

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

ANA LÚCIA MOTA DANTAS

**ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM
PERNAMBUCO A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Recife
2019**

ANA LÚCIA MOTA DANTAS

**ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM
PERNAMBUCO A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kátia Rejane de Medeiros

Recife

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

D192a Dantas, Ana Lúcia Mota.

Análise do processo de trabalho na atenção básica em Pernambuco a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica/ Ana Lúcia Mota Dantas. — Recife: [s. n.], 2019.

124 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Trabalho. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Avaliação em Saúde. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

CDU 331.47

ANA LÚCIA MOTA DANTAS

**ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM
PERNAMBUCO A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: 08 /03 /2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Ao meu amor maior, Samuel, que esteve nesta jornada ao meu lado desde o ventre e me ensina a ser mãe com tamanha generosidade. Amo-te, filho!

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre, por me amparar em toda esta trajetória e me guiar no caminho do amor!

Ao meu marido, que me incentiva e divide comigo todos os momentos.

Aos meus pais, por me incentivarem desde cedo pelo caminho do conhecimento e estarem presentes em todos os momentos da minha vida.

A minha mãe, especialmente pelo cuidado com Samuel para que eu não interrompesse minha trajetória acadêmica.

As minhas irmãs, companheiras de vida!

A minha orientadora, professora Kátia de Medeiros, por tanta sensibilidade, cuidado e atenção: seu exemplo me fez chegar até aqui!

As minhas queridas amigas de turma: foi um presente poder aprender com vocês! Trocamos saberes e acima de tudo, experiências de vida.

A todos os meus amigos e familiares, por acreditarem em mim e me auxiliarem neste caminho.

Ao Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, por me proporcionar a oportunidade de qualificação.

A equipe da Secretaria Acadêmica, por tanta atenção prestada a toda turma.

A minha coordenadora, Lúcia Andrade, e a todos os gestores da prefeitura da cidade do Recife que me apoiaram neste desafio.

Ao Conselho Municipal de Saúde do Recife, por reacender a minha paixão pela Saúde Pública e pelo controle social.

DANTAS, A. L. M. **Análise do processo de trabalho na atenção básica em Pernambuco a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

A fim do fortalecimento da Atenção Básica e para a consolidação da Estratégia Saúde da Família a sua avaliação faz-se necessária. Neste sentido, o Ministério da Saúde lança em 2011 o PMAQ-AB e atrela incentivo financeiro ao desempenho das equipes. Diante da importância do processo de trabalho para a resolutividade das ações e da persistência do modelo médico centrado, o trabalho em equipe torna-se um desafio. O objetivo deste estudo foi analisar o processo de trabalho na ESF na perspectiva das dimensões do PMAQ-AB dos municípios de Pernambuco. Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa com base no banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB. Foram incluídas todas as equipes que responderam ao instrumento o que representa um total de 1.845. Os dados foram expressos em distribuições de frequência absoluta e relativa e apresentados em forma de tabelas e gráficos. Toda a análise foi realizada levando em consideração o porte populacional dos municípios. Observou-se que as equipes desempenham suas funções na direção da qualificação do seu processo de trabalho através da organização e planejamento de suas ações sendo apoiadas pela gestão, da implantação da prática do acolhimento e ao realizarem a autoavaliação. A gestão oferece apoio institucional permanente e utiliza tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade na definição da população adscrita. Contudo, o trabalho em equipe é comprometido devido ao número elevado de população descoberta e de profissionais que não foram capacitados quanto à avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários. Considera-se também a deficiência na abordagem através do instrumento de avaliação externa de aspectos como o apoio matricial e a integração entre os profissionais das equipes e com a gestão. Sendo o PMAQ o meio de avaliação da AB mais abrangente do país e diante de suas limitações, é necessário buscar seu aprimoramento.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho em Saúde. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em Saúde.

DANTAS, A. L. M. **Analysis of the work process in primary care in Pernambuco from the Program of Access and Quality Improvement in Primary Care.** 2019. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

ABSTRACT

In order to strengthen Primary Care and to consolidate the Family Health Strategy its evaluation is necessary. In this sense, the Ministry of Health launches in 2011 the PMAQ-AB and attaches financial incentive to the performance of teams. Given the importance of the work process for the resoluteness of actions and the persistence of the focused medical model, teamwork becomes a challenge. The objective of this study was to analyze the work process in the FHS from the perspective of the PMAQ-AB dimensions of the municipalities of Pernambuco. A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach based on the external evaluation database of the second cycle of PMAQ-AB was performed. All teams that responded to the instrument were included, representing a total of 1,845. Data were expressed as absolute and relative frequency distributions and presented as tables and graphs. The entire analysis was performed taking into consideration the population size of the municipalities. It was observed that the teams perform their functions towards the qualification of their work process through the organization and planning of their actions being supported by the management, the implementation of the welcoming practice and when performing the self-assessment. Management offers permanent institutional support and uses typification based on risk and vulnerability criteria in the definition of the assigned population. However, teamwork is compromised due to the large number of uncovered population and professionals who were not trained in the risk and vulnerability assessment of users. The deficiency in the approach through the external evaluation instrument of aspects such as matrix support and the integration between the professionals of the teams and with the management is also considered. Since PMAQ is the most comprehensive means of assessment of PHC in the country and in view of its limitations, it is necessary to seek its improvement.

KEY WORDS: Health Work. Primary Care. Family Health Strategy. Health Assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Regiões de Saúde em Pernambuco	42
Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais participantes do PMAQ-AB em Pernambuco segundo o porte populacional.....	44
Quadro 1 - Distribuição do número de variáveis a partir das subdimensões do módulo II presentes no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB.....	46
Quadro 2 - Detalhamento das variáveis selecionadas para estudo a partir das subdimensões do módulo II presentes no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB.....	47
Quadro 3- Características do processo de trabalho presentes no Instrumento de Avaliação Externa Módulo II do PMAQ-AB segundo ciclo.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Realização de Planejamento no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional nos municípios de Pernambuco 2014.....	71
Tabela 2 - Apoio para o planejamento, participação no PMAQ e indicadores no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.....	72
Tabela 3 – Autoavaliação no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.....	74
Tabela 4 - Resultado da Autoavaliação no processo de trabalho da equipe no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional nos municípios de Pernambuco 2104.....	75
Tabela 5 - Apoio institucional no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.....	77
Tabela 6 - Apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.....	80
Tabela 7 - Abrangência da área e tipificação para definir a quantidade de pessoas por equipe no segundo ciclo PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.....	81
Tabela 8 - População descoberta da atenção básica e frequência de atendimento fora da área de abrangência no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional nos municípios de Pernambuco.....	82
Tabela 9 - Demanda espontânea no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco.....	84

Tabela 10 - Capacitação e Avaliação de risco e vulnerabilidade no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.....85

Tabela 11 - Ações agendadas realizadas no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.....88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CF - Constituição Federal

ENASF- Equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família

EqAB- Equipe de Atenção Básica

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

NASF- Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS- Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH- Política Nacional de Humanização

PSF- Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RH - Recurso Humano

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SPSS - Software Statistica Package of Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PRESSUPOSTOS	19
3 OBJETIVO GERAL	20
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1 TRABALHO EM SAÚDE	21
4.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	25
4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	29
4.3.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade	36
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
5.1 DESENHO DO ESTUDO	41
5.2 PERÍODO DO ESTUDO	41
5.3 ÁREA DO ESTUDO	41
5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	43
5.5 FONTE DE DADOS	44
5.6 VARIÁVEIS DE ANÁLISE	45
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	51
5.8 PROJETO DE INTERVENÇÃO	51
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
7.1 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO COM BASE NO INSTRUMENTO DE COLETA: A PERSPECTIVA DO PMAQ-AB	55
7.1.1 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	57
7.1.2 Apoio Institucional e Apoio Matricial	60
7.1.3 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	64

7.1.4 Acolhimento à Demanda Espontânea	66
7.1.5 Organização da Agenda.....	68
7.2 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO DE ACORDO COM O PORTE POPULACIONAL	71
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE A - PROJETO DE INTERVENÇÃO	104

1 INTRODUÇÃO

O modo de se pensar, fazer e estudar a gestão em saúde, nos últimos anos, foi influenciado pelo Movimento Sanitário, seja pela ocupação direta de cargos de governo ou gerência, seja por sua produção teórico-científica, induzindo à produção das políticas de saúde, inclusive das políticas de avaliação (CECILIO, 2011). Contudo, o Sistema Único de Saúde (SUS) continua enfrentando desafios que põem à prova seus princípios e diretrizes em um cenário em que competem projetos de saúde e sociedade distintos em valores e concepções. Como exemplo disto, tem-se o esforço para que a Atenção Primária à Saúde (APS)¹ constitua-se como eixo de reorientação do sistema público de saúde de modo a ordenar um modelo de atenção em que a saúde seja um direito social e se expresse em práticas e tecnologias de cuidado individual e coletivo (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

O Programa Saúde da Família (PSF) como expressão do esforço da APS foi implantado no Brasil, no ano de 1994, em um contexto político e econômico marcado pela contradição entre a consolidação da saúde através da Constituição Federal (CF) de 1988 (a concretização de um sistema de Seguridade Social) e o desenvolvimento do neoliberalismo, por meio de uma série de medidas de reformas do estado na lógica do capital, denominadas ajuste estrutural (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Entende-se que a iniciativa de novos modelos de atenção básica advém de um contexto histórico social onde o modelo tecnicista/ hospitalocêntrico não corresponde mais à emergência das mudanças do mundo moderno nem às necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva o PSF foi criado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e caracteriza-se por trabalhar a saúde de um modo novo, tendo a família no centro do cuidado e não o indivíduo. A avaliação do seu desempenho a fim de garantir a cobertura e a qualidade da atenção prestada é um desafio advindo de sua expansão (CAMPOS, 2010; MACÊDO, 2013; ROSA; LABATE, 2005).

Em 2006, o PSF ganhou status de Estratégia Saúde da Família (ESF), e com isso tornou-se uma estratégia permanente na atenção básica em saúde (DALPIAZ; STEDILE, 2011). Apesar disto, Campos (2010) destaca o predomínio de um modelo capitalista de produção dos serviços de saúde e a existência de uma miscelânea de

serviços públicos e privados, ambos os exemplos de forças antagônicas ao paradigma da integralidade e interdisciplinaridade sugerida pela ESF.

O trabalho em saúde é caracterizado pela prestação de serviços individuais e coletivos sendo extremamente importante na divisão social do trabalho (MACHADO, 2015). Na ESF a centralidade da hegemonia de uma determinada categoria profissional muda para uma proposta de trabalho em equipe multiprofissional atuando de forma interdisciplinar. A fim de propiciar melhoria na qualidade da assistência, a ESF propõe divisão de responsabilidades e associação das diversas competências profissionais (SORATTO *et al.*, 2015).

Diante disto, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracterize por: definição do território e territorialização, trabalho em equipe multiprofissional, acolhimento, participação do planejamento local de saúde, responsabilização sanitária dentre outras (BRASIL, 2017). O trabalho em equipe está relacionado a diversas mudanças que vem ocorrendo na oferta de serviços de saúde, tais como a especialização do trabalho; a especialização das disciplinas científicas; a crescente incorporação de tecnologia; a institucionalização elitizadora e segmentadora da oferta de atenção à saúde; o caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde; o valor ético e a diretriz política da atenção integral às necessidades de saúde do conjunto da população (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

A ESF contribui para a universalização dos cuidados primários, pois agrega os princípios fundamentais para uma APS abrangente: a equidade e a integralidade da atenção. O trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar que valoriza o acolhimento, o vínculo e a humanização proporcionam melhor desempenho da ESF em relação ao modelo tradicional da APS. No entanto, algumas dessas potencialidades podem ser minimizadas pelo fato de a ESF estar inserida em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais. Podendo gerar, portanto, questionamentos quanto à sua credibilidade como reorganizadora dos serviços e ações de saúde e substitutivo do modelo tradicional de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Deste modo, torna-se necessário avaliar a ESF, identificando aspectos sujeitos à intervenção visando seu aperfeiçoamento (ARANTES *et al.*, 2016).

As práticas de saúde podem ser objeto de avaliação nas suas variadas dimensões; seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas.

Dessa forma, para a afirmação do projeto da Reforma Sanitária é necessário elaboração e operacionalização de modelos capazes de monitorar os processos concretos de reorganização das práticas de saúde, suas relações com as reais necessidades de saúde da população bem como as possíveis mudanças no nível de saúde da mesma. Entretanto, um grande problema para os que buscam tratar a avaliação de forma sistemática é a diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto em relação às possíveis abordagens, quanto aos seus atributos ou componentes. Em muitos trabalhos que avaliam efetivamente programas ou serviços de saúde não há sequer a preocupação do autor com a definição dos termos empregados. Essa diversidade de conceitos está relacionada com a complexidade do objeto (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Macedo (2015) diferencia os conceitos de avaliação e monitoramento / acompanhamento: enquanto o monitoramento / acompanhamento é uma atividade gerencial interna, realizada durante o período de execução e operação, a avaliação pode ser realizada antes, durante e após a implementação do programa preocupando-se com o modo, medida e razão dos benefícios advindos.

Essa necessidade de avaliação da qualidade dos serviços direciona-se também para a área da saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017). Para tanto, a avaliação de qualidade de uma tecnologia ou programa é aquela em que inicialmente há o estabelecimento de uma qualidade que se constituirá no parâmetro de referência, a partir do qual serão construídos os instrumentos a serem utilizados na avaliação. Entretanto, o objeto em que mais frequentemente se tem utilizado a avaliação de qualidade são os serviços (NOVAES, 2000).

A complexidade do projeto definido pelo SUS para a Atenção Primária requer a soma de inúmeros esforços e a articulação de pesquisas e experiências de gestão. Ao se discutir a reorganização dos serviços de saúde no Brasil, a avaliação da qualidade destes serviços alcança destaque. Portanto, é nesta complexa abrangência das práticas da APS que se encontra o grande desafio da construção de instrumentos de avaliação de serviços (CASTANHEIRA *et al.*, 2016; REIS *et al.*, 1990).

No Brasil em 2011, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) através da portaria nº 1.654/2011, cuja proposta é oferecer aos gestores municipais dispositivos

de avaliação e gestão da qualidade da Estratégia Saúde da Família (SILVA; CALDEIRA, 2011).

O PMAQ-AB, conforme a sensibilização dos profissionais de saúde pode contribuir para a construção de espaços coletivos de discussão e de reflexão sobre o planejamento em saúde, em nível local, a partir dos indicadores de monitoramento e desempenho (FEITOSA *et al.*, 2016).

Com o PMAQ deve ocorrer a efetivação de redes colaborativas, que incentivem a cultura da avaliação e monitoramento como ferramenta de gestão dos processos de trabalho, com vistas à qualificação da atenção básica (SAMPAIO *et al.*, 2016). Araújo *et al.* (2017) entendem que o PMAQ tem sido uma ferramenta importante na gestão de recursos destinados à saúde, favorecendo a organização do processo de trabalho, garantindo a gestão de qualidade e, portanto, melhorando o desempenho dos indicadores de saúde.

Porém, a maneira de avaliar com intuito de punir parece evidenciar ainda modos de organização dos serviços e de funcionamento da gestão, nos quais os trabalhadores são vistos como implementadores de ações determinadas por atores de maior poder organizacional. Da mesma forma, relações trabalhistas permeadas por medo são produtos da fragilidade do vínculo empregatício que expõe os trabalhadores a relações assimétricas de poder e mesmo a assédio moral no trabalho. Isto estimula a equivocada compreensão de que os processos avaliativos são instrumentos de críticas e punições, e não, como estabelece as diretrizes do programa (PMAQ) de ser incremental, mobilizar, envolver e responsabilizar os atores no processo de mudança (SAMPAIO *et al.*, 2016).

David e Camargo Jr. (2013) observaram que a percepção dos sujeitos quanto à avaliação em saúde refletia um conceito tecnicista e burocrático: avaliação por metas, avaliação por indicadores previamente construídos e pactuados sem uma discussão aprofundada, com o objetivo principal de evitar sanções administrativas, como corte no repasse de recursos federais para a saúde. O medo ou receio da avaliação estava relacionado, especialmente, ao impacto político de uma avaliação negativa, vista como sinônimo de incompetência ou de baixa capacidade técnica dos profissionais. Sampaio *et al.* (2016) identificam, em seu estudo, desconhecimento por parte de gestores e profissionais sobre o PMAQ e a expectativa da avaliação externa como um instrumento de punição levando a uma postura negativa. A efetivação das diretrizes do PMAQ para que se torne um incentivo para garantia do

acesso e qualidade da atenção à saúde para a população brasileira torna-se um desafio.

As avaliações devem ser utilizadas como ferramenta de discussão crítica acerca da organização dos serviços e práticas de saúde, enfatizando seu potencial de induzir mudanças, contudo a modificação de normas éticas e políticas em critérios técnicos e padrões de qualidade serão sempre temporários e susceptíveis às realidades às quais se aplicam (CASTANHEIRA *et al.*, 2016). Macedo (2015) ressalta a necessidade de se estabelecer critérios claros, definir parâmetros, considerar os atores envolvidos e incorporar as características culturais e institucionais inerentes ao que é avaliado gerando precisão ao ato de avaliar.

Deve-se investir em programas de avaliação que considerem a relevância de todos atores envolvidos para que eles enxerguem possibilidade de mudança de suas práticas a partir da identificação das fragilidades existentes no seu processo de trabalho.

Quando os resultados da avaliação são utilizados para induzir mudanças no processo de trabalho, a avaliação ganha relevância sendo importante esta percepção por parte dos profissionais da saúde que atuam no campo da gestão e do cuidado. A avaliação pode modificar certa situação de saúde, identificar as dificuldades e favorecer para a alteração dos indicadores de morbimortalidade. Ao trabalhar a eficiência, a eficácia, a efetividade, a qualidade, o impacto, a acessibilidade, a equidade, a cobertura e a satisfação do usuário com resultados nas práticas de saúde e na organização social, a avaliação revela sua expressividade (MACEDO, 2015).

Diante da relevância dos dados advindos da avaliação externa do PMAQ cuja amplitude é nacional, faz-se necessário estudos que consolidem as informações disponibilizadas. Estando o processo de trabalho diretamente relacionado ao desenvolvimento de ações de saúde que trazem melhoria das condições de saúde da população, torna-se importante o seu estudo.

Ademais, quando se há inserção na ESF, um olhar sobre seu processo de trabalho é ainda mais oportuno, diante do anseio de fortalecer a Atenção Básica, como neste estudo no qual a autora atua como cirurgiã-dentista em uma equipe do município de Recife.

Nesta perspectiva com o estudo, espera-se contribuir para a melhoria da qualidade da Atenção Básica com informações que conduzam a tomada de decisão

por parte de profissionais de saúde e gestores como se propõem os processos avaliativos num contexto mais amplo, ou seja, no estado de Pernambuco.

Nesse ambiente indaga-se: Como se dá o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família nos municípios de Pernambuco com base nos resultados do PMAQ-AB?

2 PRESSUPOSTOS

- a) Pouco envolvimento da gestão no apoio à organização do processo de trabalho das equipes na ESF.
- b) Dificuldade na integração dos profissionais diante do desafio do trabalho em equipe.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) na perspectiva das dimensões do PMAQ-AB dos municípios de Pernambuco.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as características do processo de trabalho propostas para avaliação das equipes da ESF pelo PMAQ-AB;
- b) Analisar dimensões do Módulo II do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB relacionados ao processo de trabalho das equipes;
- c) Caracterizar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família a partir do porte populacional dos municípios do estado de Pernambuco;
- d) Estruturar um instrumento de avaliação a fim de orientar o processo de trabalho das equipes com base no PMAQ-AB.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo foi dividido em três tópicos: Trabalho em Saúde, Estratégia Saúde da Família e Avaliação em Saúde.

4.1 TRABALHO EM SAÚDE

O conceito moderno de trabalho diz respeito à racionalidade econômica que surgiu a partir da industrialização, no final do século XVIII, com o estabelecimento de um mercado capitalista e, assim, da relação entre capital e trabalho (ARAUJO *et al.*, 2006).

Considerando a conexão entre as ações de saúde como ações estratégicas que visam à produção de cuidados e assistência; e as ações comunicativas e decisões compartilhadas expressas pelas relações intersubjetivas, conceitua-se trabalho como processo produtivo e como interação (FARIA; ARAÚJO, 2010; SCHRAIBER *et al.*, 1999). Merhy e Franco (2009) consideram “o trabalho em saúde como trabalho vivo em ato que é o trabalho feito em ato, no exato momento em que é executado”.

O trabalho em saúde para Peduzzi (1998) apresenta-se como trabalho reflexivo que se presta à prevenção, manutenção ou restauração de algo indispensável ao conjunto da sociedade. Segundo Pires (2000), o trabalho em saúde é um processo coletivo, executado por vários profissionais e caracteriza-se pelo assalariamento e a divisão parcelar do trabalho, isto é, na fragmentação dos atos de produção por trabalhadores especializados que, conseqüentemente, perdem a ideia do todo e de seu produto final.

O processo de trabalho em saúde é ligado diretamente à dinâmica do trabalho em saúde nas minúcias das práticas profissionais nos serviços de saúde (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009).

O trabalho em equipe se expressa como modalidade de trabalho coletivo sendo caracterizado pela relação mútua entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Nesse contexto de relação entre trabalho e interação, os profissionais criam consensos traduzidos por um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho (PEDUZZI, 1998). Trabalho em equipe de modo integrado é a conexão de diferentes processos de trabalhos, embasado em

um certo grau de conhecimento sobre do trabalho do outro e valorizando o envolvimento deste na produção de cuidados; é criar consensos quanto aos objetivos e resultados a serem atingidos pelo conjunto dos profissionais, assim como quanto à estratégia mais apropriada para consegui-los (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Segundo Scherer, Pires e Schwartz (2009), o trabalho em saúde além de ser marcado pela história das profissões cuja definição de seu domínio de competências e atos próprios pesam sobre a divisão do trabalho, sofre influência das determinações macropolíticas e envolve uma relação entre sujeitos que fazem gestão do seu próprio trabalho. Os trabalhadores de saúde precisam tornar-se agentes de mudanças para suprir um novo projeto de atenção à saúde que tenha como referência a integralidade da atenção. Para Faria e Araújo (2010) a interação entre sujeitos é intrínseca ao trabalho em saúde e para lidar com esta subjetividade do processo de trabalho em saúde, o trabalhador deve ter autogoverno de suas ações o que é difícil, por completo, devido à cultura do trabalho prescrito estimulada pela gestão preocupada com normas e exigências técnicas, ou seja, com a racionalidade técnico-burocrática.

A criação tecnopolítica da área gestão do trabalho e da educação na saúde é recente no âmbito dos serviços de saúde do país. De modo geral, os gestores optam por estruturar e organizar a AB nos estados e municípios predominantemente por iniciativas voltadas à estrutura física em detrimento de ações voltadas para processos e resultados dos serviços (RIZZOTTO *et al.*, 2014).

O PSF apresenta uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde onde os profissionais estão mais próximos ao seu objeto de trabalho. Nessa proposta, a equipe multiprofissional e interdisciplinar presta assistência de acordo com as reais necessidades da sua população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e fazendo intervenções apropriadas (ROSA; LABATE, 2005). A ESF como estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado impactos positivos nas condições de saúde da população brasileira. Entretanto, além de melhorar indicadores de saúde, espera-se que ela gere um movimento de mudança no modo de se produzir o cuidado em saúde. Dessa forma, exige-se das EqSF envolvidas uma nova organização da dinâmica de trabalho (BRITO, 2016).

Há consenso na literatura em saúde da necessidade de revisar a hegemonia do médico no trabalho em saúde e ir em direção às práticas interdisciplinares para ampliar a qualidade da atenção à saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Em seu estudo, Arantes *et al.* (2016) identificaram que o risco de reproduzir a racionalidade biomédica no processo de trabalho é uma dificuldade a ser superada pela ESF no processo do cuidado. Contudo, para Franco e Merhy (1999) não há mecanismos que impeçam a dinâmica da assistência médico centrada no PSF mesmo com a orientação da prática multiprofissional. Isso se dá devido a não atuação de maneira abrangente nos microprocessos de trabalho em saúde e nas particularidades de cada atividade profissional e sim, em uma mudança com foco na estrutura.

Quando se direciona o olhar para a micropolítica de organização do trabalho, observa-se a importância da discussão acerca do processo de trabalho para o entendimento da organização da assistência à saúde. No modelo médico hegemônico esta assistência se concentra no profissional médico, entretanto, para que se alcance uma capacidade resolutiva mais abrangente nos serviços, o potencial de trabalho dos outros profissionais de saúde deve ser acionado. O caminho para atingir este resultado é a reestruturação dos processos de trabalho e a ênfase no trabalho vivo em ato (MERHY; FRANCO, 2009).

O objeto principal do trabalho em saúde são as necessidades de saúde da população tanto na dimensão individual quanto na coletiva. Neste sentido, a finalidade do processo de trabalho em saúde é produzir cuidado por meio do trabalho vivo em ato através de ações de saúde, entretanto estas ações não podem estar voltadas apenas para procedimentos em detrimento das reais necessidades de saúde dos usuários. Este trabalho vivo está em constante interação com regulamentações, instrumentos, equipamentos constituindo desta forma um processo de trabalho que envolve variados tipos de tecnologias. Os instrumentos são as tecnologias duras; o conhecimento técnico específico corresponde às tecnologias leve-duras; e a interação entre os sujeitos diz respeito às tecnologias leves e acontecem nas práticas de acolhimento, de vínculo, para com os usuários, e de gestão, como estratégia para orientar processos de trabalho. Com vistas à qualidade dos sistemas de saúde é necessário o uso correto dessas tecnologias (MERHY, 1997, 1999; MERHY; FRANCO, 2009).

Os trabalhadores precisam adaptar suas práticas à medida que a ciência e a tecnologia avançam, pois há mudanças no trabalho relacionadas aos produtos, processos, ou à gestão. São impostos aos trabalhadores a polivalência, a necessidade do trabalho em equipe e a qualificação. Entretanto, com a rapidez

dessas mudanças, o processo de trabalho que não considera o envolvimento dos trabalhadores se mantém (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Para a estruturação do programa saúde da família é imprescindível que a equipe formule um projeto comum e para isto os trabalhos especializados de cada profissão se complementam e os agentes podem estabelecer uma ação de interação entre trabalhadores e entre esses e os usuários (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). Assim sendo, será possível atuar no objeto do trabalho da ESF que, segundo Brito *et al.* (2017), reconhece a determinação social e a sua relação familiar e comunitária indo além da dimensão individual e biologicista demonstrando o alto grau de complexidade que orienta o trabalho nessa área.

Para Merhy (1997), a forma como o processo de trabalho está estruturada e é gerenciado é alvo de abordagens críticas pelos que defendem um sistema de saúde de qualidade.

Inúmeros fatores, centralizados em três aspectos - o da gestão, o das relações entre profissionais e usuários e o excesso de trabalho - interferem no processo de trabalho em saúde, pois colaboram para a insatisfação dos profissionais que atuam na ESF. Melhorias nos processos de avaliação profissional que prevaleçam os elementos qualitativos do processo de trabalho em saúde são necessárias para reduzir os aspectos insatisfatórios do trabalho dos profissionais (SORATTO *et al.*, 2017). Em relação ao processo de trabalho, os profissionais encontram dificuldade em realizar visitas domiciliares e atividades de promoção da saúde devido à grande demanda de assistência ambulatorial prejudicando, assim, as linhas de intervenção do PSF (SERAPIONE; SILVA, 2011).

O trabalho das equipes necessita de um grau de liberdade que gera uma ponderação acerca da organização do trabalho de forma vertical e estagnada em instrumentos pouco reflexivos em relação às necessidades de saúde dos usuários e o saber-fazer dos trabalhadores que produzem o cuidado (GARCIA *et al.*, 2014). Para buscar a valorização do seu processo de trabalho, o trabalhador de saúde, como agente político, deve compreender que as suas condições de trabalho podem interferir para o cuidado em saúde (FLEGELE *et al.*, 2010).

Além da superação de questões macropolíticas, há que superar os entraves postos na dimensão cotidiana dos serviços, como o trabalho em equipe, pois quando os profissionais realizam as ações em saúde de maneira isolada ou justapostas comprometem a eficiência e eficácia dos serviços no âmbito da atenção integral; a

qualidade técnica articulada à humanização das práticas e à comunidade. A qualidade da atenção realizada na rede de serviços de AB se apresenta como uma dimensão imediatamente mais próxima da governabilidade de gestores, profissionais e usuários (CASTANHEIRA *et al.*, 2016; SCHRAIBER, *et al.*, 1999).

4.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A atenção primária em saúde vem de um movimento de formação médica e posteriormente foi ampliada no âmbito de competências dos serviços de saúde e a organização de suas ações. A medicina comunitária embasou e desenvolveu a atenção primária por meio de programas docente-assistenciais, unindo formação médica e ações de saúde com a comunidade. Estas atividades despertaram para a insuficiência e desigualdade na divisão e utilização dos recursos em saúde, especialmente no que tange à exclusão dos grupos sociais mais vulneráveis (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

Na literatura mundial, o termo atenção básica à saúde dificilmente é encontrado. Como decorrência do pacto mundial realizado em 1978 na cidade de Alma-Ata durante Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde com a participação de diversos países que firmaram compromissos com a meta de 'saúde para todos no ano 2000', constituindo assim a Declaração de Alma-Ata, o conceito usualmente empregado para este campo de práticas é atenção primária (SOUSA; HAMANN, 2009).

Sob o preceito constitucional 'a saúde é direito de todos e dever do Estado', a assistência médica-sanitária integral, caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços hierarquizados e de gestão descentralizada foi defendida. Estabeleceu-se que as ações de saúde estariam submetidas a organismos do Executivo, com representação paritária entre usuários e demais representantes do governo, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. Firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade; integralidade; participação e descentralização (ARAÚJO *et al.*, 2017).

A sociedade civil impulsionou a reforma sanitária brasileira e não o governo, os partidos políticos nem as organizações internacionais. Instituído pela Constituição de 1988, o SUS está baseado no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (PAIM *et al.*, 2011). Considerando as grandes conquistas

alcançadas e em defesa dos SUS, deve-se avançar na compreensão dos processos em curso, aprofundando os estudos em diferentes perspectivas que contribuam para a consolidação de um sistema público promotor da saúde como direito (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

A atenção básica foi definida pelo Ministério da Saúde brasileiro como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, executadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços e direcionadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (IBAÑEZ *et al.*, 2006). O termo atenção básica no Brasil refere-se ao primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade que consiste na articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (SOUSA; HAMANN, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema de saúde no Brasil com a função de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Portanto, é esperado que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos diante das principais necessidades de saúde da população. A abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório – ferramentas de trabalho gerencial- podem favorecer a atenção ao primeiro contato (BRASIL, 2017; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Entretanto, Morosini, Fonseca e Lima (2018) discutem a nova versão da PNAB e suas implicações na contramão da consolidação da Atenção Básica. Abordam em sua análise questões sobre cobertura, acesso, formatação das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política provocando uma desconstrução do SUS.

A atenção primária era vista como um conjunto de ações elementares que todos os serviços de saúde deveriam estar aptos a executar. A atenção médica e as atividades de promoção da saúde estavam no centro destas ações (IBAÑEZ *et al.*, 2006). No entanto, a atenção primária é formada de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (SOUSA; HAMANN, 2009).

Segundo Starfield (2002), a APS é orientada por eixos estruturantes denominados atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

A operacionalização da longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo que contribui para a formação do vínculo entre usuários e profissionais da saúde e assim, otimiza a utilização do serviço. A integralidade está relacionada com a capacidade de reconhecer, atender e orientar ações baseadas na pluralidade dos problemas de determinada população. Um cuidado integral é capaz de lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os, seja permitindo que o paciente tenha acesso aos serviços que não são do escopo da Atenção Primária (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011).

A APS envolve o manejo de pacientes que apresentam diversos diagnósticos, implica oferta de tratamentos que melhorem a qualidade de vida dos usuários e oferta de cuidado baseada nas necessidades locais de saúde (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011). A AB é formada por múltiplos e diversificados objetos de atenção à saúde, abrangendo desde o nascimento ao envelhecimento, incluindo a atenção à saúde sexual e reprodutiva, a saúde do trabalhador, a atenção a situações de conflito e violência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o cuidado às condições e agravos crônicos, entre outras condições que compõem a atenção integral à saúde, o que lhe confere uma complexidade própria (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

Uma nova abordagem em APS vem sendo amplamente incentivada pelo Ministério da Saúde desde meados da década de 1990: o PSF. Foi criado como um programa vertical, seletivo, que oferecia essencialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, e focalizado no processo de implantação. No entanto, sua abrangência aumentou sendo assumido como estratégia principal para reorientação do modelo assistencial na atenção básica na Política Nacional de Atenção Básica em 2006, incorporando os atributos de uma APS integral. Caracteriza-se como uma estratégia que permite a integração e proporciona a organização das atividades em um território definido, com o objetivo de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997; GIOVANELLA, 2010; PAIM *et al.*, 2011). A Estratégia Saúde da Família (ESF), com capacidade para induzir o reordenamento dos outros níveis de atenção à saúde, visa estimular a qualidade dos serviços de saúde e garantir o acesso dos

usuários, podendo ainda ser considerada uma opção de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade (IBÁÑEZ *et al.*, 2006; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A ESF tem condições de enfrentar os desafios contemporâneos dos sistemas de saúde, pois o modelo assistencial sugerido tem como núcleo uma equipe profissional que cria vínculos, se responsabiliza pela atenção à saúde da população de um determinado território, coordena cuidados integrais e incentiva a participação social (GIOVANELLA, 2010). A ESF contribui para a construção de uma assistência integral no SUS à medida que ordena e coordena o fluxo de usuários na rede de atenção à saúde, além de ser resolutiva da maioria das necessidades de saúde dos seus usuários (BRITO, 2016).

A ESF propõe que a atenção à saúde esteja centrada na família, reconhecida a partir de seu ambiente físico e social, levando os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, tornando possível a estes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que ultrapassem os limites das práticas curativas. Desse modo, a ESF está contemplando dois atributos derivados da APS: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A constatação de que o modelo hegemônico de atenção à saúde, fragmentado e com base na especialização crescente da prática médica para responder aos episódios agudos, não é capaz de lidar com os desafios atuais de mudança do perfil demográfico e epidemiológico em que há o predomínio de doenças crônicas traz o consenso relacionado à importância de fortalecimento da APS (GIOVANELLA, 2010). Para enfrentar os problemas de saúde, a Estratégia Saúde da Família é pautada em um conceito mais abrangente de saúde e dos determinantes do processo saúde-doença. Portanto, a ESF sugere a articulação entre o saber técnico e popular e a mobilização de recursos institucionais e comunitários (SORATTO *et al.*, 2015).

O remodelamento da assistência à saúde gera modificações no processo de trabalho. A implantação da ESF por si só não assegura que o modelo assistencial esteja sendo modificado, mas leva à reflexão sobre mudanças necessárias e urgentes na maneira de agir e implementar ações e serviços (COSTA *et al.*, 2009).

Destacam-se alguns desafios enfrentados pela ESF: dificuldade na formação e fixação de profissionais nas regiões menos desenvolvidas (com prejuízo à criação

de vínculo com o usuário) e a conseqüente saturação do mercado de trabalho nas áreas mais favorecidas, dificuldade de adscrição da clientela, frágil reconhecimento como porta de entrada do sistema de saúde, inexistência de rede de suporte especializado, financiamento da saúde, e questionamentos sobre a capacidade de gestão dos municípios (BARBOSA, 2011; ROCHA; SILVA; TANAKA, 2011).

4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A temática da avaliação em saúde está sendo objeto de considerações constantes, pois traz implicações em relação ao papel do Estado como formulador e gestor de políticas públicas e responsável pela geração de informações sólidas apropriadas à abordagem deste complexo objeto. Superar os desafios próprios à avaliação de serviços de saúde é uma fundamental para que se possa garantir a qualidade na atenção às demandas de saúde da população. A administração pública vem encarando os desafios que essa crescente cobrança exige. A prática avaliativa apresenta-se, portanto, como instrumento indispensável para a realização de aprimoramentos, sendo inquestionável a sua necessidade, uma vez que é impossível saber em que ponto determinado serviço de saúde possui fragilidades sem que um procedimento avaliativo sistematizado seja realizado (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011).

Conrandiopoulos *et al.* (2000) definem avaliar como uma atividade que compreende essencialmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um instrumento com capacidade de oferecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, dando condições aos diversos atores envolvidos de se posicionarem e formarem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de gerar uma ação.

A avaliação tem como objetivo auxiliar na tomada de decisão à medida que os resultados de uma avaliação são considerados pelas instâncias decisórias em função da credibilidade, fundamentação teórica e pertinência das avaliações (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 2000; CONTRANDIOPOULOS, 2006).

O grau em que os melhores meios são usados para alcançar o maior nível de saúde possível diz respeito ao conceito de qualidade. Para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde são considerados os aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos e sociais (DONABEDIAN; DANTÉZ, 1992).

A avaliação segundo um número de critérios que envolvam a estrutura, o processo e o resultado permite, ao final, um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios (BRITO; JESUS, 2009). O objetivo principal da avaliação é a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. A ideia de valor transcende o julgamento sobre o mérito do conhecimento como tal, mas pressupõe um posicionamento do avaliador e do avaliado acerca do conteúdo das conclusões, que incorpora e interage com o contexto no qual a avaliação se desenvolve (NOVAES, 2000).

Os serviços, devido a sua própria expansão, a partir dos anos 60, passaram a ser pensados também como produtos e, assim, passíveis de uma padronização na qualidade, que se tornou um atributo importante na sua valorização no mercado. A qualidade conquistou destaque nos serviços prestados no setor público como parte dos direitos sociais da população e pelos movimentos de consumidores (NOVAES, 2000). Não é suficiente disponibilizar o mínimo necessário para um serviço de saúde funcionar, existem inúmeras exigências, portanto a qualidade na prestação de serviços na área da saúde se torna uma preocupação constante entre os profissionais e seus gestores (FEITOSA *et al.*, 2016).

A postura do consumidor foi modificada pela globalização e pela busca à qualidade o que exigiu desempenho confiável de produtos e serviços, sem tolerância de tempo ou falhas. O agente de mudança corporativa mais importante do novo milênio foi a qualidade e é a demanda gerencial mais importante a ser enfrentada pelas instituições (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Novaes (2000) diz que a avaliação da qualidade do serviço poderá constituir-se em pesquisa de avaliação, avaliação para decisão ou avaliação para gestão em função dos objetivos a serem alcançados. Os dados dos instrumentos utilizados para a apreensão do objeto poderão estar relacionados às condições estruturais (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais etc.), aos processos que definem essas práticas (consultas, internações, cirurgias, exames etc.) e as medidas que possibilitem a mensuração de resultados das mesmas (mortalidade, morbidade, medidas de qualidade de vida, notificações, tempo de internação etc.).

As avaliações de qualidade mais disseminadas por Donabedian referem-se à atenção médica, com foco na efetividade, eficiência e otimização dos procedimentos e serviços e seguem o padrão das pesquisas de avaliação com o uso de variáveis

estruturais, de processo e de resultado, ao estabelecer relações de causalidade (NOVAES, 2000).

Devido a sua capacidade de proporcionar mudança e transformação da realidade da saúde, torna-se uma atividade de grande importância política e social para entender a situação dos serviços e programas (SILVA, 2012). A pesquisa avaliativa representa o julgamento das práticas sociais (políticas, programas e serviço de saúde) a partir de pressupostos ou hipóteses relativas às características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através de metodologia científica. Por ser um julgamento, a dimensão subjetiva do processo de avaliação não pode ser desprezada (GUSMÃO-FILHO, 2008).

É imprescindível que as avaliações componham as políticas públicas de saúde e que estas possam definir modelos avaliativos que utilizem instrumentos que incentivem o planejamento e a implementação de mudanças. No entanto, a diversidade de avaliações, com focos, estratégias e instrumentos variados, engrandece as análises, pois permite comparações e complementaridades que ampliam a visibilidade do sistema e fortalecem a implementação de uma cultura avaliativa nos serviços (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias na saúde está em processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica e de crescente demanda para se constituir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde e na implementação das políticas de saúde. Como campo produtor de saberes e práticas apresenta dificuldades a serem enfrentadas por aqueles que buscam produzi-la, na identificação das condições necessárias para a construção do conhecimento, produto de natureza abstrata, e daqueles que organizam a sua transformação em práticas, sempre concretas (NOVAES, 2000).

A dificuldade de medir resultados em saúde e de atribuí-los às ações dos sistemas de saúde está relacionada ao fato de que os resultados podem estar influenciados por outros fatores externos (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011). O caráter político das práticas avaliativas é inegável sendo a avaliação, muitas vezes, voltada para os gestores e/ou financiadores em detrimento dos profissionais dos programas e serviços e dos comunitários. Isto exige que o avaliador evite cumplicidade de diversas ordens ou que ceda a pressões políticas e administrativas. O trabalho do avaliador dentro dos sistemas de saúde não deve ser restrito à

execução de tarefas definidas por grupos particulares: cabe ao avaliador destacar ao máximo possível a diversidade acerca do programa ou serviço avaliado (BRITO; JESUS, 2009).

A diretriz da descentralização deve ser condição essencial e eixo central da avaliação para o processo de institucionalização da mesma de tal forma que a pluralidade metodológica necessita ser incentivada com vistas à qualificação dos processos avaliativos (FELISBERTO, 2006). O Ministério da Saúde propõe o uso de metodologias diversas para as pesquisas realizadas no sentido de apoiar estratégias de avaliação da atenção básica (MACEDO, 2013)

A Atenção Básica (AB) é tida como pilar de estruturação do sistema de saúde favorecendo a proposição de estratégias para a sua reorganização e a necessidade de avaliação da qualidade a partir do pressuposto de que uma avaliação deve auxiliar na tomada de decisões e contribuir para o planejamento das intervenções em saúde e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde (SAMOTO, 2013).

Para avaliação de um serviço, a depender da opção do serviço ou do pesquisador em relação aos seus objetivos e viabilidade em termos de execução, cabem diversos tipos e níveis de análise, podendo ser utilizados de forma isolada ou concomitante. Nesse âmbito, há de se considerar as muitas nuances e variáveis deste modelo assistencial: a atenção básica. (MACEDO, 2013).

Dentre os esforços realizados nas três últimas décadas no campo da avaliação da atenção básica pelo Ministério da Saúde destacam-se a “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ-ESF), que foi desenvolvida no ano de 2005 com o objetivo de analisar o processo de trabalho brasileiro nesse nível atenção; e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) entre os anos de 2008 e 2010 com vistas à identificação das condições de atendimento e resolutividade de serviços dos diversos níveis de complexidade incluindo a AB (SAMPAIO *et al.*, 2016). Um dos fatores limitantes ao uso da AMQ, apesar da identificação das características específicas de indicação de padrões de qualidade a serem alcançados pelas equipes de saúde da família, está no fato de não existir uma definição clara para a aferição de escores ou para o estabelecimento de pontos de corte específicos que permitam o ranqueamento das equipes em relação aos cinco estágios de desenvolvimento apresentados: elementar, em desenvolvimento, consolidado, bom e avançado (SILVA; CALDEIRA, 2011).

No Brasil, ainda é incipiente utilizar a avaliação como atividade integrante da rotina de serviços, políticas e programas de saúde mesmo tendo avanços referentes à execução da avaliação como ação direcionadora no desenvolvimento das práticas de saúde (LIMA; SILVA, 2011). Destacam-se iniciativas recentes de avaliação em saúde, como: o forte investimento na construção da Política de Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica; as iniciativas do Monitoraids e do PlanejaSUS; a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, no âmbito da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, e o próprio processo de implementação do Pacto pela Saúde (CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

Instrumentos de avaliação da qualidade já foram implantados no nível da Atenção Primária no subsistema público de saúde, mas sem continuidade. Qualificar a Atenção Primária envolve além da avaliação, a seleção de profissionais capacitados, qualificação da prestação de serviços, monitorização de resultados e valorização dos profissionais de saúde envolvidos com a nova cultura (SAVASSI, 2012).

Em função das diversas alterações que as intenções, diretrizes e normas que orientam a política sofrem ao serem implantadas no âmbito federal, estadual e municipal de gestão do sistema é necessário cautela para ter a avaliação instituída na estrutura da política (BRITO; JESUS, 2009).

A importância da Avaliação enquanto atividade intrínseca de quaisquer que sejam as ações de saúde é defendida pelos autores especializados no tema. Portanto, institucionalizar a Avaliação enquanto ação direcionadora no desenvolvimento das práticas de saúde contribui para o (re) direcionamento de políticas e programas de saúde, para a avaliação do desempenho institucional e de seus profissionais, para a produção e utilização do conhecimento e também proporciona a formação e satisfação das pessoas promovendo assim, a qualificação da atenção à saúde (LIMA; SILVA, 2011).

Portanto, o monitoramento e avaliação tornam-se imprescindíveis no cotidiano dos serviços de saúde com o intuito de retomar os preceitos inicialmente estabelecidos pelo SUS e nortear a operacionalização da Atenção Básica (CAMPOS, 2010).

Tanaka (2011) entende a tomada de decisão como agir para mobilizar recursos, seja financeiro, material, humano ou outro disponível. Na ABS, a tomada de decisão teria o potencial para garantir mais recursos financeiros para

investimento no serviço, permitir a flexibilização da regulação resultando em atendimento de maior complexidade ou mesmo modificar a prática de trabalho do profissional da equipe. Desse modo, a avaliação não é só para mostrar “como estamos”, mas para aumentar a capacidade do gestor em mobilizar recursos. O resgate do debate sobre a avaliação em saúde, sobretudo quanto à eficiência, emerge como elemento fundamental, uma vez que se verifica uma ausência de dados baseados em evidências, cuja repercussão traz consequências negativas para a tomada de decisões consistentes por parte da gestão (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011).

No Brasil, a expansão da cobertura pela ESF vem proporcionando inovações na AB à saúde. A avaliação e o monitoramento dos resultados atingidos quanto à organização e aos possíveis impactos produzidos na saúde das populações representam uma preocupação de centros acadêmicos induzidos por financiamentos do Ministério da Saúde (CAMPOS, 2010).

Avaliar a oferta de serviços de saúde na perspectiva da equidade, da cobertura populacional e da acessibilidade, representa um desafio teórico, conceitual e operacional. A análise da saúde em função dos princípios ordenadores possibilita um entendimento do funcionamento da Estratégia Saúde da Família, a partir da premissa de que existem funções a serem cumpridas pelas equipes com foco na melhora de indicadores sanitários de saúde (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011).

O problema da qualidade dos serviços prestados à comunidade ainda é um aspecto crítico que fica evidenciado quando se observa a ausência de médicos nas equipes e uma população de cobertura muito maior do que a que foi preconizada pelo Ministério da Saúde. Além de haver uma rotatividade dos profissionais de nível superior em busca de melhores condições de trabalho, causando o não acompanhamento dos pacientes pelo mesmo profissional (SERAPIONI; SILVA, 2011).

A avaliação suscita mudanças e provoca melhorias, porém para que se incorporem os resultados das avaliações, as sugestões devem sair do campo das reuniões de equipe dentro das unidades de saúde para atingir os níveis hierárquicos com maior governabilidade (SAMOTO, 2013). A avaliação é uma atividade fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde, reorganizando os setores e conduzindo suas ações e serviços de saúde de maneira a contemplar as necessidades da população (SILVA, 2012).

Os profissionais entrevistados no estudo de Samoto (2013) percebem a avaliação como um processo positivo e importante, mesmo que a incorporação dos resultados dependa da governabilidade e envolvimento de diversos atores, desde a unidade básica até os níveis superiores de gestão.

O zelo pelo bom desempenho e melhor qualidade de uma determinada prática deveria ser uma preocupação do profissional no exercício de sua atividade. Dessa forma, o interesse pela avaliação da sua própria prática é algo que, se minimamente despertado, pode transformar o fazer, fortalecendo o empenho e a vontade de acertar inerente àqueles que se dedicam à função pública (FELISBERTO, 2006). É necessário o envolvimento de múltiplos atores em processos avaliativos a fim de compartilhar as experiências vindas dos diversos saberes considerando sempre a subjetividade inerente ao contexto (SAMOTO, 2013).

As contribuições com o uso metodológico de um instrumento autoavaliativo e de avaliação externa como forma de encontrar as fragilidades e possíveis melhorias para os serviços de saúde são positivas, pois visam à qualidade de atenção à saúde prestada aos usuários (FEITOSA *et al.*, 2016). Samoto (2013) reflete sobre a capacidade de a avaliação direcionar o planejamento e provocar mudanças nos processos de trabalho. Felisberto (2006) traz que quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional, o ato de avaliar gera valor.

Observa-se a não utilização dos dados produzidos na Unidade Básica de Saúde para a avaliação e o planejamento das ações de saúde e que as experiências e práticas avaliativas de saúde são requisitadas essencialmente por demandas dos financiadores dos projetos, dos programas e das ações de saúde. Assim, prevalece o direcionamento normativo da avaliação, evidenciando o distanciamento do enfoque qualitativo-participativo (ALMEIDA; MELO 2010).

A avaliação de serviços pode reforçar o processo de mudança e ressaltar necessidades, fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho para gestores e profissionais e comunidade (CASTANHEIRA *et al.*, 2016). Para Feitosa *et al.* (2016) a construção de estratégias com vistas a ampliação da qualidade na prestação dos cuidados em saúde é tão importante quanto o acesso à cobertura dos serviços.

Reafirma-se a importância da institucionalização da avaliação na ABS com capacidade para possibilitar o fortalecimento do controle social no SUS. A avaliação deve, portanto, ser compreendida e utilizada como uma ferramenta de gestão no cotidiano dos serviços (ALMEIDA; MELO, 2010). Campos (2010) considera o desafio para o sistema de saúde de institucionalizar a avaliação em um país que não há a tradição de se avaliar. Em vista a induzir mudanças e desmistificar a avaliação como apenas emissora de julgamento torna-se necessário incorporá-la sob todos os seus aspectos focando o aprendizado. Nesse contexto, Gusmão-Filho (2008) evidencia a necessidade de institucionalização da prática da Avaliação em Saúde usando metodologias qualitativas.

É importante o fomento de uma mobilização permanente em torno da temática da avaliação para que constituam atividades estruturantes de uma prática qualificada; proporcionem o 'acultramento' do uso da avaliação como parte da gestão; sirvam de suporte para o (re)direcionamento de práticas; permitam avaliar o desempenho institucional e de seus profissionais; constituam-se em instrumentos para a produção e utilização do conhecimento; auxiliem a formação e satisfação das pessoas e, assim, qualifiquem a atenção básica em saúde no Brasil (FELISBERTO, 2006).

A avaliação em saúde ainda representa um grande desafio tanto em função da grande complexidade do sistema de saúde e da relativa "juventude" do SUS com a heterogeneidade dos serviços em um país de dimensões continentais, quanto das mudanças políticas que em determinados contextos contrapõem-se às proposições e conquistas históricas do sistema público de saúde (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

O aperfeiçoamento das atividades de monitoramento e avaliação da AB é considerado importante pelos gestores municipais assim como a necessidade de auxiliar as equipes na análise e no uso de informações para subsidiar a tomada de decisão em nível local (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015). Em função da diversidade de serviços de AB, torna-se primordial a realização de avaliações relativas à sua organização, implantação, os impactos relacionados a ela e a verificação de sua qualidade (SAMOTO, 2013).

4.3.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

O Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2011 com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica. O Programa tem o intuito de avaliar as EqAB através da verificação de padrões que expressem o acesso e a qualidade do serviço bem como avaliar o desenvolvimento de ações dos gestores da AB. O PMAQ propõe o desenvolvimento de inúmeras ações: adesão das equipes, monitoramento de indicadores, implantação de processos autoavaliativos e a avaliação externa (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SOUSA, 2015).

O PMAQ tem como objetivo finalístico induzir a mudanças nos modelos de atenção à saúde e de gestão, impactar na situação de saúde da população, proporcionar o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Para isto, o PMAQ considera a avaliação e o monitoramento de desempenho como estratégias permanentes para tomada de decisão e mecanismo central para melhoria da qualidade das ações de saúde (CASTANHEIRA *et al.*, 2016; FEITOSA *et al.*, 2016). Neste sentido, um serviço de qualidade deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social e provocar o envolvimento de todos os atores envolvidos no processo avaliativo (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

A partir da análise dos dados que compõem o banco de dados do PMAQ- AB e indicadores de financiamento federal do SUS, nota-se um incremento nos recursos destinados à Atenção Básica e um percurso inovador no que diz respeito ao conteúdo da política, à mobilização local e à produção de uma cultura de monitoramento e avaliação com base em indicadores da autoavaliação e de Avaliação Externa (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Contudo, Feitosa *et al.* (2016) trazem a diferença na percepção dos profissionais quanto ao incentivo financeiro: enquanto uns acreditam que serve como valorização profissional e estímulo para um melhor desempenho, outros dizem não interferir na forma de trabalhar, tampouco na assistência prestada ao usuário.

O PMAQ utiliza uma estratégia que leva ao fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança, entre equipes, gestores e usuários com potencial para gerar mudanças reais nos serviços. Com vistas ao fortalecimento do uso de informação e a participação de amplos segmentos da sociedade, o programa garante a transparência do processo e a socialização das

informações (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). É imprescindível a compreensão da proposta do PMAQ-AB pelos profissionais para que construam, a partir de um trabalho coletivo em saúde, estratégias de acordo com as necessidades de saúde da comunidade e para que seja criada a possibilidade de institucionalizar, dentro do processo de trabalho, a cultura da melhoria e de monitoramento da qualidade das práticas de saúde na AB (FEITOSA *et al.*, 2016).

Feitosa *et al.* (2016) destacam três principais mudanças a partir do PMAQ: organização do trabalho; recursos materiais e infraestrutura (reformas físicas nas unidades) da ESF; e organização dos registros.

O PMAQ se propõe a ampliar a oferta qualificada dos serviços de saúde e está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2013).

A primeira fase do PMAQ consiste na adesão ao programa. Ocorre através da contratualização de compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde. Esse processo implica a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados. Envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social, contribuindo com o aprimoramento da cultura de negociação e pactuação no âmbito do SUS (BRASIL, 2013). Portanto, aderir ao programa significa que as equipes assumem o compromisso de seguir as regras do programa e suas diretrizes, que incluem: a implantação de padrões de acesso e qualidade e de dispositivos de gestão colegiada, autoavaliação, planejamento e avaliação; ser monitorada por seis meses a partir dos indicadores pactuados (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

A adesão ao PMAQ pressupõe o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do Programa. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas ligadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se materializar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados (BRASIL, 2013). Nessa perspectiva, o PMAQ-AB chega ao seu segundo ciclo com a adesão de quase 90% das equipes do país e uma pequena taxa de abandono (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

A segunda fase do programa é o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da

qualidade. É estruturada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2013).

Em busca da democracia institucional, da ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos e da defesa das diretrizes dos SUS, direcionada para a potencialização das equipes, evitando culpabilização e desresponsabilização, o PMAQ prevê um apoio institucional. Portanto, é papel do Ministério da Saúde apoiar as coordenações estaduais de atenção básica, os Conselhos de Secretarias de Saúde (COSEMS) e os municípios para a implantação deste dispositivo de gestão. As equipes de saúde devem receber suporte da gestão da atenção básica dos municípios que deverão ter suporte nas coordenações estaduais de atenção básica (SAMPAIO *et al.*, 2016).

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa, em que será realizado um levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica participantes do programa. Os padrões de qualidade presentes no instrumento de certificação utilizado nessa etapa são semelhantes aos padrões do instrumento de autoavaliação. A avaliação externa visa reconhecer e valorizar os esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, de acordo com o método de coleta das informações: • Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. • Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários. • Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. • Módulo eletrônico compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa (<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>) (BRASIL, 2013 p. 9).

A quarta fase do programa é o momento de reconstrução com a gestão municipal e as EAB. É nessa etapa que a característica incremental da melhoria do acesso e da qualidade adotada pelo programa, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores que envolvem a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes da atenção básica é concretizada (BRASIL, 2013). Alguns gestores municipais apresentaram dificuldade para o gerenciamento dos recursos financeiros no primeiro ciclo do PMAQ tornando-

se uma das principais temáticas de discussão na etapa de recontractualização. Outra dificuldade encontrada foi a não aceitação pelos gestores dos resultados obtidos na avaliação externa: alguns gestores relataram que a avaliação externa não correspondia à realidade local (SAMPAIO *et al.*, 2016).

O padrão é a declaração da qualidade desejada tendo um sentido afirmativo ou positivo e expressando expectativas a serem alcançadas. Os padrões de qualidade caracterizam-se pela sua abrangência com uma visão ampla do sistema e das ações em saúde. Refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo 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 (BRASIL, 2013). Uma adequada ambiência das Unidades Básicas de Saúde (UBS), infraestrutura, instalações, equipamentos e insumos necessários ao processo de trabalho das equipes configuram padrões de qualidade. Esses elementos integram a avaliação do programa sendo de responsabilidade da gestão municipal e de interesse das equipes por impactarem nas condições e na qualidade de desenvolvimento do seu trabalho (FEITOSA *et al.*, 2016).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo abordará os procedimentos metodológicos deste estudo

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa com base no banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB.

O estudo transversal fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas num dado momento (PEREIRA, 2012). Desta forma pretende-se entender o processo de trabalho das equipes de saúde da família no momento da avaliação externa do PMAQ-AB que ocorreu no ano de 2014.

Os estudos descritivos, por vezes, envolvem diversos aspectos dos serviços. Assim sendo, os dados produzidos mostram a situação existente, o que é utilizado para subsidiar o planejamento e a organização dos serviços, bem como para reflexões e debates sobre o assunto que direciona para possíveis soluções (PEREIRA 2012).

5.2 PERÍODO DO ESTUDO

Apesar do terceiro ciclo do PMAQ-AB já estar em desenvolvimento no início deste estudo, devido ao momento de mudança no governo federal, possivelmente os resultados não estariam publicados em tempo para a conclusão desta pesquisa.

Diante deste cenário de instabilidade o estudo foi realizado com base nos dados do período em que foi realizada a avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, ou seja, do ano de 2014.

5.3 ÁREA DO ESTUDO

Corresponde aos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB no estado de Pernambuco que representa um total de 183 municípios (BRASIL, 2013).

Com 98.311 km², Pernambuco localiza-se no centro leste da Região Nordeste. O estado tem sua costa banhada pelo Oceano Atlântico e faz limite com a Paraíba, Ceará, Alagoas, Bahia e Piauí. Também faz parte do território pernambucano, O arquipélago de Fernando de Noronha, a 545 km da costa, também faz parte do território Pernambucano. É formado por 185 municípios e possui 8.796.032 habitantes: tem a cidade do Recife como sua capital (PERNAMBUCO, 2017).

Existem 12 Regiões de Saúde que apoiam todos os 184 municípios de Pernambuco mais a ilha de Fernando de Noronha, quatro macrorregiões e 11 microrregiões de saúde. Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde fica responsável por determinadas cidades atuando, assim, de maneira mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. O modelo de gestão da Saúde possibilita que as particularidades de cada região tenham atenção no momento de decidir ações e campanhas. A figura 1 ilustra a distribuição das Regiões de Saúde no estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2017).

FIGURA 1 - Regiões de Saúde em Pernambuco



Fonte: Pernambuco (2017)

Para melhor caracterização do estado de Pernambuco, foi eleita a divisão dos municípios segundo o porte populacional. Entende-se que dentro de uma mesma região de saúde há municípios de portes distintos e, portanto, dificultaria uma análise adequada.

Em relação ao porte populacional dos municípios do estado, 42,7% (79) apresentaram menos de 20.000 habitantes em 2014 e 38,4% (71) entre 20.000 e menos de 50.000 habitantes. Em conjunto, esses municípios somam 33,9% da população do estado. A I região apresenta os municípios com o maior número de residentes, sobretudo, Recife e Jaboatão dos Guararapes com 680.943 e 1.608,488 habitantes, respectivamente. No interior, destacam-se Caruaru na IV região com 342.328 habitantes, Garanhuns na V com 136.057 e Petrolina na VIII com 326.012 entre os municípios com mais de 100.000 habitantes no estado, que representam 5,9% do total de municípios (PERNAMBUCO, 2016).

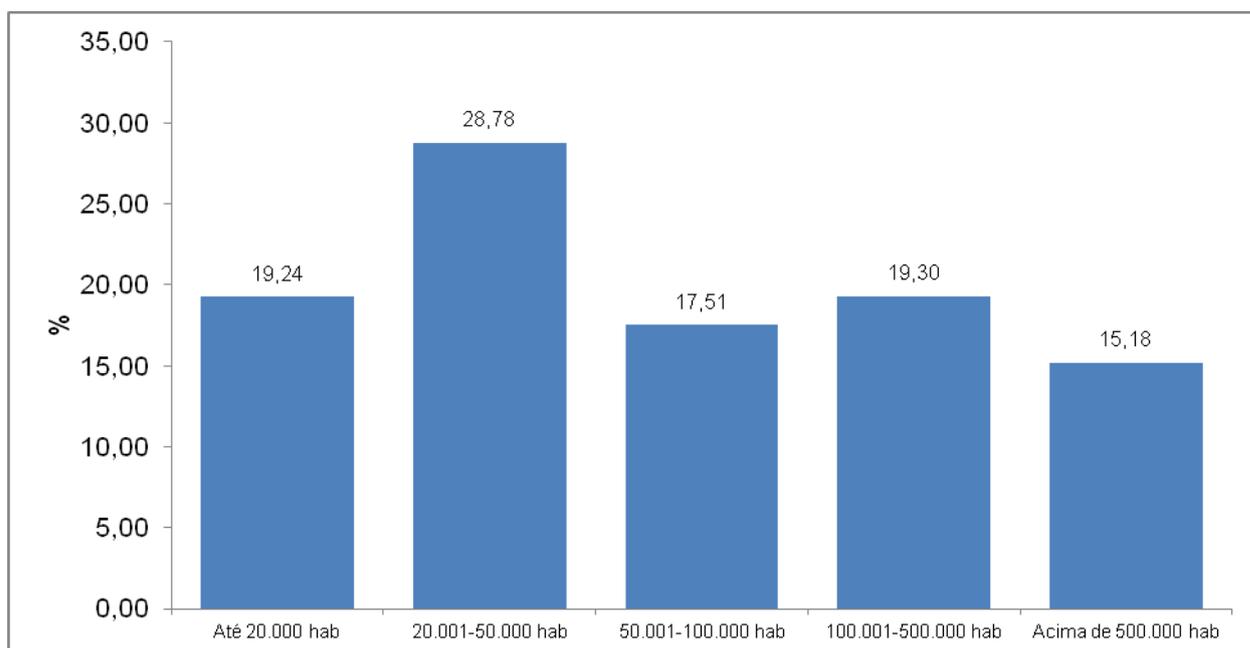
5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo são os profissionais das EqSF entrevistados durante a avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB em Pernambuco. Participou da entrevista um total de 1.845 profissionais de saúde das equipes da ESF dos municípios do estado de Pernambuco.

Em relação ao porte populacional (gráfico 01) 15,18% dos participantes são de municípios acima de 500 mil habitantes, 19,30% entre 100mil e 500 mil, 17,50% entre 50 e 100 mil, 28,78% entre 20 e 50 mil e, 19,24% em municípios com menos de 20 mil habitantes.

Para este estudo foram incluídas todas as equipes que participaram do processo de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB num total de 1.845. O critério de exclusão utilizado foi a não adesão da equipe ao programa. De acordo com as orientações do MS, apenas um profissional por equipe de saúde foi entrevistado na fase de avaliação externa (BRASIL, 2013) que segundo Uchôa *et al.* (2016) pode gerar o viés de seleção.

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais participantes do PMAQ-AB em Pernambuco segundo o porte populacional.



Fonte: Autora

5.5 FONTE DE DADOS

Os dados secundários provenientes do banco de dados da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB foram utilizados para a coleta. Estes dados estão disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS sendo de domínio público irrestrito através do endereço eletrônico: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

O instrumento de avaliação externa (Anexo A) é composto por 893 padrões de qualidade e está organizado em quatro módulos: Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde; Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde; Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde; Módulo eletrônico (BRASIL, 2013).

Para este estudo utilizou-se as informações referentes ao Módulo II nas subdimensões que se relacionam com o processo de trabalho na Atenção Básica:

- a) 8- Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe;
- b) 9- Apoio Institucional e Apoio Matricial;

- c) 10- Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica;
- d) 12- Acolhimento à Demanda Espontânea;
- e) 13-Organização da Agenda

Os padrões de qualidade se apresentam como:

- a) Obrigatório;
- b) Essencial;
- c) Estratégico;
- d) Geral

Contudo, é preciso destacar a não uniformidade da relevância dos padrões de qualidade nas diversas variáveis do instrumento. Há padrões de qualidade que interferem na certificação das equipes e outros que servem como base para informações que auxiliam no aperfeiçoamento de estratégias com vistas à qualificação da AB (BRASIL, 2013).

5.6 VARIÁVEIS DE ANÁLISE

O quadro 1 apresenta o número de variáveis que correspondem aos padrões de qualidade elencados pelo PMAQ-AB para as subdimensões selecionadas neste estudo. Devido ao grande número de variáveis, optou-se por fazer uma seleção dentre elas. Como em todas as subdimensões, estas variáveis correspondem a padrões de qualidade distintos que terão pesos diferentes para as certificações das equipes. Portanto, para fins de análise deste estudo, foram eleitas 28 variáveis distribuídas nas subdimensões selecionadas conforme detalhamento no quadro 2.

Quadro 1 – Distribuição do número de variáveis a partir das subdimensões do módulo II presentes no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB.

MÓDULO II SUBDIMENSÃO	VARIÁVEIS (PADRÕES DE QUALIDADE)
8-Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	18
9-Apoio Institucional e Apoio Matricial	07
10-Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	08
12-Acolhimento à Demanda Espontânea	21
13-Organização da Agenda	06

Fonte: Elaborado pela autora baseado nas subdimensões do PMAQ-AB.

Quadro 2– Detalhamento das variáveis selecionadas para estudo a partir das subdimensões do módulo II presentes no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB. (Continua)

SUBDIMENSÃO DO PAMQ-AB	VARIÁVEL	DETALHAMENTO DA VARIÁVEL
II. 8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?	Sim Não
	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade? Poderá escolher somente uma opção	Semanal Bimestral Semestral Anual A equipe não realiza planejamento
	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim Não
	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Sim Não
	A sua equipe já participou do PMAQ?	Sim Não
	Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	Sim Não
	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	Sim Não Não sabe/não respondeu
	Qual o instrumento utilizado? Poderá escolher somente uma opção	AMAQ AMQ Instrumento desenvolvido pelo município/equipe Instrumento desenvolvido pelo Estado Outro(s)
	Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	Muito Considerado Considerado Razoavelmente considerado Pouco considerado Não considerado
	A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?	Sim Não
A equipe realiza reunião?	Sim Não	

Quadro 2– Detalhamento das variáveis selecionadas para estudo a partir das subdimensões do módulo II presentes no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB. (Continuação)

SUBDIMENSÃO DO PAMQ-AB	VARIÁVEL	DETALHAMENTO DA VARIÁVEL
II. 9 Apoio Institucional e Apoio Matricial	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	Sim Não Não sabe/não respondeu
	Esse apoio foi por indução do PMAQ?	Sim Não
	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim Não Não sabe/ Não respondeu
	Os profissionais que realizam o apoio matricial são: Poderá escolher mais de uma opção	Do NASF Do CAPS Da vigilância em saúde Especialistas da rede Profissionais de outra modalidade de apoio matricial Polo da Academia da Saúde Centro especializado em reabilitação

Quadro 2– Detalhamento das variáveis selecionadas para estudo a partir das subdimensões do módulo II presentes no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB. (Continuação)

SUBDIMENSÃO DO PAMQ-AB	VARIÁVEL	DETALHAMENTO DA VARIÁVEL
II. 10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Sim Não Não sabe/não respondeu
	Existe definição da área de abrangência da equipe	Sim Não Não sabe/não respondeu
	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	Sim Não
	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	Sim Não Não sabe/não respondeu
	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência? Poderá escolher somente uma opção	Todos os dias da semana Alguns dias da semana Raramente Nenhum dia da semana Não há esse tipo de demanda Não sabe/não respondeu

Quadro 2– Detalhamento das variáveis selecionadas para estudo a partir das subdimensões do módulo II presentes no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB. (Conclusão)

SUBDIMENSÃO DO PAMQ-AB	VARIÁVEL	DETALHAMENTO DA VARIÁVEL
II. 12 Acolhimento à Demanda Espontânea	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim Não
	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	Sim Não
	O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?	Sim Não
	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário Em qualquer dia da semana, em horários específicos Dias específicos fixos, em qualquer horário Dias específicos fixos, em horários específicos Outro(s)
	Como os usuários são agendados?	Com hora marcada Marcado por bloco de horas Fila para pegar senha
	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	Sim Não Não sabe/não respondeu
	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim Não Não sabe/não respondeu
II. 13 Organização da Agenda	A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações?	Visita domiciliar Grupos de educação em saúde Atividade comunitária Consultas para cuidado continuado Acolhimento à demanda espontânea Nenhuma das anteriores

Fonte: Adaptado de Brasil (2013)

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para responder aos objetivos foi necessária uma análise aos documentos oficiais do Ministério da Saúde como a PNAB, Manual Instrutivo PMAQ, PNH, Cadernos de Atenção Básica e diversas publicações científicas acerca do tema. Apesar de o estudo se localizar no segundo ciclo do PMAQ, considerou-se prudente fazer uma análise frente à atual PNAB do ano de 2017 e ao Manual Instrutivo do PMAQ do ano de 2015. A partir destas fontes, as categorias de análise selecionadas foram: organização do processo de trabalho; trabalho em equipe; apoio da gestão às equipes; território e acolhimento.

Para responder ao segundo e terceiro objetivos, foi utilizado o banco de dados referente ao segundo ciclo do PMAQ-AB no estado de Pernambuco. Os dados foram expressos em distribuições de frequência absoluta e relativa e apresentados em forma de tabelas e gráficos. Toda a análise foi realizada levando em consideração o porte populacional, para isto foi aplicado o teste da razão de verossimilhança para medir se existem diferenças entre as proporções das respostas segundo o tamanho do município. O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p\text{-valor} < 0,05$. O software utilizado foi o SPSS 20.0 e os dados foram digitados no Microsoft Excel.

5.8 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como Projeto de Intervenção pretende-se apresentar os resultados do estudo ao Conselho Estadual de Saúde e a SEAS e formar um GT que contemple representantes de todos os municípios do estado a partir do porte populacional. O roteiro desses encontros será à luz das metodologias ativas propiciando momentos de criação e fortalecimento de vínculos. As discussões serão direcionadas para as temáticas de avaliação em saúde, padrões de qualidade e processo de trabalho das equipes. Ocorrerá um encontro mensal durante o período de abril a agosto de 2019. Para realização de todas as etapas será necessária colaboração da Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária (GEAP) da SEAS e o apoio técnico das gestões estadual e municipais no sentido de liberação de profissionais, suporte técnico e disponibilidade de facilitadores para conduzir as reuniões.

Após ampla discussão, o instrumento será apresentado aos demais gestores e profissionais das equipes através dos seus representantes no GT para que seja implantado. É fundamental que os resultados sejam analisados pensando em reflexão e mudança de prática.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O banco de dados utilizado neste estudo é de domínio público e irrestrito podendo ser acessado através da página http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo. Razão pela qual foi desnecessária a submissão ao Comitê de Ética em pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SUS traz consigo os princípios da APS e tem a ESF como ordenadora do cuidado desempenhando função central na reorganização do modelo assistencial. Entretanto para a consolidação do SUS, os ganhos políticos no setor saúde e a ampliação no número de UBS não são suficientes. São necessárias modificações dos processos de trabalho, de gestão, de formação, de participação como também de entendimento do cotidiano das equipes para planejamento e garantia de mudanças reais da gestão e dos serviços (DE-CARLI *et al.*, 2015).

Deve-se tratar a avaliação como procedimento constituinte do processo de tomada de decisão para a qualificação dos serviços de saúde e de formação para todos os envolvidos (MEDRADO; CASSANOVA; OLIVEIRA, 2015). Uchôa *et al.* (2016) consideram que apesar das limitações, o PMAQ é pioneiro em termos de abrangência nacional e homogeneidade metodológica e seus dados favorecem o conhecimento acerca do acesso induzido pela APS, suas dificuldades e um diagnóstico situacional dos municípios.

No contexto da busca da institucionalização do processo de avaliação, o PMAQ assume alguns desafios tendo em vista à qualificação da AB. Desse modo é prudente destacar os seguintes aspectos:

- IV. Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes e pela falta de orientação do trabalho, em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade.
- V. Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe.
- VI. Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e no acompanhamento da qualidade.
- VII. Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e a qualidade de suas ações (BRASIL, 2015).

Sendo o programa constituído em formato de ciclo, cada etapa gera consequências no todo, portanto é importante analisar o instrumento de avaliação externa e seus resultados. Neste sentido, para responder aos objetivos deste estudo, este capítulo será dividido em duas seções que se complementam:

- 1) Características do processo de trabalho com base no instrumento de coleta: a perspectiva do PMAQ-AB;

- 2) Caracterização do processo de trabalho nos municípios do estado de Pernambuco segundo o porte populacional.

7.1 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO COM BASE NO INSTRUMENTO DE COLETA: A PERSPECTIVA DO PMAQ-AB

A PNAB orienta o processo de trabalho das equipes de saúde da família através da definição de território e territorialização, da compreensão de acesso e suas nuances e da importância do trabalho em equipe multiprofissional dentre outros aspectos. O PMAQ-AB, em seu instrumento de avaliação externa visa contemplar essas características expressas por meio das subdimensões. É necessário destacar que para esta análise, foi eleita a versão mais recente da PNAB do ano de 2017 a fim de que os resultados sejam discutidos no atual cenário da AB do país auxiliando na tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde.

O PMAQ-AB está diretamente ligado ao que dispõe a PNAB e demais movimentos mais abrangentes de reorientação da organização do SUS como o estabelecimento de redes de atenção e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS. Como o programa já está em seu terceiro ciclo, há uma variação entre as subdimensões e suas variáveis contidas no instrumento de avaliação externa, pois a partir da análise dos ciclos anteriores, fez-se uma adequação dos padrões de qualidade e das ferramentas de avaliação (BRASIL, 2017; MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015). Entretanto, para as subdimensões que serão analisadas neste estudo, não houve mudanças expressivas.

A avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB foi realizada entre dezembro de 2013 a março de 2014 sendo o instrumento de coleta composto por três módulos: Módulo I – observação na UBS com questionamentos relativos à infraestrutura; Módulo II – entrevista com um profissional em relação ao processo de trabalho da equipe e verificação de documentos na UBS; Módulo III – entrevista com usuário (NEVES *et al.*, 2018). A relação entre as subdimensões do instrumento de avaliação externa com as características do processo de trabalho proposta pela PNAB será apresentada no quadro 3.

Quadro 3- Características do processo de trabalho presentes no Instrumento de Avaliação Externa Módulo II do PMAQ-AB segundo ciclo.

SUBDIMENSÕES MÓDULO II	CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO
II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	Formação e Educação Permanente em Saúde
II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	Trabalho em Equipe Multiprofissional Acesso Porta de Entrada Preferencial Responsabilização Sanitária
II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial	Trabalho em Equipe Multiprofissional
II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	Definição do território e Territorialização Responsabilização Sanitária Adscrição de usuários Acesso
II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea	Trabalho em Equipe Multiprofissional Acolhimento Acesso Porta de Entrada Preferencial
II.13 Organização da agenda	Desenvolvimento de ações educativas Acolhimento Acesso Porta de Entrada Preferencial
II.14 Atenção à Saúde	Programação e implementação das atividades de atenção à saúde Promover atenção integral
II.16 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	Promover atenção integral
II.17 Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	Resolutividade
II.26 Promoção da Saúde	Desenvolvimento de ações educativas Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde
II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	Realização de ações de atenção domiciliar Trabalho em Equipe Multiprofissional
II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social
II.30 Atividades nas Escolas	Desenvolver ações intersetoriais
II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Trabalho em Equipe Multiprofissional Desenvolvimento de ações educativas Promover atenção integral

Fonte: Elaborado pela autora

Para a análise de cada subdimensão selecionada a partir do módulo II foi destinada uma subseção:

- a) 7.1.1 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe;
- b) 7.1.2 Apoio Institucional e Apoio Matricial;
- c) 7.1.3 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica;
- d) 7.1.4 Acolhimento à Demanda Espontânea;
- e) 7.1.5 Organização da agenda.

7.1.1 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe

As equipes devem participar do planejamento local de saúde e realizar o monitoramento e a avaliação de suas ações com o intuito de aprimorar o processo de trabalho mediante as necessidades, realidade, entraves e potencialidades analisadas. Devem se basear nas variedades de ações e serviços ofertados na AB, nos indicadores e parâmetros pactuados previamente (BRASIL, 2017). Deve-se considerar a importância da equipe multiprofissional na perspectiva da integralidade da atenção diante da complexidade de situações vivenciadas na AB. Para isto é necessária uma perfeita interação entre as diversas categorias profissionais onde os saberes são compartilhados ao ponto de potencializar a capacidade resolutiva da equipe (BRASIL, 2015).

Dessa forma, observando-se o instrumento, o PMAQ-AB contempla em suas variáveis questões acerca do planejamento das ações realizadas pela equipe: a) ocorrência; b) periodicidade; c) leva em consideração construção de uma agenda de trabalho, informações do Sistema de Informação, questões relacionadas à vulnerabilidade social, questões ambientais do território, controle social, desafios apontados a partir da autoavaliação; d) se recebe apoio da gestão; e) se monitora e analisa os indicadores e informações de saúde; f) se participou do PMAQ e se os resultados foram considerados para organização do processo de trabalho da equipe; g) se foi realizada autoavaliação pela equipe, qual instrumento utilizado e se os resultados foram levados em consideração; h) se a gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando à melhoria do acesso e da qualidade a partir dos

padrões do PMAQ; i) se a equipe realiza reunião, quais profissionais participam, qual a periodicidade e se são discutidos organização do processo de trabalho e serviço, discussão de casos, qualificação clínica com participação de equipes de apoio, construção de projeto terapêutico singular, planejamento e avaliação das ações, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, educação permanente.

A fim de aperfeiçoar o processo de trabalho nas equipes, a informação em saúde é de extrema importância. Seu uso traz condições para a gestão do cuidado desde o momento do cadastramento familiar até a elaboração de um diagnóstico situacional que vai nortear as equipes na realização das ações pactuadas com a comunidade próprias para as necessidades de saúde daquela população (BRASIL, 2015). Espera-se que para planejar as ações, as equipes conheçam seu território e as necessidades de sua população adstrita utilizando também as informações fornecidas pelo Sistema de Informação.

Um dos objetivos do PMAQ é fomentar a institucionalização da avaliação almejando mudança na prática dos profissionais da Atenção Básica, portanto ele questiona em seu instrumento de avaliação externa se a equipe realiza a autoavaliação, qual o instrumento utilizado visto que o MS disponibiliza o AMAQ e, acima de tudo, se seus resultados são levados em consideração no momento do planejamento da equipe. É importante saber também se, diante de todo este esforço e investimento financeiro, a gestão tem utilizado os padrões do PMAQ para apoiar a organização do processo de trabalho das equipes.

Como espaço susceptível para o relacionamento e troca de saberes, as reuniões despertam as potencialidades das equipes e conduzem para a organização do trabalho, estabelecimento de diretrizes e tomada de decisões (GRANDO, 2007).

Para planejar e avaliar suas ações, discutir casos, construir projetos terapêuticos singulares, tratar sobre educação permanente é necessário que a equipe multiprofissional se reúna com uma determinada periodicidade. Para Gomes, Anselmo e Lunardi Filho (2000) quando há engajamento coletivo para resolução de problemas, os profissionais são capazes de avaliar se os resultados esperados foram atingidos. Dessa forma, tem-se a oportunidade de abordagens diferenciadas visto a atuação da equipe multiprofissional que contribui para uma maior reflexão sobre o assunto a ser discutido além de minimizar falhas de comunicação, pois todos estão envolvidos na tomada de decisão.

A ESF rompe com o modelo de atenção médico centrado e, portanto, é necessário que os profissionais trabalhem em equipe e com domínio da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para que suas ações tenham resolutividade. Também é fundamental que estejam atualizados sobre as tecnologias do cuidado e cabe o apoio da gestão em facilitar esse processo.

Trad e Rocha (2011) apontam um elevado nível de comprometimento das equipes com o trabalho que se propõem a executar visto, por exemplo, na discussão de casos ou planejamento de atividades educativas fora do horário de expediente. Entretanto, ressaltam a fragilidade com que mudanças no processo de organização do trabalho e do serviço ocorrem, especialmente no tocante a dificuldade em vencer a fragmentação do trabalho e desenvolver uma prática interdisciplinar. Nesse sentido, Garcia *et al.* (2014) observaram que para o trabalho em equipe é necessária uma determinada dose de liberdade, desse modo faz-se uma reflexão quanto a forma vertical da organização do trabalho e ao uso de instrumentos rígidos em se tratando das necessidades de saúde dos usuários e o saber-fazer dos profissionais que prestam a assistência.

Dentre os compromissos firmados pela gestão e equipes após a fase de contratualização com vistas à melhoria do acesso e da qualidade da AB estão: a organização do processo de trabalho a partir do PMAQ e da PNAB criando espaços permanentes de discussão com as equipes e incentivando o processo de autoavaliação para reflexão da prática profissional com o envolvimento de todos os membros da equipe; implantar a prática do acolhimento à demanda espontânea e alimentar o sistema de informação (SIAB OU SISAB) regularmente (BRASIL, 2015). Para Motta e Siqueira-Batista (2015) o trabalho em equipe é um desafio para o bom desempenho da ESF, pois falta o manejo por parte dos profissionais para que a integralidade ocorra.

Neste sentido, o instrumento de avaliação externa não alcança o grau de integração entre os profissionais das equipes. A realização de reuniões e a discussão de casos sugerem, em teoria, trabalho interdisciplinar, mas pode haver, contudo, a sobreposição de alguma categoria profissional sobre outra. Em suas variáveis há necessidade da abordagem da subjetividade das relações como, por exemplo, de que forma a equipe avalia seu nível de integração?

Ainda sobre esse aspecto, Garcia *et al.* (2014) trazem a necessidade de aprofundamento acerca da análise de metodologias e modelos básicos de instru-

mentos de programação e avaliação, que considerem as diretrizes da ESF e que consigam se moldar às especificidades e necessidades locais em cada território. Além da importância em avaliar de maneira mais abrangente o planejamento de ações nas equipes pensando na fragmentação, falta de continuidade e respeito aos limites de competência dos profissionais na gestão da saúde da população em seus territórios de abrangência sem desconsiderar a relevância das análises culturais no que se refere ao planejamento participativo.

Romper com o modelo assistencial tradicional assim como a Política Nacional de Humanização propõe e promover a articulação entre a gestão do trabalho e da atenção são objetivos difíceis de alcançar à medida que há o afastamento e falta de compreensão da dinâmica do trabalho no cotidiano da ESF pelo gestor local como também pela dificuldade em estabelecer momentos de planejamento com a participação de todos os profissionais (TRAD; ROCHA, 2011). Flôres *et al.* (2018) ressaltam a importância do envolvimento dos gestores para o sucesso do programa refletido na melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. Observaram em seu estudo que eles participam mais diretamente na apresentação e gerenciamento do programa. Para os autores, é necessária a presença dos gestores em todo o processo fazendo uma articulação com as equipes para alcançarem a melhoria dos serviços de saúde para a população. Quando a gestão municipal se dá de forma horizontalizada com a participação dos profissionais como o PMAQ estimula, o desenvolvimento e a continuidade das ações são garantidos mesmo diante de possíveis substituições dos gestores.

7.1.2 Apoio Institucional e Apoio Matricial

Para que a assistência à Saúde se consolide tendo como referência os princípios do SUS da universalidade, integralidade e equidade com vistas à organização da Rede de Atenção à Saúde o apoio institucional foi criado. Sendo um modelo de gestão que na Atenção Básica apresenta-se de modo a organizar o processo de trabalho tanto das equipes de saúde da família quanto da gestão direcionando a prática dos profissionais a partir do diagnóstico situacional da população (BORGES, 2014). Pereira Jr. e Campos (2014) fazem uma abordagem histórica acerca do apoio institucional em nível federal. Os autores resgatam que esse apoio se deu a partir de 2003 com dois enfoques a princípio: i) apoio à gestão

descentralizada do SUS e ii) apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde.

O MS vê no apoio institucional uma potente ferramenta para que a política nacional de saúde seja operacionalizada e assim, a AB seja fortalecida, pois considera prioridade a implementação de modelos de gestão participativa que possam agregar na definição do SUS como política pública de qualidade. Desse modo, o governo acrescenta o apoio institucional em diversos documentos e publicações, a saber: a Política Nacional de Humanização (PNH), o Caderno HumanizaSUS, o Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e o Documento Síntese para Avaliação Externa do PMAQ-AB (MELO *et al.*, 2016).

Com o apoio institucional pretende-se a reformulação da forma tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Tendo como ponto de partida os problemas e tensões do cotidiano, o apoio institucional busca mudança nas organizações tornando os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que potencializem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, pautados em relações permanentes e solidárias (BRASIL, 2017). Já o apoio matricial em saúde é entendido como uma metodologia de trabalho adicional àquela contida em sistemas tradicionais (referência e contra referência, protocolos e centros de regulação) e visa garantir suporte especializado a equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde. Esse suporte se dá tanto no campo da assistência quanto no campo técnicopedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio institucional é um método de cogestão e quem desempenha esta função ocupa um cargo de gestão, com suas devidas atribuições estabelecidas, sendo responsável pela mediação, negociação, manejo e aplicação de ferramentas e instrumentos de gestão. É importante salientar que o apoio matricial é um dispositivo de gestão clínica e o apoio institucional é um arranjo de gestão das redes de atenção, dos serviços e dos sistemas de saúde, portanto, mesmo estando no mesmo campo de conceito, são distintos (PEREIRA Jr.; CAMPOS, 2014).

O apoio Institucional deve investir no maior contato entre trabalhadores e gestores oferecendo subsídios para que esta interação ocorra com qualidade além de auxiliar os profissionais a visitarem suas práticas dentro de um processo de

reflexão à luz do que é preconizado pela PNAB. Exercendo sua função, o apoiador desempenha atividades que visam tirar os profissionais da apatia que por vezes está presente no dia a dia do trabalho. É responsável também por fazer com que as reuniões de equipe ocorram com a periodicidade adequada, por contribuir na organização da unidade, na implantação do acolhimento à demanda espontânea além de proporcionar a educação permanente com a devida participação dos usuários no planejamento das ações (BORGES, 2014; MELO *et al.*, 2017).

No instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB esta temática é abordada mais diretamente na subdimensão “II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial” com suas variáveis que serão destacadas aqui: a) se a equipe recebe apoio institucional permanente como objetivo de discutir de forma conjunta o processo de trabalho e se esse apoio deve-se ao PMAQ; b) como é realizado esse contato; c) atividades realizadas- apoio à autoavaliação, ao planejamento e organização da equipe, educação permanente; d) avaliação da equipe sobre o apoiador institucional; e) se recebem apoio de outros profissionais para auxiliar na solução de casos mais complexos e quais são esses profissionais- do NASF, do CAPS, do polo da academia da saúde, de especialistas, da vigilância em saúde. Neste sentido, Flôres *et al.* (2018) trazem que o apoio institucional no PMAQ com o intuito de melhoria das ações que fortaleçam a AB considera a importância do envolvimento das gestões federal, estadual e municipal. Os autores destacam que o apoio é um mecanismo primordial na mudança de paradigma de uma gestão verticalizada para uma gestão horizontalizada com o olhar atento para as necessidades locais e em busca de estabelecer o estreitamento das relações.

Mais uma vez o instrumento questiona sobre o apoio da gestão às equipes de saúde da família na figura do apoiador institucional. Em suas variáveis permite saber de que forma se dá esse apoio visto a diversidade de situações vivenciadas nas UBS. Ainda dá conta de avaliar este apoiador institucional e saber se este apoio foi por indução do PMAQ. Sendo o processo de avaliação ainda visto como meio de punição ou bonificação e estando o PMAQ associado a aporte financeiro aos municípios e equipes, é fácil supor que os resultados podem não condizer com a realidade principalmente quando se trata de questões relacionadas ao desempenho da gestão a exemplo de avaliar o desempenho do apoiador institucional entre muito bom e muito ruim. Pode existir também o inverso diante de disputas locais: equipes insatisfeitas podem fazer uma avaliação ruim da gestão como forma de contestação.

Além disto, Melo *et al.* (2017) indagam a ausência de meios para avaliar o apoio institucional a partir do PMAQ na sua essência como indutor de autonomia dos sujeitos e da democracia institucional já que a sua base está na cogestão. Alertam, portanto, para o fato de se ter uma avaliação superficial do apoio institucional na AB levando a ser apenas um mecanismo pontual sem condições de impulsionar processos instituintes. O instrumento de avaliação externa também não consegue identificar o conceito de apoio institucional por parte de gestores e profissionais o que pode gerar resultados diferentes da realidade.

No que tange ao apoio matricial há apenas dois questionamentos que não conseguem suprir a abrangência e importância desta temática. O apoio matricial é fundamental para que as equipes obtenham resolutividade de suas ações diante da complexidade do cuidado em saúde e não há como avaliar tal ação pelo instrumento de avaliação externa do PMAQ. No Caderno de Atenção Básica n 39 Núcleo de Apoio à Saúde da Família é abordada a função de apoio matricial das equipes NASF junto às suas equipes de referência. Diante da relevância das equipes NASF na ampliação de resolutividade da AB, o instrumento de avaliação externa aborda esta temática no item II. 33 e traz questionamentos sobre o apoio desempenhado pelas eNASF. Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017) abordam a lógica da integralidade na relação eNASF e EqSF como previsto pelo Ministério da Saúde e para que seja concretizado é necessário a organização do processo de trabalho com vistas ao atendimento compartilhado e interdisciplinar, pressupondo a troca de saberes e a capacitação.

Contudo o apoio matricial vai além, pois o NASF não atua em 100% das equipes de saúde da família no Brasil. O PMAQ precisa dar condições para que o apoio matricial realizado na AB seja avaliado de maneira adequada. É preciso saber que ferramentas são utilizadas, quais materiais são empregados para dar suporte aos profissionais que o realizam, qual o nível de qualificação dos apoiadores e qual o grau de interesse das equipes apoiadas, por exemplo.

As estratégias de apoio tanto institucional quanto matricial conseguem ocupar vários espaços e conquistaram valor na prática dos profissionais de saúde. A partir desses resultados, os gestores podem qualificar os apoios oferecidos, pois vai influenciar na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica à saúde no Brasil (SANTOS *et al.*, 2015). Contudo, Melo *et al.* (2016) refletem sobre a necessidade do apoio às gestões municipais na forma de um apoio integrado entre

os entes federados, pois mesmo considerando que as capitais brasileiras tenham melhor estrutura que os demais municípios, não é garantia para a institucionalização do apoio. Ainda, em sua pesquisa, Melo *et al.* (2017) observaram que não há uma unicidade nos municípios estudados quanto a relevância dada ao apoio institucional com vistas a qualificação da AB, como prioridade para implantação nem tampouco ao nível de institucionalização.

7.1.3 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica

A definição do território e territorialização ganharam um grande destaque na nova PNAB/2017. Além de estar em tópicos específicos no capítulo de processo de trabalho, surge em outros momentos do texto.

I - Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referências essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção (BRASIL, 2017).

II - Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarihos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita (BRASIL, 2017).

A PNAB traz que em função da necessidade e conformação do território é possível o atendimento do usuário fora de sua área de cobertura mediante pactuação entre gestão e equipes preservando o diálogo e a informação com a equipe de referência (BRASIL, 2017). Há de se ter bastante cautela diante desta situação, pois a realidade nos mostra equipes com população adstrita acima da preconizada pelo MS que não tem condições de garantir resolutividade de suas ações. É prudente uma análise bastante criteriosa para que a qualidade do serviço prestado ao usuário não seja prejudicada. Morosini, Fonseca e Lima (2018) fazem

uma reflexão acerca da indução da PNAB/2017 para ampliação da população adscrita desconsiderando a relação entre quantidade e qualidade dos serviços mediante as diversas possibilidades de conformação das equipes e a ausência de critérios para esta definição.

O próprio manual instrutivo PMAQ traz a importância da adscrição dos usuários como sendo o mecanismo de vinculação daquela população com a equipe de saúde tornando-a responsável pelo seu cuidado. É nesse momento de encontro entre profissional e usuário que se cria o vínculo e através da afetividade e confiança se conquista a corresponsabilização do usuário pela sua saúde interferindo diretamente na qualidade da atenção (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB nesta subdimensão questiona: a) o número de pessoas cadastradas sob responsabilidade da equipe; b) se a gestão utilizou critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas; c) se existe definição de área de abrangência da equipe; d) se existe mapas com o desenho do território; e) quando foi realizado o último mapeamento; f) se existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe; g) com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência.

A fim de garantir o direito à saúde a todos, a territorialização ainda é um grande desafio para quem propõe as políticas de saúde bem como para aqueles que a põe em prática. O território em saúde vai além da área de abrangência dos serviços de saúde: é, sobretudo, espaço de poder estabelecido e definem a sua configuração. Como toda a organização do serviço deve seguir os princípios de doutrina e de organização do SUS, as nuances do território se tornam dificultadores do processo de trabalho na prática (GARCIA *et al.*, 2014). Para Ribeiro (2015) o território se apresenta como um espaço vivo para o entendimento acerca da população e de sua dinâmica social. A territorialização, portanto, é capaz de promover a integralidade das ações de saúde voltada para as necessidades específicas daquele território. Desse modo, o instrumento de avaliação externa não oferece meios de apreender o sentido subjetivo do território.

O olhar diferenciado dos profissionais para o território é capaz de induzir a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional, a (re) construção do vínculo dos profissionais e do serviço de saúde com o lugar e a formatação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico específico (SANTOS; RIGOTTO, 2010). Para Garcia *et al.* (2014), a

interação população-serviço encontra nesse espaço-território, no setor saúde, um campo fértil para o seu desenvolvimento. Isso ocorre especialmente em nível local (município) onde as disputas são mais acirradas. Neste sentido, Morosini, Fonseca e Lima (2018) alertam para uma possível conformação de equipe de saúde à luz da PNAB/ 2017 com apenas um ACS o que trará perda na capacidade de a equipe enxergar seu território e entender as necessidades de saúde da sua população.

Ribeiro (2015) considera deficiência no instrumento de avaliação externa do PMAQ quanto a certas características da territorialização. Também não contempla peculiaridades do território que poderiam revelar o perfil da população e os agravos de saúde mais frequentes, por exemplo.

7.1.4 Acolhimento à Demanda Espontânea

O acolhimento tem um aspecto transversal atingindo todas as atividades do SUS de forma ampla pautada no interesse pelo outro, numa atitude ética de cuidado tratando o usuário de forma respeitosa, empática e humana (TESSER; NORMAN, 2014). Desse modo, vem sendo muito estudado tanto por ser a ESF porta de entrada dos serviços de saúde no SUS como por ser norteador na estruturação do processo de trabalho das equipes.

VI - O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas (BRASIL, 2017).

A PNAB destaca que o acolhimento deve acontecer durante todo o horário de expediente da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, na definição de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de tipos de escuta, na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc. (BRASIL, 2017).

O profissional necessita lançar mão de estratégias como o diálogo, escuta qualificada e negociação para atender as necessidades de saúde da população durante o acolhimento: isto requer envolvimento. O acolhimento reorienta os processos de trabalho e conduz o relacionamento entre profissionais e usuários

garantindo a continuidade e a efetividade do cuidado, além de proporcionar ações de promoção e de prevenção de agravos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe:

Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2011, p. 22).

Garcia *et al.* (2014) apontam que as barreiras organizacionais ao acesso aos serviços da atenção básica ainda representam um importante obstáculo para a consolidação do SUS, mesmo com a contribuição da universalização da atenção à saúde constitucionalmente garantida e com a expansão da ESF. Portanto, sinaliza o acolhimento como dispositivo ético-político que se propõe a ampliar o acesso aos serviços de saúde; a organizar o processo de trabalho a partir das demandas e necessidades de saúde; a induzir diferentes maneiras de produzir o cuidado; a ser espaço de integração de usuários como atores do cuidado em saúde e dos profissionais e seus saberes com o intuito do cuidado com o olhar do trabalho em equipe e interdisciplinar.

O acolhimento é tido como um mecanismo que favorece o acesso, pois responde a demandas dos grupos de usuários que possuem determinado agravo ou a partir dos ciclos de vida além daqueles que possuem necessidades de saúde que não se enquadram nesses critérios. Desta forma, o acolhimento trata-se de um instrumento de (re) organização do processo de trabalho da equipe e estimula tanto mudanças operacionais das equipes quanto no que diz respeito a práticas do cuidado (MEDRADO; CASSANOVA; OLIVEIRA, 2015).

Garcia *et al.* (2014) sugerem novos estudos a fim de esmiuçar a temática do acolhimento, pois revela a complexidade da prática no dia a dia das unidades de saúde. A vivência desse processo pode desvendar incongruências e afastamento entre o que é preconizado e o que é realizado diante de situações reais.

7.1.5 Organização da Agenda

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB questiona nesta subdimensão quais ações são realizadas pelas equipes e para quais grupos prioritários essas ações são voltadas. A organização da agenda da equipe deve ser resultado de pactuações entre profissionais, gestão e comunidade visando resolatividade no que se refere à atenção à saúde e ao cuidado. Desse modo, esta atividade requer que os profissionais trabalhem em equipe unindo as especificidades de cada área de atuação para garantir a qualidade das ações ofertadas.

Em seu estudo, Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017) trazem que a agenda de médicos e enfermeiros tem bastante espaço para consultas e reuniões, mas que apesar de pouco tempo disponível, há flexibilidade e autonomia por parte dos profissionais para contemplar participação em atividades não previstas.

Na Estratégia Saúde da Família coexistem dois tipos de demandas, programática e espontânea. A primeira tem foco em grupos específicos, com direcionamentos de agenda e delimitação de vagas. A atenção à busca espontânea se organiza na seguinte tipologia: demanda aguda, baseada na doença e na necessidade de atendimento imediato; demanda não aguda, sustentada por situações que podem aguardar atenção; e demanda induzida, assistida em um dia da semana específico. A organização das demandas na Estratégia Saúde da Família acontece por meio da programação de ações e da atenção à busca espontânea dos usuários. Entretanto, a oferta de serviços ainda é burocratizada e tem como centro da atenção, a doença ou a iminência da mesma, o que fragmenta o cuidado e limita a integralidade (ARAUJO; ASSIS, 2017).

As ações de promoção em saúde na AB prevêm uso de tecnologias de baixa densidade e a participação dos sujeitos nos grupos dá a oportunidade de aproximação e criação de vínculo oportunizando compartilhamento de saberes e conduzindo os usuários a corresponsabilização do cuidado em saúde. Desse modo, são importantes para o cuidado integral na Atenção Básica (FRIEDRICH, 2018).

A visita domiciliar é uma atribuição das equipes de saúde na ESF visando ao acompanhamento longitudinal em nível domiciliar dos processos de saúde-doença dos usuários sob sua responsabilidade, bem como à atenção em saúde diante das

prioridades da comunidade a partir da indicação de atenção domiciliar, demanda espontânea e busca ativa (SILVA *et al.*, 2016). A VD, devido à complexidade de situações que podem surgir – saúde, sociais, familiares- deveria ser um espaço para a prática, de fato, da equipe multiprofissional com o desenvolvimento de uma relação mais horizontal e cooperativa entre os trabalhadores, porém ainda é visto um distanciamento dos profissionais da equipe nesta atividade ficando concentrada nos ACS. As visitas dos médicos são insuficientes e sem continuidade além de necessitarem da articulação das enfermeiras. Durante a realização de visitas os ACS percebem o exercício de sua autonomia e é na expressão do território que são reconhecidos como os “olhos” da equipe (CUNHA; SA, 2013).

A VD proporciona a interação interdisciplinar, ações de promoção à saúde e possibilita o conhecimento da realidade do usuário pelo profissional. Essa aproximação com o modo de vida das pessoas que são assistidas nos cuidados de saúde faz com que as ações tenham maior resolutibilidade (SILVA *et al.*, 2016). Cunha e Sa (2013) trazem como desafio para a consolidação da VD a necessidade da habilidade do profissional de saúde ao se deparar com o inusitado. Ressaltam a importância da VD como meio para o planejamento das ações de saúde e a reorientação das práticas.

Mesmo a VD sendo iniciada com formalidades de cadastramento do usuário e acompanhamento de determinadas doenças, ela oportuniza a criação de estratégias de cuidado e redes de suporte importante entre serviço de saúde e comunidade proporcionando, inclusive, a criação de vínculos afetivos (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018). A VD revela costumes pessoais do usuário no seu espaço familiar e assuntos particulares são expostos aos profissionais. É fundamental que o vínculo e a confiança, imprescindíveis nessa relação, sejam resguardados como parte do cuidado (CUNHA; SA, 2013).

As VDs podem auxiliar o planejamento e direcionamento de ações com vistas à promoção da saúde e à conscientização do autocuidado à medida que mostram as condições de vida, moradia e adoecimento das famílias e as relações interpessoais entre os seus membros (CUNHA; SA, 2013). Além disto, são extremamente importantes na atenção primária por garantirem atendimento aos usuários com maior dificuldade para acessar os serviços de saúde. (ARAÚJO *et al.*, 2006).

A VD leva à aproximação da realidade ao expressar condições de vida e trabalho dos sujeitos dando condições para o atendimento às necessidades de

saúde da população em sua dimensão singular. Critérios para a sua realização conforme risco/estrato social e presença de agravos crônicos auxiliam na sua organização, porém deve-se ter flexibilidade para não engessar esse processo de trabalho vivo em ato (CUNHA; SA, 2013).

O instrumento de avaliação externa retoma as temáticas abordadas nesta dimensão em outros momentos na tentativa de adentrar em aspectos mais específicos da VD, do acolhimento à demanda espontânea e das ações de promoção à saúde, por exemplo.

Diante do exposto ressalta-se a importância do programa para a gestão dos recursos destinados à saúde, colaborando com a utilização dos serviços de saúde favorecendo melhorias no acesso e na qualidade o que reafirma o incentivo para obter melhor desempenho dos indicadores de saúde. A fim de que todos os esforços não fiquem condicionados a um programa, ressalta-se a necessidade de que tais objetivos sejam incluídos no processo de trabalho cotidiano das equipes (MEDRADO; CASSANOVA; OLIVEIRA, 2015).

Neves *et al.* (2018) destacam dentre as limitações do PMAQ a influência da livre adesão das equipes ao processo nos resultados já que estavam cientes que seriam avaliadas podem tê-los superestimados. Também consideram que as unidades que aderem ao programa tendem a ser melhores visto que recebem mais incentivos para investimento no serviço ao alcançarem um bom desempenho. Como o PMAQ deseja induzir a melhoria da qualidade da atenção básica, a equipe que participa já é estimulada a refletir sua prática com intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado.

Flôres *et al.* (2018) trazem a importância do PMAQ como provocador de mudanças na direção da melhoria da qualidade dos serviços, processo de trabalho e atenção à saúde. Apontam o incentivo financeiro como meio de estímulo para os profissionais no desempenho de suas funções. Um dos pontos negativos apontado pelos autores é a falta de articulação entre as três esferas da gestão que provoca deficiência para o perfeito funcionamento do programa.

Neste sentido, há necessidade de conhecer as respostas das equipes referentes às subdimensões apresentadas na tentativa de indicar um caminho a seguir frente às limitações do programa, pois o PMAQ ainda é o meio de avaliação da AB formulado pelo MS de amplitude nacional e seus resultados devem servir

para a análise dessas características. Na seção a seguir serão discutidas as características do processo de trabalho no estado de Pernambuco.

7.2 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO DE ACORDO COM O PORTE POPULACIONAL

Os resultados serão apresentados por meio de tabelas e discutidos em sequência.

Tabela 1 - Realização de Planejamento no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional nos municípios de Pernambuco 2014.

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?							
Sim	336 (94,6)	502 (94,5)	302 (93,5)	335 (94,1)	245 (87,5)	1720 (93,2)	0,005
Não	19 (5,4)	29 (5,5)	21 (6,5)	21 (5,9)	35 (12,5)	125 (6,8)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	
A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?							
Semanal	6 (31,6)	15 (51,7)	7 (33,3)	11 (52,4)	23 (65,7)	62 (49,6)	0,082
Bimestral	1 (5,3)	3 (10,3)	5 (23,8)	2 (9,5)	1 (2,9)	12 (9,6)	
Trimestral	4 (21,1)	2 (6,9)	0 (0,0)	3 (14,3)	3 (8,6)	12 (9,6)	
Semestral	0 (0,0)	1 (3,4)	0 (0,0)	2 (9,5)	1 (2,9)	4 (3,2)	
Annual	2 (10,5)	2 (6,9)	3 (14,3)	2 (9,5)	1 (2,9)	10 (8,0)	
A equipe não realiza planejamento	6 (31,6)	6 (20,7)	6 (28,6)	1 (4,8)	6 (17,1)	25 (20,0)	
Total	19 (100,0)	29 (100,0)	21 (100,0)	21 (100,0)	35 (100,0)	125 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

Dentre os profissionais que responderam 93,2% realizam algum planejamento mensalmente, mas em relação ao porte populacional existem diferenças e são estatisticamente significantes ($p=0,005$) e essa realização é mais frequente nos municípios de menor porte. Em relação à periodicidade do planejamento da programação das ações 49,6% responderam "semanais" e não diferenciou estatisticamente com o porte populacional ($p=0,082$). Isso demonstra a necessidade encontrada pelas equipes em planejar suas ações de maneira sistemática diante das demandas já estabelecidas pelos programas /políticas e das pactuações locais com a gestão e/ou comunidade. Porém 20% das equipes que não fazem planejamento

mensalmente não realizam planejamento de suas ações o que representa 25 equipes no estado sendo menos expressivo nas equipes dos municípios entre 100.001 e 500.000 hab com apenas uma equipe. Pode-se pensar que nestas equipes há um déficit no número de profissionais da equipe multiprofissional, dificuldade no trabalho interdisciplinar associado a um deficiente apoio da gestão (tabela 1).

Ferreira Neto *et al.* (2016) concluem, no estudo sobre processo de trabalho das EqSF em Belo Horizonte, que o planejamento é uma ferramenta essencial para qualificar o trabalho na AB e deve ser promovido por meio de estratégias de formação continuada, apoio institucional e atenção à demanda espontânea.

Tabela 2 - Apoio para o planejamento, participação no PMAQ e indicadores no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?							
Sim	306 (86,2)	475 (89,5)	276 (85,4)	285 (80,1)	192 (68,6)	1534 (83,1)	<0,001
Não	49 (13,8)	56 (10,5)	47 (14,6)	71 (19,9)	88 (31,4)	311 (16,9)	
A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?							
Sim	326 (91,8)	490 (92,3)	296 (91,6)	338 (94,9)	262 (93,6)	1712 (92,8)	0,369
Não	29 (8,2)	41 (7,7)	27 (8,4)	18 (5,1)	18 (6,4)	133 (7,2)	
A sua equipe já participou do PMAQ?							
Sim	167 (47,0)	233 (43,9)	158 (48,9)	208 (58,4)	225 (80,4)	991 (53,7)	<0,001
Não	188 (53,0)	298 (56,1)	165 (51,1)	148 (41,6)	55 (19,6)	854 (46,3)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	
Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?							
Sim	144 (86,2)	209 (89,7)	138 (87,3)	178 (85,6)	213 (94,7)	882 (89,0)	0,011
Não	23 (13,8)	24 (10,3)	20 (12,7)	30 (14,4)	12 (5,3)	109 (11,0)	
Total	167 (100,0)	233 (100,0)	158 (100,0)	208 (100,0)	225 (100,0)	991 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significante.

A tabela 2 expressa que 83,1% dos entrevistados receberam apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho e esse apoio foi bem menor nos municípios com mais de 500 mil habitantes (68,6%) e diferenciou com

significância estatística ($p < 0,001$) com os municípios de menor porte. Essa diferença pode ser justificada pelo maior número de equipes existentes nestes municípios, localizadas em áreas de maior vulnerabilidade social e uma gestão menos eficiente. Apesar de representar a grande maioria das equipes no estado de Pernambuco, ainda 311 equipes não recebem esse apoio. É necessário refletir onde está a falha, pois são mecanismos na organização do processo de trabalho das equipes e resultam no aumento da resolutividade das ações e conseqüentemente melhora na saúde da população. Medrado, Cassanova e Oliveira (2015) encontraram em seu estudo no estado do Rio de Janeiro que 96,2% das equipes recebem apoio da gestão no planejamento e organização do processo de trabalho.

Em relação ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde 92,8% dos profissionais responderam que a equipe realiza e essa proporção não foi diferente em relação ao tamanho do município ($p = 0,369$). Esse dado positivo demonstra a importância do registro correto das informações em saúde, pois elas são necessárias para o diagnóstico situacional daquela determinada população refletindo na qualidade do planejamento proporcionando que as ações programadas sejam dirigidas as reais necessidades locais. Para Garcia *et al.* (2014) o SIAB se destina a auxiliar as equipes na orientação do planejamento e avaliação de suas ações pois aponta as principais necessidades de saúde e permite traçar estratégias de melhoria na organização do trabalho em saúde. Medrado, Cassanova, Oliveira (2015) em seu estudo trazem como desafio o bom uso das informações em saúde produzidas na ESF para a qualificação da gestão em todos os níveis. Considerando que essas informações sejam avaliadas continuamente, proporciona subsídio para a análise da situação de saúde de certa população, facilita o acompanhamento de objetivos e metas e amplia a capacidade das equipes em planejar suas ações.

No geral 53,7% das equipes participaram do primeiro ciclo do PMAQ e segundo o porte populacional existem diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) e o que difere são as equipes dos municípios com mais 500 mil habitantes, 80,4% participaram do PMAQ. Esse dado nos mostra a ampliação do número de equipes que aderiram ao segundo ciclo do programa o que representa o interesse da gestão e profissionais na melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica considerando os possíveis benefícios que o PMAQ trouxe no seu primeiro ciclo e na perspectiva de continuação das ações. A expressão do dado tão diferenciada nos municípios com mais de 500mil habitantes onde apenas 55 equipes

(19,6%) não haviam participado do primeiro ciclo sugere uma apropriação maior ou um pioneirismo desses municípios frente aos programas lançados pelo MS. Em contrapartida, como visto anteriormente, nesses municípios o apoio da gestão para o planejamento e organização do processo é estatisticamente menor. Esse dado sugere uma falta de uniformidade da gestão municipal, pois para o sucesso do programa a fim de qualificar a AB, é necessário alinhamento de todas as áreas da gestão.

E da mesma forma, os resultados alcançados do PMAQ foram utilizados para auxiliar a organização do processo de trabalho dos profissionais em 89% do total das equipes, mas com maior expressividade nos municípios maiores ($p=0,022$) que representa 94,7% de suas equipes. Apesar de um elevado percentual, chama a atenção o total de 109 equipes no estado (11,0%) que não consideraram os resultados do ciclo anterior. Como o programa é constituído de ciclos, as pactuações se relacionam aos resultados alcançados previamente, portanto para estas equipes, o PMAQ não atinge seu pleno desenvolvimento. Aqui também cabe uma reflexão sobre o apoio da gestão para que os resultados da avaliação gerem mudança de prática das equipes.

Tabela 3 – Autoavaliação no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?							
Sim	303 (85,4)	435 (81,9)	273 (84,5)	325 (91,3)	254 (90,7)	1590 (86,2)	0,001
Não	46 (13,0)	83 (15,6)	41 (12,7)	27 (7,6)	25 (8,9)	222 (12,0)	
Não sabe/não respondeu	6 (1,7)	13 (2,4)	9 (2,8)	4 (1,1)	1 (0,4)	33 (1,8)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	
Qual o instrumento utilizado?							
AMAQ	289 (95,4)	406 (93,3)	261 (95,6)	312 (96,0)	233 (91,7)	1501 (94,4)	0,205
AMQ	2 (0,7)	8 (1,8)	1 (0,4)	3 (0,9)	4 (1,6)	18 (1,1)	
Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	8 (2,6)	7 (1,6)	6 (2,2)	4 (1,2)	9 (3,5)	34 (2,1)	
Instrumento desenvolvido pelo Estado	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,8)	2 (0,1)	
Outro(s)	4 (1,3)	14 (3,2)	5 (1,8)	6 (1,8)	6 (2,4)	35 (2,2)	
Total	303 (100,0)	435 (100,0)	273 (100,0)	325 (100,0)	254 (100,0)	1590 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significante.

O processo de autoavaliação foi utilizado por 86,2% das equipes sendo mais representativo nos municípios de maior porte ($p=0,001$) e na maioria o instrumento utilizado foi o AMAQ (94,4%) e não apresentou diferenças estatisticamente significantes ($p=0,205$). Como sendo o processo de autoavaliação um potente indutor de mudança de processo de trabalho, esse resultado é excelente. Significa que após um processo de avaliação e reflexão de sua prática, a equipe pode melhor organizar seu processo de trabalho e assim obter maior resolutividade de suas ações. Contudo, 222 equipes (12,0%) não realizaram a autoavaliação mesmo tendo um incremento para a nota da avaliação. O uso da AMAQ pela maioria das equipes é interessante, pois é um instrumento validado e anteriormente aperfeiçoado. Destaca-se que apenas 36 equipes (2,2%) utilizaram um instrumento desenvolvido pelo município/equipe ou pelo estado que pode estar associado à avaliação de desempenho dos servidores do SUS/ Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Observa-se que 35 equipes utilizaram outro instrumento, portanto há de se questionar a qualidade desses instrumentos, visto a importância desse processo.

Neste sentido, deve-se refletir sobre a relação do incentivo financeiro advindo do PMAQ-AB e a realização da autoavaliação pelas equipes, pois para estar preparada para participar da etapa da avaliação externa é necessário que a equipe passe pelo processo de autoavaliação. Para isto, fica a critério da gestão o instrumento de autoavaliação a ser utilizado (MEDRADO; CASSANOVA; OLIVEIRA, 2015).

Tabela 4 - Resultado da Autoavaliação no processo de trabalho da equipe no segundo ciclo do PMAQ- AB por porte populacional nos municípios de Pernambuco 2104.

(continua)

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?							
Muito Considerado	154 (50,8)	204 (46,9)	125 (45,8)	169 (52,0)	139 (54,7)	791 (49,7)	0,014*
Considerado	115 (38,0)	183 (42,1)	122 (44,7)	110 (33,8)	94 (37,0)	624 (39,2)	
Razoavelmente considerado	27 (8,9)	34 (7,8)	22 (8,1)	41 (12,6)	18 (7,1)	142 (8,9)	
Pouco considerado	1 (0,3)	7 (1,6)	3 (1,1)	4 (1,2)	0 (0,0)	15 (0,9)	
Não considerado	6 (2,0)	7 (1,6)	1 (0,4)	1 (0,3)	3 (1,2)	18 (1,1)	
Total	303 (100,0)	435 (100,0)	273 (100,0)	325 (100,0)	254 (100,0)	1590 (100,0)	

Tabela 4 - Resultado da Autoavaliação no processo de trabalho da equipe no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional nos municípios de Pernambuco 2104.

(conclusão)

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?							
Sim	291 (96,0)	412 (94,7)	263 (96,3)	299 (92,0)	197 (77,6)	1462 (91,9)	<0,001*
Não	12 (4,0)	23 (5,3)	10 (3,7)	26 (8,0)	57 (22,4)	128 (8,1)	
Total	303 (100,0)	435 (100,0)	273 (100,0)	325 (100,0)	254 (100,0)	1590 (100,0)	
A equipe realiza reunião?							
Sim	342 (96,3)	519 (97,7)	314 (97,2)	351 (98,6)	278 (99,3)	1804 (97,8)	0,075
Não	13 (3,7)	12 (2,3)	9 (2,8)	5 (1,4)	2 (0,7)	41 (2,2)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

Das equipes que fizeram a autoavaliação, 88,9% consideram ou consideram muito o resultado da autoavaliação para a organização do processo de trabalho e existe diferença entre o porte populacional ($p=0,014$). Esse resultado demonstra que o programa atinge seu objetivo em auxiliar a organização do processo de trabalho a partir de um processo de avaliação sendo o caminho para a institucionalização da avaliação na atenção básica. Medrado, Cassanova e Oliveira (2015) destacam que o PMAQ orienta o uso de um processo de autoavaliação para que seja construída uma matriz de intervenção a partir das limitações visualizadas pela equipe e as prioridades assumidas. Portanto, os autores consideram os resultados encontrados em seu estudo um reflexo desse processo: 95,8 % das EqAB do total das regiões de saúde do Rio de Janeiro no primeiro ciclo do PMAQ-AB consideraram os resultados da autoavaliação no planejamento e organização do processo de trabalho da equipe. Diante do incentivo da gestão para que as equipes realizem a autoavaliação esse dado é relevante, pois representa melhoria na organização e no processo de trabalho das mesmas.

Em 91,9% das equipes, a gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando à melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ e houve diferenças significativas ($p<0,001$) onde esse apoio foi bem menor nos municípios com mais 500 mil habitantes (77,6%). Para Santos *et al.* (2015), a função do apoiador institucional em auxiliar as equipes no processo de reflexão de suas

atividades cotidianas é observada no significativo número de equipes que realizaram a autoavaliação a partir deste apoio.

A reunião de equipe contribui para a organização do processo de trabalho no momento em que permite a troca de conhecimentos e a tomada de decisão de acordo com a coletividade (CRUZ *et al.*, 2008). Dentre as equipes participante, 97,8% responderam que realizam reuniões de equipe e essa realização não difere com o tamanho da população ($p=0,075$), conforme apresentado na tabela 4. Há de se observar que além de realizar, é necessário verificar a qualidade dessas reuniões no sentido de ser espaço de discussão de processo de trabalho, planejamento, discussão de casos, etc. A reunião de equipe é momento de fortalecimento da relação entre os profissionais onde as diferenças são dirimidas em função do alcance aos objetivos em comum para melhoria da qualidade de saúde da população.

Neste sentido, Albuquerque (2011), após observação e entrevistas realizadas com os profissionais das equipes de Saúde da Família da cidade do Recife, conclui que eles formam um grupo de trabalho e não uma equipe deixando evidente a forma prescritiva do processo de trabalho na ESF. As ações de saúde são pensadas e executadas por categoria profissional individualmente, na maioria das vezes, o que revela a polivalência com parcial autonomia na atuação e o pouco engajamento para se organizarem coletivamente. Para Peruzzo *et al.* (2018), a realização de reuniões regulares de equipe é uma estratégia que auxilia o processo de interação dos profissionais diante dos desafios do trabalho em equipe expressos nos embates do cotidiano e no afastamento entre seus integrantes.

Tabela 5 - Apoio institucional no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.

(continua)

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?							
Sim	318 (89,6)	469 (88,3)	284 (87,9)	295 (82,9)	226 (80,7)	1592 (86,3)	0,003*
Não	37 (10,4)	61 (11,5)	37 (11,5)	59 (16,6)	49 (17,5)	243 (13,2)	
Não sabe/não respondeu	0 (0,0)	1 (0,2)	2 (0,6)	2 (0,6)	5 (1,8)	10 (0,5)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	

Tabela 5 - Apoio institucional no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.

Variável	(conclusão)						p-valor ¹
	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Esse apoio foi por indução do PMAQ?							
Sim	99 (31,1)	159 (33,9)	91 (32,0)	71 (24,1)	50 (22,1)	470 (29,5)	0,003*
Não	219 (68,9)	310 (66,1)	193 (68,0)	224 (75,9)	176 (77,9)	1122 (70,5)	
Total	318 (100,0)	469 (100,0)	284 (100,0)	295 (100,0)	226 (100,0)	1592 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

Apoio institucional permanente acontece em 86,3% das equipes no estado de Pernambuco e é maior nos municípios de menor porte ($p=0,003$) que está acima da média nacional que foi de 77,9% e de 74,3% das capitais encontrada no estudo de Melo *et al.* (2017) referente ao primeiro ciclo do PMAQ-AB. Este resultado representa o entendimento de que a gestão precisa estar lado a lado com as equipes, e que não cabe mais o distanciamento entre gestores, trabalhadores e comunidade.

Contudo em relação ao questionamento se esse apoio foi por indução do PMAQ, apenas 29,5% responderam que sim e esse percentual aumenta nos municípios menores ($p=0,003$) como demonstrado na tabela 5. Esse resultado está bem acima da média nacional encontrada por Melo *et al.* (2017) de 6,3% e das capitais de 4,0% que pode significar um avanço em relação ao ciclo anterior do programa. Cabe aqui uma reflexão sobre o entendimento de apoio institucional por parte dos profissionais das equipes. O gestor que está imbuído do papel de apoiador deve construir junto com as equipes e comunidade sob sua responsabilidade. É sabido que com a implantação do PMAQ houve um “apoio” da gestão para auxiliarem as equipes quanto ao novo programa de avaliação e suas etapas, portanto, considerando a elevada rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família, é possível que este apoio institucional tenha sido sim por indução do PMAQ e os profissionais desconheçam o processo realizado anteriormente. Neste sentido, questiona-se a apresentação da realidade através desses dados, pois o programa não considera a problemática da fixação de profissionais na AB.

Contudo, Melo *et al.* (2017) em sentido inverso, ponderam que diante do baixo percentual do resultado das equipes que reconheceram o apoio por indução

do PMAQ apesar do estímulo às gestões municipais para a consolidação do apoio institucional ainda pode haver equipes que identifiquem como apoio institucional o suporte oferecido pela gestão sendo, portanto, menor o número de equipes que realmente recebem o apoio institucional.

Os mesmos autores analisaram respostas dos gestores das capitais brasileiras referentes à dimensão apoio institucional do primeiro ciclo do PMAQ – AB no módulo online o que representa se deparar com as intencionalidades e os caminhos traçados por gestores e equipes de gestão desses municípios. Chamam atenção para o fato de que, em grande parte das capitais brasileiras, a lógica da construção coletiva ter sido pouco perceptível nos textos das diretrizes institucionais para o apoio. Além de observarem que para os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, por exemplo, a palavra 'usuário' não foi mencionada por qualquer gestor, supondo então que as gestões não consideram a participação da comunidade nesse processo indo de encontro à função que o apoio tem de contribuir para a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos (MELO *et al.*, 2016).

Santos *et al.* (2015) observaram em seu estudo que a quantidade de atividades realizadas tanto pelo apoio institucional, quanto pelo apoio matricial influenciaram diretamente no resultado obtido para as certificações das equipes. Em grande parte das equipes eram desenvolvidas mais de quatro atividades de ambos os apoios. Esta associação evidencia a importância do apoio para a qualificação da AB no Brasil e, portanto, deve existir por parte dos gestores e profissionais um olhar atento para as atividades propostas. É imprescindível que a organização do processo de trabalho das equipes seja marcada pela presença do apoio institucional e do apoio matricial. Desse modo, Melo *et al.* (2017) propõem que haja um dimensionamento para atuação do apoiador institucional frente a um determinado número de equipes pois constataram que o apoio na AB existe e, apesar de ser o apoiador bem avaliado, é responsável por uma grande quantidade de equipes o que prejudica sua atividade com a persistência das nuances normativas e burocráticas.

Tabela 6 - Apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Do NASF	160 (48,2)	423 (83,8)	279 (91,8)	268 (80,5)	192 (73,6)	1322 (76,2)	<0,001*
Do CAPS	48 (14,5)	268 (53,1)	250 (82,2)	251 (75,4)	214 (82,0)	1031 (59,4)	<0,001*
Da vigilância em saúde	309 (93,1)	440 (87,1)	282 (92,8)	293 (88,0)	213 (81,6)	1537 (88,6)	<0,001*
Especialistas da rede	267 (80,4)	410 (81,2)	266 (87,5)	271 (81,4)	199 (76,2)	1413 (81,4)	0,013*
Profissionais de outra modalidade de apoio matricial	148 (44,6)	230 (45,5)	138 (45,4)	177 (53,2)	152 (58,2)	845 (48,7)	0,001*
Polo da Academia da Saúde	144 (43,4)	208 (41,2)	112 (36,8)	89 (26,7)	126 (48,3)	679 (39,1)	<0,001*
Centro especializado em reabilitação	130 (39,2)	270 (53,5)	160 (52,6)	201 (60,4)	105 (40,2)	866 (49,9)	<0,001*
Total	332 (100,0)	505 (100,0)	304 (100,0)	333 (100,0)	261 (100,0)	1735 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

Diante dos entraves observados para reorganização do processo de trabalho, a metodologia do apoio matricial propõe ganho de resolutividade no trabalho em saúde considerando a importância da criação da autonomia dos usuários. Para alcançar seu objetivo, o apoio matricial requer uma reformulação na organização e funcionamento dos serviços e sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITII, 2007). A tabela 6 apresenta que 76,2% recebem apoio de outros profissionais do NASF, 88,6% da vigilância em saúde, 81,4% dos especialistas em saúde, 59,9% do CAPS, 49,9% do centro especializado em reabilitação e em todos houve diferenças estatisticamente significantes entre o porte populacional ($p < 0,05$). É necessário usar de todo apoio da rede de atenção para aumentar a resolutividade da atenção básica e esse suporte vindo de profissionais de variadas formações resulta na ampliação da capacidade técnica da equipe. Os resultados encontrados por Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017) em seu estudo retratam a falta de habilidade das equipes em desenvolver ações integradas de apoio matricial.

Tabela 7 - Abrangência da área e tipificação para definir a quantidade de pessoas por equipe no segundo ciclo PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?							
Sim	235 (66,2)	367 (69,1)	227 (70,3)	201 (56,5)	160 (57,1)	1190 (64,5)	<0,001*
Não	79 (22,3)	94 (17,7)	63 (19,5)	111 (31,2)	96 (34,3)	443 (24,0)	
Não sabe/não respondeu	41 (11,5)	70 (13,2)	33 (10,2)	44 (12,4)	24 (8,6)	212 (11,5)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	
Existe definição da área de abrangência da equipe.							
Sim	342 (96,3)	511 (96,2)	302 (93,5)	350 (98,3)	275 (98,2)	1780 (96,5)	0,044*
Não	11 (3,1)	17 (3,2)	18 (5,6)	5 (1,4)	5 (1,8)	56 (3,0)	
Não sabe/não respondeu	2 (0,6)	3 (0,6)	3 (0,9)	1 (0,3)	0 (0,0)	9 (0,5)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	
A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?							
Sim	311 (90,9)	457 (89,4)	292 (96,7)	344 (98,3)	267 (97,1)	1671 (93,9)	<0,001*
Não	31 (9,1)	54 (10,6)	10 (3,3)	6 (1,7)	8 (2,9)	109 (6,1)	
Total	342 (100,0)	511 (100,0)	302 (100,0)	350 (100,0)	275 (100,0)	1780 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

A identidade de um território se expressa como uma instância de poder e essa construção depende da forma com que foi gerada sua história. Portanto, no território são vistos os poderes de atuação tanto do Estado, através de políticas sociais, quanto das necessidades, demandas e interesses de diversas agências e dos cidadãos que nele habita (GARCIA *et al.*, 2014). Em geral 64,5% utilizam alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir o número de pessoas que a equipe é responsável de acordo com a PNAB e esse percentual é maior nos municípios com menos de 100 mil habitantes ($p < 0,001$). Verifica-se um percentual maior que a média nacional de 59% do primeiro ciclo do PMAQ como explicita Ribeiro (2015) em seu estudo. No entanto, a autora destaca que em 41% do total de equipes a gestão não considera os critérios de risco e vulnerabilidade que pode ocasionar sobrecarga de trabalho para estas equipes. No estado de Pernambuco para o segundo ciclo este percentual foi de 24% o que representa 443 equipes. Este número é elevado diante da importância da questão e indaga-se: como estes gestores determinam o número de pessoas por equipe?

Ainda, 96,5% afirmaram que existe uma definição da área de abrangência da equipe e também diferem estatisticamente por porte populacional ($p=0,044$) resultado próximo do encontrado por Ribeiro (2015) que foi de 98% na média nacional no primeiro ciclo. Em 93,9% das equipes do estado de Pernambuco possuem mapas com desenho do território de abrangência e também diferem por tamanho do município ($p<0,001$) (tabela 7). A média nacional segundo Ribeiro (2015) foi 84,6% das equipes. A autora reforça a importância do mapa de abrangência para o planejamento de ações e aumento da resolutividade a partir do reconhecimento dos espaços comunitários do território e também das necessidades e realidade própria daquele local.

Tabela 8 - População descoberta da atenção básica e frequência de atendimento fora da área de abrangência no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional nos municípios de Pernambuco.

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?							
Sim	86 (27,7)	183 (40,0)	175 (59,9)	198 (57,6)	128 (47,9)	770 (46,1)	<0,001*
Não	224 (72,0)	273 (59,7)	116 (39,7)	144 (41,9)	137 (51,3)	894 (53,5)	
Não sabe/não respondeu	1 (0,3)	1 (0,2)	1 (0,3)	2 (0,6)	2 (0,7)	7 (0,4)	
Total	311 (100,0)	457 (100,0)	292 (100,0)	344 (100,0)	267 (100,0)	1671 (100,0)	
Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?							
Todos os dias da semana	60 (50,8)	130 (54,6)	112 (60,2)	118 (57,3)	57 (41,3)	477 (53,8)	0,147
Alguns dias da semana	40 (33,9)	65 (27,3)	46 (24,7)	58 (28,2)	46 (33,3)	255 (28,8)	
Raramente	13 (11,0)	35 (14,7)	21 (11,3)	24 (11,7)	31 (22,5)	124 (14,0)	
Nenhum dia da semana	2 (1,7)	2 (0,8)	3 (1,6)	3 (1,5)	2 (1,4)	12 (1,4)	
Não há esse tipo de demanda	1 (0,8)	5 (2,1)	2 (1,1)	1 (0,5)	0 (0,0)	9 (1,0)	
Não sabe/não respondeu	2 (1,7)	1 (0,4)	2 (1,1)	2 (1,0)	2 (1,4)	9 (1,0)	
Total	118 (100,0)	238 (100,0)	186 (100,0)	206 (100,0)	138 (100,0)	886 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

De acordo com a tabela 8, 46,1% afirmaram que existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe e que essa proporção difere em relação ao porte populacional ($p<0,001$) e a proporção maior de população descoberta é nos municípios de maior porte acima de 50 mil habitantes este percentual é maior quando se observa o estudo de Ribeiro (2015) que

encontrou 33,8%. A autora também encontrou diferença na frequência de atendimento de pessoas residentes fora da área de abrangência para 43,8% das equipes estes atendimentos ocorrem todos os dias da semana; para 45,7% das equipes os atendimentos ocorrem alguns dias da semana e para 10,5% das equipes estas pessoas não são atendidas.

Em Pernambuco para o segundo ciclo do PMAQ 53,3% dos entrevistados responderam que atendem pessoas residentes fora da sua área de abrangência em todos os dias da semana o que representa 447 equipes, em 28,8% das equipes (255) esse atendimento ocorre em alguns dias da semana, para 14% das equipes (124) ocorre raramente e em apenas 1,4% das equipes (12) este atendimento acontece em nenhum dia da semana. Essa realidade vai de encontro à criação de vínculo entre usuário e equipe de saúde família, além de prejudicar todo o planejamento da equipe relativo à oferta de serviços como o agendamento de consultas da demanda espontânea ou atividade nos grupos, por exemplo. Este número expressivo de atendimento à população fora da área de abrangência reforça o modelo médico centrado e enfraquece a ESF como ordenadora do cuidado. Questiona-se: como este usuário será inserido na RAS? Como garantir o cuidado longitudinal? Como a gestão fará a previsão de insumos daquela unidade de saúde? Por outro lado, deve-se refletir sobre o número de pessoas que não encontram acesso ou acesso de qualidade na AB e qual caminho esse usuário que não está na área de cobertura de uma equipe percorre: certamente um grande centro médico contribuindo para o modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde ainda persistente no país. Neste contexto, Ribeiro (2015) traz a urgência em mudar a realidade da população descoberta no território de abrangência da atenção básica tanto em relação a garantir a população adscrita das equipes no contexto do vínculo, responsabilização sanitária e longitudinalidade do cuidado, quanto para que seja respeitado o direito à saúde de qualidade à população não pertencente às áreas de abrangência das equipes de saúde.

Tabela 9 - Demanda espontânea no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco.

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?							
Sim	327 (92,1)	512 (96,4)	294 (91,0)	342 (96,1)	277 (98,9)	1752 (95,0)	<0,001*
Não	28 (7,9)	19 (3,6)	29 (9,0)	14 (3,9)	3 (1,1)	93 (5,0)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	
Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?							
Sim	244 (74,6)	398 (77,7)	251 (85,4)	307 (89,8)	255 (92,1)	1455 (83,0)	<0,001*
Não	83 (25,4)	114 (22,3)	43 (14,6)	35 (10,2)	22 (7,9)	297 (17,0)	
Total	327 (100,0)	512 (100,0)	294 (100,0)	342 (100,0)	277 (100,0)	1752 (100,0)	
O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?							
Sim	314 (88,5)	492 (92,7)	302 (93,5)	317 (89,0)	254 (90,7)	1679 (91,0)	0,067
Não	41 (11,5)	39 (7,3)	21 (6,5)	39 (11,0)	26 (9,3)	166 (9,0)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

Segundo a PNAB, na AB, o acolhimento à demanda espontânea deve funcionar como estratégia para ampliar/facilitar o acesso na medida em que todas as pessoas que forem à unidade de saúde tenham suas necessidades atendidas independente de estarem incluídas em determinado grupo prioritário, ciclo de vida ou terem algum agravo mais prevalente. Além de ser considerado como postura, atitude e tecnologia do cuidado, pois é sentido no momento em que se firmam relações entre as pessoas e os trabalhadores onde os vínculos são criados levando a continuidade do cuidado. O acolhimento, desde a sua implantação exige um esforço da equipe para refletir sua prática e o relacionamento entre os profissionais gerando mudanças no modo de organização das ações, portanto é tido como dispositivo de (re) organização do trabalho em equipe (BRASIL, 2017).

Na tabela 9, 95,0% realizam acolhimento à demanda espontânea na sua unidade e 83,0% que existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea e diferem estatisticamente em os portes populacionais ($p < 0,001$) e em 91,0% os usuários conseguem sair com a consulta marcada, caso não consiga ser atendido no mesmo dia e não diferem com o porte populacional ($p = 0,067$). Esse

resultado demonstra que as equipes estão seguindo a PNH que orienta sobre o acolhimento. No estudo de Flôres *et al.* (2018) em entrevista com gestores pôde ser visto a relevância que eles trazem em relação ao acolhimento. Consideram sua implantação como um dos pontos positivos vindos a partir do PMAQ, pois auxiliou no processo de melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde por meio de ajustes na organização do trabalho. Contudo, mesmo Garcia *et al.* (2014) encontrando em seu estudo que o acolhimento está implantado em 81% das unidades de saúde e considerando um bom resultado, baseando-se nas vivências da atenção básica diante da diversidade de formas de acolhimento, chamam atenção para que o acolhimento não se restrinja a postura profissional de generosidade ou ambiente agradável.

O acolhimento na AB, independente das adequações feitas dentro das EqSF, deve ser resolutivo, deve garantir acesso. Entretanto, são muitas nuances que o cotidiano das unidades e território apresentam e infelizmente não existe uma regra para que a prática do acolhimento funcione a contento, deve-se ter a PNH e as determinações do MS como uma orientação, mas sempre considerando as diversidades locais. Neste momento é fundamental o envolvimento entre gestores, profissionais e comunidade a fim de respeitarem pactuações e estarem em constante processo de reavaliação do protocolo estabelecido. Diante de um quadro de tensão nacional com reflexo nas políticas públicas de saúde, a efetivação desse vínculo é necessária para o fortalecimento da AB.

Tabela 10 - Capacitação e Avaliação de risco e vulnerabilidade no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.

(continua)

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?							
Sim	319 (89,9)	477 (89,8)	279 (86,4)	330 (92,7)	269 (96,1)	1674 (90,7)	<0,001*
Não	35 (9,9)	54 (10,2)	43 (13,3)	25 (7,0)	9 (3,2)	166 (9,0)	
Não sabe/não respondeu	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,7)	5 (0,3)	
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	

Tabela 10 - Capacitação e Avaliação de risco e vulnerabilidade no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.

(conclusão)

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?							
Sim	142 (44,5)	234 (49,1)	152 (54,5)	166 (50,3)	166 (61,7)	860 (51,4)	0,001*
Não	176 (55,2)	242 (50,7)	125 (44,8)	159 (48,2)	101 (37,5)	803 (48,0)	
Não sabe/não respondeu	1 (0,3)	1 (0,2)	2 (0,7)	5 (1,5)	2 (0,7)	11 (0,7)	
Total	319 (100,0)	477 (100,0)	279 (100,0)	330 (100,0)	269 (100,0)	1674 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

Garcia *et al.* (2014) consideram que ter o acolhimento participativo e sustentável como mecanismo de organização a fim de conseguir solucionar casos imprevistos além de dar conta da demanda espontânea pensando na construção de vínculos e orientação ao usuário sobre a sua responsabilidade no processo do cuidado através do estabelecimento de relações mais dialógicas é o principal desafio dos profissionais da estratégia saúde da família.

Segundo a PNAB pessoas que necessitem de atendimento de urgência/emergência devem ser priorizadas mesmo que já exista o número de máximo de consultas agendadas no período, para isto, é necessário que a equipe organize seu processo de trabalho (BRASIL, 2017).

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:

- 1- consulta ou procedimento imediato;
1. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;
2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;
3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;
4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e
5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou

fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral (BRASIL, 2017).

A tabela 10 expressa que 90,7% das equipes realizam avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários e esse percentual é maior nos municípios acima de 100 mil habitantes ($p < 0,001$). Dos profissionais que responderam à avaliação 51,4% afirmam que foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários e em relação ao porte populacional foi 61,7% nos municípios com mais de 500 mil habitantes e a proporção de capacitação dos municípios de menor porte foi menos de 55,0% e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,001$). Porém 48,8% dos profissionais afirmam que não foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, portanto essa falta de preparo e uniformidade pode dificultar o processo de trabalho visto que os profissionais de uma mesma equipe podem ter condutas distintas diante de um caso semelhante. A PNAB traz a importância da estratificação de risco da população no processo de organização das ações pelas equipes no que diz respeito à racionalidade de recursos da saúde, necessidade e adesão do usuário (BRASIL, 2017). Esse dado revela uma grave deficiência da gestão no que tange a política de educação permanente por não preparar adequadamente os profissionais que atuam na AB. Segundo Medrado, Cassanova e Oliveira (2015), diante da precariedade dos recursos humanos nos municípios, da baixa fixação, do excesso de trabalho e do baixo quantitativo de apoio técnico especializado, os gestores devem promover a qualificação de seus profissionais.

Tabela 11 - Ações agendadas realizadas no segundo ciclo do PMAQ-AB por porte populacional dos municípios de Pernambuco 2014.

Variável	Até 20.000 hab	20.001-50.000 hab	50.001-100.000 hab	100.001-500.000 hab	Acima de 500.000 hab	Total	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Visita domiciliar	336 (94,6)	497 (93,6)	309 (95,7)	348 (97,8)	269 (96,1)	1759 (95,3)	0,044*
Grupos de educação em saúde	272 (76,6)	430 (81,0)	262 (81,1)	323 (90,7)	257 (91,8)	1544 (83,7)	<0,001*
Atividade comunitária	221 (62,3)	345 (65,0)	194 (60,1)	255 (71,6)	211 (75,4)	1226 (66,4)	<0,001*
Consultas para cuidado continuado	308 (86,8)	466 (87,8)	277 (85,8)	329 (92,4)	262 (93,6)	1642 (89,0)	0,002*
Acolhimento à demanda espontânea	267 (75,2)	420 (79,1)	248 (76,8)	296 (83,1)	250 (89,3)	1481 (80,3)	<0,001*
Nenhuma das anteriores	11 (3,1)	16 (3,0)	5 (1,5)	3 (0,8)	3 (1,1)	38 (2,1)	0,056
Total	355 (100,0)	531 (100,0)	323 (100,0)	356 (100,0)	280 (100,0)	1845 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

A tabela 11 apresenta que as ações agendadas pelas equipes são visitas domiciliares (95,3%), grupos de educação em saúde (83,7%) Atividade comunitária (66,4%), consultas para cuidado continuado (89,0%) e acolhimento à demanda espontânea (80,3%) e em todas apresentou diferenças com significância estatística ($p < 0,05$). Garcia *et al.* (2014) trazem em seu estudo o impasse que ocorre para a construção da agenda programática: de um lado, considerando as orientações do Ministério da Saúde, deve garantir assistência aos grupos prioritários como idosos e crianças; por outro lado deve responder às necessidades da demanda espontânea como orienta o acolhimento. Para Medrado, Cassanova e Oliveira (2015) a organização da agenda de uma equipe leva a uma definição de responsabilidade de cada profissional da equipe multiprofissional: cada um tem sua devida contribuição na garantia de resolução dos casos. Por isto esta conformação da agenda é decisiva para o arranjo da prática da equipe relativa ao atendimento das demandas espontânea e programada.

Os dados do PMAQ relacionados às práticas de visita domiciliar e ao cuidado no domicílio mostram que um expressivo número de equipes faz visitas domiciliares, sendo o cuidado domiciliar amplamente realizado pelos profissionais médico, enfermeiro e técnico/ auxiliar de enfermagem (DE-CARLI *et al.*, 2015). Segundo Silva *et al.* (2016) a VD oferece condições para o entendimento do ambiente familiar do usuário trazendo à tona aspectos relacionados a doenças crônicas especialmente na população idosa. Assis e Castro-Silva, (2018) observaram em seu estudo que as práticas de atenção aos idosos no território são fortalecidas quando a visita

domiciliar considera dinâmicas de acolhimento e vínculo afetivo proporcionando construções criativas e singulares do cuidado.

Contudo, cabe destacar que 38 (2,1%) equipes não realizam nenhuma destas atividades sendo 16 equipes dos municípios com população entre 20.001 e 50.000 habitantes. É difícil conceber que uma equipe não realize visita domiciliar ou consulta para o cuidado continuado, por exemplo. Indaga-se: qual a qualidade de assistência prestada a esses usuários e quais justificativas dos profissionais e gestores para não realizarem tais atividades.

Fontana, Lacerda e Machado (2016) em um estudo avaliativo sobre o processo de trabalho na AB afirmam que apesar dos resultados satisfatórios nas condições estruturais ainda existem grandes desafios para assegurar as condições necessárias à realização dos aspectos processuais. Pensando em um trabalho articulado, falta continuidade do cuidado e na organização do trabalho como instrumentos de participação popular na gestão local, desenvolvimento de ações intersetoriais e compartilhadas, acompanhamento e responsabilização do cuidado em todos os pontos de atenção.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo observou aspectos relevantes do processo de trabalho das equipes na ESF no estado de Pernambuco bem como limites do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB. Foi visto que apesar do apoio da gestão às equipes na organização do seu processo de trabalho, há falhas em pontos que desfavorecem sua atuação. Destacam-se os resultados obtidos a partir das análises do instrumento de avaliação externa e dos resultados obtidos através do banco de dados:

- a) O instrumento traz fatores importantes para organização e planejamento do processo de trabalho como o uso dos sistemas de informação em saúde, a autoavaliação considerando a expressão deste processo na mudança da prática do cotidiano e o uso de padrões de qualidade do PMAQ no apoio ao processo de trabalho das equipes. Entretanto, não questiona o grau de integração da equipe de saúde da família;
- b) Em se tratando do apoio institucional e matricial, apesar de contemplar o desempenho do apoiador institucional no exercício de sua função, não atinge a dimensão da autonomia do sujeito e democracia institucional que devem ser induzidas pelo apoiador na prática da cogestão. O apoio matricial não tem destaque no instrumento mesmo diante de sua relevância para a resolutividade da AB;
- c) Diante da complexidade do território, o instrumento permite avaliar critérios de definição da área de abrangência da equipe, utilização de mapas e população descoberta, porém não atinge nuances da dimensão do poder no território que influencia no processo de trabalho das equipes;
- d) A prática do acolhimento à demanda espontânea é amplamente abordada o que é esperado devido ao estímulo à sua implantação na AB;
- e) Em relação ao planejamento e organização do processo de trabalho, 93,2% das equipes realizam o planejamento das ações mensalmente, 83,1% receberam apoio da gestão, 92,8% realizam monitoramento e análise dos indicadores de saúde, 53,7% participaram do primeiro ciclo do PMAQ e destes, 89% consideraram os resultados para a organização do seu processo de trabalho. Ainda, 97,8% realizaram reuniões, 86,2% realizaram processo de autoavaliação e 94,4% utilizaram a AMAQ;

- f) Para o apoio institucional, 86,3% das equipes recebem esse apoio de forma permanente, mas apenas 29,5% responderam que este apoio foi induzido pelo PMAQ;
- g) Sobre o território, 64,5% afirmam que existem critérios de risco e vulnerabilidade para definição do número de pessoas cadastradas, 46,0% afirmam que existe população descoberta no entorno do território de abrangência e 53,3% atendem pessoas residentes fora de sua área de abrangência;
- h) No que se refere à prática do acolhimento, 95,0% das equipes realizam, 90,7% realizam avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento, contudo, apenas 51,4% dos profissionais foram capacitados.

Neste sentido, diante da análise do instrumento de avaliação externa e dos seus resultados no segundo ciclo do PMAQ-AB nos municípios do estado de Pernambuco considera-se que as equipes de saúde desempenham suas funções na direção da qualificação do seu processo de trabalho através da organização e planejamento de suas ações, da implantação da prática do acolhimento à demanda espontânea e ao realizarem o processo de autoavaliação. Entretanto, para que as mudanças realmente ocorram, a gestão precisa estar disponível para o envolvimento. Percebe-se que a gestão apoia às equipes no planejamento e organização do processo de trabalho, utilizam tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe e oferecem apoio institucional permanente às equipes de saúde.

Porém há algumas fragilidades observadas neste percurso que necessitam a devida atenção. O número elevado de população descoberta na área de abrangência das equipes, por exemplo, impossibilita a realização de um planejamento adequado para suprir as necessidades da população já que a maioria dos profissionais faz o atendimento destes usuários. Desta maneira, as ações em saúde, o vínculo, a continuidade do cuidado e a responsabilização sanitária ficam comprometidos. Em relação à prática do acolhimento, apesar de ter sido implantado na maioria das equipes, quase metade dos profissionais não foram capacitados quanto à avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários o que dificulta o trabalho em equipe na perspectiva da organização do processo de trabalho.

Neste sentido, apesar do apoio da gestão às equipes, é necessário um maior comprometimento dos gestores para sanarem questões que envolvem o território e capacitação dos profissionais a fim de provocar melhoria do processo de trabalho das equipes que vai refletir serviços ofertados aos usuários e conseqüentemente, qualificar a atenção básica.

Observou-se também que o instrumento de avaliação externa não contempla algumas nuances necessárias para avaliar o processo de trabalho das equipes e o papel da gestão neste processo. O apoio matricial merece um destaque maior no instrumento visto sua importância para a resolutividade na AB. Da mesma forma, não há questionamento direto sobre a integração dos profissionais da equipe nem tampouco da relação com a gestão municipal, apesar de a equipe conceituar o desempenho do apoiador institucional.

Neste cenário, espera-se que o direcionamento do instrumento esteja alinhado com o fomento à cultura de avaliação e a não associação do processo de avaliação como meio de punição, pois mesmo que o instrumento seja completo em abrangência das temáticas pertinentes, seus resultados dificilmente irão representar a realidade da atenção básica no Brasil se essa barreira persistir.

A avaliação em saúde é fundamental para o planejamento de ações, repasse de recursos e qualificação da atenção a partir do processo reflexivo que é gerado. Qualquer processo de avaliação exige envolvimento dos gestores e trabalhadores para o seu pleno desenvolvimento. O PMAQ é o processo de avaliação da AB de amplitude nacional e no cenário atual de disputas e ameaça às políticas públicas, deve-se lançar mão destes resultados no auxílio à tomada de decisões.

Entretanto, muitas limitações há no PMAQ: desde o seu início é necessário união de esforços das três esferas de gestão, porém as gestões municipais ficam por vezes desamparadas; apesar de sua abrangência no território brasileiro, a adesão ao programa é espontânea que pode levar a incapacidade em retratar a AB no país como um todo, além de fazer uma seleção não intencional das equipes com um melhor desempenho, pois sabem que passarão por um processo de avaliação; a falta de transparência relacionada à destinação dos recursos financeiros vindos da adesão e certificação das equipes; por fim, diante da cultura da avaliação punitiva, podem ocorrer respostas não condizentes à realidade das equipes.

Deste modo, propõe-se como intervenção a construção de um instrumento de avaliação do processo de trabalho na AB no estado de Pernambuco com o

envolvimento de gestores e profissionais das equipes. Entende-se como condição para o sucesso do processo de avaliação e consequente qualificação da AB, o engajamento de todos os sujeitos.

Sugerem-se estudos de abordagem qualitativa para analisar o processo de trabalho das equipes diante da diversidade do tema e sua relevância para a resolutividade das ações na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. I. N. **Estratégia de Saúde da Família**: Um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.
- ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Uma Revisão de Literatura **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1/ 3, p. 75-80, jan. /dez. 2010.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, maio, 2016.
- ARAUJO, L.M. *et al.* Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 155-166, mar. 2006.
- ARAUJO, A. C. *et al.* Qualidade dos Serviços na Estratégia Saúde da Família sob interferência do PMAQ – AB: Análise Reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 2, p. 712-717, fev. 2017.
- ARAUJO, P. O.; ASSIS, M. M. A. Organização da Demanda e Oferta de Serviços na Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde. Com.**, Jequié, v.13, n. 4, p. 994-1002, nov. 2017.
- BORGES, R. S. **A Importância do Apoio Institucional na Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)**: Avaliação dos resultados. 2014. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 2 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Manual Instrutivo do 3o ciclo (2015-2016). Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada)**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe parametrizada)**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html> Acesso em: 2 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011. v.1. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramenta para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, 2014. v. 1. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 77-86, mar. 2018.

BRITO, G. E. G. de. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 14, n. 139, dez. 2009. Disponível em: < <https://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>>. Acesso em: 14 out. 2017.

CAMPOS, A. Z. **Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Campo Grande, MS**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, A. L. B.; SHIMIZU, H. E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 23-33, mar. 2017.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA 2016. cap. 5, p. 189-231.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336, abr./ jun., 2015.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v.15, n.37, p.589-599, abr./ jun. 2011.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. *et al.* À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI siècle. In: POMEY, M. P.; POULLIER, J.P. (Ed.). **Santé publique**. Paris: Elipses, 2000. p. 637-667.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 705-711, set. 2006.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no programa Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./ fev. 2009.

COSTA, G. S. Grupos focais: um novo olhar sobre o processo de análise das interações verbais. **Revista Intercâmbio**, São Paulo, v. 25, p. 153-172, jan. 2012.

CRUZ, M. L. S. *et al.* Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psicologia Revista**, São Paulo, v.17, n.1/2, p. 161-183, jan. 2008.

CUNHA, M. S.; SA, M. C. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, mar. 2013.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS - ESTADO, DESENVOLVIMENTO E CRISE DO CAPITAL, 5º 2011, São Luís. **Anais**. São Luís: UFMA, 2011. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/2674904-Estrategia-saude-da-familia-reflexao-sobre-algumas-de-suas-premissas.html>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

DAVID, H. L.; CAMARGO Jr. K. R. Prática Avaliativa na Atenção Básica: Revisitando a Pedagogia da Problematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 127-139, dez. 2013.

DE-CARLI, A. D. *et al.* Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. 105, p. 441-450, jun. 2015.

DONABEDIAN, A.; DANTÉZ, O. G. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**: un texto introductorio. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, jun. 2010.

FEITOSA, R. M. M., *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.821-829, set. 2016.

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, set. 2006.

FELISBERTO, E. **Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica em saúde no Brasil no período de 2005 a 2008**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FERREIRA NETO, J. L. *et al.* Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 179-192, out./set. 2016.

FLEGELE, D. S., *et al.* Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.12 n.2, p. 5-11, out. 2010.

FLÔRES, G. M. S. *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, jan. / mar. 2018.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul./set. 2016.

FRANCO. T.; MERHY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios**. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/psf-contradicoes-e-novos-desafios/at_download/file>. Acesso em 20 jan. 2018.

FRIEDRICH, T. L. *et al.* Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65 p. 373-385, abr. 2018.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p.221-236, out. 2014. Número especial.

GIL, A. C. **Estudo de caso- Fundamentação Científica Subsídios para Coleta e Análise de Dados e Como Redigir**. São Paulo: Atlas, 2009.

GIOVANELLA, L. *et al.* Potencialidades e Obstáculos para a Consolidação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.34, n 85, p. 248-264, abr./ jun. 2010.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29, maio/ jun. 1995.

GOMES, E. S.; ANSELMO, M. E. O.; LUNARDI FILHO, W. D.R. AS Reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 472-480, jul./set. 2000.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. 1992. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR. Textos, 1).

GRANDO, M. K. **Reuniões de equipe na Estratégia Saúde da Família a partir do referencial Pichoniano de grupo operativo**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Florianópolis, 2007.

GUSMAO-FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n, 3, p. 683-703, set. 2006.

LIMA, R. T.; SILVA, E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 1, p. 103-114, jun. 2011.

MACEDO, C. L. S. V. **Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município do Cabo de Santo Agostinho-PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

MACÊDO, V. C. **Avaliação na Estratégia Saúde da Família**. Recife: Ed. UFPE, 2015.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. **Caderno de RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 12-26, mar. 2006.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas In: BAPTISTA, T. W. F; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (Org.). **Abordagens e Métodos de Pesquisa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. cap. 10, p. 294-321.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, out./ dez. 2015.

MELO, L. M. F. *et al.* Características do apoio institucional ofertado às equipes de atenção básica no Brasil. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 685-708, set./dez. 2017.

MELO, L. M. F. *et al.* Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 8-22, jan./ mar. 2016.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2. p. 305-314, out. 1999.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. p. 427-432.

MOREIRA, K. S.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 117-127, out./dez. 2016.

MOROSINI, M. V. G.C., FONSECA, A.F., LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOTTA, L.C.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p.196-207, jun.2015.

NEVES, R.G. *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade Rio Grande do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 1-10, mar. 2018.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde & sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, dez. 2004.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000.

NOVAES, H. M. D.; CARVALHEIRO, J. R. Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl.0, p.1841-1849, nov. 2007.

OLIVEIRA, A. A. R.; LEITE, C. A. P. F.; RODRIGUES, C. M. C. O processo de construção dos grupos focais na pesquisa qualitativa e suas exigências metodológicas. In: ENCONTRO DA ANPAD, 31º, 2007, Rio de Janeiro. **Anais**. Maringá: Anpad, 2007. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EPQ-A2615.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, set. 2013. Número especial.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, Londres, p.11-31, 2011. (Série Brasil). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

PAIM, J. S. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 255-264, set. 2017. Número especial.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, SP, 1998.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. p. 320-328.

PEREIRA Jr, N., CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface**, Botucatu, v.18, supl.1, p.895-908, ago. 2014.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Gerências Regionais de Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico de Pernambuco 2016**. 2016. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, ago. 2018.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: BARROS, A. F. R. *et al.* (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2. p. 51-70.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 358-372, out. 2014. Número especial.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p. 251-263, abr. / jun. 2000.

REIS, J. F. B. dos *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar.1990.

RIBEIRO, D. T. **Avaliação da territorialização e população de referência das equipes de atenção básica no Brasil: um estudo elaborado a partir do primeiro ciclo de avaliações do PMAQ**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

RIZZOTO, M. L. F. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 237-251, out. 2014. Número especial.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do desempenho na estratégia de Saúde da Família no Brasil: a utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. In: PIERANTONI, C. *et al.* (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1a Ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 217-230.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p.1027-1034, nov. /dez. 2005.

SAMOTO, A. K. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2013.

SAMPAIO, J. *et al.* PMAQ-AB: A Experiência Local para a Qualificação do Programa Nacional. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.10, Supl. 5, p. 4318-428, nov. 2016.

SANTINI, S. M. L. *et al.* Dos 'recursos humanos' à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no sus. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 537-559, maio./ ago. 2017.

SANTOS, A. F. *et al.* Apoio institucional e matricial e sua relação com o cuidado na atenção básica à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 54, ago. 2015.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.114, p. 694-706, jul./ set. 2017.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./ jun., 2012.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWATZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 94-108, out. 2014. Número especial.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G.C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 11, p. 4315-4326, nov. 2011

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para Melhoria da Qualidade Da Estratégia Saúde da Família e a Qualificação Profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 95-108, mar./jun.2011.

SILVA, L. C. L. **Revisão Integrativa das Evidências Científicas em Avaliação dos Programas de Saúde no Brasil, 2000 a 2011**. 2012. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, João Pessoa, 2012.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 80-91, jan/mar, 1994.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no Trabalho de Profissionais da Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-11, set. 2017.

SORATO, J. *et al.* Estratégia Saúde Da Família: Uma Inovação Tecnológica Em Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 584-592, abr./ jun. 2015.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, p.1325-1335, out. 2009.

STARFIELD B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O.Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, dez. 2011.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.869-883, set. 2014.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 777-796, jan. 2009.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1969-1980, mar. 2011.

UCHÔA, S. A. C. *et al.* Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p.1-30, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02672.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2017.

VIANNA, M.S.C. **Autoavaliação no trabalho de uma Equipe de Saúde da Família**: relato de experiência. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Uberlândia, 2011.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FÁRIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamericana**, Washigton, v.120, n.6, p.472-482, 1996.

APÊNDICE A - PROJETO DE INTERVENÇÃO

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

ANA LÚCIA MOTA DANTAS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AO ESTADO DE PERNAMBUCO –
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESF**

**RECIFE
2019**

ANA LÚCIA MOTA DANTAS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AO ESTADO DE PERNAMBUCO –
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESF**

Projeto de intervenção como contribuição ao estado de Pernambuco oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz.

**RECIFE
2019**

1 INTRODUÇÃO

Entende-se que a iniciativa de novos modelos de atenção básica advém de um contexto histórico social onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não corresponde mais à emergência das mudanças do mundo moderno nem às necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. A avaliação do seu desempenho a fim de garantir a cobertura e a qualidade da atenção prestada é um desafio advindo de sua expansão (CAMPOS, 2010; MACÊDO, 2013; ROSA; LABATE, 2005).

Em 2006, o PSF ganhou status de Estratégia Saúde da Família – (ESF), e com isso tornou-se uma estratégia permanente na atenção básica em saúde (DALPIAZ; STEDILE, 2011). Apesar disto, Campos (2010) destaca o predomínio de um modelo capitalista de produção dos serviços de saúde e a existência de uma miscelânea de serviços públicos e privados, ambos os exemplos de forças antagônicas ao paradigma da integralidade e interdisciplinaridade sugerida pela ESF.

Na ESF a centralidade da hegemonia de uma determinada categoria profissional muda para uma proposta de trabalho em equipe multiprofissional atuando de forma interdisciplinar. A fim de propiciar melhoria na qualidade da assistência, a ESF propõe divisão de responsabilidades e associação das diversas competências profissionais (SORATTO *et al*, 2015).

Diante disto, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracterize por: definição do território e territorialização, trabalho em equipe multiprofissional, acolhimento, participação do planejamento local de saúde, responsabilização sanitária dentre outras (BRASIL, 2017). O trabalho em equipe está relacionado a diversas mudanças que vem ocorrendo na oferta de serviços de saúde, tais como a especialização do trabalho; a especialização das disciplinas científicas; a crescente incorporação de tecnologia; a institucionalização elitizadora e segmentadora da oferta de atenção à saúde; o caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde; o valor ético e a diretriz política da atenção integral às necessidades de saúde do conjunto da população (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

A pouca experiência com avaliação de serviços de saúde, acompanhada da complexidade do projeto definido pelo SUS para a Atenção Primária, requer a soma de inúmeros esforços e a articulação de pesquisas e experiências de gestão. Ao se

discutir a reorganização dos serviços de saúde no Brasil, a avaliação da qualidade destes serviços alcança destaque. Portanto, é nesta complexa abrangência das práticas da APS que se encontra o grande desafio da construção de instrumentos de avaliação de serviços (CASTANHEIRA *et al.*, 2016; REIS *et al.*, 1990).

No Brasil em 2011, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ- AB- através da portaria nº 1.654/2011, cuja proposta é oferecer aos gestores municipais dispositivos de avaliação e gestão da qualidade da Estratégia Saúde da Família (SILVA; CALDEIRA, 2011). Conforme a sensibilização dos profissionais de saúde pode contribuir para a construção de espaços coletivos de discussão e de reflexão sobre o planejamento em saúde, em nível local, a partir dos indicadores de monitoramento e desempenho (FEITOSA *et al.*, 2016).

Com o PMAQ deve ocorrer a efetivação de redes colaborativas, que incentivem a cultura da avaliação e monitoramento como ferramenta de gestão dos processos de trabalho, com vistas à qualificação da atenção básica (SAMPAIO, *et al.* 2016). Araújo *et al.* (2017) entende que o PMAQ tem sido uma ferramenta importante na gestão de recursos destinados á saúde favorecendo a organização do processo de trabalho, garantindo a gestão de qualidade e, portanto, melhorando o desempenho dos indicadores de saúde.

Porém, a maneira de avaliar com intuito de punir parece evidenciar ainda modos de organização dos serviços e de funcionamento da gestão, nos quais os trabalhadores são vistos como implementadores de ações determinadas por atores com maior poder organizacional. Da mesma forma, relações trabalhistas permeadas por medo são produtos da fragilidade do vínculo empregatício que expõe os trabalhadores a relações assimétricas de poder e mesmo a assédio moral no trabalho. Isto estimula a equivocada compreensão de que os processos avaliativos são instrumentos de críticas e punições, e não, como estabelece as diretrizes do programa (PMAQ) de ser incremental, mobilizar, envolver e responsabilizar os atores no processo de mudança (SAMPAIO, *et al.* 2016).

As avaliações devem ser utilizadas como ferramenta de discussão crítica acerca da organização dos serviços e práticas de saúde, enfatizando seu potencial de induzir mudanças, contudo a modificação de normas éticas e políticas em critérios técnicos e padrões de qualidade serão sempre temporários e susceptíveis às realidades às quais se aplicam (CASTANHEIRA *et al.*, 2016). Macedo (2015)

ressalta a necessidade de se estabelecer critérios claros, definir parâmetros, considerar os atores envolvidos e incorporar as características culturais e institucionais inerentes ao que é avaliado gerando precisão ao ato de avaliar.

Deve-se investir em programas de avaliação que considerem a relevância de todos os atores envolvidos para que eles enxerguem possibilidade de mudança de suas práticas a partir da identificação das fragilidades existentes no seu processo de trabalho.

Diante da relevância dos dados advindos da avaliação externa do PMAQ cuja amplitude é nacional, são necessários estudos que consolidem as informações disponibilizadas. Estando o processo de trabalho diretamente relacionado ao desenvolvimento de ações de saúde que trazem melhoria das condições de saúde da população, torna-se importante o seu estudo.

Nesta perspectiva, com o estudo realizado pela pesquisadora, espera-se contribuir para a melhoria da qualidade da Atenção Básica com informações que conduzam a tomada de decisão por parte de profissionais de saúde e gestores, num contexto mais amplo, ou seja, no estado de Pernambuco. Desse modo, a indagação que conduziu a pesquisa foi: Como se dá o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família nos municípios de Pernambuco na perspectiva do PMAQ-AB?

Considerando as fragilidades do PMAQ em relação à avaliação de aspectos relativos à integração dos profissionais das equipes e destes com a gestão que influenciam na organização do processo de trabalho e planejamento de ações de saúde, percebe-se como relevante a construção de um instrumento de avaliação que provoque o engajamento de todos os sujeitos envolvidos no processo. Para a fidedignidade dos resultados visando reflexão e modificação da prática, é fundamental que o conceito de avaliação como meio de punição seja superado. Portanto, como projeto de intervenção, produto da dissertação de mestrado, propõe-se um instrumento de avaliação do processo de trabalho na ESF no estado de Pernambuco construído a partir do diálogo entre gestores e trabalhadores.

2 OBJETIVO GERAL

Construir um instrumento de avaliação do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos:

- a) Apresentar os resultados do estudo aos gestores através da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS) e aos profissionais por meio do Conselho Estadual de Saúde;
- b) Formar um Grupo de Trabalho (GT) com gestores e profissionais que contemple paritariamente representantes dos municípios de acordo com o porte populacional;
- c) Apresentar o instrumento de avaliação construído com o envolvimento de gestores e trabalhadores;
- d) Implantar o instrumento de avaliação do processo de trabalho na ESF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O trabalho em equipe se expressa como modalidade de trabalho coletivo sendo caracterizado pela relação mútua entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Nesse contexto de relação entre trabalho e interação, os profissionais criam consensos traduzidos por um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho (PEDUZZI, 1998). Trabalho em equipe de modo integrado é a conexão de diferentes processos de trabalhos, embasado em um certo grau de conhecimento sobre do trabalho do outro e valorizando o envolvimento deste na produção de cuidados; é criar consensos quanto aos objetivos e resultados a serem atingidos pelo conjunto dos profissionais, assim como quanto à estratégia mais apropriada para consegui-los (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Segundo Scherer, Pires e Schwartz (2009), o trabalho em saúde além de ser marcado pela história das profissões cuja definição de seu domínio de competências e atos próprios pesam sobre a divisão do trabalho, sofre influência das determinações macropolíticas e envolve uma relação entre sujeitos que fazem gestão do seu próprio trabalho. Os trabalhadores de saúde precisam tornar-se agentes de mudanças para suprir um novo projeto de atenção à saúde que tenha como referência a integralidade da atenção. Para Faria e Araújo (2010) a interação entre sujeitos é intrínseca ao trabalho em saúde e para lidar com esta subjetividade do processo de trabalho em saúde, o trabalhador deve ter autogoverno de suas ações o que é difícil, por completo, devido à cultura do trabalho prescrito estimulada pela gestão preocupada com normas e exigências técnicas, ou seja, com a racionalidade técnico-burocrática.

Uma nova abordagem em APS vem sendo amplamente incentivada pelo Ministério da Saúde desde meados da década de 1990: o PSF. Foi criado como um programa vertical, seletivo, que oferecia essencialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, e focalizado no processo de implantação, mas sua abrangência aumentou sendo assumido como estratégia principal para reorientação do modelo assistencial na atenção básica na Política Nacional de Atenção Básica em 2006, incorporando os atributos de uma APS integral. Caracteriza-se como uma estratégia que permite a integração e proporciona a organização das atividades em um território definido, com o objetivo de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997;

GIOVANELLA, 2010; PAIM *et al.*, 2011). A Estratégia Saúde da Família (ESF), com capacidade para induzir o reordenamento dos outros níveis de atenção à saúde, visa estimular a qualidade dos serviços de saúde e garantir o acesso dos usuários, podendo ainda ser considerada uma opção de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade (IBÁÑEZ *et al.*, 2006; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O PSF apresenta uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde onde os profissionais estão mais próximos ao seu objeto de trabalho. Nessa proposta, a equipe multiprofissional e interdisciplinar presta assistência de acordo com as reais necessidades da sua população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e fazendo intervenções apropriadas (ROSA; LABATE, 2005). A ESF como estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado impactos positivos nas condições de saúde da população brasileira. Entretanto, além de melhorar indicadores de saúde, espera-se que ela gere um movimento de mudança no modo de se produzir o cuidado em saúde. Dessa forma, exige-se das EqSF envolvidas uma nova organização da dinâmica de trabalho (BRITO, 2016).

O objeto principal do trabalho em saúde são as necessidades de saúde da população tanto na dimensão individual quanto na coletiva, portanto, a finalidade do processo de trabalho em saúde é produzir cuidado por meio do trabalho vivo em ato através de ações de saúde, entretanto estas ações podem estar voltadas apenas para procedimentos em detrimento das reais necessidades de saúde dos usuários. Este trabalho vivo está em constante interação com regulamentações, instrumentos, equipamentos constituindo desta forma um processo de trabalho que envolve variados tipos de tecnologias. Os instrumentos são as tecnologias duras; o conhecimento técnico específico corresponde às tecnologias leve-duras; e a interação entre os sujeitos diz respeito às tecnologias leves e acontecem nas práticas de acolhimento, de vínculo, para com os usuários, e de gestão, como estratégia para orientar processos de trabalho. Com vistas à qualidade dos sistemas de saúde é necessário o uso correto dessas tecnologias (MERHY, 1997, 1999; MERHY; FRANCO, 2009).

Além da superação de questões macropolíticas, há que se superar entraves postos na dimensão cotidiana dos serviços, como o trabalho em equipe, pois quando os profissionais realizam as ações em saúde de maneira isolada ou justapostas comprometem a eficiência e eficácia dos serviços no âmbito da atenção integral; a

qualidade técnica articulada à humanização das práticas e à comunidade. A qualidade da atenção realizada na rede de serviços de AB se apresenta como uma dimensão imediatamente mais próxima da governabilidade de gestores, profissionais e usuários (CASTANHEIRA *et al.*, 2016; SCHRAIBER, *et al.*, 1999).

A temática da avaliação em saúde está sendo objeto de considerações constantes, pois traz implicações em relação ao papel do Estado como formulador e gestor de políticas públicas e como responsável pela geração de informações sólidas apropriadas à abordagem deste complexo objeto. Superar os desafios próprios à avaliação de serviços de saúde é uma fundamental para que se possa garantir a qualidade na atenção às demandas de saúde da população. A administração pública vem encarando os desafios que essa crescente cobrança exige. A prática avaliativa apresenta-se, portanto, como instrumento indispensável para a realização de aprimoramentos, sendo inquestionável a sua necessidade, uma vez que é impossível saber em que ponto determinado serviço de saúde possui fragilidades sem que um procedimento avaliativo sistematizado seja realizado (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011).

A avaliação tem como objetivo auxiliar na tomada de decisão. À medida que os resultados de uma avaliação são considerados pelas instâncias decisórias modificam em função da credibilidade, fundamentação teórica e pertinência das avaliações (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 2000; CONTRANDIOPOULOS, 2006).

A dificuldade de medir resultados em saúde e de atribuí-los às ações dos sistemas de saúde está relacionada ao fato de que os resultados podem estar influenciados por outros fatores externos (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011). O caráter político das práticas avaliativas é inegável sendo a avaliação, muitas vezes, voltada para os gestores e/ou financiadores em detrimento dos profissionais dos programas e serviços e dos comunitários. Isto exige que o avaliador evite cumplicidades de diversas ordens ou que ceda a pressões políticas e administrativas. O trabalho do avaliador dentro dos sistemas de saúde não deve ser restrito à execução de tarefas definidas por grupos particulares: cabe ao avaliador destacar ao máximo possível a diversidade acerca do programa ou serviço avaliado (BRITO; JESUS, 2009).

Albuquerque (2011), após observação e entrevistas realizadas com os profissionais das equipes de Saúde da Família da cidade do Recife, conclui que eles formam um grupo de trabalho e não uma equipe deixando evidente a forma

prescritiva do processo de trabalho na ESF. As ações de saúde são pensadas e executadas por categoria profissional individualmente, na maioria das vezes, o que revela a polivalência com parcial autonomia na atuação e o pouco engajamento para se organizarem coletivamente.

Dentre os esforços realizados nas três últimas décadas no campo da avaliação da atenção básica pelo Ministério da Saúde destacam-se a “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ-ESF), que foi desenvolvida no ano de 2005 com o objetivo de analisar o processo de trabalho brasileiro nesse nível atenção; e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) entre os anos de 2008 e 2010 com vistas a identificação das condições de atendimento e resolutividade de serviços dos diversos níveis de complexidade incluindo a AB (SAMPAIO *et al.* 2016). Um dos fatores limitantes ao uso da AMQ, apesar da identificação das características específicas de indicação de padrões de qualidade a serem alcançados pelas equipes de saúde da família, está no fato de não existir uma definição clara para a aferição de escores ou para o estabelecimento de pontos de corte específicos que permitam o ranqueamento das equipes em relação aos cinco estágios de desenvolvimento apresentados: elementar, em desenvolvimento, consolidado, bom e avançado (SILVA; CALDEIRA, 2011).

A importância da Avaliação enquanto atividade intrínseca de quaisquer que sejam as ações de saúde é defendida pelos autores especializados no tema. Portanto, institucionalizar a Avaliação enquanto ação direcionadora no desenvolvimento das práticas de saúde contribui para o (re)direcionamento de políticas e programas de saúde, para a avaliação do desempenho institucional e de seus profissionais, para a produção e utilização do conhecimento e também proporciona a formação e satisfação das pessoas promovendo assim, a qualificação da atenção à saúde (LIMA; SILVA, 2011).

Avaliar a oferta de serviços de saúde na perspectiva da equidade, da cobertura populacional e da acessibilidade, representa um desafio teórico, conceitual e operacional. A análise da saúde em função dos princípios ordenadores possibilita um entendimento do funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, a partir da premissa de que existem funções a serem cumpridas pelas equipes com foco na melhora de indicadores sanitários saúde (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011).

O zelo pelo bom desempenho e melhor qualidade de uma determinada prática deveria ser uma preocupação do profissional no exercício de sua atividade.

Dessa forma, o interesse pela avaliação da sua própria prática é algo que, se minimamente despertado, pode transformar o fazer, fortalecendo o empenho e a vontade de acertar inerente àqueles que se dedicam à função pública (FELISBERTO, 2006). É necessário o envolvimento de múltiplos atores em processos avaliativos a fim de compartilhar as experiências vindas dos diversos saberes considerando sempre a subjetividade inerente ao contexto (SAMOTO, 2013).

As contribuições com o uso metodológico de um instrumento autoavaliativo e de avaliação externa como forma de encontrar as fragilidades e possíveis melhorias para os serviços de saúde são positivas, pois visam à qualidade de atenção à saúde prestada aos usuários (FEITOSA *et al.*, 2016). Samoto (2013) reflete sobre a capacidade de a avaliação direcionar o planejamento e provocar mudanças nos processos de trabalho. Felisberto (2006) traz que quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional, o ato de avaliar gera valor.

A avaliação em saúde ainda representa um grande desafio tanto em função da grande complexidade do sistema de saúde e da relativa “juventude” do SUS com a heterogeneidade dos serviços em um país de dimensões continentais, quanto das mudanças políticas que em determinados contextos contrapõem-se às proposições e conquistas históricas do sistema público de saúde (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2011 com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica. O Programa tem o intuito de avaliar as EqAB através da verificação de padrões que expressem o acesso e a qualidade do serviço bem como avaliar o desenvolvimento de ações dos gestores da AB. O PMAQ propõe o desenvolvimento de inúmeras ações: adesão das equipes, monitoramento de indicadores, implantação de processos autoavaliativos e a avaliação externa (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SOUSA, 2015).

A adesão ao PMAQ pressupõe o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do Programa. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas ligadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se materializar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados (BRASIL, 2013). Nessa perspectiva,

o PMAQ-AB chega ao seu segundo ciclo com a adesão de quase 90% das equipes do país e uma pequena taxa de abandono (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O padrão é a declaração da qualidade desejada tendo um sentido afirmativo ou positivo e expressando expectativas a serem alcançadas. Os padrões de qualidade caracterizam-se pela sua abrangência com uma visão ampla do sistema e das ações em saúde. Refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo 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 (BRASIL, 2013).

4 MÉTODO

A proposta de intervenção de que trata este projeto será realizada seguindo as etapas apresentadas neste capítulo.

4.1 Cenário da intervenção

Com 98.311 km², Pernambuco localiza-se no centro leste da Região Nordeste. O estado tem sua costa banhada pelo Oceano Atlântico e faz limite com a Paraíba, Ceará, Alagoas, Bahia e Piauí. Também faz parte do território pernambucano, O arquipélago de Fernando de Noronha, a 545 km da costa, também faz parte do território Pernambucano. É formado por 185 municípios e possui 8.796.032 habitantes: tem a cidade do Recife como sua capital (PERNAMBUCO, 2017).

Existem 12 Regiões de Saúde que apoiam todos os 184 municípios de Pernambuco mais a ilha de Fernando de Noronha, quatro macrorregiões e 11 microrregiões de saúde. Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde fica responsável por determinadas cidades atuando, assim, de maneira mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. O modelo de gestão da Saúde possibilita que as particularidades de cada região tenham atenção no momento de decidir ações e campanhas (PERNAMBUCO, 2017).

Para melhor caracterização do estado de Pernambuco, foi eleita a divisão dos municípios segundo o porte populacional. Entende-se que dentro de uma mesma região de saúde há municípios de portes distintos e, portanto dificultaria uma análise adequada.

4.2 Sujeitos envolvidos

Gestores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e profissionais da Estratégia Saúde da Família representando os municípios de acordo com o porte populacional.

4.3 Estratégias

Apresentar os resultados do estudo no Conselho Estadual de Saúde e formar um GT que contemple representantes de todos os municípios do estado a partir do porte populacional. O roteiro desses encontros será à luz das metodologias ativas propiciando momentos de criação e fortalecimento de vínculos. As discussões serão direcionadas para as temáticas de avaliação em saúde, padrões de qualidade e processo de trabalho das equipes. Ocorrerá um encontro mensal durante o período de abril a agosto de 2019. Para realização de todas as etapas será necessária a colaboração da Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária (GEAP) da SEAS e o apoio técnico das gestões estadual e municipais no sentido de liberação de profissionais, suporte técnico e disponibilidade de facilitadores para conduzir as reuniões.

Após ampla discussão, o instrumento será apresentado aos demais gestores e profissionais das equipes através dos seus representantes no GT para que seja implantado. É fundamental que os resultados sejam analisados pensando em reflexão e mudança de prática.

4.4 Recursos utilizados

As reuniões do GT ocorrerão na Secretaria Estadual de Saúde e serão necessários recursos de mídia e áudio visual. Para a condução das reuniões será necessário o apoio da gestão estadual disponibilizando facilitadores para auxiliarem a pesquisadora. Sugere-se que as reuniões sejam realizadas uma vez ao mês, durante cinco meses nos períodos da manhã e da tarde.

5 RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização das reuniões do Grupo de Trabalho, espera-se o envolvimento dos gestores e profissionais na melhoria do processo de trabalho para a qualificação da AB. Pretende-se que a avaliação seja rotina na prática do cotidiano na ESF e que a partir deste processo, haja reflexão e mudança de atitude de fato.

6 AVALIAÇÃO

Como visto na revisão bibliográfica, os padrões de qualidade mudam com o decorrer do tempo e torna-se preciso avaliar todo o processo. Sugere-se que a avaliação do instrumento esteja presente em uma de suas subdimensões, portanto uma avaliação anual faz-se necessária.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. I. N. **Estratégia de Saúde da Família**: Um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.
- ARAÚJO, A. C. *et al.* Qualidade dos Serviços na Estratégia Saúde da Família sob interferência do PMAQ – AB: Análise Reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 2, p. 712-717, fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). Brasília, 2017.
- BRITO, G. E. G. de. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.
- BRITO, T. A.; JESUS, C. S. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 14, n. 139, dez. 2009. Disponível em: < <https://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>>. Acesso em: 14 out. 2017.
- CAMPOS, A. Z. **Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Campo Grande, MS**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, 2010.
- CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA 2016. cap. 5, p. 189-231.
- CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336, abr./ jun., 2015.
- CONTRANDIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 705-711, set. 2006.
- DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS - ESTADO, DESENVOLVIMENTO E CRISE DO CAPITAL, 5º, 2011, São Luís. **Anais**. São Luís: UFMA, 2011. Disponível em:

<<https://docplayer.com.br/2674904-Estrategia-saude-da-familia-reflexao-sobre-algumas-de-suas-premissas.html>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, jun. 2010.

FEITOSA, R. M. M., *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.821-829, set. 2016.

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, set. 2006.

GIOVANELLA, L. *et al.* Potencialidades e Obstáculos para a Consolidação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.34, n 85, p. 248-264, abr./ jun. 2010.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n, 3, p. 683-703, set. 2006.

LIMA, R. T.; SILVA, E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 1, p. 103-114, jun. 2011.

MACEDO, C. L. S. V. **Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município do Cabo de Santo Agostinho–PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2. p. 305-314, out. 1999.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. p. 427-432.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, set. 2013. Número especial.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, Londres, p.11-31, 2011. (Série Brasil). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

PAIM, J. S. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 255-264, set. 2017. Número especial.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, SP, 1998.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 358-372, out. 2014. Número especial.

REIS, J. F. B. dos *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar.1990.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do desempenho na estratégia de Saúde da Família no Brasil: a utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. In: PIERANTONI, C. *et al.* (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1a Ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 217-230.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p.1027-1034, nov. /dez. 2005.

SAMOTO, A. K. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2013.

SAMPAIO, J. *et al.* PMAQ-AB: A Experiência Local para a Qualificação do Programa Nacional. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.10, Supl. 5, p. 4318-428, nov. 2016.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para Melhoria da Qualidade Da Estratégia Saúde da Família e a Qualificação Profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 95-108, mar./jun.2011.

SILVA, L. C. L. **Revisão Integrativa das Evidências Científicas em Avaliação dos Programas de Saúde no Brasil, 2000 a 2011**. 2012. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, João Pessoa, 2012.

SORATO, J. *et al.* Estratégia Saúde Da Família: Uma Inovação Tecnológica Em Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 584-592, abr./ jun. 2015.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, p.1325-1335, out. 2009.