

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES - CPqAM
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Fabiana Maria de Aguiar Bello

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

RECIFE

2014

FABIANA MARIA DE AGUIAR BELLO

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo M. Freese de Carvalho

Co-orientador: Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

B446a Bello, Fabiana Maria de Aguiar.

Análise do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica/ Fabiana Maria de Aguiar Bello. — Recife: [s.n.], 2014.

111 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho; Co-orientador: Sidney Feitoza Farias.

1. Avaliação de Programa e Projetos de Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. I. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. II. Farias, Sidney Feitoza. III. Título.

CDU 614.2

FABIANA MARIA DE AGUIAR BELLO

ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do
título de mestre em Ciências.

Aprovado em: 15 / 04 / 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo M. Freese de Carvalho
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Profa. Dra. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Departamento de Medicina Social/UFPE

Aos meus pais,
Fernando e Suzana,
que me ensinaram o valor da vida.
E ao meu tio **Lindomar Aguiar** (*in memoriam*),
que onde quer que esteja,
está muito satisfeito e feliz com essa conquista.

AGRADECIMENTOS

À Deus, muito obrigada pela vida e por todas as bênçãos que tenho recebido ao longo desses anos. Agradeço ainda pelo apoio e força nos momentos mais difíceis e que permitiram concluir esta etapa tão importante da minha vida.

Aos meus pais, minha eterna gratidão por estarem tão presentes nos meus dias, apesar de tudo. Vocês são à minha fonte de inspiração. Obrigada pelo amor incondicional e por sempre acreditarem em mim.

À minha família, digo irmãos, cunhados, sobrinhas/afilhadas, avós, tios, primos... Dos mais próximos aos mais distantes... Parentes que Deus escolheu para fazerem parte da minha vida. Obrigada por vocês me darem toda força e apoio necessários para continuar trilhando meus caminhos. Muito obrigada!

Ao André, meu namorado e eterno companheiro, obrigada pela sua paciência, compreensão, amor, respeito e por estar sempre ao meu lado nos momentos em que mais precisei. Obrigada por compartilhar comigo este sonho. Agradeço também aos meus sogros, **Darlan e Ana**, que sempre vibraram com as minhas conquistas e me incentivaram a enfrentar novos desafios.

Aos amigos de todas as partes e lugares, amigos da escola, da faculdade, da residência, do mestrado, todos os amigos que ao longo desta vida escolhi ter ao meu lado. Muito obrigada por vocês compreenderem minha ausência e ainda assim, se fazerem tão presentes na minha vida. Obrigada por toda carinho, atenção e amizade dedicados a mim.

Em especial, **aos amigos do Mestrado turma tamojunto 2012/2014**, que tornaram mais leve e prazeroso este mestrado. Muito obrigada! Agradeço também **aos colegas do trabalho**, que estiveram comigo nos desafios, na luta e na superação dos obstáculos diários. Obrigada por permitir conciliar os meus estudos e trabalhos. Muito obrigada pela compreensão e apoio de todos. Especialmente, gostaria de agradecer **a minha equipe da Coordenação do NASF Recife**: Ana Cláudia, Ana Rejane, Carina, Nadvânia, Mônica, Dijane, Adriana e as minhas Neguinhas – Cláudia e Renata, que me apoiaram e incentivaram sempre. E mais, sustentaram-me quando achei que não teria mais forças para continuar.

Aos membros da Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco (ATOPE), gestão 2012-2014, por dedicarem seu precioso tempo à valorização da nossa profissão e compartilharem comigo à honrosa responsabilidade de representar a categoria do Estado de Pernambuco.

Às recriadas e à minha mestra Fá, agradeço a cada uma de vocês que estive (está) comigo na mais enriquecedora experiência da minha vida – a busca pelo autoconhecimento. Obrigada por vocês serem tão especiais!

Aos meus orientadores, **Profº Eduardo Freese e Profº Sidney Farias**, por aceitarem fazer parte desse meu sonho, por compreenderem os momentos de ausência e pelo apoio na conclusão desta dissertação.

À minha banca de qualificação e defesa do mestrado, **Profª Tereza Lyra e Profº Petronio Martelli**, pela valiosa contribuição ao meu trabalho de dissertação.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, em especial à Secretaria Acadêmica, à Biblioteca e aos docentes do Mestrado em Saúde Pública, com quem adquirir conhecimentos da Saúde Pública.

Aos informantes-chaves deste trabalho, pela receptividade e disponibilidade nas entrevistas e por compartilharem comigo suas impressões e experiências profissionais.

Enfim, a todos que contribuíram de muitas formas, direta e indiretamente. Minha gratidão por participarem do encerramento deste ciclo da minha vida.

*“Se você não aspirar a ser mais do que é,
jamais ousará ser tudo o que você é”.*
(Eva Pierrakos - Guia do Pathwork)

BELLO, F.M.A. *Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

Frente ao desafio de institucionalizar a cultura de avaliação nos serviços de saúde e à busca de ações voltadas para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, em 2011, o Ministério da Saúde cria o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O estudo teve por objetivo analisar o referido programa na cidade do Recife/PE no período de 2011-2012, compreendendo e buscando explicitar o contexto, conteúdo, processo e atores envolvidos na implantação/implementação. Adota a abordagem qualitativa e o estudo de caso para investigar o fenômeno em questão. Foram realizadas 08 entrevistas individuais com gestores, profissional da Atenção Básica, conselheiro de saúde, representante da Instituição de Ensino e Pesquisa. As entrevistas e documentos oficiais foram analisados através da Condensação de Significados. Os resultados trazem achados sobre o contexto, conteúdo, atores e processo. Sobre o contexto destacam-se: o alinhamento político existente entre os governos federal e municipal; o período eleitoral e o subfinanciamento no setor saúde. Em relação ao conteúdo do programa, fundamenta-se na garantia da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da AB. Os atores chave identificados foram o Ministérios da Saúde, Comissões Intergestoras Regionais, Apoio Institucional, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Profissionais de Saúde, Usuários e Instituição de Ensino e Pesquisa que cooperaram para a implementação/ viabilidade do programa. No que diz respeito ao processo de monitoramento e avaliação destacam-se mudanças significativas no trabalho das equipes. Sugere-se que outros elementos sejam analisados com profundidade para que se possa confirmar tal potencial gerador de mudanças.

Palavras-chaves: Políticas Públicas de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programa e Projetos de Saúde.

BELLO, F.M.A. *Analysis of the national program for the improvement of access and quality of primary care*. Research Project (Academic Master in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife/PE, 2014.

ABSTRACT

Facing the challenge of institutionalizing the culture of evaluating health services and creating actions to enhance access to basic health attention with better quality services, in 2011 the Brazilian Ministry of Health started the Program for Higher Quality and Better Access to Basic Health Attention. This study aimed at analyzing the development of the program in Recife, Pernambuco State, in 2011-2012, seeking to understand and clarify its context, contents and process, as well as the actors involved in its implementation. The approach is qualitative and a case study has been used for the investigation of the phenomenon in question. Eight interviews were carried out with school principals, a basic health attention professional, a health care counsellor and a representative from an education and research institution. Interviews and official documents were analyzed by means of the Condensation of Meanings method. Results produced findings on the context, contents, actors and process. As for context, it is worth mentioning the political alignment between the federal and city governments; as for health care, the electoral period and the lack of funds were important; the program contents were based on guaranteeing better access and higher quality to basic health attention; key actors were the Ministry of Health, the Regional Management Committees, the institutional support received, the Pernambuco State and the Recife Health Departments, the health care professionals, the users and the institutions of education and research who made the program viable; finally, the monitoring and evaluation process brought about significant changes in the teamwork. It is suggested that other elements be deeply analyzed to confirm this change-generating potential.

Keywords: Public Health Care Policies; Primary Health Care; Evaluation of Health Care Programs and Projects.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O triângulo de análise de políticas de saúde	30
Quadro 1 – Modelo para a análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	31
Quadro 2 - Análise do Contexto de Políticas e suas subcategorias	32
Figura 2 - Análise do Conteúdo da Política	33
Quadro 3 - Passos para analisar os atores	35
Figura 3 - Mapa da cidade do Recife/PE	38
Quadro 4 - Resumo das fontes de dados – Análise do PMAQ-AB, Recife/PE	42
Quadro 5 - Modelo de Análise do Conteúdo – Condensação de Significados	44
Quadro 6 - Síntese do contexto do PMAQ-AB	46
Gráfico 1 - Evolução do Produto Interno Bruto (PIB) 2003-2012	50
Gráfico 2 - Investimento do Setor Público (% do PIB) 2003-2012	51
Gráfico 3 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Recife/PE	53
Gráfico 4 - Orçamento da Saúde (em milhões de Reais). Recife, 2000 – 2008	62
Quadro 7 - Componentes de análise do conteúdo do PMAQ-AB	66
Figura 3 - PMAQ-AB e suas fases	67
Quadro 8 - Áreas estratégicas e natureza do uso do indicador	68
Quadro 9 - Certificação do desempenho das equipes	72
Quadro 10 - Síntese do marco normativo/base legal do PMAQ-AB	75
Quadro 11 - Síntese dos principais atores envolvidos e suas características relacionadas ao PMAQ-AB	77
Quadro 12 - Síntese da viabilidade do PMAQ-AB	86
Quadro 13 - Síntese da análise do processo do PMAQ-AB	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ADE	Adicional de Desempenho
AI	Apoio Institucional
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BR	Brasil
CAADAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Codificação Internacional das Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DAB/MS	Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DS	Distrito Sanitário
EC 29	Emenda Constitucional nº 29
ESB	Equipe de Saúde Bucal
EP	Educação permanente

ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAB	Gerência de Atenção Básica
GERES	Gerência Regional de Saúde
GT	Gerentes de Território
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NE	Nordeste
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OP	Orçamento Participativo
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa Academia da Cidade
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PLP	Projeto de Lei Complementar
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSA	Programa de Saúde Ambiental
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RM	Região Metropolitana
RPA	Região Político-Administrativa
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEGTES	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBT	Unidade Básica Tradicional
UN	Unidade Natural
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
ZEIS	Zona Especial de Interesse Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	24
2.2 Geral	24
2.2 Específicos	24
3 MARCO TEÓRICO	25
3.1 Políticas Públicas	25
3.1.1 Modelo de Análise de Políticas de Saúde – Walt e Gilson (1994).....	29
3.1.1.1 <i>Contexto</i>	31
3.1.1.1.1 <i>Macrocontexto</i>	31
3.1.1.1.2 <i>Microcontexto</i>	32
3.1.1.2 <i>Conteúdo</i>	32
3.1.1.3 <i>Atores</i>	34
3.1.1.4 <i>Processo</i>	35
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
4.1 Desenho do estudo	37
4.2 População do estudo	37
4.3 Pesquisador implicado	39
4.4 Procedimentos ou métodos	41
4.4.1 Fonte primária.....	41
4.4.2 Fonte secundária.....	42
4.5 Processamento e análise dos dados	43
4.6 Considerações éticas	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	46
5.1 Contexto	46
5.1.1 Macrocontexto.....	47
5.1.1.1 <i>Esfera política</i>	47
5.1.1.2 <i>Esfera econômica</i>	49
5.1.1.3 <i>Esfera social</i>	51
5.1.2 Microcontexto.....	55
5.1.2.1 <i>Política setorial</i>	55
5.1.2.2 <i>Financiamento setorial</i>	58

5.1.2.3 Problemas de saúde e serviços de saúde.....	62
5.2 Conteúdo.....	66
5.2.1 Componentes de análise do conteúdo.....	66
5.2.1.1 Adesão e contratualização.....	67
5.2.1.2 Desenvolvimento.....	68
5.2.1.3 Avaliação externa.....	71
5.2.1.4 Recontratualização.....	74
5.2.2 Marco normativo/base legal.....	74
5.3 Atores.....	77
5.3.1 Identificação dos atores envolvidos e suas características.....	78
5.3.1.1 Ministério da Saúde.....	78
5.3.1.2 Comissões Intergestoras Regionais.....	79
5.3.1.3 Secretaria Estadual de Saúde.....	80
5.3.1.4 Secretaria Municipal de Saúde.....	81
5.3.1.5 Apoiadores Institucionais.....	83
5.3.1.6 Profissionais de saúde da ESF.....	84
5.3.1.7 Usuários.....	85
5.3.1.8 Instituições de Ensino e Pesquisa	85
5.3.2 Análise da viabilidade do programa.....	86
5.4 Processo.....	88
5.4.1 Formação da agenda e formulação do programa.....	88
5.4.2 Implementação do programa.....	90
5.4.3 Monitoramento e avaliação do programa.....	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A – Roteiro Semiestruturado da Entrevista.....	107
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	109

1 INTRODUÇÃO

O movimento pela democratização da saúde que teve início nos Departamentos de Medicina Preventiva e tomou corpo no Brasil em meados da década de 70 e 80 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), possibilitou a formulação do projeto de Reforma Sanitária Brasileira (FLEURY, 1997).

Entendido como “um conjunto organizado de pessoas e grupos, partidários ou não, articulado ao redor de um projeto” (SCOREL, 1988), o movimento sanitário reconhecia a necessidade de uma reformulação mais profunda no setor da saúde, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, de crise do modelo vigente e numa intensa mobilização popular em torno da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que resultou no debate sobre a Constituinte e, finalmente, na Constituição Federal de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (LIMA, 2005).

O SUS além de legitimar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, incorpora o conceito ampliado de saúde e os princípios constitucionais: universalidade, equidade, integralidade e participação popular que irão orientar as práticas de saúde em todo o território brasileiro (BRASIL, 1988).

No âmbito jurídico institucional, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e pela Lei nº 8.142/90 que trata da participação da comunidade na gestão dos SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 2001a, 2001b).

Também fazem parte desse arcabouço, os pactos administrativos através das Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) que representam instrumentos de regulação para o processo de descentralização, sendo expedidas NOB's em 1991, 1992, 1993 e 1996. Também foram elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002). Mais recentemente, o Pacto pela Saúde 2006 e o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 1990a, 1990b, 1991, 1992, 1993, 1996, 2001, 2002, 2006b, 2011e).

Portanto desde sua implantação, o SUS iniciou o processo de descentralização da gestão, atuando na ampliação da autonomia dos municípios e na tentativa de expandir a atenção à saúde. A fim de assegurar as questões da saúde pública local e reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil, uma série de medidas governamentais foi adotada na segunda metade da década de 90 como: o incentivo e fomento da Atenção Básica (AB) à saúde (BRASIL, 1997; BODSTEIN, 2002).

A partir da Declaração de Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganha efetivamente relevância, apontando-a como a mais importante estratégia para atingir a meta de “Saúde para todos no ano de 2000”. (BRASIL, 2010).

Sendo, a AB definida pelo Ministério da Saúde (MS) como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

A Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são expressões comumente utilizadas para se referir ao nível de atenção mais essencial de um sistema de saúde, onde se oferta um conjunto de serviços e ações capazes de interferir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população, constituindo-se no primeiro e preferencial contato da população com o sistema de saúde, a partir de onde se estabelecem relações com os níveis de média e alta complexidade (BRASIL, 2010).

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) foi um marco na incorporação da estratégia de AB na política de saúde brasileira. Antes de o PSF ter sido implantado, foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade infantil e materna. Em 1994, o PSF foi criado pelo MS e a partir de 1998, passou a ser considerada uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (CAMPOS, 2007; SOUZA, 2002).

Segundo esses autores, mesmo após a implantação do SUS, o modelo assistencial vigente no Brasil durante a maior parte da segunda metade do século

XX foi caracterizado pela prática hospitalocêntrica, com uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas.

Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é composta por uma equipe multiprofissional com médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar de saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais. Sendo implantada em substituição ao modelo tradicional para a AB, passando a ser considerado o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011b).

De acordo com a Portaria nº 2.488/11 (BRASIL, 2011b), a AB orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As ações desenvolvidas estão centradas na família, percebida a partir do seu ambiente sociocultural. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral à saúde.

Buscando superar as diversas limitações relacionadas à expansão da estratégia nas grandes cidades e centros urbanos, no ano de 2001 e 2002 foi desenvolvido o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que consiste numa ação do MS junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), voltada para o fortalecimento da AB no país.

Segundo o relatório do Ministério da Saúde do Brasil (2003) e estudo realizado por Felisberto (2010), o projeto está estruturado em três componentes de atuação que são:

I. Apoio à conversão do Modelo de AB de Saúde: objetiva estimular nos grandes centros urbanos a implementação da ESF como eixo de estruturação da porta de entrada do sistema e viabilização de rede de serviços de suporte;

II. Desenvolvimento de recursos humanos: busca reforçar a política de recursos humanos da ESF para estados e municípios, independente do porte;

III. Monitoramento e avaliação: prevê o apoio à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho, dirigidos a estados e municípios, independente do porte.

Sendo assim, o PROESF foi dividido em fases, sendo o acordo de empréstimo com o BIRD firmado separadamente, mediante o cumprimento de metas

e indicadores, que estabelecem condições de acesso aos investimentos para as fases subsequentes (BRASIL, 2012a).

A primeira fase iniciou em dezembro de 2003 e encerrou-se em junho de 2007, teve como resultado a extensão de cobertura média de 25,70% para 34,40% nos 184 municípios integrantes desta fase. A fase II do PROESF compreende o período entre novembro de 2009 até março 2013, sendo dividida em três componentes que agrupam um conjunto de subcomponentes e atividades. Sendo, o componente I: Expansão e qualificação da ESF nos municípios com população acima de 100 mil habitantes; componente II: Fortalecimento da capacidade técnica de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde, por intermédio das respectivas coordenações de AB e componente III: Fortalecimento da gestão federal e apoio ao fortalecimento das gestões Estaduais, do Distrito Federal e municipais da AB à Saúde.

Merece destaque a segunda etapa da fase 2 do projeto que relaciona-se com o atual momento de desenvolvimento da AB no Brasil marcado pela publicação da Portaria nº 2.488/11, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB e para a ESF e da Portaria nº 1.654/11, que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012a).

Além do PROESF (2003), foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAADAB) em 2003 no âmbito do MS. Essa coordenação consiste num conjunto de propostas voltadas para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde e, para a indução e realização de estudos/pesquisas com o objetivo de produzir informação e fomentar a institucionalização da avaliação no SUS (FELISBERTO, 2004).

Outro fato marcante com vistas à implantação de uma política de avaliação para a AB aconteceu no período de 2003 a 2006, tais como: parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais; associações profissionais reconhecidas politicamente e academicamente; mobilização de atores institucionais a partir de processos participativos; identificação de fontes de financiamento e de recursos orçamentários para os projetos; definição de estratégias organizacionais para qualificação de profissionais no campo da avaliação (BRASIL, 2005b; FELISBERTO, 2006; 2010).

Reflexo dessas ações, pode se perceber nos últimos anos que a ESF ampliou rapidamente sua cobertura. Em dezembro de 2010, a ESF estava presente em mais de 95% dos municípios, com um total de 31.736 equipes e uma cobertura estimada de 52% da população (BRASIL 2011c).

Porém, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB coloca-se ainda como um desafio a ser perseguido. Exemplos disso são: a concepção de um formato único para todo o país, o desconhecimento da necessidade de atendimento à demanda espontânea, a alta rotatividade dos profissionais e instabilidade nas equipes, a tendência à burocratização do processo de gerenciamento do trabalho na ESF por meio de um número excessivo de formulários, planilhas e outros documentos utilizados no processo de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação das ações realizadas, além da desarticulação da ESF com a RAS, dentre outros (MERHY *et al* 2004; TEIXEIRA, 2006).

Portanto, apesar do avanço em termos de adscrição de clientela, responsabilização, vínculo com a equipe, humanização das relações usuários/sistema de saúde, que por sua vez, conduziu a um crescimento contínuo do acesso da população às ações e serviços de saúde (MEHRY *et al.*, 2004), mantêm-se premente a perspectiva de aprimorar o desenvolvimento organizacional intensificando os esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde com o propósito de consolidar a ESF como o eixo estruturante de reorganização da AB e repercussões na reordenação do sistema de saúde como um todo (BRASIL, 2005a).

Sendo essas questões apontadas muito complexas, faz-se necessário um conjunto de ações estratégicas que visem à superação de problemas como o financiamento insuficiente, a regulação dos planos de carreira no SUS, a construção de novas possibilidades de organização da AB, dentre outras (BRASIL, 2010).

Ainda em 2003, com o objetivo de deflagrar movimento ético, político-institucional e social, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH). Trata-se de uma política transversal, caracterizada por um conjunto de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema.

De acordo com documentos base, a PNH possui como diretrizes específicas para implementação na AB:

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
2. Incentivar práticas promocionais de saúde;
3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, fim das filas, hierarquização de riscos e acesso aos demais níveis do sistema;
4. Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde (BRASIL, 2004).

Em 2005, foi elaborada uma proposta denominada Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) que integrava um conjunto de ações, atividades e experiências desenvolvidas no âmbito da Política de Monitoramento e Avaliação da AB, que por sua vez, estava inserida em um processo de fortalecimento da institucionalização da avaliação nas três esferas de gestão do Sistema (BRASIL, 2005a).

A AMQ consistia numa proposta à qual os gestores municipais aderiam de maneira voluntária e participativa, motivados pelo anseio de oferecer uma atenção à saúde de melhor qualidade. Possuía como metodologia nuclear, a autoavaliação orientada por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes. Situava, dessa maneira, a perspectiva interna, de autogestão, protagonizada por aqueles que desenvolvem as ações na estratégia (BRASIL, 2005a).

Segundo dados da pesquisa de Moura (2010), a AMQ teve uma aceitação de um número próximo a 20% dos municípios brasileiros, correspondendo hum mil municípios que aderiram à metodologia, porém apenas 227 entregaram as respostas do primeiro momento e 80 do segundo.

Frente ao desafio de institucionalizar a cultura de avaliação nos serviços de saúde e à busca de ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS, o MS cria em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB foi instituído pela portaria de nº 1.654, de 19 de julho de 2011 e produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos nos quais, MS e os demais gestores traçaram um desenho de Programa que pudesse permitir a ampliação do acesso e

melhoria da qualidade da AB em todo o Brasil e ainda, garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a dar maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a este nível de atenção.

Para tanto, o PMAQ-AB está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo. Sendo, a primeira fase é a etapa de contratualização de compromissos e indicadores; a segunda consiste no desenvolvimento do conjunto de ações (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional) empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB), gestões municipais e estaduais e MS; a terceira fase corresponde à avaliação externa onde averiguará as condições de acesso e de qualidade dos municípios e EAB e, finalmente, a quarta fase constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (BRASIL, 2011d, 2011e).

O PMAQ-AB é implantado na Secretaria de Saúde do Recife/PE no segundo semestre de 2011, período este em que a AB estava inserida no Modelo de Atenção à Saúde “Recife em Defesa da Vida” como a ordenadora do cuidado à saúde. A cidade era liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) há 10 anos, tendo o setor saúde apresentado no período de 2001-2009 uma ampliação da cobertura das ESF de 5,02% para 54% (RECIFE, 2009).

Considerando, a significativa expansão da AB no Recife, os desafios estabelecidos pela realidade da saúde local, o caráter inovador e conseqüentemente, as expectativas relacionadas ao PMAQ-AB, acredita-se ser relevante à realização desta pesquisa que buscará analisar o programa na cidade do Recife/PE no período de 2011 a 2012, compreendendo e buscando explicitar o contexto, o conteúdo, atores e processos envolvidos na sua implantação/ implementação.

Com esse estudo, espera-se contribuir para fomentar a reflexão sobre o acesso e a qualidade dos serviços de saúde na cidade do Recife/PE e no Brasil, servir ainda de base para outros programas ou fornecer informações úteis para revisão/ajustes das ações desenvolvidas no programa.

Parte-se do pressuposto de que: i) o PMAQ-AB trouxe um alinhamento com a política de Estado, por envolver as três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) em um processo de descentralização e institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção básica; ii) Entende que na percepção dos diversos atores entrevistados (gestor, trabalhador, conselheiro, COSEMS, IES) o PMAQ-AB provocou mudanças na organização dos serviços e ações prestadas na AB.

E assim, pretende-se responder ao seguinte questionamento:

- Como se desenvolveu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na cidade do Recife/PE, no período de 2011 a 2012?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na cidade do Recife/PE.

2.2 Específicos

- a) Compreender o CONTEXTO do programa no âmbito das políticas públicas de saúde;
- b) Analisar o CONTEÚDO do programa e seus fundamentos previstos;
- c) Caracterizar os ATORES envolvidos no programa e identificar as estratégias adotadas;
- d) Analisar o PROCESSO do programa, as relações existentes entre os diferentes níveis de governo, estratégias políticas para implementação e os recursos envolvidos.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas

A política pública teve sua origem nos Estados Unidos, enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica com ênfase nos estudos sobre a ação dos governos (SOUZA, 2006). A autora acrescenta que na Europa, concentrou-se na análise sobre o papel do Estado e suas instituições. No caso do Brasil, os estudos sobre políticas públicas são bem recentes e a ênfase está em analisar as estruturas e instituições ou em caracterizar os processos de negociação das políticas setoriais específicas (TREVISAN; BELLEN, 2008).

Segundo Arretche (2003) e Souza (2006), nos últimos anos tem-se visto um crescente interesse por estudos da área de políticas públicas no Brasil, visto que, o intenso processo de inovação e experimentação em programas governamentais, assim como as oportunidades abertas à participação nas mais diversas políticas setoriais despertaram não apenas uma enorme curiosidade sobre o funcionamento do Estado brasileiro, como também revelaram o grande desconhecimento sobre sua operação e impacto efetivo.

Para Souza (2006), não há uma única nem melhor definição sobre o que seja política pública, porém, a mais conhecida continua sendo a de Laswell, onde as decisões e análises sobre política pública implicam em responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Tal definição é sintetizada por Dye (1984) como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.

Tal escolha do que fazer, ou não fazer, por parte de um governo, está vinculada à fatores como o regime de governo ou sistema político, bem como a outros fatores como: situações específicas, estruturais, culturais ou mesmo externos à localidade/país (WALT, 2006).

Segundo Lopes *et al* (2008), as políticas públicas são um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade. Viana e Baptista (2008) acreditam que política pública é falar do Estado em ação e de interesse público; é falar ainda, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, e que para tal, envolve atores, recursos, disputas, negociações.

Para Farias (2003), existem diversas teorias analíticas que buscam dar inteligibilidade à diversificação dos processos de formação e gestão das políticas públicas em um mundo cada vez mais caracterizado pela interdependência assimétrica, pela incerteza e pela complexidade das questões que demandam regulação.

Do ponto de vista teórico-conceitual, a análise das políticas públicas é uma atividade complexa que agrega e interage com conhecimentos provenientes de diversas áreas como: a economia, a ciência política, a sociologia, a antropologia, a geografia, as ciências sociais, a saúde pública, que conseqüentemente, têm contribuído para avanços teóricos e empíricos nessa área (GURGEL, 2007).

Segundo Viana (1996), a análise de políticas públicas tem a finalidade de desenvolver explicações para as diferentes fases ou etapas da política. Acrescenta ainda que:

conhecer os caminhos da ação estatal, que se traduzem no ato de 'fazer' políticas públicas, na verdade busca principalmente analisar o modo de funcionamento da máquina estatal, tendo como ponto de partida a identificação das características das agências públicas 'fazedoras de política'; dos atores participantes desse processo de 'fazer' políticas; dos mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis por 'fazer' políticas; de interrelações entre essas variáveis (agências e atores); e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA, 1996).

Em suma, a análise de políticas públicas tem por objetivo o questionamento da ação pública (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Alguns modelos explicativos foram desenvolvidos para se entender melhor como e porque o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos. Dentre eles a autora Souza (2006) em seu artigo de revisão de literatura sobre as políticas públicas cita os seguintes modelos: tipo da política pública; incrementalismo; ciclo da política pública; modelo garbage can ou "lata de lixo"; coalizão de defesa; arenas sociais; equilíbrio interrompido e por fim, modelos influenciados pelo novo gerencialismo público e ajustes fiscais.

De acordo com Souza (2006):

a) modelo *tipo da política pública* foi introduzido por Lowi em 1972. Para o autor, a política pública pode assumir quatro tipos de caráter: distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo. Sendo o *distributivo*, caracterizada

pelo privilégio de certos grupos específicos com impactos mais individuais do que universais. Apresenta grau de conflito baixo por distribuir vantagens sem provocar custos. Ao contrário do modelo anterior, o *redistributivo* alcança um maior número de pessoas e costuma ter alto grau de conflito. Já o regulatório é mais visível ao público, envolve burocracia, políticos e grupos de interesse, a partir de ordens, normas, portarias ou leis. A depender da configuração específica da política, os conflitos/consensos/coalizões podem ser modificados. O último tipo, *constitutivo*, também denominado de estruturadoras, além de lidar com procedimentos, define as regras do jogo e da estrutura dos processos e conflitos políticos;

b) O *incrementalismo* foi desenvolvido por Lindblom em 1979, Caiden e Wildavsky em 1980 e Wildavsky em 1992. Para esses autores, os recursos governamentais para um programa, órgão ou uma dada política pública não partem do zero, mas sim, de decisões marginais e incrementais que desconsideram mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas públicos. Tal visão perdeu seu potencial explicativo com as reformas ocorridas em vários países a partir do ajuste fiscal;

c) O modelo *ciclo da política* teve origem na década de 50 por Lasswell e no decorrer dos anos sofreu algumas adaptações, principalmente, no aspecto gradual. Comum a todas as propostas tradicionais são as fases da formulação, da implementação e do controle dos impactos das políticas. A descrição mais atual divide o ciclo da política em 5 fases, são elas: (1) montagem da agenda, (2) formulação da política, (3) tomada de decisão, (4) implementação e (5) avaliação (HOWLETT; RAMESH, 2003);

d) O *garbage can* ou “lata de lixo” foi desenvolvido por Cohen, March e Olsen em 1972. Segundo esses autores, a compreensão do problema e das soluções é limitada, operando sobre um sistema de tentativa e erro. Este modelo também foi estudado por Kingdon em 1984, associando elementos do ciclo da política pública como a fase de definição de agenda (agenda setting), se configurando em outro modelo chamado de “múltiplas correntes”;

e) O modelo *sistema de coalizão de defesa* de Sabatier e Jenkins-Smith em 1993, enfatiza os diferentes atores que participam do processo de tomada de decisão; no contexto interno de interação dos atores, entendendo que podem se apresentar de forma cognitiva; no papel das ideias como parte do

processo de tomada de decisão; e por fim, nos fatores externos que têm capacidade de afetar o processo decisório e conseqüentemente, provocar mudanças na implementação de uma política pública;

f) Nas *arenas sociais* o olhar está sob o conjunto de relações, vínculos e trocas entre entidades e indivíduos e não, nas suas características. Partem do estudo de situações concretas para investigar a integração entre as estruturas presentes e as ações, estratégias, constrangimentos, identidades e valores. O diferencial deste modelo está na possibilidade de investigação dos padrões das relações entre indivíduos e grupos;

g) O *equilíbrio interrompido* foi elaborado por Baumgartner e Jones em 1993. Este modelo baseia-se nas noções de biologia e computação para entender como o processo político pode manter-se em *status quo* e alternar-se para fases de mudanças radicais nas políticas públicas;

h) Os modelos influenciados pelo *novo gerencialismo público e ajustes fiscais* considera que a eficiência passou a ser vista como o principal objetivo de qualquer política pública, aliada à importância do fator credibilidade e à delegação das políticas públicas para instituições com “independência” política;

Ainda para Souza (2006), outra influência concorrente ao novo gerencialismo público são as diversas tentativas dos países em desenvolvimento, de implementar políticas públicas de caráter participativo. No Brasil, são exemplos dessa tentativa os conselhos comunitários voltados para as políticas sociais, assim como o *Orçamento Participativo (OP)*.

Por fim, cabe ressaltar que em relação a cada tipo de política é necessário verificar quais são as estratégias em determinadas conjunturas. Para Teixeira (2002), normalmente as políticas estratégicas estão sob controle total dos tecnocratas, sem espaços de participação da sociedade, como ocorre com a política econômica e tributária que delas decorrem várias outras exigindo sua democratização.

3.1.1 Modelo de Análise de Políticas de Saúde – Walt e Gilson (1994)

Ao contrário do que ocorre em países em desenvolvimento, a análise de políticas de saúde se estabeleceu como disciplina em países industrializados. Porém, no fim dos anos 70 frente à revolução da AB e suas respectivas tendências houve um aumento da importância de se analisar as políticas de saúde. Reflexo disso são os diversos países que implantaram programas onde resultaram em cortes nos serviços públicos, introdução ou aumento de encargos para o cuidado da saúde e ainda, liberação do setor saúde para a iniciativa privada (WALT; GILSON, 1994).

Segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), a análise de políticas de saúde deve resultar no conhecimento e explicação da sua globalidade, podendo contribuir com o aperfeiçoamento da política em questão.

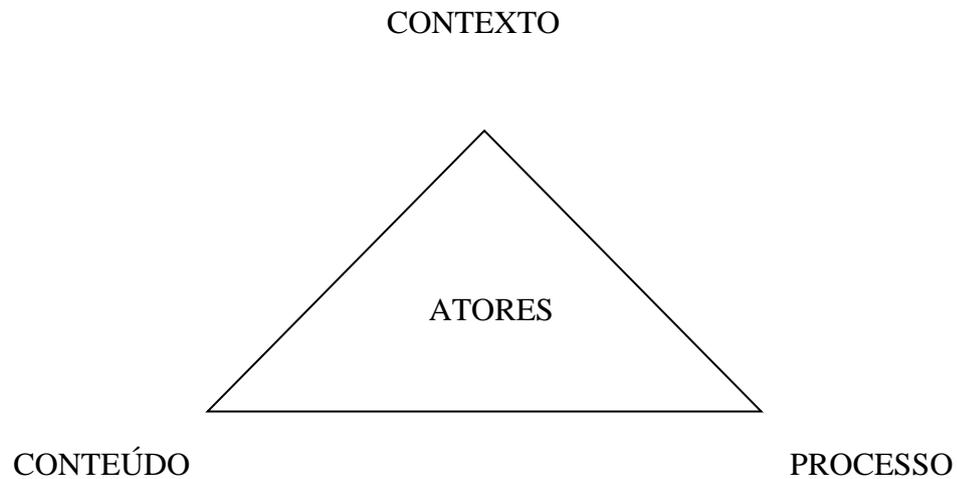
Esses autores identificam dois tipos de análise de política de saúde principais: a análise parcial e a análise compreensiva. O primeiro foca-se em questões específicas, num determinado estágio ou numa questão particular da política em estudo, como exemplo deste tipo de análise tem: a meta análise, a meso análise, a análise de decisão e a análise da implementação de política. O segundo tipo de análise busca compreender todo o processo da política, com um olhar mais ampliado.

Embora diversos tipos de análise tenham sido desenvolvidos, o modelo de análise de Walt e Gilson parece ser o mais adequado, pois, além de incorporar elementos dos demais, possibilita a sua aplicação em diferentes casos de análise de política de saúde, especialmente para países em desenvolvimento, onde esta prática tem sido sistematicamente negligenciada.

Trata-se de um modelo analítico que objetiva estudar todo o processo, conteúdo e contexto em que está inserida a política, além dos atores e das correlações de forças relevantes para a sua implementação (ARAÚJO JR. E MACIEL FILHO, 2001).

Nesse modelo também denominado *Triângulo de Análise de Políticas de Saúde* são consideradas quatro categorias descritas a seguir e representadas na figura 1 abaixo:

Figura1 - O triângulo de análise de políticas de saúde.



Fonte: Walt e Gilson (1994)

Observam-se nesta representação, as influências sofridas entre os atores e o contexto no qual vivem e atuam. O contexto sendo afetado por aspectos processuais. O processo político, influenciado e determinado pelos atores envolvidos e o conteúdo da política, por sua vez, será reflexo do conjunto de aspectos enumerados anteriormente (BUSE; MAYS; WALT, 2007; WALT; GILSON, 1994).

Para Collins (2005), o contexto no qual uma política é formulada e implementada é altamente político e influenciado por valores, princípios e posições políticas dos governantes, assim como pela governabilidade dos mesmos. Segundo ainda o autor, questões relacionadas ao financiamento são também aspectos contextuais que refletem o desenvolvimento da política, bem como aspectos culturais próprios de um dado local. Assim, em uma análise de política de saúde, uma das questões prioritárias é a compreensão do 'onde' a política é implantada (COSTA, 2003).

O presente estudo utilizou como referencial teórico tal modelo multicausal de análise de políticas e programas de saúde, a fim de analisar o PMAQ-AB do Recife/PE, de acordo com o modelo ilustrado no quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Modelo para a análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Objeto de análise	Categorias de análise	Produto de análise
O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto: macrocontexto e microcontexto - Conteúdo - Atores - Processo 	Descrição, análise e reflexão crítica dos motivos que levaram a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na Cidade do Recife/PE.

Fonte: Walt e Gilson (1994 apud ARAÚJO Jr. 2000)

3.1.1.1 Contexto

Para Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), analisar o contexto significa buscar entender a importância e as possíveis características complexas da política, avaliando-a em termos de coerência, quanto à relevância, à necessidade e à suficiência da mesma. Esta categoria é operacionalizada a partir de duas subcategorias, macrocontexto e microcontexto, ambas compreendendo três esferas: política, econômica e social.

3.1.1.1.1 Macrocontexto

Visa uma análise mais ampla da sociedade, compreende a esfera política (mudanças políticas, regime político, ideologias, políticas públicas, influências internacionais); econômica (tamanho e condições da economia, mudanças econômicas, políticas econômicas e financeiras, gastos públicos); e social (mudanças demográficas, qualidade de vida, pobreza, distribuição de renda e disparidades, desenvolvimento humano).

3.1.1.1.2 Microcontexto

Busca uma análise mais específica, relacionada ao setor saúde propriamente dito, envolve os aspectos setoriais da política (principais interesses, poder dentro do setor, política de saúde, relações entre os setores público e privado); o financiamento do setor (orçamento e gastos da saúde, políticas e mecanismos de financiamento, fontes e volumes de recursos); e problemas de saúde e os serviços (mudanças epidemiológicas, principais problemas de saúde, recursos humanos rede de serviços de saúde).

O Quadro 2 sistematiza a categoria de análise do contexto e suas subcategorias, macrocontexto e microcontexto:

Quadro 2 - Análise do Contexto de Políticas e suas subcategorias.

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica					
Contexto					
	Macrocontexto			Microcontexto	
<i>Esfera Política</i>	<i>Esfera Econômica</i>	<i>Esfera Social</i>	<i>Política Setorial</i>	<i>Finanças setoriais</i>	<i>Problemas de saúde e os serviços</i>
Mudanças políticas	Tamanho e condições da economia	Mudanças demográficas	Principais interesses	Orçamentos e gastos da saúde	Mudanças epidemiológicas
Regime político	Mudanças econômicas	Qualidade de vida	Poder dentro do setor	Políticas e mecanismos de financiamento	Principais problemas de saúde
Ideologias	Políticas econômicas e financeiras	Pobreza	Política de saúde	Fontes e volumes de recursos	Recursos Humanos
Políticas públicas	Gastos públicos	Distribuição de renda e disparidades	Relações entre os setores público e privado		Rede de serviços de saúde
Influências internacionais		Desenvolvimento humano			

Fonte: Elaborado pela autora.

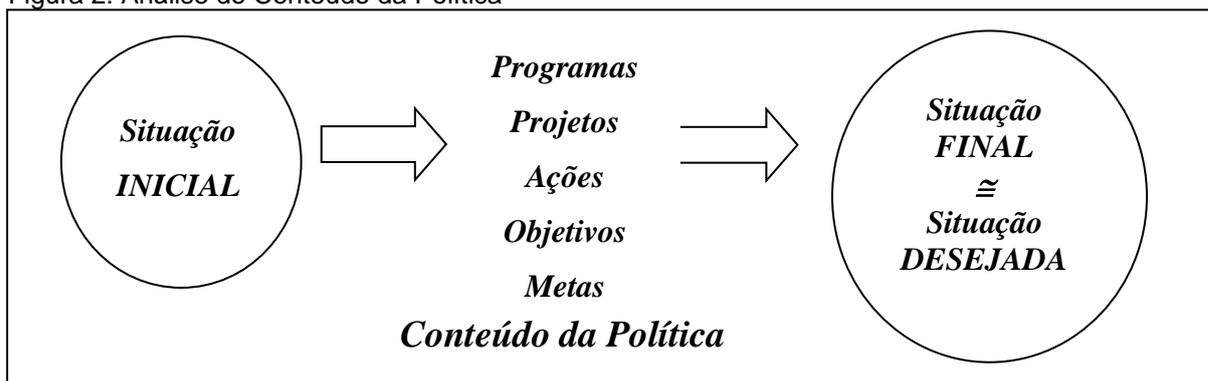
3.1.1.2 Conteúdo

A análise do conteúdo da política considera a compreensão dos programas, projetos e ações desenvolvidos, buscando definir seus objetivos e metas. Ainda para Araújo Jr e Maciel Filho (2001) representa o corpo da política, os seus fundamentos de caráter mais programático – as suas diretrizes estratégicas e operacionais, determinadas em relação aos problemas e objetivos explícitos e implícitos da

política, seus programas, projetos, ações, alvos e recursos requeridos – assim como o seu marco normativo, a sua base legal.

A figura 2 esquematiza o conteúdo de uma política, considerando as propostas de políticas (programas, projetos, ações, objetivos e metas) e a situação desejada, como resultado da sua aplicação.

Figura 2: Análise do Conteúdo da Política



Fonte: Elaborada pela autora

Também fazem parte da análise do conteúdo, a análise da coerência interna e externa da política, a identificação dos recursos materiais, organizacionais e políticos necessários para a operacionalização da política (MATUS, 1996).

A análise de conteúdo trata-se ainda de compreender quais as ideologias, valores, crenças e representações que orientam a política (SAMPAIO; ARAUJO Jr, 2006).

Silva (2013) acrescenta que, o conteúdo da política pode assumir perspectivas política e social: neoliberais, sociodemocráticas, conservadoras, socialistas ou feministas. Sendo assim descritas:

- a) *Neoliberal*: há uma predominância do mercado econômico competitivo frente ao sistema econômico planejado e direcionado pelo Estado;
- b) *Conservadora*: fundamenta-se em instituições sociais estabelecidas como: família, comunidade, classe, religião, propriedade privada e governo;
- c) *Social Democrática*: baseia-se na concepção de Marshal de direito civil, direito político e direito social dos cidadãos, onde o Estado assegura serviços à sociedade no sentido de garantir o estado de bem estar social;
- d) *Socialista*: representa a provisão permanente dos serviços sociais pelo Estado, no sentido de eliminar a desigualdade social;

- e) *Feminista*: considera que as instituições da sociedade são baseadas em gênero, e conseqüentemente, o acesso de insumos e recursos de todos os tipos, tais como: necessidades, iniquidades, dependência, cidadania.

3.1.1.3 Atores

Consideram-se atores da política, pessoas, organizações coletivas ou instituições que, por sua vez, exercem diversos papéis - formuladores da política, responsáveis por sua implantação, aliados e opositores da política, contudo sempre trazendo consigo seus valores ideológicos e visões políticas (CORDEIRO, 2008).

Para Walt e Gilson (1994), atores individuais ou grupos de interesse, internos ou externos aos governos, são determinantes para que dado problema seja identificado como tal, e que decisões sejam tomadas visando enfrentá-lo. Assim, colocam os “atores” no centro do seu triângulo de análise, reconhecendo a importância fundamental dos mesmos em todos os momentos ou etapas do processo político.

Matus (1996) acredita que todo ator social tem algum poder para determinar a ação governamental. Em seu momento estratégico, preconiza a análise dos vetores de força dos atores envolvidos, a fim de compreender como os atores influenciam o processo político, e que atributos possuem para exercer influência.

Segundo Thomas e Gilson (2004), há indivíduos que se apresentam numa posição em que há muito interesse, mas pouco poder, sendo denominados de “Sujeitos”; tem aquele que possui pouco poder e pouco interesse chamado de “população/usuários”; outros atores tem poder e não possui muito interesse, estes são conhecidos como os “Líderes”. Por fim, existe quem tenha muito poder e interesse, sendo estes definidos como os “Jogadores” da política, os quais tem maior capacidade de mudar os rumos da mesma e postura dinâmica.

Na categoria de análise dos atores, é preciso caracterizar: os principais atores, como se mobilizam em relação às propostas da política, as possibilidades de alianças e coalizões, as estratégias adotadas pelos diferentes atores para assegurar a viabilidade da política – cooperação, cooptação ou conflito, assim como, os principais beneficiados e/ou prejudicados pela política (ARAUJO Jr. 2001).

Para analisar os Atores de um processo político serão considerados os seis passos descritos nos modelos de Matus e Reich e Cooper's, conforme quadro 3 abaixo:

Quadro 3 - Passos para analisar os atores

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1º. Identificar os principais atores envolvidos na política2º. Identificar o posicionamento de cada ator em relação à política3º. Descrever se os atores estão mobilizados ou não de acordo com suas posições4º. Estabelecer o poder de cada ator em relação aos outros5º. Analisar a possibilidade de alianças e coalizões entre eles6º. Analisar a viabilidade da política |
|---|

Fonte: Elaborado pela autora

3.1.1.4 Processo

Por fim, tem-se a análise do processo da política, que para fins didáticos pode ser compreendida em fases ou etapas que se resumem na identificação de problemas, formulação da política, implementação e avaliação.

Para Araújo Jr. (2001), são especialmente relevantes os momentos de formulação e implementação da política, devendo ser identificados, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) O processo de tomada de decisão: identificando se o poder decisório é restrito a uma elite de atores (Elitista) ou compartilhado com diversos outros (Pluralista);
- b) A extensão da política: analisando em que medida ela afeta as estruturas maiores da sociedade e implica em significativas somas de recursos (sistêmicas ou macropolíticas; setoriais ou micropolíticas);
- c) O tipo da política: compreendendo se ela redistribui os recursos disponíveis (distributivas), presta serviços ou disponibiliza bens de consumo, sem reduzir benefícios de uns, em detrimento de outros (redistributivas), e se estabelece regras definidas pelo poder público sobre interesses privados (regulatórias) ou apenas sobre interesses públicos (autorregulatórias);
- d) A forma de implementação: observando se os gestores de primeiro escalão têm o poder decisório e os demais são vistos como "meros" implementadores

- (Top-Down ou tradicional) ou se os implementadores da política são convocados a pensar e decidir sobre a mesma (Bottom-Up ou participativa);
- e) A relação entre níveis de governo: identificando se a política alterou a relação entre as diferentes esferas de governo, promovendo uma relação bilateral ou mecanismos de controle, dentre os quais podem ser citados: controle financeiro, controle via normas e regulamentos ou via preservação das fragilidades da gestão de menor nível de governo;
 - f) A concepção de políticas públicas: observando se a política seguiu um modelo racional ou sinóptico, quando seus processos são altamente controlados por técnicos supostamente habilitados. Por outro lado, a política pode seguir um modelo incrementalista, definindo seus processos de forma mais pragmática. Por fim, é possível identificar modelos mistos ou estratégicos, que buscam a viabilização da política, partindo de propostas racionais, mas considerando as limitações que condicionam o processo da política, permitindo mudanças incrementais.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

O presente estudo utilizou a abordagem qualitativa, exploratória-descritiva buscando realizar uma análise abrangente do PMAQ-AB, a partir de estudo de caso.

A escolha pela abordagem qualitativa para esse estudo deve-se à capacidade de verificar uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo (2010); Yin (2005), os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. Em geral utilizam múltiplas fontes de informação, incluindo dados secundários (documentos escritos) e primários (diário de campo produzido através de observação participante) articulados com procedimentos mais estruturados, tais como as entrevistas.

Através do estudo de caso, acredita-se chegar a uma compreensão abrangente, aprofundada do objeto em questão e, ao mesmo tempo, estabelecer uma discussão teórica acerca de aspectos mais gerais (Víctora, 2000; Yin, 2005). Contudo acrescentam os autores, esse tipo de categoria de pesquisa demanda um grande investimento de tempo e perícia do investigador para sua efetivação.

4.2 População do estudo

O estudo levará em consideração o período de 2011 a 2012. A delimitação do período demarca a implantação e implementação do primeiro ciclo do PMAQ-AB em âmbito nacional, permitindo assim compreender como se desenvolveu o programa na cidade do Recife/PE.

A cidade do Recife compreende uma população de 1.536.934 habitantes (2010), corresponde a uma área geográfica de 218,50 Km² com densidade demográfica de 7.037,61.

Conforme ilustrado na figura 3, o município do Recife está organizado em seis Regiões Político-Administrativas (RPA) e 18 Microrregiões Político-Administrativas,

correspondendo a 94 bairros. Outros aspectos referentes ao Recife serão discutidos no momento da apresentação dos resultados.

Figura 3 - Mapa da cidade do Recife/PE



Fonte: Recife (2009)

A escolha e definição dos entrevistados é uma etapa importante, e deve ser feita previamente a partir da identificação de informantes-chaves, sujeitos sociais que possuem interesse no setor e que ocupam uma posição passível de tomar decisões no mesmo (HARTLEY, 2006).

Na escolha da amostra em uma pesquisa qualitativa, só um pequeno número de pessoas é abordado, uma vez que considera o tempo necessário para realização das entrevistas e para a análise das mesmas (Kvale, 1996). Tais pessoas são selecionadas em função de critérios que nada têm de probabilísticos e não constituem uma amostra representativa do ponto de vista estatístico.

Diante do exposto, levou-se em consideração o perfil necessário para atender aos objetivos propostos, a função que os mesmos exerciam tanto na formulação

como no desenvolvimento da política de saúde local, bem como o conhecimento dos mesmos em relação ao tema.

Neste sentido, foram identificados os seguintes informantes-chaves como amostra intencional para a pesquisa:

- a) *Secretário Municipal de Saúde*: responsável pela condução da política municipal de saúde no período de 2011 e 2012;
- b) *Gerente de Atenção Básica (GAB)*: gestor responsável pelo gerenciamento dos programas e serviços vinculados a atenção básica do município no período supracitado;
- c) *Apoiador Institucional do MS e da GAB da Secretaria de Saúde do Recife*: um representante da gestão em nível federal e outro municipal que desempenha funções gerenciais, pedagógicas e matriciais. Sendo o primeiro com ênfase nas relações interfederativas e o segundo, vinculado ao processo de trabalho cotidiano das equipes;
- d) *Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS-PE)*: um representante da entidade que tem por função garantir a representação e fortalecimento das Secretarias Municipais de Saúde em toda comissão constituída para tratar de assuntos do interesse da Saúde Pública.
- e) *Profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família (SF)*: um representante responsável pela coordenação do cuidado em saúde à família, aos indivíduos e à comunidade;
- f) *Conselheiros Municipais de Saúde*: um representante dos usuários de saúde, atores fundamentais na construção e acompanhamento das políticas locais de saúde;
- g) *Instituição de Ensino e Pesquisa (IES)*: um representante responsável por conduzir os processos da 3ª fase do programa (avaliação externa) e desenvolver os trabalhos de campo mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos.

Todos os informantes-chaves listados foram entrevistados, totalizando oito entrevistas realizadas individualmente.

4.3 Pesquisador implicado

A intenção de estudar este tema surgiu a partir da minha experiência como Apoiadora Institucional da Gerência de Atenção Básica/Secretaria da Saúde cidade do Recife/PE, a partir de 2011 até o primeiro semestre de 2013.

O papel desempenhado como Apoiadora na discussão e análise sobre o processo de trabalho das equipes SF, através do suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea, do apoio matricial, dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), bem como na mediação dos conflitos existentes entre trabalhadores, gestores e usuários. Portanto, o contato direto com essas equipes, me provocou no sentido de buscar compreender como um programa nos moldes do PMAQ-AB seria capaz de promover a institucionalização da cultura de avaliação na AB? Além de, ser capaz de provocar mudanças com vistas à garantia da melhoria do acesso e da qualidade da assistência prestada da AB em âmbito local?

Diante de tais questionamentos, a escolha da temática do estudo se deu a partir de um sujeito implicado, que segundo Merhy (2004), neste tipo de situação o sujeito está *“tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo este processo”*.

Merhy e outros pesquisadores construíram uma linha de estudo e investigação, no sentido de promover novas formas de conhecer que permitam trabalhadores de saúde se posicionarem como sujeitos do conhecimento, de um novo tipo, ao mesmo tempo em que implicados militantemente com e por este conhecimento produzido.

Em seu texto “o conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido”, Merhy (2004) coloca em cena algumas das pesquisas realizadas de orientandos dele, o que permitiram avançar e compreender melhor as características das produções de conhecimentos. Como exemplificado na pesquisa de Cecílio (1994):

[...] ficou claro, para mim, que a implicação de um militante, que põe sob foco de estudo o balanço da sua própria militância, [...], obriga-o a ter uma postura mais eclética com as teorias que podem ajudá-lo a compreender a si, neste processo. E, com ele, passo a ter a noção de que o sujeito implicado na construção de um conhecer militante carrega, mais do que uma teoria, uma caixa de ferramentas cheia de “conceitos” e “esquemas explicativos”, que podem lhe abrir várias possibilidades de significar e

ressignificar a si mesmo como sujeito em ação, que fazem ou não sentido para si [...].

Passado esses momentos de questionamentos e angústias, podemos afirmar que foi uma experiência única e desafiadora. Acreditamos que o fato de ser um sujeito implicado não comprometeu o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que conseguimos atender aos objetivos propostos pelo estudo.

4.4 Procedimentos ou métodos

Foram realizadas entrevistas individuais e análise documental como meio para obtenção dos dados, estabelecendo um diálogo entre texto e contexto.

Empregou-se a estratégia de triangulação, de acordo com Flick (2004), indica uma combinação, um cruzamento de diferentes métodos, informantes, ambientes locais e temporais, múltiplas técnicas de coleta de dados e perspectivas teóricas distintas no tratamento de um fenômeno.

O estudo em questão utilizou a “triangulação de dados”, refere-se à escolha de dados recorrendo a diferentes fontes: primárias e secundárias (DUARTE, 2009).

4.4.1 Fonte primária

A entrevista semiestruturada é uma técnica que exige o planejamento e a construção de um tópico guia baseada no referencial teórico, composto de um conjunto de títulos e progressão lógica rumo ao tema, considerando os objetivos da pesquisa. Possibilita uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos. Além disso, é um instrumento condizente com a finalidade de explorar distinções qualitativas e estabelecer contato com o campo da pesquisa (BAUER; GASKELL, 2002).

O roteiro da entrevista (Apêndice A) foi elaborado pela pesquisadora e utilizado para os informantes-chaves: gestores, profissionais, conselheiro de saúde, representante da instituição de ensino e pesquisa contou com as categorias de análise (contexto, conteúdo, atores, processos).

As entrevistas foram previamente agendadas com os participantes e realizadas em local que garantiu sigilo e privacidade para os entrevistados. Foram

audiogravadas e posteriormente transcritas integralmente pela própria pesquisadora, totalizando 6 horas e 13 minutos e 9 segundos de gravação.

4.4.2 Fonte secundária

A análise documental foi utilizada como técnica aliada às entrevistas na coleta de dados. Segundo Neves (1996), consiste no exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar.

Observa-se como vantagens a rapidez na seleção dos aspectos de interesse junto à fonte documental e em posse do investigador fica disponível para análise. Foram selecionados e analisados documentos oficiais (leis, regulamentos) e públicos (livros, jornais, revistas, discursos).

O Quadro síntese 4 apresenta um resumo das fontes de dados considerados básicos e fundamentais para a consecução do estudo.

Quadro 4 - Resumo das fontes de dados – Análise do PMAQ-AB, Recife/PE.

OBJETIVOS	FONTE DE DADOS	
	ENTREVISTA INDIVIDUAL	DOCUMENTOS OFICIAIS/ ARTIGOS CIENTÍFICOS
1. Compreender o CONTEXTO do programa no âmbito das políticas públicas de saúde	1.1 Macrocontexto 1.2 Microcontexto	1. BRASIL, 1988: Constituição de 1988 2. BRASIL, 2003: PROESF 3. BRASIL, 2005a: AMQ. 4. BRASIL, 2011a: PNAB 5. BRASIL, 2011b: Manual Instrutivo do PMAQ
2. Analisar o CONTEÚDO do programa e os fundamentos previstos	2.1 Corpo da política 2.2 Fundamentos programáticos 2.3 Marco normativo (base legal)	6. BRASIL, 2011c: Manual Instrutivo da Avaliação Externa 7. BRASIL, 2012: Manual Instrutivo da AMAQ
3. Caracterizar os ATORES envolvidos no programa e identificar as estratégias adotadas	3.1 Atores envolvidos 3.2 Formuladores, opositores e aliados 3.3 Estratégias (cooperação, cooptação e conflito)	8. FELISBERTO, 2004 9. FELISBERTO, 2006 10. FELISBERTO, 2010 11. Legislações: - Portarias nº 1.089/12; nº 866/12; nº 644/12; nº 255/12; nº 2.838/11; 2.812/11; 2.488/11; 2.396/11; 576/11; 2.087/11; 1.654/11.
4. Analisar o PROCESSO do programa, as relações existentes entre os diferentes níveis de governo, estratégias políticas para implementação e os recursos envolvidos.	4.1 Formulação 4.2 Tomada de decisão 4.3 Implementação 4.4 Avaliação	12. RECIFE, Plano Municipal de Saúde 2010 a 2013. 13. Atas e relatórios da Secretaria de Saúde do Recife/ Gerência de Atenção Básica.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Processamento e análise dos dados

A Análise de Conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

As entrevistas e os documentos foram analisados utilizando como referencial a Análise de Conteúdo proposta por Kvale (1996).

São várias as técnicas de análise de conteúdo. Kvale (1996) subdivide em: Categorização de Significados; Condensação de Significados; Interpretação de Significados e Geração de Significados através de métodos *ad hoc*.

No presente trabalho, optamos por analisar as entrevistas a partir da Condensação de Significados, a qual considerarmos adequada e coerente para o objeto proposto.

A Condensação de Significados foi desenvolvida por Giorgi (*apud* KVALE, 1996), visa à abreviação dos significados encontrados nas entrevistas, buscando um formato sintético, porém sem perda de sua essência, procura também transformar textos longos em textos mais breves que preservem o que foi dito, parafraseando-os.

De acordo com Kvale (1996), tal técnica busca 'Unidades Naturais' ou 'Núcleos de Sentido' no texto transcrito; as unidades naturais são textos sintéticos, extratos das falas dos entrevistados que contêm a ideia central em formato condensado; em seguida, são identificados os pontos principais, ou 'Temas Centrais', contidos nas falas definidas como unidades naturais; por fim, sintetizam-se as descrições essenciais para responder a pergunta analisada.

Sendo assim, as entrevistas foram analisadas seguindo as etapas abaixo enumeradas e ilustrada no quadro 5:

- 1) As entrevistas foram analisadas uma por vez, tendo a pergunta de pesquisa como guia para achar os significados;
- 2) A entrevista foi lida completamente para se captar a visão do todo;

- 3) A partir de cada pergunta de pesquisa, foram lidas novamente para selecionar as Unidades Naturais (UN) correspondentes;
- 4) As UN selecionadas são posicionadas na coluna da esquerda. E o tema que domina é descrito na coluna direita (código);
- 5) Uma descrição essencial respondendo a pergunta de pesquisa é interpretada a partir do conjunto de UN;
- 6) Uma interpretação final de toda a entrevista sobre todas as perguntas é construída por fim.

Quadro 5 - Modelo de Análise do Conteúdo – Condensação de Significados

Fonte de Dados <input type="checkbox"/> Entrevista (nº.: ____)	
Objetivo Específico/Categoria Analítica relacionados: _____	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa	Análises do pesquisador sobre o trecho em questão
Descrição Essencial da questão de pesquisa Interpretação realizada pelo pesquisador acerca das questões suscitadas no trecho analisado.	

Fonte: Kvale (1996).

4.6 Considerações éticas

O estudo foi construído de acordo com os itens da Resolução CNS nº 196/96, do MS, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos. Respeitando-se a integridade física e moral dos participantes, o sigilo das informações geradas através dos dados primários e secundários realizados durante o estudo para os quais foram utilizados Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE) – Apêndice B e carta de anuência da Secretaria de Saúde do Recife.

O projeto desta dissertação foi submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ) cujo número do parecer é 341.572 e CAAE nº 17042013.6.0000.5190 (Anexo A).

O estudo prevê a devolutiva dos resultados aos atores envolvidos na pesquisa, em formato de relatório e oficina. Será entregue o relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa e à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES) da Secretaria de Saúde do Recife. Além de produções de artigos científicos e desta dissertação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Contexto

A análise do contexto do PMAQ-AB será apresentada a partir das duas dimensões: macrocontexto – compreendendo as três esferas política, econômico e social; e microcontexto – relacionado aos aspectos do setor saúde.

O quadro 6 sintetiza os principais elementos encontrados no contexto do Programa no período de 2011 a 2012.

Quadro 6 - Síntese do contexto do PMAQ-AB

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)					
CONTEXTO					
MACROCONTEXTO			MICROCONTEXTO		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social	Políticas Setoriais	Finanças Setoriais	Os problemas de saúde e serviços de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Articulação entre o PT nacional e municipal • Eleição para Prefeito; Crise política partidária; Mudanças de Gestores da Saúde. • Regime democrático; modelo administrativo gerencialista; • Ideologia social democrática • Políticas públicas sociais 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do crescimento econômico/ PIB • Incremento dos Gastos Públicos na Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento populacional • Existência de 66 ZEIS, disseminadas pelo espaço urbano; • Aumento da expectativa de vida • Baixo IDH / Índice de Gini 	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização político administrativa • Elementos normativos: NOB/NOAS/ Pacto pela Saúde/Decreto • Expansão da AB • Modelo de Saúde “Recife em Defesa da Vida” 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento da AB insuficiente • Emenda Constitucional 29/ Lei complementar 141/12; • Aumento crescente dos recursos municipais 	<ul style="list-style-type: none"> • Transição demográfica, epidemiológica e nutricional: superposição de doenças (DIP e DCNT); • Rede de Atenção à Saúde; • Precariedade da estrutura física das UBS;

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda:

PT: Partido dos Trabalhadores

PIB: Produto Interno Bruto

ZEIS: Zona Especial de Interesse Social

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

NOB: Norma Operacional Básica

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

AB: Atenção Básica

DIP: Doenças Infecciosas e Parasitárias

DCNT: Doenças Crônicas não transmissíveis

UBS: Unidade Básica de Saúde

5.1.1 Macrocontexto

5.1.1.1 Esfera política

Na esfera política, os principais achados dizem respeito ao alinhamento político entre os governos federal e municipal como fator importante para a implantação/implementação do PMAQ-AB. O PT estava à frente da prefeitura da cidade do Recife há mais de 10 anos, sendo também o período eleitoral relatado pela maioria dos entrevistados como um aspecto relevante a ser considerado. Outro dado identificado foi o estilo próprio gerencialista da presidente Dilma Rousseff.

No período do estudo (2011-2012), tanto o governo federal quanto o municipal eram liderados pelo PT, sendo Dilma Rousseff eleita como presidente da República no ano de 2010 (precedida por Luiz Inácio Lula da Silva) e João da Costa eleito em 2008 como prefeito da Cidade do Recife (precedido por João Paulo Lima).

Tal alinhamento ideológico partidário entre esses governos foi citado pelos entrevistados como principal fator macrocontextual para a implantação do PMAQ-AB, conforme descrito na fala dos entrevistados:

[...] macropoliticamente é um gestão nacional que é do PT para uma gestão municipal que também é do PT, onde os ideais do partido são voltados para o trabalhador. E assim, tinha-se essa política de se fazer mais para o trabalhador do município [...].

[...] PT junto com a gestão do PSB estavam à frente da prefeitura. Voltado especificamente para a política de saúde quem estava à frente era as pessoas do partido dos trabalhadores [...].

O período eleitoral foi destacado por quatro, dos oito entrevistados como elemento dificultador para o desenvolvimento do programa na cidade do Recife.

Sendo o PT, o partido que estava à frente da prefeitura do Recife desde 2001. Eleito em 2008, o prefeito João da Costa teve que se afastar do processo eleitoral após a cúpula nacional e local do partido não concordarem com a tentativa de reeleição. Sendo, o senador Humberto Costa, do PT-PE indicado para a disputa eleitoral. Tal crise no partido acarretou ainda, um rompimento da aliança entre o Partido Socialista Brasileiro (PSB) e PT, que por sua vez, lançou candidatura própria apoiada por mais 13 partidos (GUIBU, 2012).

Na fala abaixo, podemos observar tal achado:

[...] começo com a questão eleitoral... tiveram rebatimentos... O Secretário Municipal saiu por conta do grupo político dele. Houve um rompimento do PSB com o PT. O PSB acena com candidatura própria, e quando há esse aceno o grupo de Humberto sai da secretaria ficando de certa forma acéfala... Portanto, há um rompimento do modelo que vinha de 11 anos... Antes disso teve a briga enfraquecida dentro do PT pra definição de quem seria o candidato e aí João da Costa tentando reeleição e dentro do partido realizam-se duas prévias e não há um endossamento a reeleição dele. Tinham setores que apoiavam a reeleição de João da Costa dentro do partido e setores que advogavam outra candidatura [...].

Observam-se ainda relatos referentes ao período eleitoral, como as mudanças do secretário de saúde e equipe gestora de nível central dificultando a continuidade de alguns programas.

Dois entrevistados dessa pesquisa abordaram essa questão:

[...] teve algumas mudanças na metade de 2012. Acho que isso prejudicou um pouquinho. Houve uma mudança do Secretário de Saúde, mudou toda a Equipe Gestora. E aí assim, a gente teve essa dificuldade de manutenção [...].

[...] eu só colocaria como dificultador geral também as questões eleitorais, quando entramos em ano eleitoral dependendo do partido, alguns programas vão conseguir andar em alguns lugares e outros não, a depender da discordância e da disputa entre partidos. Esses processos podem melhorar ou piorar, tendo tendência maior a piorar, quando começa o processo eleitoral [...].

Ainda como elemento da esfera política, identifica-se no Brasil o regime político democrático-representativo, uma vez que o povo exerce sua soberania, elegendo o chefe do poder executivo e os seus representantes nos órgãos legislativos. Eleições livres, liberdade de imprensa, respeito aos direitos civis constitucionais, garantias para a oposição e liberdade de organização e expressão do pensamento político também são elementos de tal regime político.

Merece destaque a fala de dois entrevistados que aborda o modelo administrativo do governo Dilma e sua influência no PMAQ-AB:

[...] estilo administrativo mais gerencialista... Dilma imprimindo seu modelo próprio. Rompe com o que Lula, Fernando Henrique faziam. De certa forma é um rompimento histórico, porque sempre prevaleceu o aumento de repasse, sempre se privilegiou de uma maneira isonômica e o no PMAQ há uma opção do governo Dilma que adota esse estilo mais gerencialista de premiar aqueles que melhor oferecem serviço [...].

[...] Em 2009 e 2010, estava fechando um ciclo de gestão nacional, federal do SUS, que foi o fim do governo Lula. Em 2011, inicia o governo Dilma, né

verdade? E muda um pouco, embora que seja a mesma linha de governo, mudam-se os atores sociais em Brasília. Então, o primeiro momento que a gente discutiu em Brasília o PMAQ já foi em 2011. E aí quando o governo Dilma assume... aí vem a proposta de rediscutir o financiamento da AB, mas não só através do aumento de incentivo, mas sim através de um componente de inserção de qualidade [...].

O governo Lula conseguiu superar a recessão herdada e desenvolveu políticas de distribuição de renda que alteraram a desigualdade social no Brasil. Além disso, consolidou e estendeu uma política externa independente, e permitiu que o Estado recuperasse seu poder de indução do crescimento econômico (OLIVEIRA, 2013).

Portanto, no campo político e ideológico, o colapso financeiro internacional (2008) interrompeu um longo ciclo de hegemonia do neoliberalismo em escala global, emergindo um cenário favorável para ampliação do papel do Estado na economia e na regulação (FAGNANI, 2011).

Além disso, as políticas públicas de relevância social permanecem como marca no governo Dilma, a exemplo da manutenção do Programa Bolsa Família. Dentre as 13 diretrizes previstas em seu governo, destacam-se as políticas sociais complementadas com a ampliação da geração de emprego e renda, fortalecimento da economia solidária e de programas de capacitação e crédito que favoreçam o empreendedorismo. Assim como, a ampliação de ações legais e administrativas de igualdade de direitos e oportunidades para mulheres, negros, populações indígenas, idosos e outros setores da sociedade.

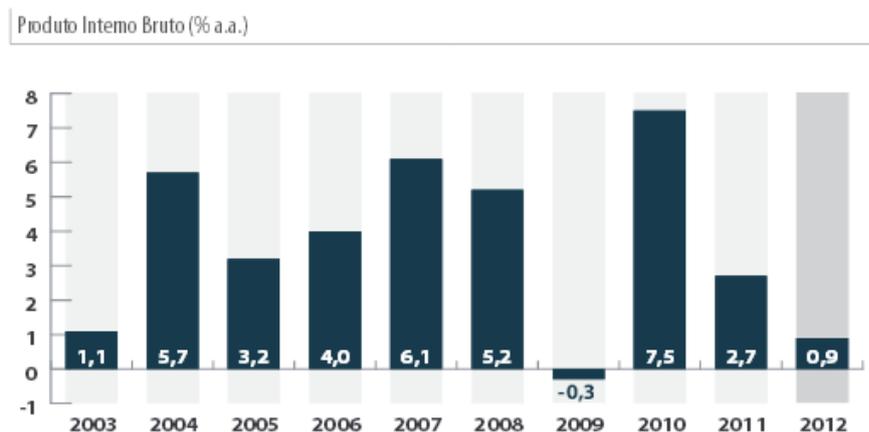
5.1.1.2 Esfera econômica

A economia brasileira experimentou na segunda metade dos anos 2000 um período de crescimento mais rápido, inflação controlada e uma melhora na distribuição de renda e redução da pobreza devido a uma grande mudança nas condições externas aliada a uma mudança pequena, mas muito importante, na orientação da política macroeconômica interna. A média de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) no período 2004-2010 foi de 4,5%, pouco mais do dobro do observado no período 1995-2003 (Serrano e Summa, 2011).

Apesar das dificuldades que persistem na economia internacional, a economia brasileira continua crescendo gradualmente. O PIB brasileiro cresceu

0,9% em 2012, inferior às expansões de 2,7%, em 2011, e 7,5% em 2010. O crescimento trimestral de 2012 mostra retomado crescimento ao longo do ano, de 0,1% no 1º trimestre para 0,6% no último, conforme ilustrado no gráfico 1 abaixo (BRASIL, 2012).

Gráfico 1 - Evolução do Produto Interno Bruto (PIB) 2003-2012.



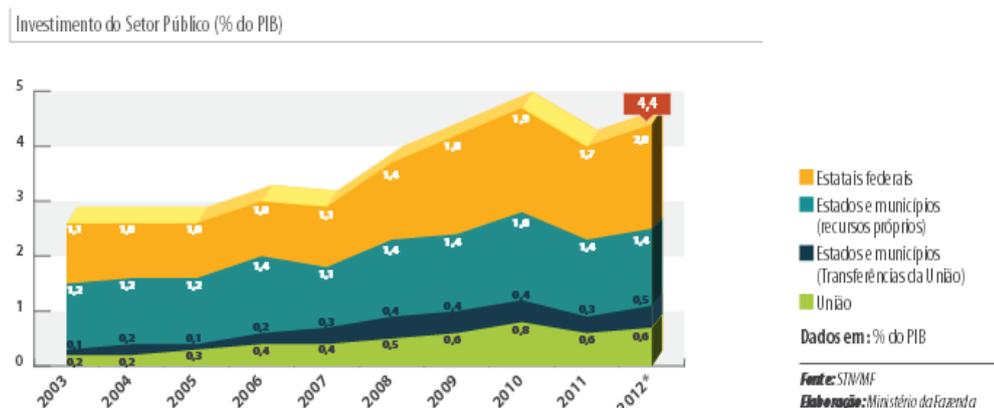
Fonte: Brasil (2012)

O impacto da crise internacional e o processo de ajuste de estoques na indústria foram determinantes para o resultado da economia. Mesmo assim, o País gerou 1,3 milhão de postos de trabalho com carteira assinada e o desemprego atingiu o nível mais baixo da série (BRASIL, 2012).

Por outro lado, estudos demonstram que para cerca de 30% da população do país, o PIB do Nordeste corresponde a apenas 13,5% do PIB brasileiro. Somente Pernambuco (2,5%), Bahia (4,1%), Ceará (2,1%) e Maranhão (1,2%) superam o percentual de 1%, comprovando as dificuldades econômicas e sociais geradas pela falta de investimentos públicos e privados na região (FREESE e CESSE, 2013).

Observa-se que o investimento do setor público ampliou nos últimos anos, passando de 2,6% do PIB em 2003 para 4,4% do PIB em 2012 (gráfico 2).

Gráfico 2 - Investimento do Setor Público (% do PIB) 2003-2012.



Fonte: Brasil (2013).

Contudo, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os gastos públicos em saúde representaram 3,6% do PIB, enquanto os gastos privados alcançaram 4,9%. Sendo, os governos federal, estaduais e municipais, responsáveis por apenas 42% dos gastos com saúde no país, enquanto as famílias e instituições sem fins lucrativos respondem pelos 58% restantes (IBGE, 2010).

5.1.1.3 Esfera social

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. Estas modificações, por seu turno, têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade (IBGE, 2010; FREESE; CESSE, 2013).

De acordo com os resultados do Censo demográfico de 2010, o Brasil apresenta uma população de 190.755.799 habitantes. A Região Nordeste concentra 28% desse contingente populacional, mantendo-se como a 2ª região mais populosa do Brasil, nas duas últimas décadas. O Estado de Pernambuco situa-se na 7ª posição entre os estados mais populosos, em 2000 e 2010, embora sua participação venha decrescendo no contexto da população brasileira, ao longo do século. A Região Metropolitana (RM) do Recife, formada por 14 municípios, é a 5ª região mais

populosa entre as RM brasileiras concentra 3.690.485 habitantes que residem em 1.247.497 domicílios. Sendo 42,6% da população metropolitana está domiciliada na capital Recife. Desse total, 3.589.674 habitantes são residentes da zona urbana e 101.383 habitantes moram na zona rural (IBGE, 2010).

A cidade do Recife apresenta um crescimento populacional, de acordo com as tendências de crescimento do Estado de Pernambuco e do Brasil ilustradas na tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Evolução Populacional Recife, Pernambuco e Brasil.

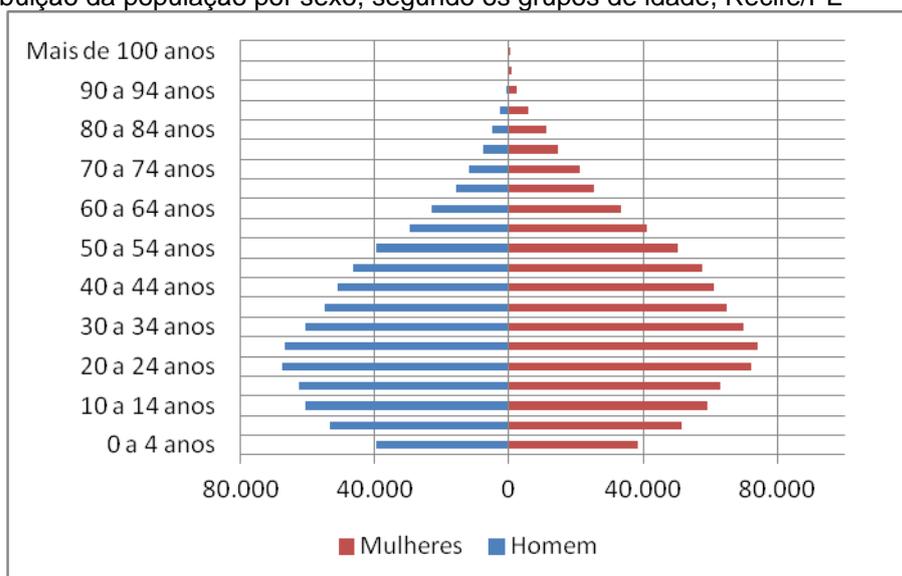
Ano	Recife	Pernambuco	Brasil
1991	1.298.229	7.127.855	146.825.475
1996	1.337.568	7.361.368	156.032.944
2000	1.422.905	7.918.344	169.799.170
2007	1.533.580	8.485.386	183.987.291
2010	1.537.704	8.796.448	190.755.799

Fonte: IBGE (2010).

O Recife apresenta-se como uma cidade heterogênea, onde, ao lado de áreas altamente valorizadas, encontram-se áreas com grandes problemas estruturais. O município reconhece a existência de 66 Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), disseminadas pelo espaço urbano do Município. Frente à existência de cerca de 490 favelas, representando 15% da área total do município e 25% da área ocupada, as ZEIS agregam cerca de 80% (IBGE, 2010; RECIFE, 2009).

Ao se analisar a pirâmide etária populacional do Recife (gráfico 3), nota-se uma predominância das faixas etárias mais jovens. A faixa etária entre 30 e 59 anos corresponde ao maior percentual, 40,8%, com 627.438 hab., seguido do grupo da faixa etária de 15 a 29 que apresenta 26,44%, correspondendo a 406.620 hab. A população com idade acima de 60 anos representa 11,81% dos hab. e compreende 181.724 habitantes (IBGE 2010).

Gráfico 3 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Recife/PE



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do IBGE (2010).

Outro aspecto importante relacionado às mudanças no padrão demográfico no Brasil refere-se ao contínuo aumento da expectativa de vida. De 1980 a 2000, houve aumento de 11%. Em 2008, a expectativa chegou há 73 anos com importantes diferenças regionais e por sexo. Porém, o Nordeste é a região com menor expectativa de vida. Em média, um nordestino vive 4,9 anos a menos que um residente da região Sul, 4,3 anos a menos que um residente na região Sudeste e 1,7 anos a menos que um residente na região Norte (BRASIL, 2012).

Sabe-se que a educação é indispensável para a criação e consolidação de mecanismos adequados de participação para a garantia do exercício dos direitos políticos e sociais. Segundo Atlas de Desenvolvimento Humano no Recife (2005), em 2000 foram registrados 10,40 % de analfabetos maiores de 15 anos. Ao desagregar essa informação por sexo, verificou-se maior percentual de analfabetos entre as mulheres (11,54%), enquanto que para os homens, o percentual foi de 9,31%. E ainda, considerando-se apenas os residentes e áreas de ZEIS, o percentual de analfabetos sobe para 15,30%, permanecendo a proporção de analfabetos para o sexo feminino.

De acordo com a tabela 2, Recife possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) maior que a média de Pernambuco e do Brasil. No entanto, ao se comparar com outras grandes capitais do Brasil, Recife possui um dos piores IDH, ficando na 13ª posição. Em relação à concentração de renda (índice de Gini), verifica-se que a cidade do Recife é uma das cidades brasileiras com maior

concentração de renda do Brasil (FREESE; CESSE, 2013; PROGRAMA NACIONAL UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010).

Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) / Índice de Gini, Brasil, Pernambuco, Recife (2000 – 2010).

	IDHM (2000)	IDHM (2010)	Índice de Gini (2000)	Índice de Gini (2010)
Brasil	0,612	0,727	0,64	0,60
Pernambuco	0,544	0,673	0,66	0,62
Recife	0,66	0,772	0,67	0,68

Fonte: IBGE (2010)

Vários outros indicadores, tais como disponibilidade de água tratada e adequada ao consumo, destino adequado dos dejetos e do lixo e de condições de moradia nas regiões metropolitanas do Nordeste e em municípios de grande e médio porte, demonstram as desigualdades entre as regiões consideradas urbanizadas do país (VIEITES, 2011).

O trecho abaixo relatado por um dos entrevistados sintetiza as mudanças sofridas na esfera social nos últimos anos:

[...] O Brasil mudou seu desenvolvimento, aumentou o consumo, tirou bastante gente da miséria, mudou a realidade de vida das pessoas, permitiu mais participação popular, que permitiu mais direito. Com isso, você tem outras consequências também como: mobilidade urbana, mais moto, muito mais condição e até na redefinição de lixos... Eles ampliavam casas, puxavam fios elétricos num sei de onde. Tinha televisão, consumia iogurte... Então, você tem outra configuração de ocupação [...]

Portanto, a rápida transição demográfica observada no Brasil apresentará impactos importantes na saúde da população e trará forte repercussão no SUS em decorrência do aumento da carga das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), mais frequentes com o aumento da idade mediana da população.

5.1.2 Microcontexto

5.1.2.1 Política setorial

A Constituição Federal de 1988 foi um momento inaugural da orientação descentralizadora para o setor saúde como uma alternativa aceitável para a reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social, para a redefinição das prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população e para a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais.

Segundo Costa (1999), o capítulo referente à saúde consolidou as tendências na gestão pública setorial de:

- I - reconhecimento da saúde como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde (Art. 196);
- II - estabelecimento de um novo paradigma para a ação estatal na área, ao determinar o atendimento integral, a descentralização político administrativa e a participação comunitária (Art.198, I, III);
- III - comprometimento financeiro pela criação de um orçamento público da seguridade social que sustenta um conjunto integrado de ações capaz de “assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Art.194);
- IV - unificação da ação pública pela definição do SUS como instância única da gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 196 e 198).

A regulação do processo de descentralização no SUS é constituída pelos seguintes elementos normativos: nos anos 1990, representado por quatro NOB, de 1991, 1992 (similar à anterior), 1993 e 1996. Na década de 2000, foi publicada a NOAS, nas versões 2001 e 2002.

Em 2006, foi implantado o Pacto pela Saúde, que tinha o objetivo de definir prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Sendo no primeiro componente, o reforço no SUS para o movimento da gestão pública por resultados, a partir de um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Dentre os objetivos e metas prioritárias deste componente destaca-se o fortalecimento da AB com vistas ao fortalecimento da Saúde da Família como estratégia da AB; qualificação profissional;

garantia de infraestrutura e insumos nas UBS; financiamento tripartite para a AB e por fim, monitoramento e avaliação.

Mais recentemente, foi aprovado o Decreto nº 7.508/11 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011).

Para efeito deste decreto, identificamos o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) da Saúde, como sendo um elemento importante do microcontexto do programa em questão. Considerando que trata-se de:

“... um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde” (grifo nosso).

Pinto *et al* (2012) demonstram que o desenho do novo financiamento da PNAB, guarda coerência ao que pretende ser implantado com o COAP e seus instrumentos. O PMAQ-AB, por sua vez, faz parte dessa indução, pois considera importante a contratualização de compromissos, o monitoramento de indicadores e o alcance de resultados.

Tais elementos indutores do PMAQ-AB e com o financiamento da AB também são encontrados na fala de um dos entrevistados:

[...] Se há uma indução federal, mas para quem faz a adesão o primeiro interesse era aumentar a captação de recurso. Acho que são dois interesses que não são iguais, mas que vão tentando casar ao longo do tempo [...]

A expansão da AB, a eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população, a redução da mortalidade infantil são exemplos dos avanços alcançados pelo SUS. Porém, desafios novos e/ou persistentes requerem medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de situações urgentes. Dentre eles, destaca-se o acesso da população a ações e serviços de saúde de qualidade, que se traduz na equidade a este acesso, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no

atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas (BRASIL, 2012).

A partir desse diagnóstico, a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife direcionou suas ações para a implantação de um modelo de atenção à saúde com foco na estratégia de Municípios Saudáveis: ampliação da cobertura da ESF; criação e implantação do Programa Academia da Cidade (PAC); o Programa de Saúde Ambiental (PSA), o Tratamento Coletivo da Filariose; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192. E ainda, a estruturação da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho, garantia dos direitos trabalhistas aos profissionais da ESF; estruturação da Assistência Farmacêutica e do Programa Farmácia da Família (RECIFE, 2009).

A fala de alguns entrevistados destacam aspectos importantes do processo de expansão da AB no município:

[...] quando o PT chegou à prefeitura ele fez uma coisa ousada... Porque se analisarmos a atenção básica, nós tínhamos de 25-27 equipes de saúde e subimos para duzentos e pouco... A gente sabe que não é fácil, principalmente, trabalhar para a área mais pobre... Do ponto de vista da população mais carente foi um ganho fenomenal[...]

[...] aqui no Recife mesmo, você viu que passamos de uma cobertura praticamente 'inexistente', médicos de família contratados por cooperativas que nem direito trabalhistas eles tinham... Ai você passa para uma estrutura em que você tem profissionais concursados, condição melhor, investimento em capacitações, expansão da cobertura [...]

Considerando tais necessidades, de garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de qualidade, foi delineado o Modelo Recife em Defesa da Vida (2010-2013), tendo como diretrizes:

- a) A valorização da AB com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos;
- b) A ampliação das ações de promoção e prevenção;
- c) A rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados, segundo padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como internação domiciliar, visita aberta e direito à acompanhante de livre escolha do usuário durante o internamento hospitalar;
- d) O estabelecimento de atenção segundo linha de cuidado com equipes de referência e cogestão;

- e) Necessidade da desinstitucionalização na saúde mental e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos com resolutividade.

Encontramos relatos nas entrevistas de que o modelo supracitado estava alinhado às políticas e programas de âmbito federal:

[...] Recife estava com um modelo denominado 'Recife em Defesa da Vida' que estava bem alinhado com o modelo que era discutido no Ministério da Saúde [...].

[...] trabalhávamos no território com os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) que são: Acolhimento, Apoio Matricial, PTS, Cogestão e Apoio Institucional [...].

No entanto, identificamos discurso de divergências entre o modelo de saúde do município e do estado:

[...] No Estado de Pernambuco mesmo, a gente vê o avanço de um modelo tão forte Estatal que você praticamente vê uma substituição de modelo... Avança-se na flexibilização com a gestão compartilhada com as OS, reducionismo do que é público do que é privado... E com isso vai entrando numa coisa muito perigosa que é o modelo produção consumo que naturalmente reflete num modelo essencialmente queixa-conduta... Então, vai na emergência queixa-conduta... vai e volta... vai volta... entra no leito, entra na UTI, mais dinheiro, mais recurso [...].

Há quem considere que o modelo Recife em Defesa da Vida teve avanços ideológicos, porém na prática observam-se dificuldades na organização do sistema:

[...] modelo sanitaria, modelo todo focado em saúde pública, mas vemos muita dificuldade na organização dos serviços... a questão de referência/contrarreferência... você tem dificuldade de articular com o Estado que domina a média e alta complexidade em sua maioria, mas mesmo dentro dos serviços municipais... ou seja, se você pegar os documentos é um modelo muito bonito, no papel muito bonito, mas eu via muita dificuldade na prática, na execução das políticas [...].

5.1.2.2 Financiamento setorial

O financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições

orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm se transformado em um grande desafio para os gestores.

Segundo documento elaborado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2006), o Brasil gasta muito pouco com saúde. O total do financiamento público vem oscilando entre 125 e 150 dólares per capita ao ano, enquanto no Canadá, países europeus, Japão, Austrália e outros, a média do financiamento público é de US\$ 1.400,00 per capita, na Argentina é US\$ 362,00 e no Uruguai, US\$ 304,00.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 198, parágrafo 3º determinou que, por meio de Lei Complementar, seriam definidos os percentuais que a União, os Estados e os municípios aplicariam na área da saúde, explicitando critérios de reavaliação, normas de fiscalização e controle (BRASIL, 1988).

Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), que estabeleceu um patamar mínimo de recursos a serem aplicados pelas três esferas de governo para financiar as ações e serviços públicos de saúde, da seguinte forma:

- a) no caso da União: valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB;
- b) no caso dos estados e do Distrito Federal: 12% do produto da arrecadação de impostos e transferências constitucionais; e
- c) no caso dos municípios: 15% do produto de arrecadação de impostos e transferências constitucionais.

Após quase uma década, a regulamentação da EC 29 voltou ao debate de forma contundente em dezembro de 2007 em razão da perda da União em prorrogar a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Passados mais de três anos de discussões, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei Complementar (PLP) 306 de 2008, que regulamenta a EC 29, em 21 de setembro de 2011. O Senado aprovou o projeto em 7 de dezembro de 2011 e a presidente Dilma Rousseff sancionou em 15 de janeiro de 2012 (AMB, 2012).

Porém, foram vetados 15 dispositivos do texto aprovado, que por sua vez, evitam a necessidade de ajustes nos cálculos caso haja revisão da variação do PIB de anos anteriores, para impedir "instabilidade na gestão fiscal e orçamentária", segundo a Presidente Dilma. Portanto, os estados mantêm-se obrigados a investir 12% da arrecadação com impostos e os municípios, 15%. O percentual para o Distrito Federal varia de 12% a 15%. A lei estabelece ainda que, em caso de

variação negativa do PIB, o valor de investimento não pode ser reduzido no ano seguinte.

Salvador Werneck (2007) considera o problema do financiamento do setor saúde apenas “mais um entre vários produtos de uma crise na Federação”. Refere ainda, “parece inegável o descompasso entre a maior responsabilidade e a capacidade financeira dos municípios no atendimento satisfatório das demandas sociais”. Se, por um lado, ocorreu o processo de descentralização fiscal, com os municípios assumindo maior peso no atendimento das demandas sociais e nos gastos totais, por outro, vários deles vivem em dificuldade financeira e não apresentam condições de responder adequadamente à demanda de serviços que recai sobre eles.

Como destaca o Manifesto do CEBES, ABRASCO, Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Rede Unida e Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), por ocasião do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, o subfinanciamento do SUS tem dupla implicação:

Uma, por impossibilitar os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade (...), o que os compele a subremunerar os profissionais e os estabelecimentos prestadores de serviços, a não investir em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde e a atrasar com frequência o pagamento de prestadores e fornecedores, pondo em risco a viabilidade da gestão. Outra, por significar intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos prontos-socorros e consultórios de especialidades, impossibilidade da atenção básica (...) a ser a porta de entrada preferencial com alta resolutividade, e a permanência do predomínio de intervenções tardias: doenças preveníveis não prevenidas, doenças agravadas não atendidas precocemente e mortes evitáveis não evitadas (CEBES *et al*, 2005).

A maioria dos entrevistados cita o subfinanciamento do setor saúde como um dos grandes problemas no avanço do SUS, especialmente da AB:

[...] a reclamação dos municípios que é geralmente quem operacionaliza a atenção básica no país, era em relação ao financiamento, os municípios ficavam com uma carga muito grande do financiamento dessas equipes e precisava se discutir mais investimento na atenção básica [...].

[...] historicamente há uma cobrança seja de prestador de serviços do SUS ou do próprio município ou outro ente federativo, como o estado, por aumento de recurso [...].

[...] Financiamento que a gente tinha, apesar do aumento do recurso federal, a partir da emenda 29 e outras como a Lei Complementar ainda são insuficientes [...].

A partir da instituição do Pacto pela Saúde, as transferências de recursos para estados e municípios são feitas em cinco (5) blocos de financiamento, isso significa maior autonomia dos gestores para investimentos de acordo com as necessidades locais, entretanto a transferência de recursos entre os blocos não é permitida. O bloco de AB é composto pelo Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) - valor per capita anual mínimo de R\$ 13,00 e o Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) – descrito por um rol de incentivos financeiros que foram criados com o intuito de estimular os municípios a avançarem nas políticas municipais de saúde (BRASIL, 2006).

Sendo a Portaria nº 204/07, a que 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 (BRASIL, 2007).

O PMAQ-AB constitui numa das estratégias federais prioritárias para expansão e fortalecimento da AB no Brasil. De acordo com a Portaria nº 1.089/12, os municípios que fizerem parte do programa receberão um incentivo financeiro denominando de Qualidade do PAB variável.

Segundo trecho da fala de um dos informantes-chaves, tal estratégia federal consiste em uma resposta as necessidades de maiores investimentos na AB: *“Eu enxergo hoje que, houve uma resposta do MS a uma demanda municipal. Só que acrescentando a visão da gestão da união, onde não queria simplesmente passar recurso, tentar introduzir um componente de qualidade”*.

De acordo com Pinto *et al* (2012), o PMAQ-AB faz parte de três movimentos mais profundos da saúde que são: a valorização e definição da AB como porta de entrada do sistema; o redesenho da governança sistêmica e do financiamento do SUS, e por fim, um modelo de avaliação por desempenho dos sistemas de saúde.

Porém um elemento importante a ser considerado é que o PMAQ-AB por compreender um incentivo financeiro variável e de fonte de recurso instável, para a maioria dos gestores entrevistados esse programa pode ser “tirado” a qualquer momento gerando por muitas vezes insegurança e incertezas, conforme destacado na fala abaixo:

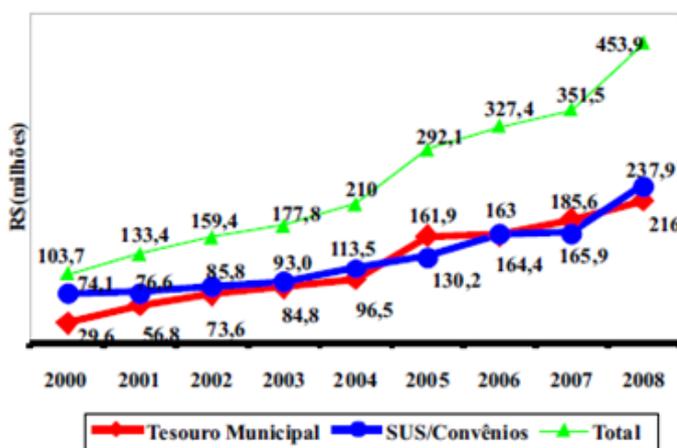
[...] Para os municípios, os mecanismos de indução são o impacto financeiro... praticamente você dobra e mais um pouco o seu recurso da AB. Então, é lógico que os municípios vão querer. Porém, para o gestor

municipal, principalmente para os de médio e pequeno porte, o PMAQ ele não é um recurso estável, ele pode ser retirado a qualquer momento. Se você não atingir a meta, você cai! Se a equipe não for bem, o recurso diminui. Se o médico sai, a equipe é descredenciada, e conseqüentemente, não recebe nem o PMAQ nem o incentivo [...].

Portanto, percebe-se que há uma indução do MS para o componente de melhoria da qualidade da AB aliado ao forte interesse dos gestores municipais por aumento de recurso financeiro.

Em geral, os gestores municipais têm garantido o financiamento de acordo com a EC 29 (no mínimo 15%, a partir de 2004). O município do Recife teve aumento crescente dos recursos municipais, da ordem de 216 milhões, destinados ao setor em 2008 quando comparado aos 29,6 milhões em 2000, conforme ilustrado no gráfico 4 abaixo:

Gráfico 4 - Orçamento da Saúde (em milhões de Reais). Recife, 2000 – 2008.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/ Diretoria Administrativa Setorial/ SIOPS (RECIFE, 2009).

5.1.2.3 Problemas de saúde e serviços de saúde

Ao longo do tempo, a evolução do comportamento de algumas doenças, influencia e é influenciada pelo processo de desenvolvimento das diversas sociedades. Assim, o conjunto de fatores epidemiológicos, demográficos e nutricionais correlacionados interfere no padrão de morbimortalidade e devem ser estudados atrelados às formas de desenvolvimento econômico e social dos diferentes países (SANTOS, 2008).

Nas últimas décadas, a sociedade brasileira tem passado por significativa transformação nas condições de vida e saúde da população. Essas transformações, de ordem demográfica, social, política e econômica criaram novas demandas para o

sistema de saúde, com repercussões na alocação dos recursos públicos destinados ao setor (OLIVEIRA, 2013).

Tal mudança no perfil de morbimortalidade é relatada por um dos entrevistados:

[...] Muda tudo! Muda a cultura, a forma de funcionar, de como ver esses determinantes... De ocupação, moradia, transporte, esporte, mobilidade e acesso aos serviços básicos... Você tem um maior número de traumas com o crescente volume de automóveis, moto, carro, mobilidade e complexidade urbana... Então, você ver um volume de atendimentos com o aumento da morbidade por acidente de trânsito, violência, causas externas [...].

Segundo Freese e Fontbonne (2006), o Brasil apresenta o perfil epidemiológico denominado como de um Perfil de “Desigualdades”, caracterizado pela secular heterogeneidade estrutural no interior da sociedade, com diferenciação e desigualdades acentuadas entre as diversas classes sociais, tais como:

- 1) Elevadas taxas de incidência, prevalência e mortalidade para algumas doenças transmissíveis negligenciadas, endêmicas e epidêmicas, passíveis de controle ou erradicação como: esquistossomose, malária, dengue, hanseníase, tuberculose;
- 2) Redução acentuada e controle ou erradicação de enfermidades evitáveis por vacinação. Porém, é evidente a expansão das DCNT como: hipertensão, diabetes, obesidade, osteoporose;
- 3) Redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida, redução da natalidade e da fecundidade;
- 4) Explosão da violência urbana com o incremento das mortalidades por causas externas, dos homicídios e dos acidentes de trânsito.

Ao analisarmos a Mortalidade Proporcional pelos principais capítulos da Codificação Internacional das Doenças (CID) no período de 1980 a 2010, observa-se na tabela 2 que as Doenças do Aparelho Circulatório representam a maior proporção de óbitos entre todas as causas, seguidos de Neoplasia e das Causas Externas, no Brasil e na região Nordeste. Identificamos ainda, uma diminuição da mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e das causas mal definidas, e um aumento considerado das mortes decorrentes de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (FREESE & CESSE, 2013).

Tabela 2 - Mortalidade Proporcional no Brasil (BR) e Região Nordeste (NE) segundo capítulos da CID (1980-2010).

Capítulo CID		1980	1990	2000	2010
Doenças do aparelho circulatório	BR	32,8	36,0	35,8	38,5
	NE	14,8	20,9	26,9	37,4
Neoplasias	BR	10,6	13,0	10,6	21,1
	NE	4,5	6,5	10,4	17,1
Causas Externas	BR	12,2	15,8	16,3	16,9
	NE	7,5	11,3	14,4	19,7
Doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtorno imunitário	BR	4,4	5,4	6,5	8,3
	NE	2,8	3,9	6,4	10,0
Doenças infecciosas e parasitárias	BR	12,1	7,3	6,1	5,8
	NE	12,8	6,5	6,1	5,5
Sintomas e sinais e afecções mal definidas	BR	27,9	23,3	18,7	9,4
	NE	57,5	50,0	35,8	10,2

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2013).

No que diz respeito à da rede de serviços de saúde na Cidade do Recife, é composta por Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas Tradicionais (UBT), que representam a principal porta de entrada do sistema.

No período do estudo (2011-2012), o município possuía 117 USF, totalizando 243 eSF e 123 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Entre 2001 e 2009, a gestão ampliou em nove vezes o número de equipes de SF, resultando na ampliação da cobertura do PSF (54%). As ESB, antes inexistentes, foram incorporadas ao PSF a partir de maio de 2001.

Avanços na expansão da AB foram percebidos, porém a persistência de problemas como integração, organização dos serviços e infraestrutura das UBS são relatadas pela maioria dos entrevistados.

[...] a questão da infraestrutura era colocada pelos profissionais como precária (mofo, lixo próximo, esgoto, teto que cai por causa da chuva) atrapalhando as condições de trabalho... Historicamente, a maioria das casas é alugada, compreendendo ai o processo de Recife que tem muitas dificuldades em encontrar imóveis próximos aos lugares que as pessoas vivem [...].

[...] Em Recife, temos uma peculiaridade que é um ambiente adverso no sentido de infraestrutura, demanda populacional e suporte de rede de saúde, que faz as pessoas de certa maneira ficarem desgastadas... Falta papel higiênico, receituário e tem goteira na sua sala... é difícil elaborar coisas mais complexas quando você não tem 'o feijão com arroz' [...].

[...] Na atenção básica você discute prioridades: estrutura física, organização dos serviços com a implantação de NASF, CAPS, uma série de outros agentes no território trabalhando através de metodologias que Apoio Matricial, Apoio Institucional, Matriciamento, Rede de saberes... Então, você precisa garantir um espaço que pudesse absorver essas novas tecnologias... Novos dispositivos [...].

As condições inadequadas de trabalho para os profissionais de saúde na AB encontrados no estudo de Lopes (2013). Segundo relatos dos profissionais entrevistados pelo autor, as precárias condições de trabalho comprometem sua capacidade de intervenção e satisfação com o fazer cotidiano, bem como as questões de ambiência pouco acolhedora das UBS.

Mesmo diante de tal realidade, a autora supracitada encontra indícios da prática interdisciplinar no trabalho da eSF, considerando a relação estabelecida entre os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para o planejamento de estratégias integradas e de cooperação, no enfrentamento das situações de vulnerabilidade presentes nos indivíduos que moram no território de sua responsabilidade sanitária.

5.2 CONTEÚDO

A presente seção apresentará o conteúdo do PMAQ-AB, a partir dos seus componentes de análise: objetivo geral e específicos, diretrizes e ações programáticas. Compreenderá ainda, o marco normativo/base legal.

5.2.1 Componentes de análise do conteúdo

O quadro 7 abaixo descreve os componentes de análise do conteúdo, a partir dos documentos oficiais que fundamentaram o programa.

Quadro 7: Componentes de análise do conteúdo do PMAQ-AB

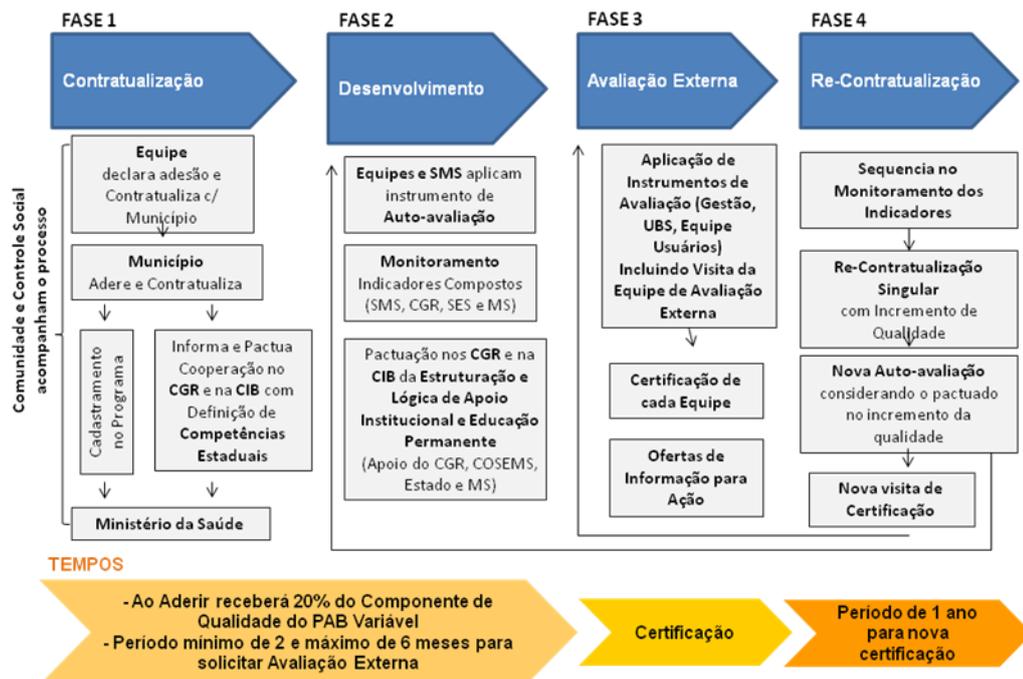
ANÁLISE DO CONTEÚDO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	
Componentes de análise	Descrição
1. Objetivo geral	- Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB.
2. Objetivos específicos	I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários; II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde; IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo; V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB; VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VII - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.
3. Diretrizes	I – Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da AB II – Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes da AB; III – Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade; IV – Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB; V - Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; VI - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; VII – Ter caráter voluntário para a adesão das equipes da AB e dos gestores municipais.

Fonte: Elaborado pela autora.

Ainda de acordo com os documentos oficiais, o PMAQ-AB está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

A figura 3 ilustra o PMAQ-AB e suas respectivas fases:

Figura 3 - PMAQ-AB e suas fases



Fonte: DAB/MS (BRASIL, 2011).

5.2.1.1 Adesão e contratualização

É a primeira fase do programa que trata de formalizar a entrada das EAB no programa. Para isso, faz-se necessário a contratualização de compromissos e indicadores entre as EAB e os gestores municipais, e destes com o MS. Tal processo envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

Discutiremos os compromissos e papéis das equipes e gestores na categoria de análise dos atores envolvidos no programa.

No que diz respeito aos indicadores para contratualização no PMAQ-AB, se relacionam aos indicadores pactuados no âmbito do Pacto pela Saúde e utilizados para a construção do Indicador Nacional de Saúde, no âmbito do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (BRASIL, 2011a).

Foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso, conforme quadro 8 abaixo:

Quadro 8 - Áreas estratégicas e natureza do uso do indicador

Área Estratégica	Natureza do uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

Fonte: DAB/MS (2011)

Na percepção dos entrevistados, a fase de adesão é onde se estabelecem as regras do programa:

[...] O PMAQ vem trazendo a discussão de aproveitar a responsabilidade sanitária da gestão, e por isso, a necessidade de adesão... aumentar a corresponsabilidade, vínculo sanitário, incentivar a capacitação... Para isso, aumentar o recurso. Você aloca mais recurso e dar uma regra... O PMAQ traz a regra... Vai gastar nesse, nesse e nesse ponto... Se você atender esse pacote, você tem o recurso que vai conseguir dar um aumento importante na saúde... Na adesão você tem que ter isso, isso e mais isso [...].

5.2.1.2 Desenvolvimento

A segunda fase do PMAQ-AB consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas EAB e gestores. Está organizada em quatro dimensões, a saber:

- Dimensão 1: Autoavaliação, corresponde ao início da fase de desenvolvimento, onde as EAB identificarão aspectos positivos e problemáticas do seu processo trabalho. Acredita-se que tal estratégia produzirá sentidos e significados potencialmente facilitadores/ mobilizadores de mudança e aprimoramento.

O DAB/MS disponibilizou aos municípios um instrumento autoavaliativo denominado de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) que foi construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. Vale ressaltar que a ferramenta ofertada pelo MS poderá ser combinada com outras, cabendo aos gestores municipais e às EAB definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adéque(m) à sua necessidade e realidade.

Segundo relatos dos gestores municipais, Recife adaptou o instrumento disponibilizado pelo MS:

[...] O MS deixa o município livre para utilizar o instrumento que ofertava ou o município poderia fazer o seu. Então, nós utilizamos o documento do MS como base e fizemos as modificações para adequar a realidade que a gente tinha no território, que naquela época o instrumento não contemplava. Então, o município teve esse cuidado de fazer o instrumento chamado Autoavaliação SUS Recife e teve esse diferencial com o que o programa colocava [...].

- Dimensão 2: Monitoramento, consiste no acompanhamento dos indicadores contratualizados já mencionados no momento da adesão. A escolha desses indicadores ficou restrita aos dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Contudo, o MS já sinaliza que em 2012 iniciará a implementação de um novo sistema de informação que permitirá o registro nacional de informações em saúde. Outro aspecto relevante é que a pactuação de metas não possui caráter obrigatório e deve ser realizada nas situações em que o gestor municipal entender a necessidade e/ou importância de definir previamente as metas para parte ou para a totalidade dos indicadores.

Essa etapa do desenvolvimento tem como objetivos:

I – Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre as EAB e o gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;

II – Subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes quanto para os gestores das três esferas de governo;

III – Promover o aprendizado institucional ao permitir a identificação e priorização de desafios para a melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;

IV – Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; e

V – Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB para enfrentarem os desafios.

Na percepção dos informantes-chaves do segmento gestor, esta fase de desenvolvimento constitui um dos elementos essenciais para a implementação do programa.

[...] o coração do programa é a fase de desenvolvimento, é a fase de negociação e pactuação dos trabalhadores, é a fase de discussão do processo de trabalho, reflexão sobre as suas práticas e identificar que é mais necessário, prioritário, planejar junto com a equipe para que se aplique esse recurso [...].

De acordo com os gestores municipais, Recife não pactuou metas dos indicadores contratualizados no PMAQ-AB: *“os indicadores foram mais uma discussão do que pactuação de metas... muito mais para o entendimento de quais eram os indicadores que estavam sendo avaliados e solicitados pelo PMAQ”*.

Para profissionais de saúde e alguns gestores, a discussão dos indicadores não estava muito clara, seguem abaixo trechos das entrevistas:

[...] em algumas divisões, por exemplo, da história do SIAB, das questões complementares, do que é considerado demanda espontânea, agendada, imediata... fica difícil de você avaliar, acho que você tem um viés grande de interpretação nesse sentido... na equipe cada pessoa registra algo diferente, então vai ter uma diversidade muito grande de respostas, distanciando um pouco da realidade [...].

[...] Algumas pessoas não entendiam os indicadores, as metas... Também tiveram algumas pessoas da gestão que não entendiam como o PMAQ funcionava. E a gente, discutia como cumprir um parâmetro se não se dar condições. De alguma forma, tanto do segmento trabalhador como gestor, não entendia completamente [...].

- Dimensão 3: Educação permanente (EP), deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho. Sugere-se a vinculação dos processos de EP à estratégia de

Apoio Institucional (AI), uma vez que potencializa o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na AB. Da mesma forma, é importante diversificar essas ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como: troca de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras etc.

Esse componente da fase de desenvolvimento não foi citado pelos entrevistados.

- Dimensão 4: Apoio institucional (AI), possui função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde do Recife (RECIFE, 2009), estavam previstas 10 diretrizes de atuação da Secretaria de Saúde, dentre elas destacamos: a cogestão e produção de autonomia.

Segundo o plano supracitado, tal diretriz tem como objetivo desenvolver estratégias de gestão colaborativa e democrática, com corresponsabilização de trabalhadores e usuários na ação e nos resultados. São exemplos desta diretriz: colegiados de gestão nos serviços; gestão cotidiana democrática; contratualização de metas na rede, por unidades e por profissionais; *Apoio Institucional*; fortalecimento de Conselhos de Saúde; fórum permanente de discussão com a comunidade; Educação em Saúde e Apoio Matricial.

Na categoria de análise dos atores envolvidos no programa, discutiremos mais detalhadamente a importância do seu papel na operacionalização do PMAQ-AB.

5.2.1.3 Avaliação externa

Consiste em um conjunto de ações que verificará as condições de acesso e de qualidade dos municípios e EAB participantes do programa. Tal momento é realizado com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa por todo trabalho de campo.

De acordo com o documento síntese da avaliação externa disponibilizado pelo MS, esta fase compreende quatro módulos:

- a) Módulo I - Observação na UBS, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos. Faz parte o primeiro Censo Nacional das UBS;
- b) Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS, objetiva coletar informações sobre processo de trabalho da equipe e organização do cuidado com o usuário;
- c) Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização;
- d) Módulo IV - Módulo *online*: compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos anteriores.

No que diz respeito ao instrumento de avaliação externa, está organizado em quatro grandes dimensões e 12 subdimensões, que consistem nos eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade.

A certificação terá como base principal evidências constatadas por meio de documentos (atas, relatórios, instrumentos, prontuários etc.), da observação direta e outras fontes verificáveis. O Quadro 9 apresenta as dimensões e respectivas ponderações que serão consideradas na certificação do desempenho das equipes.

Quadro 9: Certificação do desempenho das equipes

Ponderações	Dimensões
10%	Gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica
10%	Estrutura e condições de funcionamento da Unidade Básica de Saúde
20%	Valorização do Trabalhador
50%	Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho
10%	Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário

Fonte: DAB/MS (BRASIL, 2011)

Os dados analisados das entrevistas identificaram aspectos importantes para discussão desta fase, são eles: governabilidade da equipe; viés de avaliação, dentre outros.

[...] a avaliação externa a maior parte dela está voltada para o processo da equipe o que eles estão realmente conseguindo realizar de ações, o que eles têm de registro, comprovando as ações que estão realizando, demonstrando como é o processo. Outra questão que tem uma pontuação significativa também é a forma como a gestão contrata esse trabalhador, se ele tem direitos trabalhistas, algum grau de estabilidade no trabalho, dentre outros [...].

Vale ressaltar que a avaliação considera tanto aspectos que são de responsabilidade da gestão como das equipes. A dimensão *Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho* que corresponde a 50% da certificação reflete maior governabilidade da equipe.

No que diz respeito ao processo de avaliação, a maioria dos entrevistados questiona o método de avaliação, seja pelo viés de interpretação do entrevistador, pelo interesse dos gestores do recurso e pela concepção do caráter punitivo.

Seguem trechos das falas que sintetizam esses achados:

[...] a avaliação é baseada num questionário e realizada por pessoas muito diferentes, cada pessoa é uma pessoa, por mais que a gente queira ter um questionário todo arrumadinho, todo fechadinho, sempre vai ter algum problema, uma dificuldade, ou vai ter uma interpretação um pouco diferente [...].

[...] muitas vezes o gestor está mais preocupado com o recurso que vai receber... cito casos de consultorias que estavam fazendo, "cursinho" para passar no PMAQ. Então, veja ai o que é a deturpação de um programa [...].

[...] Estão muito centrados na questão financeira, passando ao léu muitas vezes da avaliação da qualidade. Tivemos relatos de maquiagens, o pessoal maquiando seu serviço para receber a pesquisa, a gente até apelidou de "*kit PMAQ*" [...].

[...] Nós, da área de saúde, não estamos acostumados a ser avaliados... Não faço coro das pessoas que acham que é punitivo, que vai criar ranking dos piores e dos melhores... muita gente acha que essa *avaliação é punitiva* [...].

5.2.1.4 Recontratualização

Corresponde à certificação da Equipe. Com base no desempenho de cada equipe, uma “recontratualização” de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e a outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas.

5.2.2 Marco normativo/base legal

Ainda referente a esta categoria de análise, conteúdo do programa, identificamos diversas portarias, manuais e outros documentos relacionados ao PMAQ-AB, conforme descrito no quadro 10 abaixo:

Quadro 10 - Síntese do marco normativo/base legal do PMAQ-AB

(continua)

TIPO	DESCRIÇÃO	OBJETO
1. Portarias	Nº 1.654, de 19 de julho de 2011	- Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do PAB Variável
	Nº 2.087, de 01 de setembro de 2011	- Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
	Nº 576, de 19 de setembro de 2011	- Estabelece novas regras para carga horária de médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista
	Nº 2.396, de 13 de outubro de 2011	- Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do PAB Variável
	Nº 1.089, de 28 de maio de 2012	
	Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	- Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde
	Nº 2.812, de 29 de novembro de 2011	- Homologa a adesão dos municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
	Nº 225, de fevereiro de 2012	
	Nº 644, de 10 de abril de 2012	
	Nº 2.838, de 01 de dezembro de 2011	- Institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde
	Nº 866, de 3 de maio de 2012	- Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa

Quadro 10 - Síntese do marco normativo/base legal do PMAQ-AB

(conclusão)

2. Manuais instrutivos	Instrutivo para as equipes de Atenção Básica	- Instruções gerais para equipes de Atenção Básica e gestores do PMAQ
	Anexo Ficha de Qualificação dos indicadores	- Instruções dos indicadores de desempenho e monitoramento
	Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica	- Instruções e ferramenta de autoavaliação
	Documento síntese para avaliação externa	- Instruções da avaliação externa
	Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você/Acesso e Qualidade	- Instrumento de coleta de dados utilizado na avaliação externa
3. Outros documentos relacionados	PROESF – Projeto Expansão e Consolidação da Saúde da Família (2002-2013)	- Projeto de expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família
	AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (2002)	- Instrumento de gestão interna (autogestão) dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a Estratégia Saúde da Família
	Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS (2004)	- Apresenta os princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3 Atores

Para analisar os atores envolvidos no PMAQ-AB, utilizaremos como referencial o estudo de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) que, por sua vez, consolidou o Momento Estratégico do Planejamento Estratégico Situacional de Matus (1996) e o software denominado Policy maker, de autoria de Reich e Cooper (1996).

Quadro síntese 11 dos principais atores envolvidos e suas características tais como: envolvimento, forma de participação, interesse, influência/poder e posição em relação ao programa.

Quadro 11 - Síntese dos principais atores envolvidos e suas características relacionadas ao PMAQ-AB.

ATORES	CARACTERÍSTICAS				
	ENVOLVIMENTO	PARTICIPAÇÃO	INTERESSE	INFLUÊNCIA /PODER	POSIÇÃO
1. MS	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Apoio político e técnico na elaboração
2. Comissões Intergestoras Regionais	Significativo	Direta/pontual	Significativo	Relativo	Apoio político e técnico
3. SES	Não houve	Indireta	Indireto	Relativo	Não demonstrou interesse. Não se opôs.
4. SMS	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Apoio político e técnico
5. AI	Elevado	Direta	Elevado	Significativo	Apoio político e discussões técnicas com as equipes
6. Profissional de saúde da ESF	Significativo ou Não houve	Direta	Significativo ou Não houve	Significativo	Aliado ou opositor
7. Usuários	Limitado (representativo)	Direta/pontual	Indireto	Relativo	Indiferente
8. Instituição de Ensino e Pesquisa	Específico (Avaliação Externa)	Direta/pontual	Significativo	Relativo	Apoio técnico (avaliação)

Fonte: Lyra (2009)

5.3.1 Identificação dos atores envolvidos e suas características

[...] O ministério da saúde em geral, mas principalmente a atenção básica do ministério da saúde, a presidente acompanha diretamente o PMAQ; o ministro da saúde o departamento de atenção básica, várias coordenações ligadas ao DAB. Apoiadores institucionais. CONASEMS, os secretários municipais de saúde são os grandes demandadores, aqueles que trazem as dificuldades, que tem problema na atenção básica... CONASS também participar... a superintendência de Atenção Primária da SES... presidência do COSEMS e os próprios secretários municipais, coordenadores municipais da atenção básica [...]

A fala supracitada sintetiza os principais atores envolvidos no programa. Foram, portanto, destacados oito atores institucionais envolvidos que serão apresentados na sequência abaixo, a partir da análise documental e das entrevistas.

5.3.1.1 Ministério da Saúde

De acordo com os documentos oficiais, estão previstos os seguintes compromissos do MS:

- i. Assegurar a efetiva implementação do programa no âmbito nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal;
- ii. Transferir regularmente os recursos referentes ao Componente de Qualidade do PAB Variável;
- iii. Efetuar a análise do cumprimento das condições de adesão e de permanência dos municípios no programa;
- iv. Elaborar instrumentos e promover processos de apoio institucional para subsidiar a implantação do programa;
- v. Ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- vi. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação;
- vii. Realizar avaliações que orientem o aperfeiçoamento do programa e ampliem sua capacidade de gestão e de adequação às necessidades dos atores envolvidos em sua implementação;
- viii. Financiar e coordenar (de maneira tripartite) o processo de avaliação externa;
- ix. Coordenar o processo de reconstrução de ações para melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011).

Para a maioria dos entrevistados, o MS foi o ator mais envolvido no programa. Afinal, trata-se de um programa de âmbito nacional, formulado e idealizado por eles. E como já citado anteriormente, são os atores que possuem maior poder, pois “ditam as regras”.

Destacamos o trecho abaixo de um dos entrevistados que menciona o envolvimento do MS no programa:

[...] do ministério da saúde em geral, mas principalmente a atenção básica do ministério da saúde... a presidente ela acompanha diretamente alguns programas, o PMAQ é um deles... o ministro da saúde, o departamento de atenção básica, e lá dentro do departamento da atenção básica nas várias coordenações... é como se ele transversalizasse todas as ações da atenção básica... temos várias coordenações e todas elas tem um pedacinho dentro do PMAQ [...].

[...] Então, a gente sempre que tinha dúvida fazia o contato com as Equipes de lá (do MS). E eles sempre estavam disponíveis para está tirando as nossas dúvidas [...].

5.3.1.2 Comissões Intergestoras Regionais

As Comissões Intergestoras Regionais (CIR), anteriormente denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGR) são estruturas criadas pelo Pacto pela Saúde, com o intuito de qualificar o processo de regionalização no SUS, garantindo o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões de saúde, formando um espaço de governança em âmbito regional.

De acordo com o manual instrutivo do PMAQ-AB, após a etapa de homologação da adesão das equipes no programa, o gestor municipal deverá informar as instâncias colegiadas. Porém, seu poder é “relativo” conforme trecho destacado:

Após a homologação da adesão do município, o gestor deverá informá-la ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), à Comissão Intergestores Regional (CIR) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). É importante lembrar que essa etapa não impedirá a homologação da adesão do município ao PMAQ, nem o início das transferências dos recursos vinculados ao programa. No entanto, o carregamento eletrônico dos documentos digitalizados que comprovam que o município informou sua adesão aos colegiados mencionados será condição para a solicitação do processo de avaliação externa, a ser realizada na fase 4 do PMAQ (BRASIL, 2011a).

Segundo relato de um dos informantes-chaves, não houve uma grande mobilização nos espaços colegiados e o fluxo previsto no PMAQ-AB não foge a “regra”, é o mesmo estabelecido para outros programas de âmbito nacional.

[...] Do ponto de vista, de fluxo não é algo difícil, segue a forma/lógica de como já acontece... O COSEMS, eu diria que não foi um ator pró-ativo... montou-se o que teria que ser montado, mas sem esse trabalho de grande massificação da opinião pública. Nos encontros do próprio COSEMS, nunca foi um tópico específico o PMAQ de mesa, isso já mostra. E nos encontros regionais, aqui a gente nunca teve uma Mostra Estadual de Saúde da Família, daí por se só a gente também vê o foco do Estado [...].

5.3.1.3 Secretaria Estadual de Saúde

Outro ator identificado pelos documentos e entrevistas foi a Secretaria Estadual de Saúde (SES). Estão previstas pelo programa os seguintes compromissos:

- i. Instituir mecanismos de apoio institucional aos municípios participantes do programa;
- ii. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação;
- iii. Ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- iv. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias e diretrizes para a implementação do programa no Estado;
- v. Estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios;
- vi. Contribuir com a coordenação nacional do processo de avaliação externa a que devem ser submetidas às equipes participantes do programa;
- vii. Realizar estudos sobre a viabilidade técnica e financeira para o estabelecimento ou orientação dos mecanismos de cofinanciamento estadual da atenção básica.

Porém, seu papel na gestão da AB, posição e mobilização no programa são aspectos questionados pelos informantes-chaves:

[...] Os Estados vão caminhar com suas próprias pernas, suas próprias pautas... percebe-se que houve uma resistência inicial e depois uma abertura que permitiu que o governo federal atuasse mais próximo dos municípios. Então, o estado aceitou o PMAQ. Porém, ele só não tomou como pauta principal, porque ele tem uma própria. Não posso dizer que o estado negou, ele aceitou, agora também não é o ator que mais nos ajuda no PMAQ [...].

[...] O Estado, a gente não ver envolvido nesse processo não. Diretamente a gente lidava com o MS. Nossas dúvidas sempre foram esclarecidas pelo MS [...].

Outro elemento apontado pela maioria dos entrevistados foi à corresponsabilidade do Estado de Pernambuco para o desenvolvimento da AB. Para os entrevistados, o Estado destina pouco recurso estadual para investimento das ações e serviços como está previsto na PNAB (BRASIL, 2011). E levanta-se a dúvida: *“Qual é a corresponsabilidade do estado? Ou melhor, qual é a responsabilidade do Estado? E o cofinanciamento da AB?”*.

Um dos entrevistados discute tal questionamento da seguinte forma:

[...] Então, em 2011 foi publicado um documento chamado RREO – Relatório Resumo de Execução Orçamentária que demonstra o orçamento do Estado de PE. Tudo o que foi gasto em PE pelo Fundo Estadual de Saúde em 2011 chega a R\$ 3 bilhões. Neste mesmo ano, desses R\$ 3 bilhões, aproximadamente R\$ 27 milhões foram destinados para AB. O que corresponde a 0,9% do total, ou seja, não chega nem a 1%. Então, isso já dá uma ideia de que se a AB como um todo representa menos de 1% do orçamento do Estado, não vai ser um programa dentro da AB que vai ter relevância no contexto Estadual. Uma vez que, o foco do Estado é a expansão da média e alta complexidade. Não tem como você correr disso, a regra é clara! [...].

Esse aspecto demonstra o pouco interesse do Estado não só no PMAQ-AB como seu papel junto aos demais entes federativos para o avanço na qualificação da AB. Percebe-se, portanto, que o papel do Estado em relação à AB ainda não está tão definido e o pressuposto do estudo de que o programa trouxe um alinhamento com a política de Estado, por envolver as três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) em um processo de descentralização e institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção básica ainda tem muito que avançar.

5.3.1.4 Secretaria Municipal de Saúde

Para os entrevistados, o gestor municipal participou ativamente da implementação do programa, expressamente interessado pelo recurso financeiro proveniente do mesmo.

A Secretaria Municipal do Recife aceitou o PMAQ-AB desde o momento de implantação como demonstrado na fala abaixo:

[...] A secretaria municipal do Recife, ela aceitou o PMAQ desde o começo... senti na realidade que teve bem mais autonomia... o município teve uma autonomia construída de tal forma que ele foi tocando o PMAQ com as próprias pernas. O município foi favorável ao programa, foi um ator que se esforçou bastante... e procurou implantar o programa... o município topou o PMAQ [...].

Os gestores municipais tinham funções bem definidas no programa:

- i. Garantir a composição mínima da(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa;
- ii. Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação da Atenção Básica;
- iii. Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por equipe de atenção básica;

- iv. Aplicar os recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável em ações que promovam a qualificação da atenção básica;
- v. Estruturar a Coordenação de Atenção Básica;
- vi. Instituir processos de autoavaliação da gestão e da(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa;
- vii. Definir o território de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a população adscrita por equipe de atenção básica;
- viii. Implantar apoio institucional e matricial à(s) equipe(s) de atenção básica do município;
- ix. Realizar ações de educação permanente com/para a(s) equipe(s) de atenção básica;
- x. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação;
- xi. Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da(s) equipe(s) de atenção básica;
- xii. Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas Unidades Básicas de Saúde;
- xiii. Solicitar ao Ministério da Saúde avaliação externa das equipes de atenção básica participantes do programa;
- xiv. Apoiar a realização do processo de avaliação externa das equipes de atenção básica participantes do programa.

Em Recife, além do secretário de saúde, observamos a participação ativa da Gerência de Atenção Básica (GAB), especialmente, dos Apoiadores Institucionais (AI) e apoio dos Gerentes de Território (GT) vinculados aos seis Distritos Sanitários (DS) da Cidade.

[...] a Gerência de atenção básica foi a responsável pela condução do processo... os apoiadores institucionais se desdobrando junto aos gerentes de território no DS. O secretário de saúde também estava bastante envolvido [...].

[...] Em nível de gestão, posso dizer que o PMAQ ficou muito voltada para GAB, principalmente, pelo AI. É claro que o Secretário de Saúde ficava atento para saber, até para avaliar se de fato aquele modelo de atenção implantado no município era semelhante ao que PMAQ, se estava dando resposta/efeito [...].

Os gestores municipais possuem elevado poder, uma vez que manifestam seu interesse voluntariamente no programa, pactuam as metas para o conjunto de indicadores e liberam as EAB para iniciarem o processo de adesão e contratualização.

Percebe-se também que tais interesses estão diretamente ligados ao aumento do recurso financeiro. Como já demonstrado, os municípios que aderem ao programa passam a receber praticamente o dobro do recurso destinado à AB.

5.3.1.5 Apoiadores Institucionais

O AI pode estar ligado às três esferas municipal, estadual e federal, como: apoio do MS às coordenações estaduais de AB, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e municípios (eventualmente); das coordenações estaduais de atenção básica à gestão da atenção básica nos municípios; e da gestão municipal às equipes de saúde.

Como mencionado anteriormente, o apoiador institucional teve papel fundamental para implantação/implementação do PMAQ-AB nacionalmente. Tem como função auxiliar as equipes a colocar o próprio trabalho em análise e produzirem alternativas para o enfrentamento conjunto dos desafios

São exemplos de ações do AI previstas no PMAQ-AB:

- I – Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;
- II – Suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea;
- III – Suporte à construção de PTS, a partir de casos ou situações que mobilizam ou desafiam a equipe;
- IV – Suporte à implantação de dispositivos para qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS;
- V – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- VI – Análise de indicadores e informações em saúde;
- VII – Facilitação dos processos locais de planejamento;
- VIII – Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns;
- IX – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede (BRASIL, 2011).

Em Recife, este ator estava diretamente ligado à GAB e desempenhou importante papel no desenvolvimento do PMAQ-AB.

Segundo relato dos gestores:

[...] Em nível de gestão, posso dizer que o PMAQ ficou muito voltada para GAB, principalmente, pelo AI... Foi quem ficou mais à frente para está tentando resgatar essa questão da autoavaliação, dos indicadores de saúde que eram vivenciados naquele momento... Estava sempre disparando todos esses processos nos DS e junto às Equipes [...].

Portanto, percebe-se que seu envolvimento, participação e interesse no programa são elevados. E sua posição é de cooperação na operacionalização do PMAQ-AB.

5.3.1.6 Profissionais de saúde da ESF

As EAB tiveram papel fundamental no programa. Após a liberação do gestor municipal, cada equipe interessada, também de forma voluntária, em participar teve que se cadastrar no Sistema de Gestão de Programas do DAB/MS (disponível online).

As EAB eram responsáveis por:

- i. Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica;
- ii. Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea;
- iii. Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de forma regular e consistente,
- iv. Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade;
- v. Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares;
- vi. Instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe;
- vii. Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde;
- viii. Pactuar metas e compromissos para a qualificação da atenção básica com a gestão municipal (BRASIL, 2011).

Segundo relatos dos entrevistados, a maioria das equipes/profissionais de saúde do Recife estava mobilizada ativamente no programa, apenas uma pequena parte não quis aderir ao programa no primeiro ciclo.

[...] os principais atores que eu vejo são os trabalhadores de saúde... os trabalhadores se mobilizaram muito... não foi 100%, mas muita gente você viu sair da zona de conforto e fazer muita coisa, pois queria sair bem na fita [...].

[...] Ah! Vai ser avaliado externamente... Alguns profissionais ficaram com medo e até disseram: Vai me avaliar é? Então, tire meu nome porque eu não quero ser avaliado. Mas, no final das contas isso foi à minoria [...].

Porém, o relato de um dos entrevistados acredita que a maioria dos médicos não era favorável ao programa, se opuseram desde o momento de implantação, conforme destacado no trecho abaixo:

[...] Entre os atores do ponto de vista opositor, eu identifico a categoria médica. Os médicos não foram a favor do PMAQ e não são ainda. Não são todos, mas a grande maioria. Porque na hora que você adere ao PMAQ você tem que discutir indicador, carga horária... que interesse tem os trabalhadores que menos utilizam da carga horária ou que menos cumprem-na? Portanto, entre as categorias, embora hoje eu ache que todas estejam seguindo a linha dos médicos, vulgarizar a atuação na AB... entre as categorias, eu colocaria um ator pouquíssimo favorável ao PMAQ os médicos de família [...].

5.3.1.7 *Usuários*

Além da participação dos Conselhos de Saúde na formulação, fiscalização e deliberação sobre as políticas de saúde, os usuários dos serviços de saúde da AB participaram de forma representativa (4 usuários por eSF) no módulo III da avaliação externa do PMAQ-AB. Sendo verificadas sua percepção e satisfação quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde.

Para a maioria dos entrevistados, os usuários participaram de forma incipiente no programa, apesar de identificarem como principal ator.

[...] O que eu acho incipiente é a fala do usuário. Porque para você avaliar um serviço de saúde, o principal ator é o usuário. É ele que precisa dizer se está bom ou não está. Mas, para isso, ele também tem que entender em que contexto ele está... Se ele está numa UPA (Unidade de Pronto Atendimento), numa USF, se ele tá num hospital [...].

[...] o usuário ele não se ateve a isso... a ação, o que foi realizado? Como foi o PMAQ?... você pode perguntar a qualquer usuário que não esteja aqui nesse contexto do dia-dia da política de saúde e ele não vai saber te explicar... ele vai dizer: 'eu num sei nem o que danado é isso' ao usuário vai chegar as ações [...].

5.3.1.8 *Instituições de Ensino e Pesquisa*

A participação das Instituições de Ensino e Pesquisa se dá efetivamente na terceira fase do programa, que é a avaliação externa. Sendo a instituição responsável pela organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação das equipes de avaliadores da qualidade que irão aplicar os mesmos instrumentos avaliativos.

No caso do Recife/PE, a Instituição responsável pela realização deste momento foi o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz - (CPqAM/FIOCRUZ).

Segundo relato de um dos coordenadores da avaliação externa em Pernambuco, a equipe estava organizada da seguinte forma:

[...] um coordenador geral que ficou mais com a parte de contactar com a FIOCRUZ/RJ... Três coordenadores locais que era responsável pela parte operacional, de articular dentro do estado a realização da avaliação... O supervisor era responsável por um grupo de avaliadores dentro da região... E os avaliadores era quem fazia a aplicação das entrevistas, visitas [...].

Destaca-se com um dos critérios de seleção dos entrevistadores, o local de moradia, conforme descrito na fala abaixo:

[...] Selecionamos avaliadores dentro da própria GERES, a pessoa conhecia a região, tinha algum contato e isso facilitava... se tivéssemos feito algo como só selecionar pessoas do Recife a gente teria muita dificuldade com o pessoal pra realizar em pouco tempo. Acionamos o pessoal da própria região, isso facilitou e depois esse pessoal que era do interior a gente acabou trazendo para a região metropolitana [...].

A relação com o CPqAM/FIOCRUZ foi relatada por um dos gestores como: *“relação com a Fiocruz foi boa. A gente teve algumas reuniões com o Aggeu Magalhães naquela época... em que chamaram a gente para combinar e pactuar como seria a avaliação externa, essa ida ao território”*.

Porém, uma dos gestores relata dificuldades com alguns avaliadores: *“... às vezes, parece que não entendia direito a forma de funcionamento das equipes de SF... Queria ficar ou queria ir ao horário de atendimento...”*.

5.3.2 Análise da viabilidade do programa

No que diz respeito à viabilidade do programa, fez-se o quadro síntese 12 abaixo:

Quadro 12 - Síntese da viabilidade do PMAQ-AB

(continua)

ANÁLISE DOS ATORES		
Principais atores envolvidos	Estratégia de mobilização	Análise da viabilidade do programa
1. Ministério da Saúde 2. Comissões Intergestoras Regionais 3. Apoiadores Institucionais 4. Secretaria Estadual de Saúde	- Predominantemente, cooperativa. Apesar da indiferença da Secretaria Estadual de Saúde e da resistência de profissionais de saúde em aderir ao programa.	- A partir das relações entre os atores envolvidos e suas estratégias (cooperação, cooptação e negação), pode-se perceber que se trata de um programa interessante e viável.

Quadro 12 - Síntese da viabilidade do PMAQ-AB

(conclusão)

ANÁLISE DOS ATORES		
Principais atores envolvidos	Estratégia de mobilização	Análise da viabilidade do programa
5. Secretaria Municipal de Saúde do Recife 6. Profissionais de saúde 7. Usuários 8. Instituições de Ensino e Pesquisa (Fiocruz/CPqAM)		Alguns relatos questionam o curto tempo para avaliação e mudança de gestão. Porém, acredita-se que tais “dados” observados neste trabalho possam ser revisadas e ajustadas. Percebe-se que há um interesse dos atores para a institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica, através do PMAQ-AB.

Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme ilustrado do quadro síntese 12, relatos dos informantes-chaves apontam aspectos da viabilidade do programa.

[...] Muitos dizem que o programa é muito interessante, pois pela primeira vez esta tendo um instrumento da atenção básica para eles discutirem... Teve essa questão do protagonismo dos profissionais os gestores passaram a participar mais, promover mais o planejamento dentro dos municípios [...].

[...] minha principal preocupação em relação ao PMAQ é em relação ao fator tempo... eu tenho receio de que um programa tão interessante como o PMAQ, ele tenha pouco tempo pra se desenvolver e mude gestão e ele deixe de ser incorporado ao processo das equipes... pode ser que precise de reformulações? Pode ser! Pode ser que precise reavaliar? pode ser! Acho que ele precisa ser reavaliado, mas também acho que ele precisa de tempo... tivemos pouco tempo para verificar suas mudanças [...].

Além da análise de viabilidade da política, os dados encontrados fazem-nos refletir sobre a sustentabilidade do PMAQ-AB enquanto política pública. É importante analisar se o programa é sustentável em longo prazo, ou se está vinculado ao ideário de um grupo político.

Encontramos elementos nas entrevistas que demonstram acreditar na permanência do programa dentro da agenda política da saúde em âmbito nacional.

[...] Do ponto de vista do programa macro, ele teve uma melhoria que foi a expansão do recurso, deixou de ser restrito e passou a ser para 100% das equipes. Foi ampliado o programa para CEO e o programa para NASF. Então, significa que você tem uma avaliação positiva do programa nacionalmente, se não você não teria a expansão para outras áreas/serviços. Achei inclusive, muito interessante quando ampliou para o

CEO, bem mais do que para NASF. Porque o NASF já é AB e CEO não, é média complexidade. Eu acho que o PMAQ não vai sair nem tão cedo da agenda... Acho que ele vai ficar! Por quanto tempo eu não sei? [...].

5.4 Processo

Na presente sessão serão discutidos aspectos relativos às fases do ciclo da política: a formação da agenda, a formulação do PMAQ-AB, o processo de implementação, e ainda, o monitoramento e avaliação do programa. Buscou-se apresentá-las a partir das falas dos entrevistados e da documentação consultada.

Segue quadro 13 síntese abaixo referente à análise do processo do PMAQ-AB.

Quadro 13: Síntese da análise do processo do PMAQ-AB

ANÁLISE DO PROCESSO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA		
Formação da agenda e formulação	Implementação	Monitoramento e avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Discussão nacional sobre a resolutividade da atenção básica no Brasil, principalmente quanto ao acesso e qualidade dos serviços prestados. - A formulação do programa se deu principalmente pelo DAB/MS. Outros atores participaram dos ajustes finais ao programa. - Perspectiva pluralista - Extensão da política: micropolítica/setorial - Tipo da política autorregulatória 	<ul style="list-style-type: none"> - Forma de implementação: Top-down - Relação entre os níveis de governo: mecanismos de controle normativo - Concepção de políticas públicas: mista ou estratégica 	<p>A partir das entrevistas foi possível identificar aspectos positivos e negativos no programa, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação positiva: mudanças significativas na estrutura física das UBS e no processo de trabalho das equipes; ampliação do recurso financeiro para AB; instrumento norteador da política. - Avaliação negativa: acesso restrito à informação; incompatibilidade do programa; capacidade de revelar à realidade e transparência no uso do recurso.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4.1 Formação da agenda e formulação do programa

No que diz respeito à formação da agenda e formulação do programa, encontramos os seguintes relatos:

[...] Em 2010 com o novo governo, a situação de saúde era em nível nacional, discussão interna no Congresso com MS, CONASS, CONASEM... Fazia-se uma discussão a princípio do modelo, de perspectiva de como a saúde no Brasil ela teria condições, capacidade resolutive de atender, ter o acesso mais universal, de qualidade, de uma condição de maior integração, visão integral, de maior resposta [...].

[...] O PMAQ foi idealizado a partir de uma pesquisa que trouxe dados alarmantes para a presidente e assim, foi solicitado um programa que fosse capaz de qualificar a atenção básica. Tentaram formular um programa que atingisse não só municípios de 5000 habitantes com 1 secretário de saúde e 2 ESF como também uma capital que tenha 500 ESF, como também unidade de saúde da família que se dá itinerante como as de Ribeirinha... Portanto, para todas as regiões do país [...].

Portanto, os dados apontam para o desafio da qualidade da gestão e das práticas das EAB. E assim, passam a assumir relevância na agenda dos gestores do SUS estratégicas que objetivassem a qualificação da AB, dentre elas: o PMAQ-AB.

A elaboração do programa ocorreu em âmbito federal, no DAB/MS. Outros atores como os colegiados gestores, instituições de ensino e pesquisa, dentre outros participaram dos ajustes ao programa. De acordo com os relatos dos gestores municipais e profissionais de saúde do Recife, os mesmos não fizeram parte desta formulação.

[...] Quem participou diretamente da elaboração do programa foi o próprio Departamento de Atenção Básica... Atores que fazem a pactuação tripartite, mas muito mais ajustando o que estava produzido do que participando da produção propriamente dita... Algumas instituições de ensino superior que estavam vinculadas à avaliação externa e quando entraram no processo passaram também participaram da elaboração e adequação dos instrumentos de avaliação externa... Temos um processo que também é participativo, que o Conselho de Saúde - COSEMS, CONASENS, CONAS contribuem [...].

[...] Eu acredito que foi a DAB do MS. O município nem as equipes participaram deste processo. Apenas, no momento de execução. Ele (o programa) já vem amarradinho, todinho do MS. O único instrumento que o município tinha autonomia de mudar, alterar, usar ou não era a AMAQ... Então, a gente não fez parte da elaboração do documento não [...].

Segundo dados encontrados em documentos oficiais, o PMAQ-AB foi instituído pela Portaria nº 1.654/11, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente,

debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da AB em todo o Brasil.

Diante do exposto, observamos que apesar das entrevistas apontarem para uma formulação do programa restrita a um grupo técnico ligado ao DAB/MS. O processo de tomada de decisão foi compartilhado com diversos outros atores, se caracterizando assim em um processo pluralista. Tendo afetado diretamente as estruturas setoriais/micropolíticas. E ainda, estabelecidas regras definidas apenas sobre interesses públicos (autorregulatória).

5.4.2 Implementação do programa

O processo de implementação se iniciou a partir do interesse dos municípios e EAB em aderir ao programa (fase 1). Porém, de acordo com o manual instrutivo do PMAQ-AB foi estabelecido no primeiro ciclo (2011-2012) “limites para adesão e contratualização ao programa”:

[...] Em decorrência do cronograma de evolução logística, administrativa e orçamentária do PMAQ, no primeiro ano de implantação, serão fixados por município, para a adesão em 2011 (correspondendo ao período 2011–2012), tetos percentuais de equipe de atenção básica que poderá aderir ao programa, considerando o número de equipes da Estratégia Saúde da Família. Para os primeiros seis meses, o número total de EAB que poderão aderir ao PMAQ será igual a 17.664, e de Saúde Bucal será 14.590... Nos casos em que a cobertura da ESF é igual a zero, o município poderá aderir inicialmente uma EAB e os municípios com apenas uma equipe de Saúde da Família poderão fazer a adesão dessa equipe [...].

Para os gestores, isso não era visto com “bons olhos”, significava um elemento “restritivo” do programa:

[...] Então, a gente questionava a união/ governo federal, de que como você lança uma proposta que tem o componente de qualidade, mas que já tem um elemento restritivo na saída? Porque aí o primeiro ciclo do PMAQ foi destinado a 50% das equipes, mesmo que o gestor quisesse fazer uma proposta de discussão, ele não ia... a não ser que outros gestores municipais não ‘bancassem’ a adesão... Só havia recurso na primeira leva para 50% das equipes da AB do Brasil [...].

Outro ponto questionado, porém agora por parte dos profissionais, era ao caráter “voluntário” da primeira etapa do programa (adesão):

[...] A adesão tem esse problema dela ser voluntária eu diria relativamente voluntária, dependendo do vínculo do profissional, tem município também que chega e diz: "Oh! Você vai ter que aderir!"... e como tem um vínculo precário ele vai dizer: se não vou colocar outra pessoa no seu lugar, porque dar recurso e eu quero recurso [...].

A cidade do Recife aderiu ao primeiro ciclo do programa em 2011. Apenas uma minoria de suas equipes não se interessou em aderir ao programa. Embora tenha sido estabelecida a regra limite para adesão e contratualização ao programa, o MS homologou todas as equipes que realizaram seu cadastro no sistema, ultrapassando os 50% das equipes existentes.

Segundo relato de um dos gestores, na mesma época em que se discutia a adesão ao PMAQ-AB estava em mesa de negociação o Adicional de Desempenho (ADE) dos profissionais da ESF. Logo, se configurou como estratégia política para implementação do programa a pactuação de um bônus anual para as equipes que aderissem ao programa:

[...] No mesmo momento estava sendo discutido o ADE, estava em mesa de negociação com várias questões dessas e a gente trazia também a discussão do Acolhimento... Portanto, o que foi pactuado com os trabalhadores na época era que dentro desse bônus anual (70% do valor seria de acordo a avaliação da Matriz do Acolhimento que a gente aplicava nas unidades + 30% de Adesão ao PMAQ). ... Prova disso é que conseguimos um quantitativo enorme de equipes que realizaram a adesão, percentual bem pequeno que não quis [...].

Para os entrevistados, a fase de negociação e as estratégias junto às equipes de SF para adesão ao programa é uma fase importante que não deve ser negligenciada:

[...] Aqui em Recife, as categorias querem que o dinheiro vá todinho para elas... E não foi essa a negociação de foi feita pelo PMAQ. Foi para reforçar o recurso da AB. Ai o gestor não quer repassar o recurso todo para a categoria porque a deficiência que ele vive de recurso já é grande. Ai você tem greve, o povo não querendo receber a avaliação externa... você vê denúncias, pressão no médico para não receber... Tudo isso por conta de uma deficiência inicial de negociação com as equipes no momento da adesão. Adere para conversar depois, não pode! A adesão, se você vai colocar a equipe para discuti dinheiro... a negociação tem que ser antes para que você não tenha uma infinidade de conflitos como você tem agora [...].

Dentre os elementos dificultadores na fase de negociação, observa-se a limitação dos gestores formalizarem legalmente a negociação de uso do recurso PMAQ-AB. Sabe-se que uma vez implantada uma lei que institui uma gratificação ao

trabalhador, por exemplo, a mesma passa a ser permanente. Sendo uma estratégia do componente do PAB Variável, pode ser retirado a qualquer momento.

Tais apontamentos também foram analisados no estudo de Lopes (2013), que constatou que não houve participação efetiva de todos os profissionais das equipes na preparação/participação do programa. Sugere ainda a reflexão que em situações onde os sujeitos não participam, que não se sentem parte da construção da proposta e não são chamados a tomar decisão conjunta, limita-se a confiança e a cooperação.

A fase 2 que trata do desenvolvimento do programa e compreende as dimensões: autoavaliação, monitoramento do indicadores, educação permanente e apoio institucional teve início no primeiro semestre de 2012.

A fala dos entrevistados descreve como aconteceram esses momentos no território junto às Equipes.

[...] Então, nós utilizamos o documento do MS como base (AM AQ), e fizemos as modificações para adequar à realidade que a gente tinha no território, que naquela época o instrumento não contemplava. Então, o município teve esse cuidado de fazer o instrumento de Autoavaliação SUS Recife e teve esse diferencial com o que o programa colocava [...].

[...] Também a gente começou no território a discussão dos indicadores. Mas, uma discussão não pactuando metas, uma discussão muito mais para o entendimento de quais eram os indicadores que estavam sendo avaliados e solicitados pelo PMAQ (mas, vale salientar que não foi possível atingir os 100% das Equipes [...]).

[...] Antes do momento da avaliação externa, percorremos todo o território, visitando equipe por equipe, mais no intuito mesmo de estar orientando, entregando o checklist, dizendo as equipes que elas tivessem a tranquilidade de estar recebendo a equipe de avaliadores. E que não precisava maquiar nada era para falar a realidade, né! [...].

A avaliação externa (fase 3) do programa aconteceu entre o final do primeiro semestre e segundo semestre de 2012. De acordo com os informantes-chaves, ocorreu permeado por algumas angústias e dificuldades.

[...] a gente percebeu que as pessoas estavam meio apavoradas achando que seria uma coisa punitiva. Então, orientamos que era um momento do avaliador externo com a equipe e que não ia ter nenhum gestor por perto, que ele podia ficar a vontade para fazer esta avaliação [...].

[...] o que mais dificultou foi à questão da avaliação externa. Ela veio de alguma forma truncada porque o pesquisador, às vezes parecia que não entendia direito a forma de funcionamento das ESF... Queria ficar ou queria ir no horário de atendimento. Queria ir outro dia... Pra gente isso ficou complicado. Pois, eram mais de 100 unidades para serem avaliadas... Não

sei se é porque a logística do município não ajuda... o carro ficou a cargo do município... Não sei se é porque a dificuldade de chegar até a unidade [...].

A última fase, reconstrução das equipes, não foi possível de ser analisada, uma vez que não aconteceu no período do estudo (2011-2012).

Diante do exposto, observamos que os gestores de primeiro escalão tiveram o poder decisório e os demais são vistos como "meros" implementadores (Top-Down ou tradicional). O programa alterou a relação entre níveis de governo, a partir de mecanismos de controle via normas e regulamentos. A concepção de políticas públicas seguiu um modelo misto ou estratégico, que buscam a viabilização da política, partindo de propostas racionais, mas considerando as limitações que condicionam o processo da política, permitindo assim mudanças incrementais.

5.4.3 Monitoramento e avaliação do programa

Esta categoria de análise levou em consideração os relatos das entrevistas dos informantes-chaves, não identificando documentos correlatos que demonstrem o monitoramento e avaliação do programa.

O primeiro dado identificado refere-se ao questionamento que um dos gestores traz sobre o processo de monitoramento:

[...] Ela foi implantada com esses instrumentos sob a lógica normativa. Em tese, tem coisas interessantes de como a equipe se autoavalia. De dar esse certo "poder e autonomia"... Mas, e aí as pessoas utilizaram? E fizeram o que em cima disso? Como eu avalio que estou bem? Como é que fica tudo isso? Vai tentar melhorar em determinado indicador ou só atingir tal meta para receber mais recurso? Como sei se usou direito o recurso? [...].

Outro achado informado pelos gestores e profissional de saúde foi às mudanças significativas na estrutura física das UBS e no processo de trabalho das equipes após o PMAQ-AB.

[...] Vemos que até a estrutura melhorou, profissionais e gestores falam que a estrutura melhorou que o prefeito se preocupou mais em ter os insumos nas unidades, ter medicamentos nas unidades, fornecer os medicamentos, reduzir tempo de espera, implantar acolhimento nas unidades... alguns secretários se preocuparam mais em implantar apoio institucional pra discutir com as equipes... recursos até pra fazer a sinalização da unidade, para pintar, melhorar, adequar a ambiência para os profissionais [...].

[...] A gente percebe que as equipes, inclusive elas verbalizam, que depois do PMAQ, elas mudaram alguns processos de organização do trabalho em equipe. Elas passaram a ter mais cuidado no registro das informações [...].

[...] Mexeu muito com o processo de trabalho. Eu lembro que uma médica nos falou: fazia muito tempo que a gestão não sentava com a gente. Tiveram unidades que se transformaram de uma forma que era bonito de ver! Unidade em que a médica corria atrás para construir o mapa da unidade... Unidades em que foram resgatar o diagnóstico de saúde do seu território... eu não sei dizer se mudou qualitativamente em relação a atenção, mas o processo de trabalho... os trabalhadores se mobilizaram muito... não era 100%, mas muita gente você viu sair da zona de conforto e fazer muita coisa, pois queria sair bem na fita. E isso foi bom para a gestão, para o trabalhador [...].

[...] Equipes que tem um resultado entre bom e ótimo, tem uma tendência a querer manter seu nível de avaliação ou fazer um up grade para excelência... Não só pelo aspecto financeiro, mas também nas equipes desperta uma discussão de qualidade sim... Agora perspectivas de evolução nas equipes mal avaliadas, ai é uma interrogação? Porque nas equipes mal avaliados por conta da composição delas e/ou pelo perfil profissional, tenho a impressão de que elas não vão ter interesse de melhorar porque elas já são daquele jeito [...].

Ainda observamos como aspectos positivos do programa bastante mencionado pelos informantes-chaves, o fato dele (PMAQ-AB) ser um instrumento norteador da política da AB e de ser um programa que desperta interesse tanto do gestor quanto do trabalhador devido ao repasse de recurso.

[...] Gestores que falaram que o PMAQ veio ajudar, porque enquanto coordenador de atenção básica não sabia muito que fazer? ele conseguiu me dar um direcionamento de que ações eu precisaria realizar... deu um instrumento que me permitiu fazer o planejamento com as equipes e orientar a execução do processo de trabalho [...].

[...] Temos um parâmetro que podemos nos orientar... temos um lugar que podemos olha e dizer: Opa! Será que estou fazendo legal? Vou consultar ali pra ver o que o ministério da saúde achada minha equipe? Você pode fazer uma comparação do contexto local, contexto nacional, contexto regional, estadual, os indicadores... um levantamento por exemplo das pessoas da área, se ela está dentro do que é esperado para Recife, Pernambuco, isso é muito interessante [...].

[...] O ministério acena pros municípios com a PMAQ um recurso novo, e houve o interesse, que secretaria que não quer mais recurso? então houve essa vontade, esse apoio, para fazer porque os municípios viram pela ótica de dinheiro novo apenas, não viu sob a ótica de avaliação [...].

Esses dados corroboraram com os resultados da pesquisa de Machado (2013) sobre a organização do processo de trabalho vivenciada pelas ESF a partir da adesão ao PMAQ-AB no município de São Sebastião do Paraíso. Para este autor, houve uma reorganização do sistema de apoio da AB municipal e trabalho conjunto às equipes, dentre as ações realizadas destacam-se: o estabelecimento de

instrumentos de organização do processo de trabalho como fichários rotativos, agendas programadas, atualização do SIAB, além do acompanhamento e avaliação das metas e indicadores.

Em contrapartida, Lopes (2013) sugere ser difícil atribuir ao PMAQ-AB os movimentos de mudanças identificados nas equipes de SF. Há de ser considerado, o curto tempo de um ano de implantação, e os resultados de mudanças efetivas em processos de trabalho, tradicionalmente caracterizados por uma prática de atenção baseada na percepção curativa, exigem tempo para serem reorientados nos princípios da promoção da saúde, incorporados no PMAQ-AB.

Por fim, foram relatados como aspectos dificultadores do programa: o acesso à informação, o questionamento da sua capacidade de refletir à realidade, a incompatibilidade dos programas e a transparência do uso dos recursos.

[...] eu sei que os municípios podem ter acesso à sua avaliação. Mas eu acharia interessante que esses dados fossem publicizados. Assim, implementaria várias dissertações/teses. Eu acho que o ministério poderia ser mais ágil nessa divulgação [...].

[...] A gente tem equipes que são muito boas e a avaliação não foi tão boa assim. E equipes que tem o seu processo de trabalho truncado, complicado e a nota foi boa. Então, a gente fica se perguntando, se realmente essa avaliação conseguirá refletir a realidade? [...].

[...] Eu vi um grande problema que achei operacional... a gente quando foi fazer o piloto não tinha o tablet ainda, fez o piloto no papel. Depois, 13 versões diferentes do programa, depois deu incompatibilidade de programas, por sorte mantemos um técnico mais tempo do que o trabalho de campo realizado pra poder resolver essas pendências [...].

[...] se tivessem normas claras do ministério da saúde para os municípios sobre a destinação dos recursos... quais seriam as destinações dos recursos do PMAQ? Entra como sugestão né? [...].

Fatores dificultadores como esses, também foram apontados no estudo de Lopes (2013) ao identificar precárias condições de infraestrutura das UBS e a pouca interação com os âmbitos diretivos da SES. Segundo o autor, esses fatores limitam a capacidade das eSF de desenvolver com eficácia as estratégias indutoras de mudanças prescritas pelo PMAQ e reconhece que as normas instituídas no programa, não acontecem da forma como são prescritas em função das limitações impostas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMAQ-AB é um programa recente, implantado em 2011. Por isto, possivelmente existem até agora poucos estudos sobre a temática em questão. Nestes, não estão enfatizados os aspectos do contexto e do processo político que permitiram com a formulação e implementação do programa. Além disso, estão identificados o conjunto de atores envolvidos na proposição do PMAQ-AB e a operacionalização do mesmo.

Diante do exposto, o presente trabalho utilizou de método e técnicas bem definidas, respondendo aos objetivos propostos e alcançando resultados significativos que fomentam a reflexão sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde, institucionalização da avaliação e subfinanciamento na saúde.

O primeiro objetivo da pesquisa buscou compreender o contexto do programa no âmbito das políticas públicas de saúde. Na dimensão macrocontexto foi possível observar aspectos da esfera política, tais como: o alinhamento político existente em Recife entre os governos federal e municipal, ambos liderados pelo PT; período eleitoral e expressiva disputa entre os partidos políticos, anteriormente aliados (PT e PSB) mudança dos gestores da saúde no final do ano de 2011; regime democrático/gerencialista e implantação políticas públicas de relevância social. Na esfera econômica, identificou-se o aumento do crescimento econômico/PIB e incremento dos gastos públicos na saúde. E na esfera social, permanece o crescimento populacional aliado ao aumento da expectativa de vida e a existência de 66 ZEIS disseminadas na área urbana. Ao se comparar com outras grandes capitais do Brasil, Recife possui um dos piores IDH, ficando na 13ª posição e associado com uma elevada concentração de renda do Brasil (índice de gini).

No que diz respeito à dimensão microcontexto, na esfera de políticas do setor saúde identificamos o processo de descentralização da gestão, atuando na ampliação da autonomia dos municípios e na tentativa de expandir a atenção básica à saúde. Constam elementos normativos como: versões da NOB e NOAS; pacto pela saúde e mais recentemente, decreto nº 7.508/11. Na análise da esfera das finanças setoriais, tem-se a EC 29 e posteriormente, a LC 141/12 que estabelecem o patamar mínimo de recursos a serem aplicados pelas três esferas de governo. Apesar do aumento crescente dos recursos, especialmente do município, o subfinanciamento é um dos grandes questionamentos apontados pelos

entrevistados para o avanço do SUS. Para estes atores, o PMAQ-AB se coloca como uma das estratégias do governo federal indutora para institucionalização da avaliação por desempenho na AB. Na esfera dos problemas de saúde e serviços de saúde, observam-se os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional resultando na superposição de DIP e as DCNT. Ainda, avanços na expansão da AB foram percebidos, porém a persistência de problemas como integração, organização dos serviços e infraestrutura das UBS são relatadas pela maioria dos entrevistados.

Em relação ao conteúdo do programa, o PMAQ-AB está organizado em quatro fases que se configuram em um ciclo contínuo: adesão e contratualização; desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional), avaliação externa e recontratualização. Tal categoria também foi analisada tendo como referência as portarias que regulamentaram o programa, bem como manuais que instruíram equipes e gestores sobre o programa e seus fundamentos programáticos e, por fim, documentos que se relacionaram com o objetivo principal do programa que é garantir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da AB.

Foram identificados os seguintes atores chave: o MS, as CIR, o AI, a SES/PE, a SMS/Recife, os Profissionais da equipe de SF, os usuários e o CPqAM/FIOCRUZ-PE. De uma forma geral, todos os atores cooperaram para a implementação do programa na Cidade. Foi identificada a efetiva participação e interesse dos gestores federal e municipal. Em contrapartida, foi observado o pouco envolvimento e mobilização da SES/PE e a resistência inicial de alguns profissionais de saúde em aderir voluntariamente ao programa, em especial a categoria médica. Apesar disso, acredita-se que o programa possui um conteúdo interessante e viável de ser aplicado.

E por fim, a análise do processo identificou à baixa qualidade da AB em Recife como elemento influenciador da formação da agenda, bem como seu financiamento. O DAB/MS foi o ator responsável pela formulação do programa, porém outros atores contribuíram na revisão do mesmo. A perspectiva do processo de tomada de decisão foi caracterizada como pluralista, tendo como extensão da política setorial e tipo de política autorregulatória.

Analisando ainda o processo de implementação do PMAQ-A B, observa-se que se desenvolveu de forma predominante “top-down”. A razão da concepção do

Programa foi considerada estratégica e a relação entre níveis de governo com mecanismo de controle normativo. No que diz respeito ao monitoramento e avaliação do programa, foram observadas mudanças significativas no processo de trabalho das equipes corroborando com um dos pressupostos do estudo. Porém, outros elementos precisam ser considerados para que se possa afirmar tal potencial gerador de mudanças efetivas no trabalho.

Por se tratar de uma análise abrangente, recomenda-se que outros estudos mais aprofundados possam ser realizados no tocante às temáticas do acesso e da qualidade da AB, da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde e ainda, sobre aspectos relacionados às estratégias de indução de financiamento do SUS.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO Jr., J.L.C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.
- ARAÚJO Jr., J.L.C. *Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998. An Health Policy Analysis of a Developing Health System*. 2000. Tese (PhD – Public Health) – Nuffield Institute for Health, Leeds, Reino Unido, 2000.
- ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n 51, p. 7-9, 2003.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona Edições, 1979.
- BAUER M; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto e som*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7. N. 3, p. 401-412, 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição*: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. In: _____. *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001a, p. 15-34.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. BRASIL. In: _____. *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001b, p. 35-38.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 jul. 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf>. Acesso em: 20 jul 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 20 jul 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão

das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio de 1993a. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM_P545_93gest.doc>. Acesso em: 20 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 20 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/lei_t04.htm>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 1, 28 fev. 2002a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. O projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família: PROESF. *Informe da Atenção Básica*, Brasília, n. 17, p. 1-2, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família*: documento técnico. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS*. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em 20 jul 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). *Sistema Único de Saúde*. Brasília: 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 out 2011b. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 20 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília, 2011c – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*: manual instrutivo. Brasília, 2011c. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf> Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mais perto de você: Acesso e Qualidade do Programa Nacional do Acesso e da Melhoria* (documento síntese para avaliação externa): manual instrutivo. Brasília, 2011d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Ext_erna_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011e. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*: manual instrutivo. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2013.

BUSE, K.; MAYS, N; WALT, G. *Making health policy*. Maidenhead: Open University, 2007.

CAMPOS, G.W.S. – “Reforma Política e Sanitária: a Sustentabilidade do SUS em Questão?”. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n. 2, p. 301-306, 2007.

COLLINS, T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health*, Londres, v. 119, p. 192-196, 2005.

CORDEIRO, J.C. *Promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis: um estudo de caso no Recife – Pernambuco*, 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

COSTA, N. R; SILVA, P.L.B; RIBEIRO, J.M. A descentralização do sistema de saúde do Brasil. *Revista do Serviço Público*. Brasília, DF, v.1, n.1, jul/set, 1999.

DUARTE, T. *A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica)*. Lisboa, 2009. Disponível em: <http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf> Acesso em: 20 jul 2013.

DUTRA, W.Z. O velho, o reformado e o novo: percepções sobre a mudança em políticas públicas. *SynThesis Revista Digital FAPAM*, Pará de Minas, v.4, n.4, 235-249, abr. 2013.

DYE, T.D. *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. 1984.

ESCOREL, S. *Revirada na saúde*. Tema/Radis. Rio de Janeiro, n.11, p5-7, 1988.

FARIAS, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

FAGNANI, E. *A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica* Campinas: Unicamp, 2011. (Texto para discussão, n. 192).

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.4, n. 3, p. 317-321, 2004.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E. *Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008*. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FLEURY, S (org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *O SUS pra valer*. universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro, 2006.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *Manifesto reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros*. Rio de Janeiro, 2005.

FREESE, E.; CESSE, E. *Análise da situação de saúde na região nordeste com foco nos determinantes sociais de saúde*. Documento de discussão para I Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2013.

FREESE, E. E.; FONTBONNE, A. Transição Epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade In: FREESE, E. *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 17 – 45.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GUIBU, F. Após barrar reeleição do prefeito de Recife, PT busca seu apoio. *Folha de S.Paulo*. São Paulo: ago, 2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/58492-apos-barrar-reeleicao-do-prefeito-de-recife-pt-busca-seu-apoio.shtml>> Acesso em: 10 jan 2014.

GURGEL, I. D. G. *A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores*. 2007. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HARTLEY, J. Case study research. In: CASSEL, C.; SYMON, G. (Org.) *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. Londres: SAGE, 2006.p.323-333.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*. Toronto: Oxford University Press, 2003.

IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: jan 2014.

KVALE, S. *InterViews*. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: SAGE, 1996.

LIMA, N.T (Org). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LOPES, B.; AMARAL, J. N. *Políticas Públicas: conceitos e práticas*. Belo Horizonte: Sebrae (MG), 2008.

LOPES, E. A. A. *O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais*. 2013. Dissertação (Mestrado)- Universidade de Brasília, 2013.

LYRA, T.M. *A política de saúde ambiental do Recife em 2001 e 2002: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

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)*. 2013. TCC (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

MATUS, C. *Política Planejamento e Governo*. 1. ed. Brasília: IPEA, 1996. 2 tomos.

MERHY, E.E *et al*. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO M.C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MOURA, M.M. *Análise dos resultados e impactos da aplicação da “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ)*. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades. *Caderno de pesquisa em administração*, São Paulo. v 1, n. 3., 1996.

OLIVEIRA, J.M.O de. *Análise da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife-PE*. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

PAIM, J.S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: _____. *Saúde – política e reforma sanitária*. Salvador: Cooptec, 2002. P.367-381.

PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_arquivos/8/TDE-2007-10-31T075145Z-429/Publico/Tese.pdf>. Acesso em: 10 jan 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. M. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho processo de implantação. *RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Supl, ago, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Valores e Desenvolvimento Humano 2010*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/rdh_Brasil_2009_2010.pdf>. Acesso em: 10 jan 2014.

RECIFE. Secretaria de Saúde. *Plano Municipal de Saúde – PMS: 2010-2013*. Recife, 2009. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2013.

RECIFE. Secretaria de Planejamento. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por Distrito Sanitário. In: _____ *Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife*. Recife, 2005. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2006/>>. Acesso em: 10 jan 2014.

SAMPAIO, J.; ARAUJO Jr, J.L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.6, n.3, p. 335-346, 2006.

SANTOS, I.C.R.V. *Atenção à saúde do portador de pé diabético: prevalência de amputações e assistência preventiva na Rede Básica de Saúde*. 2008. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

SERRANO, F.; SUMMA, R. *A desaceleração rudimentar da economia brasileira desde 2011*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://franklinserrano.files.wordpress.com/2012/08/desacelerac3a7c3a3o_rudimenta_r__brasil_summa_serrano_2012_28_0-8_2012.pdf> Acesso em: 10 jan 2014.

SOUZA, C. *Políticas Públicas: uma revisão de literatura*. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez, 2006.

SOUZA, H.M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília-DF, v. 6, p. 10-15, 2002.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, E. C. *O Papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade*. Salvador, 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf> Acesso em: 20 jul de 2013.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 19-58.

THOMAS, S.; GILSON, L. Actor management in the development of health financing reform: health insurance in South Africa, 1994–1999. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 19, n. 5, p. 279–291, 2004.

TREVISAN, A. P; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. In: *Revista de Administração Pública - RAP*. Rio de Janeiro, v. 42, n.3, p. 529-50, maio/jun, 2008.

VIANA, A. L.. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 05-43, 1996.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W de F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA *et al.* (Org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p.65-105.

VIANNA, S. T. W. *Desenvolvimento econômico e reformas institucionais no Brasil: considerações sobre a construção interrompida*. Rio de Janeiro. 2007.

VÍCTORA, C. G. *et al.* *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEITES, E.G. Acesso e qualidade das redes. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

YIN, R.K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WALT, G; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 9, n.4, p. 353-370, 1994.

WALT, G. *Health Policy*. An introduction to process and power. 8. ed. Londres: Zed Books, 2006.

APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA

1. CONTEXTO (macrocontexto e microcontexto)

1. Como se apresentava o contexto no momento da formulação, implantação e implementação do PMAQ no município do Recife/PE

1.1 O que você destacaria de aspectos políticos (ideológicos), econômicos e sociais (população) neste período 2011-2012.

1.2 O que você destacaria de aspectos políticos e financeiros no setor da saúde, além do panorama sanitário (formas de adoecimento/mortalidade) e organização do sistema de saúde) no município do Recife?

2. Conteúdo (corpo da política, fundamentos programáticos, marco normativo/ base legal)

2.1 Qual a sua percepção do programa?

2.2 Quais fundamentos metodológicos estão previstos no PMAQ?

2.2 O que você identifica de vantagens e desvantagens no Programa?

3. Atores (atores envolvidos, formuladores/opositores/aliados, estratégias – cooperação, cooptação e conflito)

3.1 Quais os atores você percebe que estavam publicamente envolvidos no processo do PMAQ.

3.2 Quais papéis você desenvolveu ao longo do Programa? E qual você não se envolveu?

3.3. Como você percebe a relação dos atores entre si e com o Programa?

3.4 Quais os mecanismos foram utilizados para a negociação com outros atores sociais?

3.5 Quem você identifica que participou ativamente (cooperou), se aliou (cooptou) e/ou se negou (conflito) o Programa?

4. PROCESSO (formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação)

4. Você saberia dizer como ocorreu o processo de formulação do Programa? E sua implementação?

4.1 Quais relações são estabelecidas entre os diferentes níveis de governo?

4.2 Quais são as estratégias políticas para implementação? E quais os recursos são necessários?

4.3 Quais os fatores facilitadores ou dificultadores que você identifica na operacionalização do PMAQ?

4.4 Você observa alguma mudança no setor saúde após a implantação do PMAQ? Qual (is)? Qual a sua avaliação do Programa?



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**”. Desenvolvida por Fabiana Maria de Aguiar, discente do Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-PE), sob a orientação do Professor Dr. Eduardo M. Freese de Carvalho e co-orientação do Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias. O objetivo central do estudo é analisar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no município do Recife/PE. O convite a sua participação se deve ao importante papel que você exerce na formulação e desenvolvimento da política de saúde local, bem como o seu conhecimento em relação ao tema em questão. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista individual à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado (a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seus orientadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96. Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa são os de esclarecer a população científica sobre o Programa e suas implicações na Saúde, possibilitando ainda fornecer informações para gestores e pesquisadores na reformulação e/ou reorganização dos programas nesta área. Os resultados podem ainda servir como contribuição para multiplicação do conhecimento em outros centros acadêmicos e em espaços de gestão. Este estudo prevê como risco o constrangimento diante da opinião fornecida e, neste caso, a pesquisadora se compromete a minimizá-lo garantindo o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa. Os resultados serão divulgados em oficinas dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE, telefone (81) 2101-2639.

Consentimento pós-informação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias, sendo ambas assinadas, ficando uma com a pesquisadora responsável e outra em minha posse.

Recife, _____ de _____ de _____.

Fabiana Maria de Aguiar Bello – Responsável pela pesquisa

Contatos: e-mail: fabiana_bello@hotmail.com; (81)-8683-8360

Assinatura do participante

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: FABIANA MARIA DE AGUIAR BELLO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17042013.6.0000.5190

Instituição Proponente: Fundação Oswaldo Cruz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 341.572

Data da Relatoria: 03/07/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto está bem apresentado e contém todos os itens necessários para a apreciação ética

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no município de Recife/PE.

Objetivo Secundário:

- Compreender o CONTEXTO do programa no âmbito das políticas públicas de saúde;

- Analisar o CONTEÚDO do programa e seus fundamentos previstos;

- Caracterizar os ATORES envolvidos no programa e identificar as estratégias adotadas;

- Analisar o PROCESSO do programa, as relações existentes entre os diferentes níveis de governo, estratégias políticas para implementação e os recursos envolvidos.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos previstos são reduzidos, considerando algum desconforto ao responder a entrevista, que poderá ser minimizado com o direito da não resposta a alguma questão e desistência na participação da pesquisa a qualquer momento. Todos os cuidados de privacidade e sigilo serão adotados durante a entrevista e em todas as etapas do estudo até a sua publicação.

Benefícios:

Os benefícios são os de esclarecer a população científica sobre o Programa e suas implicações na Atenção Básica, possibilitando fornecer subsídios teóricos para gestores e pesquisadores na reformulação e/ou reorganização das políticas nesta área. Os resultados podem servir como subsídios para multiplicação do conhecimento em outros centros acadêmicos e em espaços de gestão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ok

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ok

Recomendações:

ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atendeu às solicitações requisitadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 341.572

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 17 de julho de 2016. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

RECIFE, 26 de Julho de 2013

**Assinador por: Janaina
Campos de Miranda
(Coordenador)**