gestão.”</p> <p>“A unidade tinha acabado de reformar e estava nova. Então, eu tive que organizar todas as salas.” “Isso foi um desgaste, uma coisa cansativa, que, às vezes, eu tive que exceder o horário, ficar à noite para organizar.”</p> <p>“[...] é uma unidade com três equipes de saúde da família, onde uma estava sem enfermeira e a enfermeira da outra equipe estava começando [...] então, praticamente, eu fiquei sob o comando da unidade toda.”</p> <p>“[...] eu não tinha tempo para me organizar [...] a gente deixava essas partes para depois do serviço, principalmente a organização de material, essas coisas. Nos últimos 15 dias, mas, antes, não.”</p> <p>“O gestor veio com a proposta, em um primeiro momento, e foi uma coisa que eu acredito que já estava proposta, mas ele propôs como se não tivesse. Já estava aderido, mas ele veio com a proposta. Não foi nada forçado.”</p> <p>“[...] veio um profissional que ajudou bastante a gente.”</p> <p>“Não foi obrigatório. De forma alguma, a gestão obrigou. Ela só colocou os pontos positivos desse PMAQ.”</p> <p>“O AMAQ foi feito em reunião com a equipe, onde eu, como liderança, coloquei a importância de a gente falar com o sentimento... agir com a verdade.”</p> <p>“Não. A gente teve muito apoio da gestão, que deu toda a parte estrutural.”</p> <p>“A capacitação era um funcionário da secretaria, da gestão.”</p> <p>“[...] a gente sabia que eles estavam na cidade, mas não tinha data marcada.”</p> <p>“Então, foi bem tranquilo, porque, como já vinha em um processo longo, a equipe já tinha realizado um trabalho legal, e os pacientes confirmaram isso, porque eles que confirmam se está bom ou ruim.”</p> <p>“Eles mesmos: ó falei super bem de vocês lá”. A gente nem queria saber aquilo, mas foi legal, porque foi um momento da população com a gente, que a participação social, que tem que estar inserida, também, no processo.”</p> <p>“Se você for na cidade de Barretos [...] como a gente fez em parcerias, todas as unidades de saúde da família se reuniram e nós fizemos igual.”</p>

		<p>“Então, foi um desgaste para a equipe, porque nós tivemos que trabalhar em conjunto, e um trabalho árduo, porque você tinha que correr contra o tempo, por isso que ficou cansativo.”</p> <p>“Nós já estávamos em processo de reforma projeto do município.”</p> <p>“Não, o que faltou [...] tem a lista que o próprio módulo pede. A gente fez a lista do que não tinha na unidade e foi comprado para todas as unidades, igual.”</p> <p>“Teve esse apoio financeiro, sim.”</p> <p>Nossa senhora.</p>
	<p>Envolvimento, Participação, Sentimentos, Divisão de tarefas</p> <p>E1</p>	<p>“Todo mundo participou...”</p> <p>“ Só que muitas vezes as ações são voltadas pra nós enfermeiras e os agentes comunitários de saúde e como é de responsabilidade nossa, fica pra nós organizar essa etapa”</p> <p>“A parte de gerenciamento e de organização fica por conta nossa como enfermeira, que a gente [...] tem que organizar e gerenciar todas essas etapas do PMAQ, só que todo mundo tem sua função dentro da equipe, então todo mundo participa. ”</p> <p>“ Medo deu um pouco no início, porque a hora que chegou estava cadastrado num programa, que nós seríamos avaliadas aqui, que outras pessoas vinham do ministério para avaliar o nosso trabalho, no início deu um pouco de insegurança. ”</p>
	E2	<p>“E aí ficou decidido, você fica com isso, você fica com aquilo...Mas, todo mundo participou e muito. ”</p> <p>“Os agentes? Nossa eles fizeram muita coisa hein”...</p> <p>“Sim, bem pouco, porque ele não estava cadastrado” (dentista).</p> <p>“[...] do planejamento nem tanto. Mas, é a gente conversava, era conversado em reunião, a gente levava pra ela, né. Aí ela dava a sugestão dela, a gente voltava pra reunião (médica). ”</p>
	E3	<p>“Então todo mundo se mobilizou pra tá fazendo, deixando tudo nos mínimos detalhes como o PMAQ exigia. ”</p> <p>“Todos se envolveram. É, todos foram atrás, buscaram, modificaram, em cima de tudo que o PMAQ preconiza. ”</p> <p>“ [...] a enfermeira é a que mais se envolve, não tem jeito. ”</p> <p>“O médico pouco [...], mas, o dentista também manteve tudo no padrão que o PMAQ pediu. ”</p> <p>“Só que o enfermeiro ne, acaba tendo que lutar um pouquinho mais né. ”</p> <p>“Sim (risos). Sempre tem né (risadas). De tá com tudo em dia, certinho, do jeito que o PMAQ preconiza. ”</p>
	E4	<p>“Agora a participação foi assim, todos participaram. Eu estimei, de uma certa forma pra que todos avaliassem, para que a avaliação não ficasse por conta de um. ”</p> <p>“Não foi. É lógico que exige um pouquinho mais de trabalho, de dedicação. Mas, eu não lembro assim que foi uma coisa estressante e tal. ”</p> <p>“Até porque eu sabia quanto que era importante, tanto pro município, quanto pra nós como equipe, em termo de melhorar as nossas ações. ”</p>
	E5	<p>“Ai a gente foi vendo, com o processo de trabalho que não era um bicho de sete cabeças. ”</p> <p>“Mas, assim você não sabe, porque aí tem aquela questão, ou vai ser bom, ótimo, bom ou regular. E se ficar regular, tem questão de verba também. ”</p> <p>“Foi tensa, porque a gente não sabia, mesmo que é um serviço do dia a dia.”</p> <p>“Então aí, você fica pensando na cobrança, que vem em cima de você. ”</p> <p>“Ele só vinha, e queria que ficasse tudo perfeito pra avaliação também. ”</p>

		“Assim, é igual eu te falei, é aquela tensão de vim um avaliador. ”
	E6	<p>“Porém, o que a gente sempre discute é que noventa e nove por cento da responsabilidade fica por cargo da enfermeira. ”</p> <p>“O médico vinha, fazia o atendimento e ia embora. Então, mais uma atribuição pra enfermeira, que além de ser gerente da unidade, ela tinha que gerenciar a falta do médico também. ”</p> <p>“[...]eu acho que a gente vai colocar, conseguir agregar mais responsabilidade pro médico na questão do PMAQ, pro próximo ciclo. ”</p> <p>“Primordial, a elaboração de rotina, a elaboração de protocolo né, a questão de passar pra equipe, se a equipe tá seguindo, é tudo nós. Então assim, grande parte do PMAQ fica sob nossa responsabilidade, que é um erro né. A gente assume como um todo, mas é um erro, deveria ser dividido, tarefas divididas. ”</p> <p>“Sim, de todo mundo, mediante busca, ou seja, é implementação de uma rotina, ó isso aqui é a parte de vocês. Vocês vão ter que fazer. ”</p> <p>“Então, você tem que gerenciar isso, tem que mandar, pedi, mandar é uma palavra feia. Mas, pedi né. ”</p> <p>“O dentista ainda é um pouco fora, porque dentista não participava de equipe (risos). ”</p> <p>“Assim como o médico também, não fazia parte de equipe de saúde da família né. Eles se sentiam sempre fora.”</p> <p>“[...] teve um desinteresse muito grande (risadas) da equipe. ”</p> <p>“Mas, com relação a autoavaliação, eu não senti. ”</p> <p>“Não, e também eu senti também que deu continuidade depois. ”</p> <p>“O sentimento é de cobrança né. ”</p> <p>“Então é um sentimento de cobrança, como se você tivesse sendo cobrança a todo tempo pra não perder recurso.”</p> <p>“Foi um sufoco. A gente nem dormiu na noite anterior. ”</p>
	E8	<p>“Comprometimento geral pra todo mundo, os agentes, médicos. ”</p> <p>“A minha responsabilidade não era só minha, era da equipe de uma maneira geral. ”</p> <p>“Foi comprometimento, não ficou por conta da enfermeira, ficou por conta da equipe de uma maneira geral. ”</p> <p>“E a gente percebeu que até a faxineira pode realmente ajudar. ”</p>
	E9	“Sim. ” (Entrevistada, pouco comunicativa dá respostas curtas e rápidas).
	E10	<p>“A equipe ficou bastante ansiosa – a palavra usada é essa –, porque tinha muito amedrontamento.” “Era acompanhado de muito medo: se vir, vai dar uma nota péssima”.</p> <p>“De cobrança e de auditoria, também [...] falava só de uma cobrança, de ser o melhor, o objetivo era passar dessa avaliação.”</p> <p>“Sim, sim. Todos eles.”</p> <p>“Para a equipe, foi uma motivação, para os agentes comunitários, de ver o trabalho sendo realizado, e ver os resultados.”</p> <p>“Da minha parte, eu tive uma tranquilidade.”</p>
	Desconhecimento da participação	“Aí que a gente foi saber o motivo que tinha esse programa, e as metas que a gente tinha que alcançar relacionado a esse programa. Mas, a gente não tinha conhecimento dele antes. ”
	E1	<p>“A única coisa que a gente não tinha noção, era que eles iriam avaliar perante os indicadores. Isso a gente não sabia. Isso a gente só ficou sabendo depois que veio o resultado da avaliação externa. ”</p>
	E3	<p>“[...] nem sabia ao certo o que era PMAQ. ”</p> <p>“ Então, quando vieram os entrevistadores a gente não tinha feito o AMAQ, essa avaliação ainda.”</p> <p>“ Eu tive que buscar o que era PMAQ, porque só foi passado assim: Oh vocês vão ter uma avaliação do PMAQ. Eu falei, o que que é PMAQ? ”</p>

	E7	“Nada organizado. Dentro daquilo que a gente trabalha e do que a gente sabe que a gente tem que fazer, estava organizado.”
	E8	“No começo o PMAQ era muito novo, tipo: vai vir alguém para avaliar a gente”.
	Gestão, falta de comunicação E6	“Eu acho que não adianta você mandar pronto, tem que ensinar. ”
	E7	<p>“ Não fomos comunicados que a equipe do PMAQ viria.”</p> <p>“Isso, eles já vieram pra fazer a avaliação.”</p> <p>“Então eu não sei se foi por conta da falha de comunicação da equipe... aí gente deixou realmente a desejar.”</p> <p>“Não. Da avaliação deles? Não. A gente só ficou sabendo depois que tinha sido feita a avaliação que a gente não tinha atingido.”</p> <p>“Porque com o outro secretário da saúde, realmente a gente não teve esse envolvimento.”</p> <p>Sim, a gente teve que falar com ele depois, porque no dia, inclusive, ele não estava aí, quem estava representando era uma pessoa que fica assessorando pessoal da gestão... que acabou vindo e nos orientando, falando que eles estariam aqui fazendo a avaliação.”</p> <p>“Ele falou que ele tinha avisado, mas não tinha. Se tivesse avisado, a gente saberia.”</p> <p>“Na verdade, ele falou que tinha comunicado a equipe dele, porque ele trabalha com alguns assessores que ele tem. Ele falou que tinha avisado a equipe, mas a equipe também estava meio perdida, sem saber.”</p> <p>“Porque, na verdade, a gente não senta com ninguém, ninguém passa a informação pra gente”.</p> <p>“[...] vocês deveriam fazer dessa forma”. Nós, como equipe, é que estamos tentando ver o que fazer.”</p> <p>“[...] não temos uma orientação específica pra falar sobre isso, então a gente tem um pouco de dúvida nesse sentido.”</p> <p>“Isso, exatamente. Às vezes, dependendo de alguma situação, a gente é comunicada sempre de última hora.”</p>

CATEGORIA C: PMAQ-AB AJUDA A EQUIPE A IDENTIFICAR LACUNAS

CATEGORIZAÇÃO INICIAL	NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO
PMAQ AJUDA A EQUIPE A IDENTIFICAR LACUNAS	Reflexões do processo de trabalho	<p>“Eu acho assim, nós fazemos muitas ações, e nós mesmos não conseguimos muitas vezes avaliar essas ações. A gente não consegue trazer a comunidade para dentro da unidade.... E isso a gente também só conseguiu identificar, a partir do momento que nós aderimos ao PMAQ. ”</p> <p>“Eu acho que a gente mais tá precisando realmente mudar, é a questão de usuário e equipe. A gente não tem caixa de sugestão, a gente não sabe qual a opinião dos usuários relacionadas a nós. ”</p> <p>“Então as vezes, se o motivo for por alguma falha nossa, a gente pode tá resolvendo o problema.</p> <p>“O que tinha mais falha relacionada a saúde da criança, era essa questão de falta de documentação da vacina, que a gente não tinha. ”</p> <p>“A nossa demanda era totalmente espontânea. A gente só tinha agendamento de puericultura, de pré-natal e exames preventivos – papanicolaou. Pra isso tinha uma agenda. O paciente vinha e agendava antes. E também tinha uma demanda espontânea do dia. Os outros dias de consulta, era tudo demanda espontânea. O paciente vinha de manhã, se tinha 13 vagas de consulta, os 13 que chegavam primeiro pegava a vaga e os outros iriam embora. O PMAQ viu que isso não era uma forma adequada para acolher os pacientes. ”</p>
	E3	“Então, se você visse, só que assim a gente não tinha sala de vacina, entendeu? Não atendia gestante. ”

		<p>“Isso o enfermeiro consegue ver isso. Mas, muitas vezes o agente não vê. Entendeu, que é o trabalho dele que é a função dele, que quando ele foi prestar um concurso, ele sabia que ele tinha que fazer tudo aquilo.”</p>
	E4	<p>“[...]o grau de satisfação, atendimento.”</p> <p>“Eu acho que tem que aprender, a se autoavaliar pra sempre melhorar. E eu acho que essa autoavaliação, a gente sana alguns vícios que a gente tá fazendo continuamente e não percebe, que tá fazendo.”</p> <p>“Eu acho que tá tudo perfeito, mas na hora que você avalia, muita coisa tá faltando.”</p> <p>“Eu acho assim, porque eu tento fazer, a função da unidade de saúde da família, não é só também a preventiva. Ela também tem que responder as necessidades, a pequena urgência, se não fica assim a tem uma sutura, uma fratura de braço, não faz nada.”</p> <p>“Se eu posso resolver muita coisinha aqui, essa população já não precisa ir até lá, pra piorar ainda mais o congestionamento.”</p>
	E5	<p>“Era tudo aquilo que a gente já fazia no trabalho, que eles iam ver o que a gente realiza no dia a dia.”</p> <p>“As nossas falhas.”</p> <p>“Foi bom né. Foi um reconhecimento do nosso trabalho, foi bom.”</p> <p>“Então, porque quando começou o PSF a gente tava com aquele gás todo. Tinha grupo de hipertenso e diabético, gestante, aí depois foi esfriando, esfriando.”</p> <p>“Então, com isso eu achei que a gente parou, não que a gente não fazia.”</p>
	E6	<p>“Nós não tínhamos o hábito de anotar em prontuário nossas visitas, a gente anotava e pedia pro paciente assinar, a gente não evoluía.”</p> <p>“Fala a verdade o que você sabe, porque não precisa mentir: o que você faz, o que você não faz, porque vai vir o relatório e tem que se basear nele pra melhorar.”</p> <p>“Nós precisávamos, na época melhorar muita coisa, como tem que melhorar muita coisa. A gente é muito relapsa na questão da escrita. A gente fala muito e escreve pouco.”</p>
	E7	<p>“[...] então realmente pegou todo mundo de surpresa, ficaram falhas em muitas coisas.”</p> <p>“Demais, porque de repente chegou uma equipe de vários profissionais, se identificaram.”</p> <p>“[...] então pegou a gente realmente de surpresa, porque ninguém imaginou que seria uma avaliação desse nível, que seria dessa magnitude. Falamos o que realmente era, porque não tinha com a gente omitir nenhuma informação, porque o que estava ali é o que estavam vendo mesmo, então a gente falou o que acontecia, a verdade.”</p> <p>“Então acho que é um pouco de frustração de ver que a gente trabalha tanto e, no fim das contas, a gente acaba deixando muita coisa sem fazer. Coisas que as vezes passam despercebidas na nossa visão, mas quem tá de fora consegue ver.”</p> <p>“[...] mas a gente sabe que tem muita coisa falha.”</p> <p>“[...]a gente deveria fazer um planejamento de matriz de intervenção pra todos os indicadores, não só focar em uma coisa.”</p>
	E8	<p>“[...] tanto é que a gente percebe na própria nota.”</p> <p>“[...] de você falar: “olha, isso precisa ser mudado.”</p> <p>“[...] a gente percebia que ali tinha um problema.”</p>
	E9	<p>“Eu acho que a gente pode melhorar sempre.”</p> <p>“Em partes. Eu sempre comento com colega meu que eu sinto que sempre estou sentindo que falta fazer alguma coisa. Sempre eu tenho que fazer mais. Eu não consigo atingir minha meta, sempre precisa melhorar.”</p> <p>“Na época que eles vieram, não caminhava redondinho, era um pouco bagunçado, igual hoje.”</p> <p>“Trocou os profissionais, as pessoas da unidade. De uma maneira ou de outra, mudou as pessoas e o modo de trabalho.”</p>

		“Para melhor.”
	E10	<p>“[...] foi um momento bacana, porque todos da equipe podia rever as falhas. Na autoavaliação que a gente vê isso, onde ficam as falhas, porque a gente trabalha com as matrizes de intervenção e vê o tanto que a gente podia fazer e não faz. Acha que está fazendo muito, mas não faz.”</p> <p>“[...] a ASB também participou e também viu o tanto de ação que ela pode fazer e não faz – às vezes, porque não sabe, mesmo, o tanto de coisa bacana que dá para fazer –, e a parte médica, também, envolvida, que já sabe que deixa a desejar em algumas coisas. Mas foi legal, foi um momento bom, de autoavaliação.”</p> <p>“Na verdade, eu não proponho, eu jogo uma ideia e elas desenvolvem, porque essas coisas têm que ser desenvolvidas por elas, não por mim.”</p> <p>“A enfermeira é o coraçãozinho, ali, que fica batendo.”</p> <p>“[...] não sou eu que falo para ele, é minha coordenadora, por exemplo. Eu acho – posso estar errada – que não é a função dela.”</p> <p>Não existe esse controle, entendeu? Eu acho que você tem que merecer por mérito, mesmo. Na verdade, o fundamento do PMAQ é dar um mérito para o profissional render mais, melhorar. Eu acho que é isso.”</p> <p>“Não é o PMAQ que qualifica que você tem que fazer ou não, é o que você tem que fazer. O PMAQ é só um incentivo para que seja feito da melhor forma.”</p> <p>“Eu acho que não deveria ser supervisionado somente na época da avaliação. Acho que tinha que ser uma coisa mensal. A gente tinha que ter mais respaldo para supervisão. Por exemplo: os principais atores. Quem é o ator da equipe que vai ser responsável para ver quem atingiu meta ou não? Isso fica com a coordenação, e eu acho que deveria ficar comigo, que estou, diretamente, com a equipe.”</p> <p>“Sugestão? Acho que o PMAQ, se for feita como ela realmente precisa ser entendido [...] na verdade, ela tem que ser bem compreendida. Se ela for bem compreendida tanto pela gestão quanto pelos profissionais da equipe que trabalha, eu acho que é a melhoria do SUS, no Brasil. Essa é a minha opinião pessoal, mas tem que ser bem interpretada. A interpretação de texto é tudo. Eu acho que é isso.”</p>
	Desafio E1	<p>“Tem algumas ações que a gente ainda precisa melhorar no processo de trabalho. Por exemplo, aqui na minha unidade a gente não tem um vínculo de reunião com a comunidade. A gente tá tentando implantar.”</p> <p>“A gente não consegue trazer a comunidade para dentro da unidade. Então, a gente tá fazendo algumas matrizes, algumas ações para melhorar.”</p> <p>“Só, que precisa realmente, o gestor tá com a mesma opinião do ministério.”</p> <p>“Então, essas ações a gente teve que passar pra um documento. Isso foi um pouco mais de difícil.”</p> <p>“Eu acredito assim, a partir do momento que o PMAQ veio pra avaliar nosso processo de trabalho.”</p> <p>“Algumas falhas foi vista.”</p> <p>“Então o programa veio pra avaliar, o que houve de errado nós deveríamos melhorar. O que era de questão financeira, a gente não consegue.”</p> <p>“Desde novembro de 2013, eles estão fazendo a parte de estrutura física, ficou pronta agora em maio de 2016, e os equipamentos pra dentro da unidade, ainda não chegou.”</p> <p>“Precisa comprar a caixa. Ai a gente já organizou isso ontem na reunião de equipe, nós vamos preçar os valores. Primeiro nós vamos pedir pra gestão, a compra dessa caixa. Se eles não comprarem a gente vai comprar.”</p> <p>“Agora no dia que a gente conseguir a caixa de sugestões, a gente vai perguntar pro pessoal.”</p>

	E2	<p>“Aqueles práticas integrativas e complementares, sabe. Isso a gente não conseguiu. ”</p> <p>“Eu fiz a inscrição tudo, só que a internet não tem acesso, a vídeo aqui sabe, you tube. ”</p> <p>“Mas, acho que só eu não seria suficiente. Acho que teria que tá participando o profissional médico também. Então, aí poderia a gente poderia tá pensando. ”</p>
	E3	<p>“Eu acredito que naquele momento, a nota era aquilo mesmo. Não teria como ser acima por essas, não é falha né. ”</p> <p>“Então, ainda vai ocorrer algumas mudanças aqui na unidade. ”</p> <p>“Então, se foi criado uma lei. Hoje, eles recebem esse incentivo, e eles são avaliados. Além da avaliação, que a gente tem do PMAQ, eles são avaliados bimestralmente. Então, a cada dois meses.</p> <p>“[...] eu não sabia o que tinham prometido a eles, e a cobrança veio toda em cima de mim. Então, quando eu cobrava, vinha a questão mais e o incentivo que eles prometeram? ”</p> <p>“Você tinha que ficar o tempo todo cobrando, e o tempo todo você era cobrada. ”</p> <p>“Grupos? Isso é triste, porque na época que nós fomos avaliados nós tínhamos o grupo de diabetes, que era o de caminhada. Hoje a gente não tem. ”</p> <p>“Agora nós estamos tentando montar o grupo de gestante, que a gente ainda não conseguiu, a gente tá pensando como fazer, porque nós não temos uma sala de reunião pra receber. E a sala dos agentes é pequena. ”</p> <p>“[...] a única coisa que a gente não conseguiu ainda ... é a puericultura. ”</p>
	E4	<p>“Então, quando a gente precisava de muita coisinha assim que era crucial pra fazer, acabava se esbarrando nessa dificuldade. Eu queria na época fazer o prontuário por família, isso aí implica num gasto né, de, de a pasta. ”</p> <p>“E aí eu peguei do meu bolso, porque eu queria comprei as pastas, até hoje são as pastas. ”</p> <p>“E a minha estrutura realmente, pra você ter ideia nem o totem que eu insistia tanto, nem isso eu tive. ”</p> <p>“Então o que eu não faço... que eu gostaria de fazer seria a parte de fitoterapia, de estimular aquelas plantações de ervas medicinais. ”</p> <p>“Aquele farmacinha de ervas medicinais, eu acho que seria interessante sabe fazer. Mas, eu não domino essa parte. ”</p> <p>“A minha grande dificuldade foi essa. [...] somente de mais ou menos um ano pra cá, que eu consegui ter a equipe completa e estável. Certo? Porque até antes disso aí, no ano passado, a hora que tinha um, faltava o outro, a hora que conseguia o outro, já não tinha mais aquele. ”</p> <p>“É esse, não só em relação a questão do PMAQ aí. Foi uma das críticas que eu sempre fiz, em relação ao programa saúde da família, de todos os municípios, é esse tipo de contratação, certo? Então, você não conseguia ter, de uma certa forma... tava bom, tava preparado aí acabava, não podia renovar. ”</p> <p>“Nossa, muito. Então foi assim. Parece que tem praga de padre aqui, porque a gente não consegue ter um momento todo mundo junto. ”</p>
	E5	<p>“Agora hipertenso eu achei mais difícil de continuar. ”</p>
	E6	<p>Você teria que ter um tempo maior, no mínimo ter dois técnicos de enfermagem em cada unidade. Que aí você teria um tempo maior, pra desenvolver protocolo, aprimorar porque protocolo tem que ser revisto né. Mas assim, melhorou sim, porém é.... precisa de um tempo maior pra você aprimorar.</p> <p>...Contratação dos profissionais, mais profissionais técnicos que vai te dá um suporte melhor né. E a divisão de funções. Tanto pra parte médica, quanto pro dentista.</p> <p>“A gente não consegue intensificar reuniões de equipe. Aliás, nem acontece na verdade, porque você senta pra conversar, é um paciente chamando pra ver a pressão, ou as vezes você não tem a pauta definida, e vira briga entre a equipe. ”</p>

		<p>“Não tem aderência, a população não se preocupa. A população é mais curativa que preventiva. Ela quer vir na unidade ver o médico, e pedir uma receita. Quando o médico encaminha esse paciente pra uma atividade física que é de graça, dá lanchinho de manhã, tem educadora física, é de graça. Eles não vão. ”</p> <p>“Porém, o sistema é falho precisa melhorar. Mas aí, já é um problema de gestão, tá. Mas, todas as três unidades: três estratégias, mais o PS é informatizado. ”</p> <p>“O que eu não consigo implementar, e que eu queria muito.... é um sonho de consumo pra próximo gestão, que eu já fiz a proposta é : ter uma coordenadora geral né, já pedi pra eles avaliarem isso, pra ta fazendo implementação de reunião de equipe.”</p> <p>“Por exemplo: a gente não faz a penicilina aqui na unidade, que é a benzetacil, a gente não faz. ”</p>
	E7	<p>“ [...]existem muitas coisas que ficam fora do nosso alcance como equipe, a gente depende muito da gestão pra alguma coisa. ”</p> <p>“ [...]a gente viu que existem muitas coisas que precisam ser melhoradas, só que a gente fica meio sem saber por onde começar, porque a gente sabe que problemas a gente tem em todos os setores. ”</p> <p>“[...] acaba tendo um impasse ali de a gente desenvolver alguma coisa porque ficava travado, já que dependia deles também. ”</p> <p>“Acho que a gente precisava planejar um pouco melhor as atividades que a gente faz, porque acho que por conta da correria que a gente fica com um monte de coisa que a gente tem, acho que falta um pouco de tentarmos planejar o serviço. ”</p> <p>“[...] então a gente tinha uma demanda grande de atendimento, mas uma parte delas não tinha visita do agente de saúde. ”</p> <p>“Acho que a gente fica muito falho com relação as consultas de enfermagem. Não sei se é por conta de recursos humanos... e eu fico sozinha na unidade, então eu trabalho de técnica de manhã. ”</p> <p>“[...] eu vou conseguir exercer minha função da uma até às cinco. Porquê das sete até às 11, que é o horário do período da manhã, eu não consigo exercer minha função de enfermeira, eu fico aqui só pra servir de técnico de enfermagem. ”</p> <p>“Aí tem as coletas de Papanicolau que é a única consulta de enfermagem que eu consigo fazer mais, porque já tem a rotina das coletas que são agendadas. ”</p> <p>“Mas previsão de que eles vão fazer alguma reforma ou mudança na unidade, até então, não estou sabendo de nada.”</p>
	E8	<p>“Algumas oscilações por conta do período de prefeitura e da política partidária, mas a gente conseguiu. ”</p> <p>“[...] porque a questão do pré-natal é centralizada [...] quem faz é o ginecologista, e a gente fez uma ponte entre o ginecologista e o médico da ESF. ”</p> <p>“Olha, o PMAQ vai vir gente, como cobrança. ”</p> <p>“Não adianta você querer botar medo naquela pessoa porque o PMAQ vai vir pra fiscalizar vocês. ”</p> <p>“Ah, o PMAQ vai vir ver a gente”, sabe? Na realidade, o PMAQ não é um bicho, pra mim é um desafio. ”</p> <p>“Não, a gente não conseguiu ainda, mas eu sei que pra coordenadora geral já é um projeto. Eu só não sei se a gente consegue isso rápido. ” (esus)</p> <p>“Na realidade, tem um pouco de dificuldade na questão do prontuário familiar. ”</p> <p>“Por exemplo, o paciente gosta do João e o outro gosta do Pedro, entendeu? Então eu não consigo, ainda, fazer com que aquele paciente que é da área do João passe pro Pedro. ” (Fora de área)</p> <p>“Eu gosto de um certo médico, então a população em si ainda não entendeu que o PSF trabalha com área.”</p> <p>“E eu acho que a gestão tem que dar um jeito de potencializar uma forma de falar isso pra população sem prejudicar, porque acontece isso que aconteceu. Você sabe que está errado. ” (Fora de área)</p>

		“A única coisa que eu estou te dizendo é a questão do prontuário. ”
	E9	<p>“Sempre tem os programas, né, atendimento de gestante não é feito aqui; quando eu estudei, eu fiz estágio em outros PSFs e eu vi que é um pouco diferente. Eu gostaria de ter uma dispensação de medicamentos aqui, mas não tenho, então os pacientes que vêm pegar medicamento têm que ir no centro de saúde, e pra eles é difícil. ”</p> <p>“[...] eu não consigo realizar benzetacil na unidade porque não tem material de urgência e emergência. ”</p> <p>“Então são algumas coisas que eu gostaria de estar adequando, porque eu sinto que precisa. ”</p> <p>“Puericultura eu gostaria. ”</p> <p>“Da população. ”</p> <p>“Já educados assim. ”</p> <p>“Olha o tanto que eu tenho de pessoas: só eu e o técnico. ”</p> <p>“Tem que ir no ginecologista, obstetra. ”</p> <p>“Às vezes a gente tem que deixar de fazer o serviço da gente para fazer serviço de técnico, porque ele não aguenta fazer tudo sozinho. E aqui eu tenho muito curativo, muita visita - nós não temos carro pra visita, é tudo a pé, o que demanda mais tempo. ”</p>
	E10	<p>“A gente ficou quatro meses sem médico. ”</p> <p>“Eu dou a ordem de serviço que eu recebo, entendeu? É confuso. Eu acho que a supervisão tinha que melhorar.”</p> <p>“De autonomia. Acho que isso falta, um pouco.”</p> <p>“Eu tive dificuldade, um pouquinho, também, com o processo de trabalho e organização da agenda.”</p> <p>“Eu tive uma certa resistência ali, com o último médico que estava na equipe, e aí a gestão não deu respaldo, deu para ele, que ele é o médico, então, eu acabei não conseguindo organizar, ficou totalmente desorganizado, não deu. Foi uma coisa que não gostei muito, não.”</p> <p>“A gente tem muita dificuldade com conselho, de entendimento.”</p> <p>“Tem muita dificuldade da população entender, também.”</p> <p>“Eu acho que é um processo de formiga, mas que a gente, se tiver uma boa interpretação, se as pessoas forem qualificadas, vai melhorar. É essa minha opinião.”</p>

CATEGORIA D: CRÍTICAS E REPERCUSSÕES DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

CATEGORIZAÇÃO INICIAL	NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO
CRÍTICAS/PARTICIPAÇÃO/ DISCORDÂNCIA COM RESULTADO E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	Falta de apoio da gestão	<p>“Eu acho que a partir do momento que a gestão nos aderiu ao programa, eles também deveriam chamar nós para conversar.”</p> <p>“ Então, este vínculo não existe, gestão e equipe. ”</p> <p>“Só que o gestor também precisa acompanhar, e aonde a gente vê que não acompanha, a gente não sente assim, um apoio da gestão. É o que eu sinto mais dificuldade, tá vocês tiraram nota, então tá, não fez mais que obrigação. É mais ou menos isso que realmente acontece. ”</p>
	E1	<p>“Até mesmo, porque também não existe essa conversa, entre gestão e as equipes. A gestão não chegou até nós, oh vocês foram avaliados o problema de vocês é isso, isso e isso. O que compete a vocês fazerem, vamo fazer. O que compete a nós gestor, vamos melhorar. Isso não existe. ”</p>
	E7	“Não fomos comunicados que a equipe do PMAQ viria.”

		<p>“Isso, eles já vieram pra fazer a avaliação.”</p> <p>“Então eu não sei se foi por conta da falha de comunicação da equipe... aí gente deixou realmente a desejar.”</p> <p>“Não. Da avaliação deles? Não. A gente só ficou sabendo depois que tinha sido feita a avaliação que a gente não tinha atingido.”</p> <p>“Porque com o outro secretário da saúde, realmente a gente não teve esse envolvimento.”</p> <p>“Sim, a gente teve que falar com ele depois, porque no dia, inclusive, ele não estava aí, quem estava representando era uma pessoa que fica assessorando pessoal da gestão... que acabou vindo e nos orientando, falando que eles estariam aqui fazendo a avaliação.”</p> <p>“Ele falou que ele tinha avisado, mas não tinha. Se tivesse avisado, a gente saberia.”</p> <p>“Na verdade, ele falou que tinha comunicado a equipe dele, porque ele trabalha com alguns assessores que ele tem. Ele falou que tinha avisado a equipe, mas a equipe também estava meio perdida, sem saber.”</p> <p>“Porque, na verdade, a gente não senta com ninguém, ninguém passa a informação pra gente.”</p> <p>“[...]vocês deveriam fazer dessa forma [...] nós, como equipe, é que estamos tentando ver o que fazer.”</p> <p>“[...]não temos uma orientação específica pra falar sobre isso, então a gente tem um pouco de dúvida nesse sentido.”</p> <p>“Isso, exatamente. Às vezes, dependendo de alguma situação, a gente é comunicada sempre de última hora.”</p> <p>“Eu penso que a gente precisa de um pouquinho de apoio em relação a gestão. Não que eles não deem apoio pra gente, mas as vezes fica meio falho.”</p>
	<p>Reflexão e crítica sobre o processo de avaliação do PMAQ-AB.</p> <p>E2</p>	<p>“Então teve as contas que assim, que desenvolvia, e (pausa) e a gente apresentou na avaliação. Só que na hora de sair o resultado, eles colocaram como que a gente não tinha isso.”</p> <p>“[...]parece que na nossa agenda não tinha espaço para demanda espontânea. E sempre a gente teve.</p> <p>...a gente acompanha gestante, as consultas quem realiza é o ginecologista... a gente não conseguiu tirar, deixar com a médica daqui.”</p> <p>“[...] se eu tô olhando a vacina dela tá atrasada, ela não passou esse mês no pré-natal, ela não teve o mínimo de 7 consultas, se o exame ela não colheu na 1ª semana, ela colheu na 30ª semana. Se a gente tá fazendo todo esse acompanhamento, não deixa de ser um cuidado.”</p> <p>“[...] então eles só relevaram, só levaram em consideração a consulta do médico.”</p> <p>“Não consideraram...”</p> <p>“[...] que não consideraram, a ação do enfermeiro só visou a consulta médica.”</p> <p>“Então, eu também não concordei com isso.”</p>
	E6	<p>“E o PMAQ é isso, é papel. Papel. Eu senti assim, em relação ao PMAQ, que ele veio pra avaliar papel, documentos.”</p> <p>“Registros, informações, protocolos. Ele veio pra isso. Não veio pra avaliar o dia a dia do profissional. Ele não fica aqui o dia inteiro pra ver minha rotina, o atendimento. Ele aborda o paciente, pergunta sobre o atendimento. Se o paciente não vai com a nossa cara, ele vai falar o que bem entender.”</p>
	E9	<p>“A primeira avaliação foi ruim, não gostei dos avaliadores. Aí conversando com a articuladora, ela disse que foi uma queixa de vários municípios, porque é um pessoal que veio de outro estado [...] eu não gostei.”</p> <p>“Eles não são claros. A coisa de a pessoa fazer uma pergunta, eu não entender, “me explica a pergunta”, a pessoa lê de novo a pergunta. Isso não fica claro.”</p> <p>“Sim, eles colocaram na unidade que curativo [...] como eu não faço curativo? É impossível, não tem lógica.”</p>

	Medo do conceito avaliação E5	<p>“Então assim, dá um pouquinho de medo. Porque assim, PMAQ – avaliação, é tem nota. ”</p> <p>“É assim, angustiante. Você sabe que vem uma pessoa...vem te avaliar. ”</p> <p>“Ai fica aquela pressão, aquela angústia de toda a equipe né. ”</p> <p>“Então assim, avaliação a pessoa já fica naquela tensão né. ”</p> <p>“Olha assim, apesar da avaliação, que esse nome dá um pouco de medo, de apreensão. Eu achei que foi válido. Só que, podia mudar um pouquinho esse nome né, de avaliação né. ”</p> <p>“[...] meio pesado [...]. ”</p>
	E6	<p>“Assusta, porque avaliação gera uma cobrança. A palavra assusta, porque você nunca é avaliado, antigamente tinha a questão da avaliação pra punição. ”</p>
	Sugestão para modificar o processo de avaliação E5	<p>“Olha assim, apesar da avaliação, que esse nome dá um pouco de medo, de apreensão. Eu achei que foi válido. Só que, podia mudar um pouquinho esse nome né, de avaliação né. ”</p> <p>“Por outra coisa que a gente faria, avaliação assim a gente já fica meio com medo. ”</p> <p>“O nome. E tipo assim, eles associam a avaliação com recurso e recurso com [...] é se você perde o recurso e aí. Então, você foi responsável pela perda do recurso. Acho que fica meio, meio pesado. ”</p> <p>“[...] e assim, até podia ser avaliação, né. Mas, não ligada ao corte de recurso financeiro. ”</p>
	E6	<p>“O PMAQ deveria vir pra ficar menos gente. Eu achei que foi muita gente, muito entrevistador. Eu acho que assusta um pouco (risadas). ”</p> <p>“Eu acho que tinha que ser menos gente, e um profissional o dia todo pra avaliar o seu desempenho na unidade. ”</p> <p>“O AMAQ, faria diferente. Totalmente diferente. ”</p> <p>“ [...] eu acho que o AMAQ é muito extenso. ”</p> <p>“Então, o que eu faria? Eu ficaria com aquela parte só dá, dá, ...do final... tipo por exemplo: a questão do preenchimento de metas e objetivos né. Eu colocaria um objetivo sim, junto com a minha equipe. ”</p> <p>“Pra acompanhar de fato o processo de trabalho. ”</p> <p>“Acho aquela entrevista com o enfermeiro muito extenso, sabe. ”</p> <p>“Não, e respondi ao avaliador externo. Então, eu acho que assim poderia ser um único avaliador e a gente rodava pra mostrar e justificar o porquê. Porque a gente não teve essa oportunidade. Foi sim ou não, sim ou não. Sim ou não, não avalia ninguém. ”</p>

CATEGORIA E: MOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR DO PMAQ-AB

CATEGORIZAÇÃO INICIAL	NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE CONTEXTO
MOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR DO PMAQ	Motivação, apoio do gestor E2	<p>“Mas, quem era o gestor, disse assim, ah o pessoal aqui não tem capacidade para isso não. ”</p> <p>“[...] foi o que acreditou na gente. Disse não vamos sim, a gente consegue. ”</p> <p>“Então, ele entrou acreditou na gente e deu todo aval sabe. ”</p> <p>“[...] a gente tava muito desestimulado, por conta do outro gestor. ”</p> <p>“Nunca tive isso. Eu to pra te falar assim, que foi a melhor época que eu trabalhei, de quando eu entrei aqui. ”</p>

	E5	<p>“Não, o gestor aqui, ele é bem camarada. Eu falo que ele é bem companheiro, ele é super tranquilo.” “Tudo que a gente precisa, ele apoia”</p> <p>“Risadas. Olha que eu lembro, porque a gente sempre fazia reunião de equipe e na época que o serviço não sei, não era tão cobrado, ele participava de vez em quando.”</p>
	Incentivo financeiro E2	<p>“Então, a gente fez uma reunião, o pessoal concordou com a ideia, ainda mais pelo incentivo financeiro.”</p> <p>“[...] é porque todo mundo passou a ser cobrado.”</p> <p>“[...] o gestor fez isso pra depois poder cobrar.”</p> <p>“[...] aí a pessoa tipo assim, olha recebo então tem que colaborar. Então, tem muito disso: aí, não sou do PSF, então esse paciente não é meu. Entendeu.”</p>
	E3	<p>“Foi proposto pra eles que seria um trabalho desenvolvido pra melhorar, e que eles teriam um incentivo.”</p> <p>“Então, veio a verba, e aí não houve esse repasse do incentivo pra eles.”</p> <p>“Então isso, acabou me prejudicando, porquê? Porque eu sou enfermeira, e a cobrança vinha.”</p> <p>Porque a gente conseguiu deixar tudo redondinho, tudo funcionando bonitinho. Só que aí houve a desmotivação.”</p> <p>“Após a participação, então houve essa desmotivação. Eles ficaram desmotivados.”</p> <p>“Ela apoiou em tudo, material, o que a gente precisou, isso eu não posso queixar.”</p> <p>“Sim, porque você percebe pela (pausa), como fala? As visitas que eles fazem. Então melhorou muito. Então, através dessa avaliação a gente percebe. Mas porque, porque houve esse incentivo. “Mas, acredito que melhorou mais ainda, quando veio esse incentivo, que houve essa diferença – incentivo financeiro.</p> <p>“Ele é uma gratificação né [...] é pago todo mês [...] fixo, é fixo não [...] então, se ele não atinge a pontuação máxima, ele perde [...] em um questionário. É feito pela gestora.”</p> <p>“Então, todo mundo ficou né, entusiasmado. E logo em seguida, eles viam que não tinham essa motivação, esse incentivo financeiro. Foi aí que onde começou, aí caiu.”</p>
	E4	<p>“Olha gente capricha lá, porque vamos ter uma melhoria. Então, esse é o fator.”</p> <p>“Em relação a sensibilização de gestores, eu não sei se teve porque o gestor é muito sensibilizado pelo: ah vai vim dois mil a mais ou cinco mil a mais, oito mil a mais.”</p> <p>“Então, é assim apoia muito desde que não fale muito em dinheiro né (risadas). Só apoio moral.”</p>
	E5	<p>“Tinha. Só assim, se fosse uma coisa muito fora, mas a gente teve.”</p> <p>“Tudo não.”</p> <p>“Não, pra equipe né. Acho que esse recurso é pra melhoria do processo de trabalho.”</p> <p>“O que teve foi, uniforme novo. Mais assim, de dinheiro não. Não teve então esse repasse?”</p>
	E6	<p>“Ah sim, isso o recurso não vem para o funcionário, vem para a equipe.”</p> <p>“[...] a gente tem um carro, na porta da unidade pra ser usado.”</p> <p>“[...] material de trabalho, material de consumo não falta.”</p> <p>“A própria cobrança, é minha mesmo. Eu já cobreí isso da gestão.”</p> <p>“Já pedi pra implementar algumas tipo: assiduidade, colocar ali uma gratificação pra um funcionário que colabora.”</p> <p>“Ter uma avaliação de desempenho, e esse funcionário desempenhou suas funções adequadamente e ele recebe x valor.”</p> <p>“É muito grande, e eu iria premiar aquela equipe que conseguisse, alcançar aquilo dentro de seis meses, por exemplo: intensificação das reuniões de equipe.”</p>

		<p>“A questão do profissional que colabora, que não falta no mês, que cumpre. Por exemplo: a agente comunitária tem 150 famílias. No final do mês, ela fez a cobertura total dos 150? Tem uma visita por mês? Atendeu bem essas famílias? Não tem reclamação? Você vai ganhar, nem que for uma cesta básica. Entendeu? ”</p>
	E7	<p>“[...]tinha vindo um valor muito irrisório, muito mínimo, que não teria como repassar pro restante da equipe.”</p>
	E10	<p>“Aqui, o repasse é feito em dinheiro.”</p> <p>“Metade do dinheiro.”</p> <p>“É um contrato que tem com a prefeitura, é feito um processo administrativo, onde 50 por cento do valor fica com a prefeitura, para repor, gerenciamento, insumos, isso tudo.”</p> <p>“E os outros 50 por cento são divididos em 20 por cento para a enfermeira que coordena todo o processo de trabalho – também, muita responsabilidade, porque a gente sofre –, 10 por cento do técnico de enfermagem, que também é um profissional que está ali por oito horas, e os outros 20 por cento são divididos entre todos os agentes comunitários que atingem as metas mensais, porque existe um fechamento.”</p> <p>“O médico não participa. Foi uma decisão do prefeito, porque, segundo ele, eles já ganham uma gratificação por outros acordos que não tem necessidade de ele ganhar o PMAQ, no sentido do prefeito.”</p> <p>“Mas, infelizmente, na saúde pública, nem todo mundo pensa dessa forma. O que acontece foi que tomou uma direção diferente. Primeiro, eu, particularmente, acho que isso deve ser dividido na equipe que trabalha: aquele que não trabalha, não deve ganhar, independente de uma certificação satisfatória.”</p> <p>“E por metas. Eu não acho justo... vou dar um exemplo: eu tenho oito agentes comunitários: sete que trabalham e uma que não. Essa que não, não tem que receber.”</p> <p>“Por exemplo: eu não acho justo uma enfermeira que não produz, ganhar, porque ela não faz nada.” “A gente sabe que não faz. Da mesma forma, um agente ou o próprio médico. Eu não acho justo o médico não fazer parte, porque ele tem que fazer.”</p> <p>“Isso é uma opinião minha e não foi muito bem aceita.”</p>
	Qualidade do SUS E4	<p>“Eu sou um cara que acredito muito que o serviço público, pode ter uma boa qualidade. ”</p>
	Satisfação da equipe E5	<p>“É exerce sua função, e você vê como é bom trabalhar em equipe. Aí vem aquela fase, muito obrigada, valeu, o reconhecimento né. Eu acho que foi bom nesse aspecto. ”</p>

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do CEP

Centro Colaborador da OPA/OMS para o
Desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 56 16 3315.3382 - 55 16 3315.3361 - Fax: 56 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 195/2015, de 03.12.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 203ª Reunião Ordinária, realizada em 02 de dezembro de 2015.

Protocolo CAAE: 51003415.5.0000.5393

Projeto: A utilização dos instrumentos do Programa de avaliação do acesso e da qualidade na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisadores: Flavia Tiemi Muramoto
Silvia Matumoto (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Silvia Matumoto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 200/2016, de 23.06.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa abaixo especificado foram analisadas e consideradas **aprovadas "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 22 de junho de 2016.

Protocolo CAAE: 51003415.5.0000.5393

Projeto: Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de saúde da família

Pesquisadores: Flavia Tiemi Muramoto
Silvia Matumoto (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Silvia Matumoto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP