**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

CARLOS HAROLDO PIANCASTELLI

**Estratégia Saúde da Família diante da qualificação do acesso e cuidado:
desvelando cenários e revelando encontros e desencontros**

**Ribeirão Preto
2015**

CARLOS HAROLDO PIANCASTELLI

**Estratégia Saúde da Família diante da qualificação do acesso e cuidado:
desvelando cenários e revelando encontros e desencontros**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Clínica Médica.

Área de concentração: Formação em Educação Superior nas Profissões de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela

Ribeirão Preto
2015

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

Piancastelli, Carlos Haroldo

Estratégia Saúde da Família diante da qualificação do acesso e cuidado: desvelando cenários e revelando encontros e desencontros. Ribeirão Preto, 2015.

335 f.

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Formação em Educação Superior nas Profissões de Saúde.

Orientador: Bollela, Valdes Roberto.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. 4. Processo de Trabalho em Saúde. 5. Acesso e Cuidado em Saúde. 6. Condições de Trabalho em Saúde. 7. Prática Profissional em Saúde.

PIANCASTELLI, C.H. Estratégia Saúde da Família diante da qualificação do acesso e cuidado: desvelando cenários e revelando encontros e desencontros.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Clínica Médica.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos filhos Rúbia, Thales, Sofia e Victória, no seio dos quais reconheço e ofereço minhas virtudes e minhas fragilidades, dentro de minha condição humana de buscar uma vida cheia de sentidos.

À Mônica, por compartilhar comigo o caminhar.

Ao meu pai Bruno (*in memorian*) e à minha mãe Ziláh, pelo sopro da vida, e pelo ideal de medicina com que ele, e pela maneira de lutar com que ela, me inspiraram.

Aos meus queridos e amados tios Hélio (*in memorian*) e Wanda, por tudo que eles, com todas as vicissitudes de nossa vida “simples”, em um lar repleto de amor e esperança, souberam plantar.

À minha tia Rachel, pelo carinho e acolhimento.

Às minhas avós, Conceição (*in memorian*), pelo amor, e Acrísia, pelo apoio em minha formação.

Aos mestres, alunos e colegas da Universidade Federal de Minas Gerais, com os quais tive a oportunidade de conviver, errar, aprender e ensinar sobre medicina, educação e humanismo.

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores das equipes e da gestão da Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica dos municípios, pela compreensão e acolhida, no sentido de perceberem o quanto podemos avançar no projeto de uma saúde mais qualificada e equânime.

Aos gestores municipais, cuja sensibilidade, ainda que tocada pela dúvida, nos abriu portas para um universo a ser desvelado.

Ao meu orientador, Prof. Valdes Bollela, pela acolhida, pelo incentivo, pela assertividade e, sobretudo, pela serenidade com que conduziu nossos encontros de orientação.

Ao Prof. Manoel Antônio dos Santos, pelas importantes orientações sobre análise de conteúdo.

À Prof.^a Maria Aparecida Bicudo que, sem o saber, contribuiu de modo valioso para que eu pudesse seguir por caminhos menos tortuosos.

À Prof.^a Cristiane Martins Peres, pela contribuição na condução dos grupos focais.

Aos meus companheiros e amigos com quem, no movimento de fazer andar a vida e os sonhos por um cuidado de qualidade, compartilho trabalho, anseios, angústias e muitas esperanças.

Ao Robson Araújo, da Biblioteca Central do Campus Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelas contribuições em relação à normalização desta tese.

Ao Israel Cardoso Filho, da Secretaria Municipal de Saúde de Barretos, que nos auxiliou no exigente processo de formatação do texto.

À vida e à academia, por abrir-me as portas dos saberes que envolvem a saúde e as humanidades e, assim, me permitirem ousar compreender, analisar e ser analisado nesta seara em que me imiscui.

EPÍGRAFE

No caminhar sou aprendiz, eterno aprendiz...

Revelam-se em mim a vida e os homens..., em suas obras, propósitos e destinos...

Em meio a tudo, permanecem o espanto, o gozo, os sonhos, as incertezas..., no real de cada cotidiano vivido e refletido por todo o meu ser...

Ao meu mundo, ao mundo alheio..., em mim e no outro..., o encontro com a vida...

RESUMO

PIANCASTELLI, C. H. **Estratégia Saúde da Família diante da qualificação do acesso e cuidado: desvelando cenários e revelando encontros e desencontros.** 2015. 335 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), fundada nos referenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) e sustentada pela Política Nacional de Atenção Básica – orgânica e sistemicamente endossada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) –, se apresenta como modelo estruturante das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Qualificar a Atenção Básica em Saúde (ABS) e, por conseguinte, a ESF, neste contexto de grande complexidade, é propósito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), concebido pelo Ministério da Saúde, enquanto proposta de avaliação e indução de mudanças na gestão, gestão do cuidado e cuidado nos quais se encontram envolvidas Equipes de Saúde da Família (EQSFs) e gestão da ESF. Pouco estudos, focados em análises de experiências de implantação e/ou avaliação de resultados do PMAQ, retratando realidades municipais, têm sido relatados na literatura do campo; contudo, tendo em vista a inexistência de trabalhos publicados, esta pesquisa teve como objetivo analisar avaliações e percepções de trabalhadores de EQSFs e gestores da ESF em relação à concepção, implantação e operacionalização do PMAQ, com seus possíveis impactos, tomadas a partir do referencial de experiências dos sujeitos, no contexto de trabalho. Neste sentido, realizou-se pesquisa de abordagem mista, delineada por estudo de levantamento e grupo focal, com vistas a explorar, descrever e compreender o cenário experienciado por equipes e gestores, no contexto do PMAQ-AB, em municípios da região norte do Estado de São Paulo - Brasil. Referida pesquisa apontou para um perfil de profissionais atuantes em faixa etária significativamente jovem, com diminuto tempo de formado e de experiência na ESF, com baixa vinculação à equipe, num contexto de gestão ainda fragilizado pelas significativas instabilidades na composição das EQSFs, além da rotatividade de profissionais e precariedade de vínculos – particularmente em relação aos médicos.

Observou-se, em geral, elevado grau de aceitação dos sujeitos para com as propostas de avaliação do PMAQ-AB, embora tenha sido evidenciado significativo contingente de profissionais que desconheciam as diretrizes gerais e indicadores do programa, particularmente os médicos. Evidenciou-se significativo percentual de demandas relacionadas à qualificação – sobretudo de enfermeiros –, com razoável grau de discordância, por parte dos gestores da ESF, quanto à priorização de determinadas demandas, quando confrontadas com as indicadas pelos profissionais das EQSFs. Também, observaram-se inconsistências no processo de incorporação/implantação de ferramentas e programas estratégicos – em diversas áreas de domínio da ESF e em relação ao PMAQ-AB –, com variados e significativos graus de discordâncias, em relação aos mesmos, entre profissionais e estes e gestores. Neste contexto foram apontadas, em elevado grau, fragilidades relacionadas ao fazer cotidiano das EQSFs que, ordinariamente, comprometem o processo de trabalho. Em que pesem as observações empíricas reveladas, trabalhadores das EQSFs e das gerências da ESF, contraditoriamente, se autoavaliaram de forma razoavelmente satisfatória, em relação ao acesso e cuidado ofertados pelas equipes. A experiência com o PMAQ foi considerada satisfatória pelos trabalhadores das EQSFs, a despeito das críticas e restrições quanto a concepção, implantação, operacionalização e avaliações efetivadas pelo programa, em aspectos que se mostravam dependentes da instância federal e/ou da gestão municipal. Reiteram-se os desafios colocados para a gestão do trabalho e da educação na saúde, em relação aos trabalhadores atuantes na ESF, e reconhecem-se o momento oportuno, o potencial técnico e o caráter complexo e multidimensional que cercam o PMAQ, em sua necessária abrangência nacional; contudo, julga-se premente promover realinhamentos em sua concepção e operacionalização, de modo que seus componentes de indução e avaliação possam contemplar as demandas postas na cotidianidade da APS/ABS no Brasil, a fim de qualificar o acesso e o cuidado na ESF.

ABSTRACT

PIANCASTELLI, C. H. Family Health Strategy in the face of the qualification of the access and care: unveiling scenarios and revealing agreements and disagreements. 2015. 335 f. Thesis (Ph.D.) - School of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The Family Health Strategy (FHS), founded in the system of reference of the Primary Health Care (PHC) and supported by the Brazilian Primary Care Policy – organic and systemically endorsed by the principles of the National Unified Health System (SUS) – is presented as the model that structures the network of Brazilian Healthcare. Qualification of PHC, and as consequence, of FHS, in this context of great complexity, is the purpose of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ), ideated by the Ministry of Health as an evaluation proposal and induction of changes to improvement the administrative and care management, as well as of the quality of healthcare, provided by the Family Health Teams (FHT) and FHS managers. Few studies, focused on implementation experiences and/or evaluations of PMAQ's initial results, have been reported in the literature, most portraying local realities. Given the scarcity of publications, this research aimed to analyse the evaluations and perceptions of FHT's workers and FHS managers about the design, implementation and execution of PMAQ, and its possible impact on the qualification of the local labor process, in the perspective of the subjects, on work environment. In this sense, it was proposed a mixed approach of research, outlined by survey studies and focus group to explore, describe and comprehend the scenario experienced by teams and managers, in the context of PMAQ, in municipalities in the north region of state of São Paulo - Brazil. The research pointed to a professional profile significantly young, with short time of graduation and work experience in the FHS. Many professionals have demonstrated low attachment to the FHT, in a context influenced by significant instability, high turnover among professionals and precariousness of the labor contract, mainly for the physicians. In general, there was high degree of acceptance to PMAQ's proposals, although a significant number of professionals did not know the general guidelines and the basic indicators of the

program, particularly doctors. There was a high degree of demands related to professional qualification, particularly by the nurses, with a reasonable degree of disagreement of the managers in relation to such demands, when compared to the indicated by family health teams professionals. Also, observed it inconsistencies in the process of incorporation and deployment of tools and strategic programs, in various areas of the field of FHS and domains evaluation of the PMAQ, with variable degrees of significant discrepancies in assessments of this process by professionals and managers. In this context, weaknesses related to the real practices were identified in high degree by professionals, which may compromise the work process . Notwithstanding the empirical observations pointed out, FHT's workers and FHS's managers, contradictorily, considered, in a self-assessment, the access and care offered by the teams as reasonably satisfactory. The experience with PMAQ was considered satisfactory by FHT members, despite criticism and restrictions on the design, implementation, operation and evaluation models provided by the program. Emphasis is put on some challenges to be faced to the adequate management of labor force and of education of health profession in the FHS, although it is also recognized that PMAQ experience provide a unique opportunity to evaluate the complex and multidimensional nature of PHC in studied region and nationwide. However, it is deemed urgent promote realignments in the PMAQ's design and operation, so that their induction and assessment components can contemplate the daily life of PHC worker's demands in Brazil, in order to qualify the access and care in the FHS.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
AC	Adesão em Regime de Contratualização
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Apoio Institucional
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Adesão em Regime de Recontratualização
CECGFs	Conteúdos Expressos pelo Coletivo dos Grupos Focais
CESF	Curso de Especialização em Saúde da Família
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestora Regional
CLT	Regime de Consolidação das Leis do Trabalho
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CT	Categoria Temática
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DPT	Discurso por Posição do Trabalhador
EAB	Equipe de Atenção Básica
ECO	Educação Continuada
EL	Estudo de Levantamento

ELB - PROESF Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família

ENADE Exame Nacional de Desempenho de Estudantes

ENF Enfermeiro

EPS Educação Permanente em Saúde

EQSF Equipe de Saúde da Família

ESF Estratégia Saúde da Família

e-SUS AB Sistema Eletrônico do SUS - Atenção Básica

GF Grupo Focal

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

INCA Instituto Nacional do Câncer

MED Médico

MFC Medicina de Família e Comunidade

MGFR Modelo de Gestão Focada em Resultados

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PCCS Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PCT Programa de Controle do Tabagismo

PG Pós-graduação

PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNCT Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNEPS Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH Política Nacional de Humanização

PNIS Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PRC Programa Rede Cegonha

PS Pronto Socorro

PSE Programa Saúde na Escola

PSF Programa Saúde da Família

PT Processo de Trabalho

QNs Questões Norteadoras

RAS Rede de Atenção à Saúde

RMFC Residência em Medicina de Família e Comunidade

RMSF Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SAS Secretaria de Atenção à Saúde

SBMFC Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SES Secretaria Estadual de Saúde

SGETES Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SCT Subcategorias

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU Tribunal de Contas da União

TE Técnico de Enfermagem

TM Temas

UAPS Unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA Unidade de Pronto Atendimento

UR Unidade de Registro

USF Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	PMAQ: adesão de municípios e equipes no primeiro e segundo ciclos	45
Tabela 7.1-	ESF no contexto do PMAQ: idade dos profissionais das EQSFs, estratificada por municípios.....	81
Tabela 7.2-	ESF no contexto do PMAQ: idade, estratificada entre médicos e enfermeiros das EQSFs	81
Tabela 7.3-	ESF no contexto do PMAQ: variáveis qualitativas referentes ao perfil dos profissionais das EQSFs.....	86
Tabela 7.4-	ESF no contexto do PMAQ: variáveis qualitativas do perfil, estratificadas entre médicos e enfermeiros das EQSFs	88
Tabela 7.5-	ESF no contexto do PMAQ: variáveis qualitativas do perfil de profissionais de EQSFs, estratificadas por municípios	91
Tabela 7.6-	ESF no contexto do PMAQ: variáveis qualitativas do perfil, comparadas entre coordenadores da ESF e profissionais de EQSFs	96
Tabela 7.7-	ESF no contexto do PMAQ: avaliações dos profissionais das EQSFs sobre composição da equipe.....	98
Tabela 7.8-	ESF no contexto do PMAQ: curso de especialização e modalidades realizados pelos profissionais das EQSFs.....	99
Tabela 7.9-	ESF no contexto do PMAQ: curso de especialização e modalidades realizados por profissionais das EQSFs, estratificados por municípios	100
Tabela 7.10-	ESF no contexto do PMAQ: residências e modalidades realizadas por profissionais das EQSFs	104
Tabela 7.11-	ESF no contexto do PMAQ: realização de residência, estratificada entre médicos e enfermeiros	105
Tabela 7.12-	ESF no contexto do PMAQ: residência e modalidades, estratificadas por tipo de adesão.....	106

Tabela 7.13- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre pactuação e indicadores de contratualização	109
Tabela 7.14- ESF no contexto do PMAQ: avaliação da proposta e conhecimento dos indicadores de contratualização, estratificados por municípios	109
Tabela 7.15- ESF no contexto do PMAQ: avaliação e conhecimento de indicadores de contratualização, estratificados entre médicos e enfermeiros	110
Tabela 7.16- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre pertinência de indicadores e áreas selecionadas na contratualização	111
Tabela 7.17- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre grau de participação no processo de contratualização	112
Tabela 7.18- ESF no contexto do PMAQ: grau de participação da equipe no processo de contratualização, estratificado pelo tipo de adesão	113
Tabela 7.19- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre a proposta e conhecimento dos padrões de qualidade da autoavaliação	116
Tabela 7.20- ESF no contexto do PMAQ: conhecimento, pelos profissionais, dos indicadores de autoavaliação, estratificado por municípios	117
Tabela 7.21- ESF no contexto do PMAQ: avaliação da proposta e conhecimento dos padrões da autoavaliação, estratificados entre médicos e enfermeiros	117
Tabela 7.22- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre indicadores e áreas selecionadas para a autoavaliação	118
Tabela 7.23- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre o grau de participação no plano de intervenção	119
Tabela 7.24- ESF no contexto do PMAQ: avaliação quanto ao grau de participação da EQSF no plano de intervenção, estratificada por adesão	120
Tabela 7.25- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre proposta e indicadores da avaliação externa	124

Tabela 7.26- ESF no contexto do PMAQ: conhecimento, pelos profissionais, dos padrões de indicadores de avaliação externa, estratificado entre municípios	125
Tabela 7.27- ESF no contexto do PMAQ: avaliação da proposta e conhecimento de indicadores de avaliação externa, estratificados entre médicos e enfermeiros	126
Tabela 7.28- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre indicadores e componentes selecionadas da avaliação externa.....	126
Tabela 7.29- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs quanto à preparação para a avaliação externa.....	127
Tabela 7.30- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs quanto ao grau de participação na preparação para a avaliação externa, estratificada entre os municípios.....	127
Tabela 7.31- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs quanto ao grau de participação na preparação para a avaliação externa, estratificada pelo tipo de adesão	128
Tabela 7.32- ESF no contexto do PMAQ: proposta de avaliação da gerência da ESF	130
Tabela 7.33- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs em relação ao apoio da gerência da ESF.....	130
Tabela 7.34- ESF no contexto do PMAQ: avaliação do apoio da gerência da ESF, estratificada entre municípios	131
Tabela 7.35- ESF no contexto do PMAQ: proposta de avaliação da gestão municipal	133
Tabela 7.36- ESF no contexto do PMAQ: proposta de avaliação da gestão municipal, estratificada entre municípios	134
Tabela 7.37- ESF no contexto do PMAQ: avaliação do apoio da gestão municipal pelos profissionais das EQSFs.....	134
Tabela 7.38- ESF no contexto do PMAQ: avaliação do apoio da gestão municipal, estratificada entre municípios	135

Tabela 7.39- ESF no contexto do PMAQ: necessidades de qualificação apontadas pelos profissionais das EQSFs.....	151
Tabela 7.40- ESF no contexto do PMAQ: necessidades de qualificação, estratificadas entre médicos e enfermeiros	152
Tabela 7.41- ESF no contexto do PMAQ: necessidades de qualificação, apontadas pelos profissionais das EQSFs, estratificadas entre municípios	158
Tabela 7.42- ESF no contexto do PMAQ: necessidades de qualificação, comparadas entre coordenadores da ESF e profissionais das EQSFs.....	159
Tabela 7.43- ESF no contexto do PMAQ: avaliações, pelos profissionais, sobre formação, programas, qualificação para PMAQ, educação continuada, monitoramento de indicadores e apoio institucional	162
Tabela 7.44- ESF no contexto do PMAQ: avaliações, pelos profissionais, sobre formação, implantação de programas e solicitação de apoio institucional, estratificadas entre médicos e enfermeiros das EQSFs.....	167
Tabela 7.45- ESF no contexto do PMAQ: avaliações sobre implantação de programas, qualificação para PMAQ, educação continuada, monitoramento de indicadores e apoio institucional, estratificadas por municípios	175
Tabela 7.46- ESF no contexto do PMAQ: avaliação, pelos profissionais, sobre prática de educação permanente pelas EQSFs	182
Tabela 7.47- ESF no contexto do PMAQ: avaliação sobre prática de educação permanente, estratificada entre médicos e enfermeiros	183
Tabela 7.48- ESF no contexto do PMAQ: avaliação, pelos profissionais, sobre a implantação do SISAB, estratificada pelo tipo de adesão.....	191
Tabela 7.49- ESF no contexto do PMAQ: fragilidades apontadas pelos profissionais das EQSFs	198
Tabela 7.50- ESF no contexto do PMAQ: fragilidades apontadas pelas EQSFs, estratificadas entre médicos e enfermeiros	200
Tabela 7.51- ESF no contexto do PMAQ: fragilidades apontadas pelos profissionais das EQSFs, estratificadas pelo tipo de adesão.....	204

Tabela 7.52- ESF no contexto do PMAQ: fragilidades apontadas pelos profissionais das EQSFs, estratificadas entre os municípios	206
Tabela 7.53- ESF no contexto do PMAQ: avaliações sobre fragilidades das EQSFs, estratificadas entre gestores da ESF e profissionais das equipes	208
Tabela 7.54- ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre a experiência	227
Tabela 7.55- ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação realizada pelos profissionais das EQSFs sobre a qualidade do acesso e cuidado ofertados	249
Tabela 7.56- ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação, realizada pelos profissionais das EQSFs, sobre a qualidade do acesso e cuidado ofertados, estratificada entre municípios	250
Tabela 7.57- ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação realizada pelos trabalhadores, em relação ao acesso e cuidados ofertados pela equipe	253
Tabela 7.58- ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação, em relação à oferta de acesso e cuidados pela equipe, estratificada por categorias de trabalhadores	253

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2015	36
Quadro 2-	Dimensões para ponderação e certificação de equipes no PMAQ	42
Quadro 3-	Fases e etapas do PMAQ	43
Quadro 4-	ESF no contexto do PMAQ: componentes e variáveis do questionário aplicado aos profissionais das EQSFs e das gerências da ESF	65
Quadro 5-	ESF no contexto do PMAQ: caracterização dos municípios, equipes e sujeitos participantes do estudo de levantamento e dos grupos focais	74
Quadro 6-	ESF no contexto do PMAQ: categorias e componentes de análise do estudo de levantamento	80
Quadro 7-	Dimensões e subdimensões da autoavaliação do PMAQ	115
Quadro 8-	ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação, em relação à oferta de acesso e cuidado, estratificada por categorias de trabalhadores e equipes	251

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais, sobre o grau de engajamento da equipe na contratualização	113
Gráfico 2-	ESF no contexto do PMAQ: participação da equipe na autoavaliação, estratificada por municípios.....	120

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	ESF no contexto do PMAQ: Itinerário Representacional-Lógico-Discursivo dos Grupos Focais.....	76
-----------	---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	27
1. INTRODUÇÃO	29
1.1 Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde	29
1.1.1 Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família	33
1.1.2 Avaliação da Atenção Básica à Saúde	34
1.2 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	36
1.2.1 Diretrizes do PMAQ	37
1.2.2 Objetivos do PMAQ	38
1.2.3 Fases do PMAQ	39
1.2.4 Processo de certificação das equipes	42
1.2.5 Magnitude e potencialidades do PMAQ	44
1.2.6 Panorama de adesão ao PMAQ	44
2. JUSTIFICATIVA	46
3. O ESTUDO	48
3.1 Interrogações	48
3.2 Hipóteses/teses	49
4. OBJETIVOS.....	50
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	51
5.1 Pesquisa por triangulação de métodos	51
5.2 Estudo de levantamento como estratégia de delineamento da investigação quantitativa	53
5.3 Grupo focal como estratégia de delineamento da investigação qualitativa	54
5.4 Referenciais de análise	55

5.4.1	Análise estatística	55
5.4.2	Análise de conteúdo	56
5.4.3	Análise compreensivista-interpretativista	57

6. CONCEPÇÃO DE PESQUISA, UNIDADES DE ANÁLISE, MÉTODOS E TÉCNICAS 59

6.1	Cenário da pesquisa, amostragem por município e critérios de inclusão	59
6.2	Municípios e tipo de adesão ao PMAQ	61
6.3	Sujeitos envolvidos	61
6.3.1	Composição da amostra para estudo de levantamento	61
6.3.2	Composição da amostra para grupos focais	61
6.4	Métodos e técnicas	62
6.4.1	Estudo de levantamento	62
6.4.2	Grupo focal	67

7. RESULTADOS, ANÁLISE, DISCUSSÃO, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO 72

7.1	Estudo de levantamento: municípios, equipes, tipo de adesão e profissionais participantes	72
7.2	Grupos focais: municípios, equipes, tipo de adesão e sujeitos participantes	73
7.3	Caracterização da amostra	74
7.4	Estudo qualitativo	75
7.4.1	Categorias temáticas	75
7.4.2	Grupos focais: análise de contexto	77
7.5	Estudo quantitativo	79
7.5.1	Perfil amostral	80
7.5.2	Contratualização	108
7.5.3	Autoavaliação	114
7.5.4	Avaliação externa	123
7.5.5	Componente geral	137
7.6	Estudo qualitativo e quantitativo	212
7.6.1	Processo de trabalho no contexto da ESF	212
7.6.2	Experiência e significação de PMAQ	226
7.6.3	PMAQ como referência para avaliação do acesso e cuidado	242
7.6.4	Qualidade do acesso e cuidado	248

8. CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS.....	276
9. BENEFÍCIOS E RISCOS	283
REFERÊNCIAS	284
APÊNDICES.....	314

A PERSPECTIVA DO PESQUISADOR: considerações iniciais

Esta pesquisa não nasce de puro diletantismo acadêmico. É fruto de um profundo processo de reflexão estabelecido ao longo de quase duas décadas; tempo este que nos situa diante das intenções, das ações e das produções que consolidaram e vêm consolidando o movimento em prol de uma APS/ABS qualificada no país.

Este percurso se iniciou com o exercício da clínica, nos ambulatórios de unidades básicas de saúde, e seguiu-se: com a militância no Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família, no âmbito federal; com a atuação nos Polos de Saúde da Família, no Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais e na coordenação do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Estado de Minas Gerais; e, mais recentemente, com o envolvimento no PMAQ, em âmbito municipal.

Este é um estudo, assim como a própria atenção primária, que se assentou sobre a concepção não de especialismo, mas do paradigma generalista. Este trabalha com as noções de complexidade e holismo, numa perspectiva de multivariabilidade, não linearidade e não periodicidade (PRUESSNER; HENSEL; RASCO, 1992). Com esta intencionalidade entendeu-se que, a partir de referenciais relacionados com a formação e qualificação dos trabalhadores em saúde, bem como com os princípios relacionados com o processo de trabalho em saúde, no contexto da APS, poder-se-ia buscar uma aproximação com a realidade que envolve o trabalho na ESF, tomando como eixo um programa de indução e avaliação da qualidade do acesso e do cuidado na atenção básica.

Com este intuito, tratou-se de abordar temas, dilemas e experiências, com o propósito de se investigar mencionada realidade – ainda que se reconheça a complexidade, a multidimensionalidade e as intrincadas perspectivas sistêmicas dos objetos a serem analisados –, de forma a possibilitar a compreensão do fenômeno sob investigação.

Neste sentido, atentou-se em cumprir a função de ir além da observação pura/neutra dos fenômenos, abrindo-se, também, às possibilidades de interrogação

dos sujeitos, tomando-lhes como central o discurso – o discurso do outro, dos sujeitos implicados no fenômeno.

Deste lugar, buscou-se não por respostas prontas, supostamente verdades, mas por elementos que possibilitassem um olhar crítico e inquiridor – com a cautela de não se perder de vista a realidade com que se deve observar o fenômeno –, que permitisse ousar ir além do que mostrava a realidade instituída.

Assumiu-se, com o estudo, um dilema epistemológico: avançar em amplitude, generalidade e horizontalidade ou focar em direção à profundidade, especificidade e verticalidade? Estas são vertentes que neste trabalho não se opuseram frontalmente, mas que se submeteram, nos devidos limites, ao reconhecimento da natureza dialética deste processo.

Por certo não se conseguiu abarcar o fenômeno em toda a sua complexidade, e por assumir um posicionamento que esteve alicerçado em diferentes momentos sobre os métodos indutivo, dedutivo e dialético, acredita-se que se avançou na comprovação de hipóteses, na afirmação de teses, no levantamento de novas indagações e na compreensão do fenômeno, para o qual se buscou por interpretações à luz e nas sombras da realidade que envolve a ESF, de modo a desvelar os cenários e revelar os encontros e desencontros diante da qualificação do acesso e do cuidado.

1. INTRODUÇÃO

Dentre as necessidades humanas, a saúde ocupa lugar de centralidade. Saúde é um bem, um recurso e um direito inalienável; é condição fundamental para o desenvolvimento dos povos e para o equilíbrio social.

Saúde, em seus determinantes e condicionantes, é resultante de predisposições biológicas e de influências ambientais, sociais e culturais, mas, também, da oferta de aparatos sociais que se empenham na proteção e recuperação do estado de saúde das pessoas e das coletividades.

Sistemas de saúde universais, estruturados, eficientes, efetivos e equitativos, ainda que não assegurem toda garantia ao projeto de vida das pessoas, constituem-se em condição absolutamente necessária à promoção da qualidade de vida humana.

1.1 Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica à Saúde

De acordo com Starfield (2002, p. 19),

todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais: a primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre as causas das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2007, p. 8) “basear os sistemas de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) consiste na melhor abordagem para produzir melhorias sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas”. Neste sentido, a APS, como componente chave do sistema de saúde, teve renovada sua concepção, do ponto de vista teórico e prático, de forma a nortear o desenvolvimento dos sistemas de saúde (OPAS, 2007).

A concepção de APS remete ao termo cuidados primários e este ao Relatório Dawson que, em 1920, foi liberado no Reino Unido com a proposta de se instituir os “Centros de Cuidados Primários de Saúde” (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Cuidados primários foram expressos – sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) – na Declaração de Alma-Ata, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sediada no Cazaquistão, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, como

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS/UNICEF, 1979).

Existe consenso na literatura de que sistemas de saúde orientados pelos princípios da APS alcançam melhores indicadores de saúde, apresentam maior satisfação por parte dos usuários, possibilitam maior equidade e implicam em menores custos (BRASIL, 2004a; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; OPAS, 2007).

Estes resultados encontram sustentação nos princípios organizadores da APS que se expressam pela acessibilidade, longitudinalidade, continuidade, coordenação e integralidade do cuidado e pelo enfoque sobre comunidade e família (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; MACINKO et al., 2011).

Do ponto de vista gerencial e organizacional, há evidências que suportam a tese de que a APS se configura como referência de primeiro contato para atenção em saúde, colocando-se como centro ordenador de uma rede poliárquica em torno da qual se organizam e se estruturam os demais pontos de atenção do sistema (MENDES, 2009).

O papel da APS e sua centralidade no contexto do sistema de atenção à saúde torna-se mais evidente na medida em que se constata que este nível de

atenção trabalha com problemas comuns, cuida de doentes com enfermidades agudas e crônicas e se responsabiliza pela oferta de ações de caráter promocional e preventivo em saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; MENDES, 2012).

Para o enfrentamento desta realidade, a APS, em suas diversas concepções, carrega a potencialidade de trabalhar com equipes que se incumbem de resolver problemas de saúde da população sob sua responsabilidade, de forma humanizada e orientada a partir da realidade local.

Inúmeros estudos, conduzidos no país e em outras partes do mundo, afirmam a importância, sob o ponto de vista da eficiência e efetividade, da APS como ordenadora/coordenadora de sistemas de atenção à saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; MENDES, 2009; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Não obstante as referências à APS, é forçoso reconhecer – ainda que os pronunciamentos oficiais propugnem que a APS no Sistema Único de Saúde (SUS) esteja a cargo da Estratégia Saúde da Família (ESF) – que três concepções sobre esta se apresentam na prática social em nosso país: a de APS como prática seletiva, como nível primário e como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2014).

Embora se reconheça a existência de posicionamentos diferentes, e às vezes antagônicos, em relação ao conceito de APS, adotar-se-á, nesta pesquisa, a interpretação de APS como nível primário e como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, ainda que se reconheçam as limitações e dificuldades em se asseverar sobre esta proposição, tendo em vista os diferentes cenários e contextos em que a APS se apresenta na realidade do SUS.

No Brasil, cuidados primários recebem a denominação de Atenção Básica à Saúde (ABS) ou simplesmente Atenção Básica (AB), sendo esta reconhecida como estratégia para organizar o sistema de atenção à saúde, imprimir-lhe satisfatória qualidade, do ponto de vista do acesso, da integralidade e da resolubilidade, em atendimento aos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Os princípios e diretrizes norteadores da ABS encontram-se formalizados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM nº 2488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, a qual explicita que

a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012a, p.19-20).

Ainda, de acordo com referida Portaria,

a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: I - Ter território adstrito [...]; II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos [...]; III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado [...]; IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção [...]; V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012a, p. 21-22).

No tocante às terminologias em uso, no atual contexto da política de saúde do país, cabe ressaltar que a própria PNAB tem considerado os termos “ABS e APS como expressões com concepções equivalentes, sujeitando-se aos mesmos princípios e definições” (BRASIL, 2012a, p. 22).

Adotar-se-ão, neste estudo, as terminologias Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF) ou Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) – estando, a primeira a se referir às unidades tradicionais ou que comportam Equipes de Saúde da Família (EQSFs) –, assim como Equipes de Atenção Básica (EABs) estará se referindo ora às equipes tradicionais, ora às EQSFs.

1.1.1 Programa Saúde da Família / Estratégia Saúde da Família

Ante a crise do modelo assistencial e perante o desafio de reorganizar o sistema de serviços de saúde no Brasil, tomando como eixo a AB, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), estruturado com equipes as quais se atribuía a responsabilização sanitária por um determinado espaço territorial e população (FRANCO; MERHY, 2007; GUANAIS, 2010).

A partir de 1996, o MS passa a questionar a concepção de programa do “Saúde da Família”, entendendo que o mesmo se constituía em estratégia de reorientação da APS no Brasil. Em 2006, reiterada em 2011, a PNAB, proposta pelo MS, passa a tomar a ESF como modelo estruturante do SUS, ao expressar que “tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica”, sujeitando a qualificação da ESF e de outras formas de organização da atenção básica aos princípios e diretrizes da ABS e do SUS (BARBOSA; RODRIGUES; SAMPAIO, 2010; BRASIL, 2012a, p. 22-23).

Fruto de uma política de estado, a ESF – considerada como o modelo estruturante da APS/ABS no Brasil, o centro ordenador e de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) – vem enfrentando uma série de desafios, atravessados por questões políticas, financeiras e técnicas, com evidentes implicações sobre a expansão, consolidação, ampliação do acesso e qualidade do cuidado ofertado,

colocando em risco sua resolubilidade e o impacto sobre indicadores de saúde da população brasileira (FAVORETO; CAMARGO Jr., 2002; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008; MENDONÇA et al., 2010; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

De acordo com Rocha (2006), a conversão do sistema assistencial de saúde deve não somente incorporar os princípios da APS/ABS, mas, também, as necessárias transformações nas práticas de saúde, nos processos de trabalho, no desenvolvimento de ações intersetoriais e de promoção da saúde, assim como a institucionalização de sistemas de monitoramento e avaliação.

1.1.2 Avaliação da Atenção Básica à Saúde

Nas últimas décadas, um conjunto de iniciativas vem se desenvolvendo, como consequência de pressões sociais, de governantes e de agências financiadoras e reguladoras, no sentido de se promover processos regulares de avaliação de políticas e de investimentos em saúde. Tais iniciativas vêm ao encontro da necessidade de se ampliar a eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, ao tempo em que visam identificar distorções, de modo a possibilitar correções de rumo de referidas políticas (FACCHINI et al., 2008; FELISBERTO et al., 2009).

Neste sentido, o MS vem implementando um conjunto de estratégias com vistas à institucionalização de políticas de monitoramento e avaliação de processos e resultados no âmbito da AB, com o intuito de estimular mudanças nas práticas dos profissionais e na organização do trabalho, a fim de impactar sobre os processos de gestão, gestão do cuidado, cuidado e vigilância em saúde (FELISBERTO et al., 2008; FELISBERTO et al., 2009; BRASIL, 2012b).

Nesta perspectiva, uma série de movimentos nas diferentes instâncias de gestão do SUS tem se preocupado em identificar evidências que apontem os avanços e desafios experimentados pela APS/ABS. Tais evidências não somente possibilitam que se crie e/ou aperfeiçoe políticas de monitoramento e avaliação das ações e serviços ofertados por este nível de atenção, bem como sinalizam para a construção de parâmetros e indicadores que permitam identificar as fortalezas e

fragilidades da APS/ABS no país (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; SOUSA, 2008; BRASIL, 2012b; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

A oferta de serviços de saúde deve se fazer acompanhar de qualidade, de maneira a atender às demandas sanitárias da população. Um dos modelos que se adequa na demonstração da eficácia e efetividade das ações em saúde é o Modelo de Gestão Focada em Resultados (MGFR), por pressupor um “alinhamento entre planejamento, ação e controle de serviços de saúde” (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012, p. 7).

O MGFR funciona nos moldes de um ciclo de gestão, pressupondo o desenvolvimento do planejamento e do processo de avaliação, com subsequente realinhamento de todo o percurso (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012).

De acordo com o Manual “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (AMAQ), qualidade em saúde é definida como

[...] o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente a normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 2012c, p. 22).

A qualidade de serviços de saúde é influenciada por fatores diversos, que se interatuam, envolvendo, dentre eles, competências profissionais, condições de trabalho e satisfação do usuário.

De acordo com Hilário (2009), Alencar, Pereira e Ramos (2012), a avaliação de desempenho com foco em resultado tem aplicabilidade no processo de mensuração da qualidade dos serviços, ações e processos de trabalho de equipes de saúde, podendo envolver ações avaliativas realizadas pela própria organização/instituição ou contar com a participação de avaliadores externos ou beneficiários dos serviços.

A avaliação de desempenho é uma ferramenta estratégica na gestão pública com foco em resultados e sua ênfase “é colocar os fins acima dos meios, é superar obstáculos processuais para garantir o alcance dos objetivos” (HILÁRIO, 2009, p. 6).

Ainda, de acordo com Alencar, Pereira e Ramos (2012), uma das estratégias utilizadas na gestão pública com o propósito de se motivar a melhoria de desempenho é o sistema de recompensa financeira.

1.2 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

De acordo com levantamento do Departamento de Atenção Básica (DAB), do MS – conforme quadro um –, realizado em janeiro/2015, o país alcançou uma cobertura aproximada de quase 2/3 da população brasileira com a ESF, o que corresponde a uma população estimada em torno de 121 milhões (BRASIL, 2015a). Diante deste quadro e de seus decorrentes desafios, qualidade da gestão, das práticas e dos processos avaliativos em saúde, na ESF, têm assumido, cada vez mais, relevância na agenda dos gestores do SUS (BRASIL, 2015b).

Ano	Mês	População	Equipes de Saúde da Família					
			Nº de municípios com EQSFs	EQSFs credenciadas pelo MS	EQSFs cadastradas no Sistema	EQSFs implantadas	Estimativa da população coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2015	01	193.976.530	5.458	47.827	39.645	39.308	121.313.472	62,54

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Competência: janeiro 2015.

Quadro 1 – Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2015.

O MS, em documento em que faz alusão à política de monitoramento e avaliação, refere que

uma das principais diretrizes atuais do MS é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país (BRASIL, 2012b, p. 7).

Diante deste contexto, o MS (BRASIL, 2012b) propôs um conjunto de iniciativas com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e melhorar a qualidade do cuidado ofertado no âmbito da AB, dentre elas, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Embora tenha sido concebido como programa destinado inicialmente e genericamente à AB e, portanto, concebido como PMAQ-AB, nos dias atuais têm

sido utilizadas, de forma indistinta, as expressões PMAQ-AB ou somente PMAQ, ainda que se reconheça a figura de PMAQ dirigida, de forma específica, para outras áreas, tais como a Saúde Bucal na ESF, os Centros de Especialidade Odontológica e os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família.

1.2.1 Diretrizes do PMAQ

Instituído pela Portaria nº 1654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, o PMAQ decorreu de um processo de negociação e pactuação entre as três esferas de gestão do SUS – MS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) –, com vistas à formulação de um desenho de programa que possibilitasse a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da ABS no país. Fruto deste empenho, o PMAQ se estruturou partir de sete diretrizes que nortearam sua organização e desenvolvimento, conforme segue:

- a) possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde [...];
- b) ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas EABs [...];
- c) ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade [...];
- d) envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica [...];
- e) desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados [...];
- f) estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários [...];

- g) ter caráter voluntário para a adesão, tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que seu êxito depende da motivação e pró-atividade dos atores envolvidos [...]” (BRASIL, 2012b, p. 11-12).

Tomadas em sua totalidade, as diretrizes propostas pelo PMAQ buscam induzir a ampliação das capacidades das gestões e das equipes em direção à oferta de acesso e serviços que qualifiquem a ESF.

De acordo com a concepção apresentada por Pinto, Sousa e Florêncio (2012),

o PMAQ se insere e se relaciona com o conjunto de estratégias prioritárias definidas pela PNAB e com outros movimentos mais amplos de reorientação do modo como se organiza o Sistema Único de Saúde, tais como o Decreto 7508, de 29 de junho de 2011, a instituição de Redes de Atenção e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.

1.2.2 Objetivos do PMAQ

Em Brasil (2012b, p. 8) há referência aos objetivos do PMAQ como sendo os de:

1. ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
2. fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiam a melhoria da qualidade da AB;
3. promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade dos sistemas de saúde;
4. promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;
5. melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;
6. institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados;
7. estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos

profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

1.2.3 Fases do PMAQ

No tocante ao processo de implementação, o PMAQ pressupõe um conjunto de quatro fases, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c).

1.2.3.1 Adesão e contratualização

Do ponto de vista de sua operacionalização, o primeiro passo em relação ao PMAQ consiste na adesão, como manifestação de interesse, em caráter voluntário, por parte do gestor municipal, seguida de formalização desta, por meio da contratualização de compromissos e indicadores firmados entre equipes, gestão municipal e MS, mediante o estabelecimento de pactos no âmbito municipal, regional, estadual e com o controle social, de modo a contribuir com o “aprimoramento da cultura de negociação e pactuação no âmbito do SUS” (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c).

1.2.3.2 Desenvolvimento

De acordo com Brasil (2012b), a fase de desenvolvimento do PMAQ consiste no desenrolar de atividades envolvendo equipes, gestão municipal, estadual e MS, com vistas ao empreendimento de ações sobre a gestão, gestão do cuidado e cuidado. Esta se estrutura em torno de dimensões relacionadas à autoavaliação, ao monitoramento, ao Apoio Institucional (AI) e à Educação Permanente em Saúde (EPS).

A fase de desenvolvimento do PMAQ tem início com a autoavaliação, enquanto etapa em que equipes buscam identificar e reconhecer fortalezas e fragilidades relacionadas ao processo de trabalho, de modo a produzir sentidos e significados com potencial facilitador de mobilização, o que possibilitará, às equipes, aprimoramentos e mudanças (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c; BRASIL, 2012d; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

De forma concomitante, inicia-se a etapa de monitoramento, que consiste no acompanhamento sistemático e periódico do andamento das ações, no âmbito da gestão, da gestão do cuidado e do cuidado, como forma de se avaliar o grau de alcance dos padrões de qualidade pactuados e de se aprimorar o processo de trabalho da equipe. Esta etapa, em si, enseja o estabelecimento de prioridades a serem elencadas em relação ao processo de EPS, o acionamento de AI, a definição de programações e a contratualização de ações para a melhoria do processo de trabalho (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012b).

A EPS pressupõe um saber e um fazer que, orientados para o trabalho, possibilita a qualificação de práticas de cuidados, de gestão e de participação popular, com potencial impacto sobre a micropolítica do cotidiano das equipes (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012a). De outra maneira, cumpre reconhecer que uma política de EPS, como pressuposto básico para a qualificação da gestão e do cuidado, não deve prescindir das absolutamente necessárias ações específicas de qualificação e de aprimoramento dos trabalhadores envolvidos.

No tocante ao AI, reconhece-se como uma prática que se opõe às ações tradicionais de gestão, atuando num espaço de interatividade, integração entre saberes e interesses de profissionais e usuários, numa relação de horizontalidade, democracia e respeito mútuo. Ao apoiador institucional cumpre: o desenvolvimento de ações que incentivem a autonomia e o compromisso dos profissionais e gestores envolvidos com a prática de uma atenção integral; a mediação das demandas do processo de trabalho entre equipe e gestão; e o auxílio às EQSFs, de maneira que estas possam colocar o próprio trabalho em análise, de forma a produzir alternativas para construir e experimentar intervenções que as auxiliem no enfrentamento dos problemas (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012b).

1.2.3.3 Avaliação externa

Em sequência ao desenvolvimento do conjunto de ações previstas e pactuadas no âmbito do PMAQ, torna-se necessário que se proceda a um processo de avaliação. Esta corresponde à terceira fase do PMAQ. Uma fase em que se propõe avaliar as condições de acesso e qualidade proporcionadas pela gestão e equipes do município, em torno das práticas de gestão, gestão do cuidado e cuidado.

A avaliação externa é conduzida por instituições de ensino e/ou pesquisa, contratadas pelo MS, com propósito de realizar as atividades de campo, pautadas pelo uso de instrumentos avaliativos aplicados às EQSFs e usuários (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012d).

Do processo avaliativo externo consta um conjunto de informações e observações obtidas junto à UBS, equipe, usuários e gestor. Este processo se estrutura em torno de: observação da unidade de saúde, envolvendo aspectos relacionados à estrutura, funcionalidade, insumos, equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e testes disponibilizados pela USF; levantamento de um conjunto composto por 41 itens a serem identificados, observados ou verificados, envolvendo aspectos relacionados à composição e caracterização da força de trabalho da unidade, do processo de trabalho, do ordenamento na RAS, além de padrões qualificadores do acesso e cuidado; entrevista com usuário, de forma a verificar aspectos relativos à satisfação e percepção quanto ao serviço, no que se refere a acesso e oferta de cuidados; e levantamentos – a serem inseridos no Sistema de Gestão da Atenção Básica – feitos junto ao gestor e equipe, com o intuito de complementar o processo avaliativo (BRASIL, 2012d).

Conforme preconiza o PMAQ, a avaliação externa responde por 70% do processo certificativo da equipe.

O quadro dois apresenta a ponderação estabelecida para a avaliação externa, com suas respectivas dimensões (BRASIL, 2012d).

10%	Gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica
10%	Estrutura e condições de funcionamento da unidade básica de saúde
20%	Valorização do trabalhador
50%	Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho
10%	Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário

Fonte: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Documento Síntese para Avaliação Externa / 2012

Quadro 2 - Dimensões para ponderação e certificação de equipes no processo avaliativo externo do PMAQ

1.2.3.4 Recontratualização

A quarta e última fase do PMAQ é o momento em que EQSFs e gestores, num processo de retroalimentação, tornam a pactuar novos indicadores e estabelecem novos compromissos. Novos parâmetros de qualidade devem ser pensados, discutidos e definidos, ante os avanços obtidos e os entraves vivenciados, gerando um processo institucional cíclico e sistemático, rumo ao que se preconiza em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance de resultados em termos de saúde da população (BRASIL, 2012b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Estruturam-se, assim, as quatro fases do programa que, em seu bojo, trazem a noção de continuidade e dinamicidade, com referências claras ao processo de interação de ações, independentemente das fases ou etapas em que são formuladas ou colocadas em prática.

O quadro três sintetiza as quatro (4) fases e etapas do PMAQ, com seus respectivos significados.

1.2.4 Processo de certificação das equipes

Em função dos resultados relativos aos indicadores pactuados, da implementação de processos autoavaliativos e da adequação aos padrões de

qualidade da avaliação externa, as equipes são certificadas pelo PMAQ, salientando-se que a adequação aos padrões da avaliação externa contribui com 70% do peso do processo avaliativo, enquanto a autoavaliação e a contratualização de indicadores com 10% e 20%, respectivamente. Como resultado deste processo, as equipes são classificadas em quatro categorias – insatisfatória, regular, boa e ótima –, em referência às quais o MS faz repasse financeiro, de forma diferenciada. Todo este processo leva em consideração os contextos social, econômico e demográfico nos quais as EQSFs se encontram inseridas, de maneira a enquadrá-las em estratos, possibilitando, assim, análise comparativa. De outro modo, as equipes poderão ser comparadas em função de seu próprio desempenho, numa escala evolutiva, considerando seus processos de certificação sequenciais (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012d).

Fases	Significado	Observações
1. Adesão e contratualização	Adesão formal ao programa e contratualização de compromissos e indicadores firmados entre equipe, gestão municipal e MS	Pactuação para inclusão do município no PMAQ
2. Desenvolvimento	Conjunto de ações envolvendo equipes, gestão municipal, estadual e federal com propósito de promover movimentos de mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado	2.1. Autoavaliação 2.2. Monitoramento 2.3. Educação permanente 2.4. Apoio institucional
3. Avaliação externa	Conjunto de ações que averigua as condições de acesso e de qualidade da atenção básica dos municípios participantes do programa	Universidades indicadas pelo MS
4. Recontratualização	Após divulgação da avaliação do desempenho das equipes, estas, mediante um processo de reflexão envolvendo elas próprias e o município, pactuam e recontratualizam indicadores e compromissos de forma a dar início a um novo ciclo	Encerramento do ciclo e pactuação para o ciclo seguinte.

Adaptado de: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo, 2012b.

Quadro 3 - Fases e etapas do PMAQ

1.2.5 Magnitude e potencialidades do PMAQ

Diante do exposto, torna-se evidente que o PMAQ se apresenta como um dispositivo que ultrapassa o âmbito meramente contratualístico e diagnóstico da atenção básica, de forma a ensejar dentro de sua proposta componentes direcionados para o monitoramento de ações, para o acionamento de AI e para o engajamento em EPS como recursos estratégicos a serem utilizados pelas equipes, sinalizando, portanto, para a reorganização das práticas envolvendo acesso, gestão e cuidado.

Ao manifestar adesão ao PMAQ, equipes e municípios comprometem-se com indicadores, elaboram estratégias de desenvolvimento dos mesmos, revisam processos e buscam alcançar metas. Certamente os resultados alcançados em um processo desta natureza se estendem para além dos indicadores estabelecidos na fase de contratualização. O processo indutivo de planejamento-ação-avaliação-reflexão, que servirá de guia para novas ações, poderá produzir um profundo impacto sobre as equipes e, este, talvez, seja o principal resultado a ser almejado em busca de equipes qualificadas a dar sustentabilidade à ESF.

1.2.6 Panorama da adesão ao PMAQ

Até o momento em que se consolidou esta pesquisa, deu-se conta de que a operacionalização do PMAQ ocorreu, na região estudada, nos anos de 2012 e 2014, para o primeiro e segundo ciclos, respectivamente. A tabela um (1) apresenta uma síntese dos quantitativos – restritos ao Estado de São Paulo e ao país, para o primeiro e segundo ciclos – de municípios e de equipes que efetivaram adesão ao PMAQ, com seus respectivos percentuais.

Como se denota, o PMAQ, no primeiro ciclo, em âmbito nacional, foi efetivado por 70,7% dos municípios, contabilizando um universo de 53,9% das EQSFs existentes. Em relação ao segundo ciclo, observou-se um aumento de 74% no processo de adesão por parte de equipes, com 93% das equipes de primeiro ciclo

assegurando sua participação no segundo ciclo. O PMAQ, em seu segundo ciclo, obteve cerca de 90% de adesão por parte das EQSFs do país (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

No tocante ao Estado de São Paulo, dados relativos ao primeiro ciclo dão conta de um percentual de adesão dos municípios em torno de 64% e de adesão de equipes em torno de 66%, situando-os abaixo da média nacional, em relação à participação de municípios, mas colocando o Estado na categoria daqueles com participação acima de 60%, em relação à participação de equipes, à semelhança de Estados como Santa Catarina, Tocantins, Minas Gerais e Rio Grande do Sul (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Tabela 1 - PMAQ: adesão de municípios e equipes no primeiro e segundo ciclos

UF	Total de municípios	Adesão de municípios	% de adesão de municípios	Total de equipes	Adesão de equipes	% de adesão de equipes
SP-1º	645	413	64%	3532	2323	65,8%
BR-1º	5565	3935	70,7%	32337	17432	53,9%
BR-2º	5565	-	-	-	30424	90%

Adaptado de: PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014.

Conforme explicitam Pinto, Sousa e Florêncio (2012) e Pinto, Sousa e Ferla (2014), o processo de adesão, em seu primeiro ciclo, se fez acompanhar de uma série de exigências, que possivelmente acabaram por limitá-lo, tais como tempo restrito para efetivação da adesão e inúmeras demandas burocráticas para efetivação do mesmo. Desta maneira, este movimento não se deu de modo uniforme em todo o país, com variações significativas em relação aos Estados.

Na realização de análises mais detalhadas, referentes aos municípios participantes do primeiro ciclo do PMAQ, Pinto, Sousa e Florêncio (2012) observaram que quanto maior o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o porte populacional, maiores eram os percentuais de participação/adesão dos municípios. Razões para tais observações foram atribuídas ao maior desenvolvimento socioeconômico e, portanto, a melhores condições técnico-estruturais.

2. JUSTIFICATIVA

Um dos pilares dos sistemas de serviços de saúde pautados pela APS/ABS é expresso pela qualidade do cuidado e do acesso dispensados aos usuários pelos trabalhadores deste nível de atenção.

De acordo com a OPAS (2007, p. IV), a APS, no pressuposto de alcance da qualidade, se apoia em elementos organizacionais, tecnológicos e financeiros que lhe possibilita ofertar “cobertura universal e acesso a serviços” e ampliar “a equidade, além de oferecer cuidados abrangentes, integrados e apropriados”.

Contudo, no âmbito da USFs, desempenho satisfatório no território micropolítico nem sempre está atrelado ao atendimento às demandas e necessidades populacionais, embora seja uma condição absolutamente necessária para possibilitar atenção e acesso qualificados aos usuários. De outro modo, sustentabilidade financeira e apoio da gestão são fatores que contribuem para a qualificação das políticas de ABS/APS no âmbito municipal, embora não sejam garantidores da qualidade do acesso e do cuidado dispensados pelas equipes.

Sistemas estruturados sob a égide da APS/ABS requerem atendimento a princípios e pressupostos que, por sua vez, guardam relações com o processo de formação/aperfeiçoamento contínuo dos trabalhadores, com a gestão do trabalho das equipes e com a gestão do sistema, carreando, assim, a potencialidade de qualificação do acesso e cuidado.

Em anos recentes, após a implantação do PMAQ no âmbito municipal, estudos vêm sendo desenvolvidos no país de forma a situar, no contexto das políticas, do planejamento e da avaliação, os diferentes desenhos, cenários e implicações que o referido programa vem estabelecendo na agenda dos gestores, trabalhadores e usuários da ESF (CORRÊA, 2012; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; LOPES, 2013; MACHADO, 2013; BELLO; CARVALHO; FARIAS, 2014; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

De acordo com Fadel e Regis Filho (2009, p. 21), analisar a percepção da qualidade em serviços de saúde é de fundamental importância “para a caracterização do serviço prestado”, uma vez que pode “subsidiar a construção de

instrumentos de avaliação que permitam correlacionar qualidade percebida com qualidade avaliada”, em relação à prestação de serviços.

Advoga-se, portanto, a necessidade de se analisar o PMAQ não somente sob a ótica dos resultados decorrentes de sua implementação, mas considerar a possibilidade de analisá-lo do ponto de vista de sua concepção, estruturação e modos de assimilação, sob uma perspectiva perceptual, por parte dos trabalhadores da ESF, a quem cabe o papel de reais protagonistas desta ousada e complexa política concebida para aperfeiçoar/qualificar os rumos da ABS no país.

Frente ao contexto em que se emoldura o sistema de saúde na esfera municipal, e considerando a política estabelecida pelo MS, através do PMAQ – enquanto instrumento de avaliação e indução de mudanças na ABS/APS no país –, este estudo se justifica pela possibilidade de contribuição – ainda não evidenciada na literatura especializada – ao processo de análise do referido programa, sob a perspectiva de sua concepção e potencialidade para induzir mudanças na organização e processo de trabalho de EQSFs e gerências da ESF, tomando em conta avaliações/percepções destas, de modo a ensejar perspectivas de reflexão e intervenção que possibilitem avançar em relação às políticas públicas de indução e avaliação em saúde no país e, mais especificamente, em relação à ESF.

Cabe destacar que a opção por este tema se deu em função do fato de o pesquisador vir acumulando experiência voltada à observação atenta do fenômeno em tela – o trabalho de EQSFs no contexto do PMAQ e sua avaliação pelo MS – e do questionamento, por parte do mesmo, quanto à existência de possíveis regularidades empíricas – objeto deste trabalho – que demandassem explicações, considerando o objetivo do PMAQ de estar voltado para a reorientação da gestão e do processo de trabalho das EQSFs, com vistas à melhoria da qualidade do acesso e cuidado ofertados por elas.

3. O ESTUDO

3.1 Interrogações

Os questionamentos/perplexidades do investigador se revelaram nas seguintes interrogações: o que é isto, o PMAQ? O que tem significado o PMAQ, no contexto de trabalho, para o conjunto dos trabalhadores da ESF?

Neste sentido, a atenção/foco foi direcionado para a vivência de EQSFs e de gerências da ESF que vinham experienciando o PMAQ. Desta forma, o objeto de estudo foi caracterizado.

Tendo em vista que o PMAQ se apresenta como uma estratégia de caráter indutivo e avaliativo, que tem por propósito melhorar o acesso e a qualidade da atenção dispensada por EQSFs, intentou-se alargar o universo de compreensão do objeto sob investigação explicitando, assim, as indagações:

1. em que contexto tem se dado a experiência de EQSFs e coordenações da ESF com o PMAQ?
2. como tem ocorrido o processo de apropriação do PMAQ por EQSFs e coordenações da ESF, neste contexto?
3. que juízo EQSFs e coordenações da ESF fazem do PMAQ, enquanto instrumento de indução e avaliação?
4. como EQSFs e coordenações da ESF têm se visto perante a oferta de acesso e cuidados dispensados pela equipe?

Assim definido, enunciou-se o problema da pesquisa da seguinte forma: em que contexto, como e com que efeitos EQSFs e coordenações da ESF estão vivenciando o PMAQ, enquanto estratégia de (re)organização da ESF?

3.2 Hipóteses/teses

Considerando a natureza do estudo, hipóteses/teses foram aventadas, de modo que se pudesse traçar um percurso que possibilitasse uma aproximação ao objeto/fenômeno, ao mesmo tempo em que se buscou verificar, através da pesquisa empírica, a assertividade ou não das proposições ora expressas. São elas:

- a. o processo de trabalho de EQSFs, no contexto do PMAQ, não expressa, ordinariamente, o trabalho/esforço/conjunção de um coletivo denominado equipe de saúde da família;
- b. embora o PMAQ se pautar por mecanismos de indução que possibilitem mudanças na organização do trabalho por parte de EQSFs e gerências da ESF, esta ainda se dá de forma fragmentada, pouco estruturada e desarticulada;
- c. o PMAQ ainda se configura como programa normativo e parcial de avaliação, vez que carece de uma metodologia que possibilite analisar, em profundidade, o universo que envolve a organização do trabalho de EQSFs;
- d. trabalhadores da ESF que atuam, efetivamente, em/como equipes – a despeito de desafios enfrentados em seu cotidiano –, e municípios que investem na ABS/APS estão dotados de maior potencialidade para promover mudanças em seus processos de trabalho/gestão, assimilando, de forma mais propositiva, os preceitos do PMAQ.

4. OBJETIVOS

Para o desenvolvimento deste trabalho de pesquisa buscou-se explorar, descrever e compreender, mediante análise de avaliações e de relatos de percepções, aspectos relacionados com o contexto, condições e organização do trabalho de EQSFs e de gerências da ESF, no âmbito do PMAQ.

Para tanto, foram elencados os seguintes objetivos específicos:

1. descrever, comparar e analisar o perfil amostral, quanto a aspectos demográficos, de formação, de relações com a ESF e de regime trabalhista;
2. descrever, comparar e analisar as avaliações de médicos(as), enfermeiras(os) e gerências da ESF, em relação a elementos estruturantes e organizativos do trabalho;
3. descrever, comparar e analisar as avaliações de médicos(as), enfermeiras(os) e gerências da ESF, em relação às diferentes dimensões do PMAQ;
4. compreender o significado de PMAQ, atribuído pelos trabalhadores das EQSFs sob estudo, em relação a elementos estruturantes/organizativos do trabalho;
5. descrever e analisar as percepções dos trabalhadores das EQSFs, em relação ao impacto da adoção do PMAQ sobre a oferta de acesso e cuidado.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

5.1 Pesquisa por triangulação de métodos

O conhecimento científico é fruto de uma articulação entre realidade e teoria, a qual se concretiza por meio de um método que, no caso de estudos referentes ao humano, pode ser de natureza quantitativa ou qualitativa (MINAYO, 2013).

A opção por diferentes abordagens não se traduz em opção do investigador, mas tem a ver com o caráter do objeto em estudo e com os objetivos a serem alcançados. “Propriedades numéricas e qualidades intrínsecas são atributos de todos os fenômenos, como lembra Kant”, e cada uma das abordagens – quantitativa ou qualitativa – carrega em si uma concepção, um papel, uma adequação, conduzindo a diferentes perspectivas de análise da realidade social. Em assim sendo, não se justificam atribuições de prioridade ou valoração de uma abordagem em relação à outra (MINAYO, 2013, p. 54).

Neste sentido, e considerando o caráter factual, objetivo, subjetivo e intersubjetivo do objeto/fenômeno sob análise, bem como sua complexa natureza, assumiu-se conduzir a pesquisa em tela sob orientação da abordagem mista.

A pesquisa quantitativa se apoia em paradigma positivista, em postulados deterministas, com estabelecimento de relações de tipo causa-efeito, tomando como base uma realidade a ser descoberta, a partir da qual, mediante observação, é possível se realizar medições/aferições em relação ao objeto de análise. Este tipo de pesquisa trabalha com relações entre variáveis e, no tocante aos estudos não experimentais, busca traduzir opiniões e informações em números, para que se possa classificá-las. Por lidar com uma realidade supostamente objetiva, a pesquisa quantitativa, regra geral, trabalha com dados não naturalísticos (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

A opção pela abordagem quantitativa para compor um dos ramos do estudo se balizou pela necessidade de identificar aspectos relacionados ao perfil da amostra a ser investigada e ao exercício de identificar elementos relacionados com o instrumento PMAQ e com a organização do trabalho de EQSFs e gerências da ESF

que pudessem ser comparados e analisados, de modo a buscar por respostas de natureza descritiva e inferencial para o objeto em estudo.

Deste modo, o ramo quantitativo da pesquisa foi delineado por meio de Estudo de Levantamento (EL), que se materializou por meio de questionários aplicados aos sujeitos do estudo.

Diferentemente da pesquisa quantitativa, a pesquisa qualitativa, a partir de outra perspectiva, trabalha com a qualidade. Qualidade(s) do quê? De acordo com Bicudo (2011, p. 18), com a “qualidade do fenômeno/percebido”.

A abordagem qualitativa apoia-se em paradigmas naturalísticos, com base no pressuposto de que a realidade é subjetiva; traz, em si, a visão/percepção do observador e guarda relações com o contexto, apresentando, assim, maior potencial gerador de informações em relação às experiências humanas. Na pesquisa qualitativa, os dados se referem habitualmente a palavras, textos, discursos e narrativas, ao invés de mensurações. Tais dados são “identificados e sintetizados a partir das descrições detalhadas de experiências e processos sociais compartilhados pelos participantes” (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007a). Uma limitação, contudo, da pesquisa qualitativa, por sua própria natureza, é a que se refere à dificuldade de estabelecimento de integração e de relações entre informações/dados obtidos.

A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2013, p. 57),

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A pesquisa qualitativa é, portanto, fenômeno situado, contextualizado, explicitando compreensões e interpretações, não passíveis de generalização, porém apoiada por articulações com os sentidos do expresso, o que a torna importante instrumento para a tomada de decisões (BICUDO, 2011).

Orientada para as ciências humanas e sociais, a abordagem qualitativa de pesquisa tem como foco os sujeitos e sua interpretação de mundo, “preocupando-se com o caráter hermenêutico na tarefa de pesquisar sobre a experiência vivida dos seres humanos” (OLIVEIRA, 1982).

Neste sentido, o outro ramo da pesquisa, tomando como referência os

postulados de Oliveira (1982), foi orientado pela abordagem qualitativa, tendo foco: na interpretação da situação sob o “olhar” / perspectiva dos trabalhadores de EQSFs; na ênfase sobre as manifestações do sujeito, voltado para o outro com quem está e para o contexto em que se encontra; e no entendimento de que o contexto é algo intimamente ligado ao comportamento das pessoas na formação da experiência.

Na referida pesquisa, o ramo qualitativo foi delineado por intermédio de grupo focal (GF), justificado pelo propósito de se conhecer, de forma aprofundada, aspectos das percepções/avaliações dos membros de EQSFs relacionadas à estruturação/organização do trabalho, no contexto do PMAQ.

A combinação de abordagens quantitativa e qualitativa – abordagem mista, metodologia convergente, multimétodo, validação convergente, métodos mistos, modelos múltiplos ou triangulação – tem sido assinalada em inúmeros campos da prática científica, remontando à década de 50, estando investida de críticas, debates, desafios e até mesmo de questionamentos sobre a real similaridade de todas estas terminologias. Contudo, este tipo de abordagem tem sido preconizado com o propósito de se remeter a um processo que possibilita integração, de tal maneira que, a partir de articulações, se possa estabelecer um caráter de complementaridade, de desenvolvimento ou de expansão em relação ao fenômeno de interesse, propiciando maior aproximação com a realidade (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007b; DUARTE, 2009; MINAYO, 2013).

Tendo em vista os fundamentos assinalados, e considerando a natureza do objeto/fenômeno foco de estudo, assumiu-se desenvolver a pesquisa sob o enfoque da triangulação, na perspectiva: da abordagem – quantitativa e qualitativa –, do método de obtenção de dados – EL e GF –, e do processo de análise – descritivo, estatístico, inferencial e compreensivista.

5.2 Estudo de levantamento como estratégia de delineamento da investigação quantitativa

O EL, também conhecido como “survey”, de acordo com Freitas et al. (2000,

p. 105) é descrito como um tipo de pesquisa que possibilita a

[...] obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, por meio de instrumento de pesquisa, normalmente um questionário.

A intenção de um EL é produzir descrições de caráter quantitativo, com foco no presente ou no passado recente, não havendo interesse ou não sendo possível controlar variáveis (FREITAS et al., 2000).

Os dados obtidos com a realização do EL – questionários – foram tratados estatisticamente, em relação às variáveis qualitativas e quantitativas.

5.3 Grupo focal como estratégia de delineamento da investigação qualitativa

Borges e Santos (2005) chamam a atenção para o uso da técnica de GF em levantamentos do tipo qualitativo e ressaltam a sua aplicabilidade na avaliação de programas.

Para efetivação do ramo qualitativo da pesquisa utilizou-se da referida técnica, também denominada “entrevista focalizada em grupo”, que, conforme assinala Martins (2008, p. 28), é uma técnica relacionada a “um tipo de entrevista, em profundidade, realizada em grupo”. Nesta técnica “os participantes influenciam-se uns aos outros pelas respostas às ideias, às experiências e, também, aos eventos colocados pelo moderador”.

De acordo com Gatti (2012, p. 7), o GF envolve participantes que, a partir de experiências, desfrutam de características comuns que os habilitam a participar da “discussão da questão que será o foco do trabalho interativo e da coleta de material discursivo/expressivo”.

Para Ressel (2008, p. 780), o GF constitui

[...] uma vivência de aproximação, permitindo que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas e oportuniza a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista. Proporciona explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal e, ainda, como isto se relaciona à comunicação de pares e às normas grupais.

O trabalho com GFs na pesquisa em tela contemplou, na vertente da homogeneidade, trabalhadores que compartilhavam o mesmo espaço e contexto de trabalho – as EQSFs – e, na vertente da heterogeneidade, trabalhadores que desfrutavam de especificidades, no tocante ao exercício de suas funções. Certamente isto agregou uma grande riqueza ao trabalho, na medida em que possibilitou expressões de ideias, sentimentos e percepções que se referenciadas ao mundo destes trabalhadores.

5.4 Referenciais de análise

São discutidos, nesta subseção, os referenciais analíticos em relação aos ramos quantitativo e qualitativo da investigação ora apresentada.

5.4.1 Análise estatística

Tendo em conta os pressupostos da pesquisa quantitativa, este ramo da pesquisa foi sustentado pelo referencial estatístico que se apoia, de acordo com Moraes (2005, p. 3), em “métodos e técnicas para se lidar, racionalmente, com situações sujeitas a incertezas”.

Com o objetivo de descrever e analisar o grupo amostral, sem que se tivesse como propósito a realização de inferências sobre uma população, lançou-se mão da estatística dedutiva ou descritiva. Para a construção de proposições gerais, de caráter probabilístico, acerca da população, lançou-se mão da estatística indutiva/inferencial.

5.4.2 Análise de conteúdo

A condução do processo de análise em relação ao eixo qualitativo da pesquisa foi referenciada pela Análise de Conteúdo, na modalidade temática, tomada como técnica, na perspectiva da abordagem linguística – enquanto estudo da linguagem, mas trabalhando com a fala, ou seja, com a linguagem em ato –, tendo como ponto de partida a mensagem verbal oral extraída das entrevistas obtidas com os GFs (BARDIN, 2011; FRANCO, 2012).

De acordo com Bardin (2011, p. 48), o termo análise de conteúdo designa

um conjunto de técnicas das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Neste sentido, a análise de conteúdo se propõe a uma “busca descritiva, analítica e interpretativa do sentido que um indivíduo (ou diferentes grupos) atribui às mensagens verbais ou simbólicas” (FRANCO, 2012, p. 14).

A análise de conteúdo “funciona de acordo com procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Enquanto técnica de análise das comunicações, a partir de sua função heurística, possibilita que se enriqueça a análise exploratória, ao mesmo tempo em que, pela análise sistemática, amplia o sentido de uma confirmação ou infirmação (BARDIN, 2011, p. 41).

Enfatiza-se que na análise de conteúdo conduzida nesta pesquisa lançou-se mão da abordagem não quantitativa, recorrendo a indicadores não frequenciais, de modo a buscar, mediante processo inferencial, por compreensão dos significados que propiciem interpretações mais profundas (BARDIN, 2011; MINAYO, 2013).

Neste processo analítico, como refere Minayo (2013, p. 308), tais

[...] procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem.

Franco (2012, p. 12) refere que “as mensagens expressam representações sociais na qualidade de elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre atividade psíquica e objeto de conhecimento”. Tais mensagens encontram-se “carregadas de componentes cognitivos, subjetivos, afetivos, valorativos e historicamente mutáveis” (FRANCO, 2012, p. 13).

5.4.3 Análise compreensivista-interpretativista

Minayo (2013, p. 95) situa as teorias compreensivistas dentro do campo da sociologia compreensiva, a qual se apresenta como uma perspectiva ontológica para embasar o conhecimento da realidade. Citada autora enfatiza que “a sociologia compreensiva privilegia a compreensão e inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, mostrando que os conceitos de significado e de intencionalidade os separam dos fenômenos naturais”.

Abordagens compreensivistas, embora se apoiem em métodos e desenhos operacionais diversos, de acordo com Minayo (2013, p. 100), desfrutam de elementos comuns, ao tomar em consideração que

a) seu foco é a experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; b) o contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais; c) a relação entre investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo, face a face, e a empatia entre ambos; d) os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; e) os textos provenientes de análises compreensivas apresentam a realidade de forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista de vários autores ante um projeto social sempre em construção e em projeção para o futuro; e, f) suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes que a análise das micro realidades e comparações.

Schutz¹ (1971, apud Minayo, 2013 p. 145-146) descreve os princípios que conformam o modelo científico compreensivista do mundo social, os quais se sustentam na

a) intersubjetividade: os seres humanos estão sempre em relação uns com os outros; b) compreensão: para atingir o mundo vivido a ciência tem de apreender as coisas sociais como significativas; e, c)

racionalidade e intencionalidade: o mundo social é constituído sempre por ações e interações que obedecem a usos, costumes e regras ou que conhecem meios, fins e resultados.

Este mundo social, na perspectiva interpretacionista, é, então, tomado como “uma rede de representações complexas e subjetivas”, fruto das interações humanas que buscam por “interpretar e dar sentido ao mundo” (VERGARA; CALDAS, 2005, p. 67).

Tendo em conta os pressupostos da pesquisa qualitativa, este ramo do estudo, de carácter exploratório-descritivo, foi apoiado pelo referencial analítico sustentado pelas perspectivas compreensivista e interpretativista das significações dadas pelos sujeitos da experiência ao fenómeno vivenciado.

¹Schutz, A. Concept and Theory Formation in the Social Sciences. Sociological Perspectives. Middlessex: Penguin Books, 1971.

6. CONCEPÇÃO DE PESQUISA, UNIDADES DE ANÁLISE, MÉTODOS E TÉCNICAS

Trata-se de pesquisa de natureza empírica, abordagem quantitativa e qualitativa – triangulação –, finalidade exploratório-descritiva, com delineamento pelos modelos operativos de EL e GF, apoiada em métodos de análise estatística e compreensivista-interpretativista.

A vertente quantitativa do estudo, conduzida por meio de EL, foi efetivada mediante aplicação de questionários a profissionais médicos(as) e enfermeiras(os) das EQSFs e aos coordenadores da ESF. Para a vertente qualitativa utilizou-se da técnica de GFs, os quais foram realizados com trabalhadores de equipes selecionadas aleatoriamente.

A composição amostral variou, conforme se tratou de pesquisa delineada pelo EL ou GF.

6.1 Cenário da pesquisa, amostragem por município e critérios de inclusão

O cenário da pesquisa se referiu a municípios situados na região norte do Estado de São Paulo e que atendiam aos seguintes critérios: vinculação à ESF, cadastramento da(s) equipe(s) no MS e habilitação ao PMAQ.

Referidos municípios estão vinculados a duas regiões de saúde (nomeadas como X e Y) e, de forma intencional, foram convidados a participar da pesquisa, tendo manifestado aceite, mediante termo de anuência assinado pelo gestor municipal de saúde (Apêndice A).

Na região de saúde X, de um total de oito (8) municípios com ESF implantada, dois (2) não participaram da pesquisa: um sob alegação de que não tinha interesse e outro justificado com base no fato de que o gestor teria sido investido no cargo naquele período e que, portanto, não teria a pesquisa como uma de suas prioridades.

Um município da região Y foi convidado – amostra intencional – a participar

da pesquisa, em função da necessidade de se atender ao preceito de estrato do grupo amostral – conforme relatado adiante –, tendo manifestado anuência.

A composição amostral se deu, portanto, com a participação de sete (7) municípios pertencentes a duas (2) regiões de saúde, codificados como de A a G.

Aludidos municípios – assim como os demais habilitados ao PMAQ em nível nacional – atendiam a processo de estratificação proposto pelo MS que, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das equipes de atenção básica no processo de certificação, os distribuiu em categorias que levaram em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos, de forma a relacioná-los a cinco (5) indicadores, assim expressos: Produto Interno Bruto (PIB) per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2012b).

Para a composição de um índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos. Dessa forma, para efeito de comparabilidade, o MS distribuiu os municípios participantes do PMAQ em seis estratos, de acordo com o índice referido e porte populacional (BRASIL, 2012b).

Considerando o exposto, os municípios integrantes da amostra desta pesquisa foram assim categorizados, em relação aos estratos:

1. Município A = 5
2. Município B = 6
3. Município C = 4
4. Município D = 4
5. Município E = 1
6. Município F = 1
7. Município G = 4

Referidos municípios apresentavam populações que variavam entre sete e 115 mil habitantes, totalizando um contingente populacional em torno de 280 mil. Tais municípios distanciam entre si cerca de 50 a 100 km e referenciam-se a um mesmo Departamento Regional de Saúde. Cabe ressaltar que a cobertura pela ESF nos municípios em estudo variava entre 30 e 100%.

6.2 Municípios e tipo de adesão ao PMAQ

Exceto os municípios B e G, que contavam com todas as equipes em adesão tipo recontratualização (AR), os demais apresentavam equipes que estavam realizando sua primeira adesão ao PMAQ, adesão tipo contratualização (AC), e equipes que estavam realizando sua segunda adesão ao PMAQ, portanto, AR.

6.3 Sujeitos envolvidos

Foram considerados, para efeito de inclusão na pesquisa, trabalhadores das EQSFs e coordenadores/diretores/gerentes/gestores da ESF dos municípios amostrados, conforme se detalha a seguir.

6.3.1 Composição da amostra para estudo de levantamento

Em relação ao EL, o grupo amostral foi composto por profissionais das EQSFs dos municípios – médicos(as) e enfermeiras(os) – e por coordenadores da ESF, cabendo salientar que este último era constituído por profissionais que atuavam exclusivamente nesta função ou por aqueles que assumiam dupla vinculação – membros de equipe e gerência –, sendo que, neste caso, julgou-se adequado que os mesmos fossem alocados no grupo gerencial e não como membros de EQSFs.

6.3.2 Composição da amostra para grupos focais

Para efeito de desenvolvimento dos GFs, EQSFs foram selecionadas

aleatoriamente, a partir dos municípios amostrados, conforme estrato e tipo de adesão.

Os GFs envolveram todos os trabalhadores das EQSFs – médico(a), enfermeira(o), técnica(o) de enfermagem e agentes comunitários de saúde – amostradas, dentre equipes com AC e AR.

Nos casos em que o município possuía apenas duas (2) equipes, com os perfis AC e AR, ambas eram relacionadas para integrarem a amostra de GFs. Naqueles casos em que o município possuía todas as equipes dentro de uma mesma tipificação, apenas uma equipe era selecionada, aleatoriamente. Como os municípios C, D, e G pertenciam a um mesmo estrato, foi realizado um sorteio aleatório, tendo sido selecionado o município D para representar este grupo. O mesmo se deu em relação aos municípios E e F – pertencentes ao mesmo estrato –, tendo sido sorteado aleatoriamente o município E para compor a amostra deste estrato.

6.4 Métodos e técnicas

Conforme mencionado anteriormente, esta pesquisa foi conduzida utilizando-se de dois tipos de estudo: EL, para a abordagem quantitativa, e GF, para a abordagem qualitativa.

6.4.1 Estudo de levantamento

O EL foi conduzido mediante aplicação de questionário aos profissionais das EQSFs e de outro modelo de questionário aplicado ao grupo composto por coordenadores da ESF.

6.4.1.1 Testagem do questionário

Uma vez elaborado, o questionário foi submetido a processo de testagem, tendo sido amostrado, para tal, um conjunto de profissionais odontólogos de município cujas equipes de saúde bucal estavam cadastradas no PMAQ e seriam avaliadas pelo MS em moldes semelhantes à ESF. Dúvidas, sugestões e tempo decorrido para o preenchimento do questionário foram considerados, adequados e calibrados, de forma que a versão definitiva do mesmo pudesse ser aplicada.

6.4.1.2 Aplicação de questionário

Foram aplicados questionários a 76 (setenta e seis) sujeitos participantes da pesquisa, após contato com as equipes/profissionais, e mediante aceite manifesto através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice B. Após preenchimento dos questionários, os mesmos foram envelopados e codificados, tomando como referência municípios, categoria profissional – médico ou enfermeiro –, coordenação/direção da ESF e tipo de adesão da equipe.

6.4.1.3 Estrutura do questionário

Os questionários (Apêndices C e D) foram compostos por um conjunto de variáveis estruturadas em seis (6) componentes, assim dispostas:

1. perfil do profissional e da equipe;
2. contratualização (primeira fase do PMAQ);
3. autoavaliação (segunda fase – desenvolvimento do PMAQ);
4. avaliação externa (terceira fase do PMAQ);
5. geral;
6. experiência com o PMAQ.

Referido questionário contemplou levantamento de:

- a) perfil dos sujeitos envolvidos no estudo;
- b) avaliações, por parte dos profissionais de equipe e coordenadores/diretor, relativas às etapas do PMAQ e engajamento das equipes neste processo;
- c) avaliações, por parte dos profissionais das EQSFs, relativas à gerência da ESF – levadas a efeito pela avaliação externa do PMAQ;
- d) avaliações, por parte dos profissionais e coordenadores/diretor, relativas à proposta de avaliação da gestão municipal de saúde – levada a efeito pela avaliação externa do PMAQ;
- e) avaliações, por parte dos profissionais e coordenadores/diretor, relativas a um conjunto de saberes/tecnologias que permeiam o processo de trabalho de EQSFs;
- f) avaliações, por parte dos profissionais e coordenadores/diretor, relativas ao preparo obtido na graduação e, eventualmente, na pós-graduação, para atuar na ESF;
- g) avaliações, por parte dos profissionais e coordenadores/diretor, em relação à implantação de programas – pela equipe – considerados estratégicos pelo PMAQ;
- h) avaliações, por parte dos profissionais e coordenadores/diretor, quanto a processos de qualificação e EPS da equipe;
- i) avaliações, por parte dos profissionais e coordenadores/diretor, em relação à demanda por AI por parte da equipe;
- j) avaliações, por parte dos profissionais e coordenadores/diretor, em relação à

qualidade do acesso e cuidado ofertados pela equipe/equipes;

- k) avaliações, por parte dos profissionais e coordenadores/diretor, em relação a fragilidades vivenciadas pela equipe/equipes;
- l) avaliações, por parte dos profissionais e coordenadores/diretor, em relação à experiência com o PMAQ.

O quadro quatro (4) apresenta uma síntese da estrutura do questionário, com suas componentes e variáveis.

Investigação	Perfil e avaliações relacionadas ao PMAQ, ao processo de trabalho da equipe e à gestão
Componentes e variáveis	<p>A: variáveis relacionadas ao perfil;</p> <p>B: variáveis relacionadas ao processo de contratualização do PMAQ;</p> <p>C: variáveis relacionadas ao processo de autoavaliação do PMAQ;</p> <p>D: variáveis relacionadas ao processo de avaliação externa do PMAQ;</p> <p>E: variáveis relacionadas aos processos de formação, qualificação, educação continuada, EPS, implantação de programas, monitoramento, AI, fragilidades e avaliação do acesso e cuidado implicados no/com o processo de trabalho da equipe;</p> <p>F: variável relacionada à experiência com o PMAQ.</p>

Quadro 4 - ESF no contexto do PMAQ: componentes e variáveis do questionário aplicado aos profissionais das EQSFs e das gerências da ESF

6.4.1.4 Análise das variáveis

As seguintes categorias foram consideradas para efeito do processo analítico:

- a) avaliações de profissionais das EQSFs – médicos(as) e enfermeiras(os);
- b) comparação de avaliações entre profissionais de EQSFs;
- c) comparação de avaliações entre o conjunto de coordenadores (gerentes) da ESF e de profissionais das EQSFs;
- d) avaliações do conjunto de profissionais de EQSFs, estratificadas pelo tipo de adesão;
- e) avaliações do conjunto de profissionais de EQSFs, estratificadas por municípios.

Para comparar as variáveis qualitativas das componentes envolvendo profissionais de EQSFs, conjunto de EQSFs e de coordenadores municipais e EQSFs por tipos de adesão foi utilizado o Teste de Cochran-Mantel-Haenzsel Generalizado (AGRESTI, 2002).

Para comparar as variáveis qualitativas das componentes, ao se considerar os municípios, foi utilizado o teste Qui-Quadrado, sendo que, quando necessário, utilizou-se o Teste Exato de Fisher (AGRESTI, 2002).

Para comparar as variáveis quantitativas das componentes envolvendo profissionais de EQSFs, conjunto de EQSFs e de coordenadores municipais e EQSFs por tipos de adesão, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney (HOLLANDER; DOUGLAS, 1999).

Para comparar as variáveis quantitativas das componentes, considerando os municípios, foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis (HOLLANDER; DOUGLAS, 1999), sendo que, para as comparações múltiplas, pós-teste Kruskal-Wallis, foi utilizado o teste de Nemenyi (ZAR, 1999).

Para comparação de médias dos GFs atribuídas à avaliação do acesso e cuidado ofertados pela equipe foi utilizado o Teste dos sinais de Wilcoxon e para comparação das médias atribuídas pelas categorias de trabalhadores das EQSFs para a oferta do acesso e cuidado foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis.

Com o propósito de realizar análises que levassem em conta um maior tamanho amostral das categorias, optou-se por agrupar municípios com menor número de equipes (municípios D, E, F, e G), tendo os mesmos sido caracterizados como município D*. Em função do tamanho amostral e, sobretudo, da natureza do estudo, foi adotado nível de significância de 10%, possibilitando, assim, “ampliar” o poder dos testes, em função da diminuição de erro tipo II, de modo a não deixar de captar diferenças, quando estas existissem.

Utilizou-se o software R, versão 3.0.1, para efetuar as análises estatísticas (R CORE TEAM, 2014).

6.4.2 Grupo focal

O número de GFs definido para compor a pesquisa se deu em função do que já foi percorrido em composição amostral, quando se procurou contemplar, no universo dos municípios que compuseram a amostra, a participação de diferentes estratos, bem como a representatividade por tipo de adesão.

Apoiando em referenciais propostos por Borges e Santos (2005) e Martins (2008), buscou-se garantir que os GFs fossem estruturados de forma que: a) fossem constituídos por seis (6) a 12 (doze) pessoas; b) todos os participantes da pesquisa se encontrassem envolvidos com as questões abordadas; c) os membros se sentissem razoavelmente confortáveis ao expressarem opiniões para o grupo; d) a condução das sessões fosse amparada por roteiro logicamente ordenado; e) os registros fossem gravados e filmados; e, f) o moderador atuasse como coordenador das discussões, porém sem interferência na exposição das ideias/percepções manifestas pelos participantes.

O desenvolvimento dos GFs se deu com base em roteiro orientado por questões norteadoras (QNs), conforme apêndice E.

O delineamento das QNs foi estabelecido com base em aproximações temáticas, a saber: a) aproximação racional ou conceitual do tema; b) aproximação intuitiva ou afetiva; c) aproximação avaliativa; e, d) aproximação imaginativa ou projetiva do tema, conforme adaptação proposta por Peres et al. (2012).

No decorrer dos GFs, buscou-se atentar para e minimizar a ocorrência de alguns aspectos que, como aponta Martins (2008, p.32), constituem limitações da técnica, podendo decorrer do fato

[...] da interação do grupo poder não refletir o comportamento / ideias de cada participante; de os dados coletados poderem apresentar elevado grau de dificuldade de análise, tendo em vista o processo interativo que se estabelece; e de se necessitar de um ambiente propício para que o diálogo se estabeleça de forma favorável.

6.4.2.1 Logística do processo de realização do grupo focal

Os GFs foram realizados em salas adequadamente preparadas para comportar os membros da equipe envolvida, com vistas a possibilitar que condições satisfatórias de ambiência fossem garantidas, especialmente quanto à temperatura, iluminação e acomodação, de maneira a assegurar conforto aos participantes. Os trabalhadores foram dispostos de modo a conformar um semicírculo, de forma que o coordenador assumisse uma posição em que pudesse visualizar, ao mesmo tempo, todos os participantes, e que estes também pudessem ver e ser vistos por todos.

O desenvolvimento dos grupos se deu da seguinte forma:

1. breve explicação sobre a natureza do estudo, abrindo espaço para esclarecimentos, quando se fizeram necessários;
2. orientações sobre as condições de realização do estudo;
3. fornecimento de duas vias do TCLE, solicitando-se aos participantes que, ao final da leitura, assinassem e devolvessem uma das vias ao moderador do grupo, retendo a outra (via do participante);
4. explicitação do papel do moderador/coordenador;
5. posicionamento da filmadora, por detrás do coordenador, para gravação da discussão coletiva em áudio e vídeo;

6. fornecimento de papel e lápis;
7. disponibilização de café, água e/ou refrigerante na sala;
8. adoção de postura de flexibilidade por parte do moderador, em relação a eventuais necessidades que pudessem ser manifestas durante a realização da atividade grupal.

As transcrições literais e na íntegra de todas as sessões de GFs foram realizadas por profissional com experiência neste tipo de trabalho. Posteriormente, o material transcrito foi impresso, contemplando, além dos conteúdos manifestos dos relatos, informações quanto ao tempo decorrido, autores das falas, mediações do coordenador, questionamentos e eventuais manifestações não verbais anotadas durante a realização das entrevistas.

6.4.2.2 Formalização e desenvolvimento do processo analítico

Os GFs foram codificados com números sequenciais de um a sete (1 a 7), na ordem cronológica de sua realização. De cada uma das transcrições dos GFs constatarem as QNs, constituindo um texto.

As entrevistas realizadas por meio de grupo focal se revestiram de algumas características, tais como: a) QNs se constituíram em ordenamento essencial para instigar e orientar a discussão nos GFs; contudo, a dinâmica do processo nem sempre permitiu ou determinou que os participantes da discussão rigidamente se submetessem ao sequenciamento das questões, ainda que o moderador fizesse intervenções julgadas pertinentes. Neste caso, optou-se por manter uma atitude de flexibilidade na condução da discussão grupal, abstendo-se de diretividade, exceto nos momentos em que isso se mostrou necessário para reconduzir a discussão ao eixo norteador da investigação; b) questões puderam ser retomadas ou reconsideradas em momentos posteriores àqueles em que foram abordadas inicialmente; c) embora QNs permitissem imprimir um sequenciamento lógico à discussão, a resultante do processo pôde – e sem dúvida o fez – orientar-se para

um conjunto diverso de temáticas, o que nos induziu, muitas vezes, a reconfigurar o sequenciamento/disposição previsto inicialmente para o processo.

Tendo em vista os referenciais teóricos aludidos em relação à análise de conteúdo, esta foi estruturada mediante utilização da concepção de análise de conteúdo temática que, operacionalmente, percorreu as seguintes etapas (BARDIN, 2011; MINAYO, 2013):

- a) **pré-análise:** correspondeu a um período de intuições, mas com propósito de organizar e sistematizar as ideias. Consistiu de leitura flutuante, de modo a se tomar contato exaustivo com o material e se deixar “contaminar” pelo seu conteúdo, impressões e orientações. Adicionalmente, assumiu-se postura flexível, no sentido de admitir a possibilidade de emergência de novas hipóteses, a partir do processo exploratório. Além dos momentos vivenciados pelo pesquisador na condução dos GFs – o que lhe permitiu a realização, de forma intuitiva, das primeiras “leituras” dos relatos transcritos –, e tomando como dado o material transcrito, foram realizadas leituras atentas e extensas com a intenção de se destacar o que de importante, em relação às interrogações do estudo, havia sido manifesto pelos participantes dos GFs;
- b) **exploração do material:** consistiu na operação de codificação. Para tanto, procedeu-se ao recorte do texto em Unidades de Registro (UR), tomadas como unidades de significação – correspondendo ao segmento de conteúdo considerado unidade base –, as quais se encontravam inseridas em unidades de contexto;
- c) **categorização:** efetivou-se classificação e agregação dos dados, mediante diferenciações e reagrupamentos, com o propósito de se categorizar os elementos constitutivos do *corpus* da pesquisa, indo em direção às categorias teóricas ou empíricas, de forma a possibilitar a construção de temas – identificação de núcleos de sentido. Optou-se, portanto, nesse contexto, pela tomada dos significados – embasados nos referenciais de campo do objeto de estudo e nas significações dadas pelos participantes, enquanto perspectivas que se abriam para elucidação –, conduzida pela análise temática;

- d) **tratamento dos resultados, inferência e interpretação referencial:** a partir dos resultados, realizaram-se inferências e interpretações previstas no quadro teórico ou abriram-se outros “caminhos”, orientados pelo material empírico proveniente da leitura dos textos oriundos das transcrições das entrevistas dos GFs. Em síntese, partiu-se da descrição (texto tratado), sobre o qual se fizeram inferências, mediante deduções lógicas, e a partir das quais se fez a passagem explícita e controlada para a interpretação, consistindo, esta, na significação concedida às características.

A formalização do processo analítico, portanto, se deu da maneira que se segue (BARDIN, 2011; FRANCO, 2012; MINAYO, 2013):

- a) para cada questão norteadora foram identificados os discursos de cada sujeito e a posição desempenhada como trabalhador na equipe de saúde (DPT);
- b) no processo atento de leitura foram destacadas as UR;
- c) em seguida, tomadas em consideração todas as UR, de todos os textos, procurou-se categorizá-las por temas (TM), em busca de sentidos, de modo que expressassem a generalidade/abrangência do fenômeno, sob a ótica dos diferentes DPT;
- d) na sequência, buscou-se estabelecer convergências entre as UR dos diferentes DPT e os TM levantados, de forma a se identificar ideias mais abrangentes e essenciais, com o propósito de se construir as categorias temáticas (CT).

A resultante deste trabalho remeteu a um conjunto de categorias, analisadas sob os referenciais do campo, de forma que pudesse refletir a experiência do conjunto de trabalhadores – as EQSFs – e contemplar as especificidades dos DPTs. O percurso de análise obedeceu, portanto, à seguinte sequência: tomou-se como referencial o discurso dos participantes – no contexto de suas posições (DPT) – enunciado durante a realização dos GFs, indo em direção às Unidades de Registro (UR), sobre as quais se estabeleceram temas (TM) e subcategorias (SCT), e a partir das quais se buscou por ampliação, de forma a configurar as categorias temáticas (CT).

7. RESULTADOS, ANÁLISE, DISCUSSÃO, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO

7.1 Estudo de levantamento: municípios, equipes, tipo de adesão e profissionais participantes

O quantitativo de equipes por município e o tipo de adesão encontraram-se assim distribuídos:

1. Município A: seis (6) EQSFs com AR e quatro (4) com AC;
2. Município B: onze (10) EQSFs com AR;
3. Município C: uma (1) EQSF com AR e oito (8) com AC;
4. Município D: duas (2) EQSFs com AR e duas (2) com AC;
5. Município E: uma (1) EQSF com AR e uma (1) com AC;
6. Município F: uma (1) EQSF com AR e uma (1) com AC;
7. Município G: duas (2) EQSFs com AR.

Observou-se, assim, a composição do grupo orientado pelo EL: sete (7) municípios e 39 (trinta e nove) equipes participantes, sendo 23 (vinte e três) equipes com AR e 16 (dezesseis) equipes com AC.

Das equipes envolvidas no EL participaram médicos(as) e enfermeiras(os) assim distribuídos, por município:

- A. 11 (onze) médicos e 10 (dez) enfermeiras; sendo esta composição justificada pelo fato de que uma equipe contava com dois médicos em regime de 30h;
- B. 10 (dez) médicos e 10 (dez) enfermeiras; sendo que um dos médicos foi alocado para o estudo de profissionais de coordenação/direção – pelo fato de atuar como médico de equipe, mas ocupar o cargo de coordenador da ESF – e uma enfermeira havia solicitado desligamento de suas funções;
- C. oito (8) médicos e nove (9) enfermeiras; justificado pelo fato de uma equipe estar desprovida de profissional médico, em função de afastamento por motivo de saúde;

- D. quatro (4) médicos e três (3) enfermeiras; sendo que uma enfermeira foi alocada para o estudo de profissionais de coordenação/direção – em função do fato de atuar como enfermeira de equipe, mas ocupar o cargo de coordenadora da atenção básica;
- E. dois (2) médicos e duas (2) enfermeiras;
- F. dois médicos (2) e uma (1) enfermeira; sendo que uma enfermeira foi excluída do estudo em função do fato de atuar como enfermeira da equipe e como assessora da secretária municipal de saúde;
- G. dois (2) médicos e duas (2) enfermeiras.

Totalizou-se, portanto, 76 profissionais envolvidos na pesquisa de EL, dos quais 39 eram médicos(as) e 37 enfermeiras(os).

A composição do grupo com função gerencial na ESF ficou assim representada, totalizando seis sujeitos:

- a) Município A: uma enfermeira, coordenadora da ESF, exclusiva;
- b) Município B: um médico, coordenador da ESF e membro de equipe;
- c) Municípios C: uma diretora de ABS, exclusiva;
- d) Município D: uma enfermeira, coordenadora de ABS e membro de equipe;
- e) Município E: não havia coordenação da ESF;
- f) Município F: uma técnica de enfermagem, coordenadora de ABS, exclusiva;
- g) Município G: uma assistente social, coordenadora da ESF, exclusiva.

7.2 Grupos focais: municípios, equipes, tipo de adesão e sujeitos participantes

A condução dos GFs, após o processo de amostragem, revelou a seguinte distribuição de equipes – de acordo com o tipo de adesão – e de sujeitos – médico (MED), enfermeiro (ENF), técnico em enfermagem (TE) e agente comunitário de saúde (ACS), em relação aos municípios:

- A: uma (1) equipe com AC (MED = 1, ENF = 1, TE = 1 e ACS = 5) e uma (1)

com AR (MED = 1, ENF = 1, TE = 1 e ACS = 7);

B: uma (1) com AR (MED = 1, ENF = 1, TE = 1 e ACS = 7);

D: uma (1) equipe com AC (MED = 1, ENF = 1, TE = ausente e ACS = 5) e uma (1) com AR (MED = 1, ENF = 1, TE = ausente e ACS = 2);

E: uma (1) equipe com AC (MED = 1, ENF = 1, TE = 3 e ACS = 5) e uma (1) com AR (MED = 1, ENF = 1, TE = 2 e ACS = 2).

7.3 Caracterização da amostra

O quadro cinco (5) sumariza a caracterização da amostra, por municípios, número de equipes, tipo de adesão e unidades de análise, endereçadas ao EL e GFs.

MUNICÍPIO	Nº DE EQUIPES	SUJEITOS EL	TIPO DE ADESÃO	COORDENAÇÃO / DIREÇÃO	EQUIPES GFs
A	10	11 MED / 10 ENF	4 AC / 6 AR	sim	1 AC / 1 AR
B	10	10 MED / 10 ENF	10 AR	sim	1 AR
C	9	8 MED / 9 ENF	8 AC / 1 AR	sim	Não
D	4	4 MED / 3 ENF	2 AC / 2 AR	sim	1 AC / 1 AR
E	2	2 MED / 2 ENF	1 AC / 1 AR	não	1 AC / 1 AR
F	2	2 MED / 1 ENF	1 AC / 1 AR	sim	Não
G	2	2 MED / 2 ENF	2 AR	sim	Não
TOTAL	39	39 MED / 37 ENF 76	16 AC / 23 AR 39	6	3 AC / 4 AR 7

Quadro 5 - ESF no contexto do PMAQ: caracterização dos municípios, equipes e sujeitos participantes do EL e dos GFs

7.4 Estudo qualitativo

O ramo qualitativo da pesquisa foi intencionado de modo a levantar, questionar e colocar em evidência as motivações, os sentidos e os impactos gerados a partir da experiência com o PMAQ, de modo que se pudesse, mediante análise compreensiva, ampliar o universo de entendimento do fenômeno em estudo. Conforme já discorrido, a triangulação de métodos possibilitou que se ampliasse a compreensão sobre o fenômeno/objeto analisado.

Para a efetivação do processo de apresentação, análise e discussão dos dados/percepções, ponderou-se sobre a sequência em que se daria a exposição dos ramos da pesquisa: qualitativa-quantitativa ou quantitativa-qualitativa. Entendeu-se que, independentemente da ordem com que se expusesse a mesma, o processo deveria ser concebido como sendo intercomplementar. Compreende-se, assim, que as abordagens se complementam, o que significa assumir que uma não complementa a outra, mas que ambas fazem parte de um todo que, por sua vez, é captado de diferentes ângulos, de diferentes formas, sob perspectivas diversas. Neste sentido, a intencionalidade se deu de modo a possibilitar a expansão da exploração e da compreensão sobre o objeto/fenômeno estudado.

7.4.1 Categorias temáticas

O tratamento metódico aplicado a todos os textos conformou o que se pode denominar como Conteúdos Expressos pelo Coletivo dos Grupos Focais (CECGFs), tendo, este, resultado em quatro (4) CTs, oito (8) dimensões e 22 SCTs, de um total de 278 URs. As CTs foram assim expressas:

- a. CT I - Processo de trabalho no contexto da ESF;
- b. CT II - Significação de PMAQ;
- c. CT III - PMAQ como referência para avaliação do acesso e cuidado;
- d. CT IV - Demandas para melhoria do acesso e cuidado na ESF.

Tomada em sua totalidade, e considerando o caráter interativo e dinâmico das entrevistas de grupo, a consubstanciação dos GFs pôde ser sistematizada num Itinerário Representacional-Lógico-Discursivo (IRLD), conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 - Estratégia Saúde da Família no contexto do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ): Itinerário Representacional-Lógico-Discursivo dos GFs

A CT I é analisada e discutida em subseção própria, antecedendo às subseções em que se encontram retratadas as CTs II e III, as quais são apresentadas em continuação à análise da componente do ramo quantitativo “avaliação da experiência com o PMAQ”. A CT IV, por sua vez, é apresentada em discussão conjunta com a componente do ramo quantitativo “avaliação da qualidade da oferta do acesso e cuidado”.

7.4.2 Grupos focais: análise de contexto

Realizados com propósito de analisar o processo de trabalho das equipes, buscou-se, nos GFs, ratificar um conjunto de informações do EL, bem como compreender como EQSFs estavam vivenciando o PMAQ.

Neste sentido, procurou-se sistematizar os depoimentos dos grupos e, adicionalmente, com a pretensão de buscar por uma totalidade, trouxe-se à reflexão a exemplaridade, o incomum, o inusitado, o inesperado.

Apresentam-se, nesta subseção, análises, de forma contextual, sobre a dinâmica em que se processaram as discussões. Estas se deram com algumas regularidades, observadas em praticamente todos os GFs, tais como:

- a) discursos manifestos, em sua maioria, como declarações do comum, de descrições do cotidiano, raramente expressando abstrações e reflexões dotadas de sentido mais aguçado em relação ao fenômeno sob estudo ou que com ele estabelecesse qualquer tipo de interação;
- b) assunção de um discurso homogêneo, raramente contestado ou cerceado, no qual eventualmente se apresentavam críticas ao “outro”, embora estas não se referissem aos membros da equipe, em geral, a despeito de, em raras ocasiões, terem sido esboçados confrontos de ideias entre MEDs e ENFs;
- c) posturas de “encerramento” do diálogo, assumida em grande parte por MEDs, quase sempre em tom de quem apresenta uma declaração presumida como conclusiva ou correta;
- d) domínio temporal das discussões, por parte dos ACSs, tendo em conta suas presenças em maior número, e pelo fato de seus depoimentos se referirem ao senso comum, o qual dominou grande parte do cenário discursivo;
- e) domínio “territorial” da fala, por parte dos ENFs que, quase sempre, se colocavam no lugar de “sujeito suposto saber”, a despeito de suas

- considerações/discursos também não ultrapassarem, em sua quase totalidade, a meras descrições de ações cotidianas, a questionamentos ou a críticas dirigidas à gerência e/ou gestão;
- f) discursos, por parte de parcela de ENFs, que se aproximaram da condição de quem se encontra em estado de “quase exaustão/saturação/desesperança”, expressos, muitas vezes, como omissões no prosseguimento das interações discursivas, como chantagens para com o grupo ou mesmo como declarações mais explícitas sobre seus estados de angústias;
 - g) o lugar dos TEs, o qual ficou patente na dinâmica grupal – o que talvez aproxime da posição de coadjuvantes assumida por estes nas equipes –, quando, à exceção de uma TE mais ativa, se observaram posturas de certa isenção nas colocações ou, quando muito, de justificação para um papel que em grande parte do tempo se limitou a descrições da execução de procedimentos estabelecidos pela “rotina”;
 - h) o posicionamento, assumido em alguns momentos, por alguns médicos, que se colocavam no lugar de “professores” do grupo, como se o tema/fenômeno, fosse de seus completo domínio, e sobre o qual não lhes cabia mais que suscitar, no outro, provocações ou convites para que se expressasse;
 - i) discursos, por parte dos trabalhadores, em geral, mais enfaticamente por parte dos médicos, que fizessem supor que tivessem assumido – a partir de *insights*, posturas, declarações, etc., de parte do grupo – “*mea culpa*”, em função de suas condições de pequeno “pertencimento”, de baixo engajamento no trabalho/espírito da equipe;
 - j) o baixo a moderado poder de autoavaliação crítica, por parte dos sujeitos, em geral, em todos os GFs, fosse ele relacionado ao PT das equipes e/ou ao engajamento no PMAQ;

- k) a marcada influência de determinações sociais e de formação dos trabalhadores, que se deixou revelar durante o processo de discussão, revestidas, muitas vezes, em falas de caráter mais prescritivo/autoritário por parte daqueles que atribuíam a si a “posição de superioridade”.

7.5 Estudo quantitativo

São apresentados, nesta subseção, os resultados, análises e discussões referentes ao EL, contemplando, para cada uma das categorias analíticas, as componentes, com suas respectivas variáveis.

Para a análise descritiva das categorias “avaliações dos profissionais das EQSFs”, “avaliações dos médicos e enfermeiros” e “avaliações das coordenações da ESF” considerou-se a componente perfil, de modo a possibilitar a caracterização da amostra.

Em relação à categoria “avaliações dos médicos e enfermeiros” são apresentados os dados referentes às avaliações dos médicos(as) e enfermeiras(os) das EQSFs, os quais foram confrontados entre si, com o intuito de se identificar concordâncias e discordâncias.

No tocante à análise da categoria “avaliações de EQSFs e coordenações da ESF”, são apresentados os dados referentes às avaliações das coordenações, confrontados com as avaliações dos profissionais das EQSFs, com o intuito de se identificar, também, concordâncias e discordâncias.

Para as categorias de análise mencionadas, são apresentados resultados, análises e discussões relativos as seis (6) componentes: perfil, contratualização, autoavaliação, avaliação externa, geral e avaliação da experiência com o PMAQ, conforme sumarizado no quadro seis (6).

Categorias	Componentes
<ul style="list-style-type: none"> • avaliações dos profissionais das EQSFs (conjunto) • avaliações dos profissionais (médicos e enfermeiras) de EQSFs • avaliações das EQSFs e dos dos gerentes da ESF • avaliações das EQSFs, estratificadas por municípios • avaliações das EQSFs, estratificadas por tipo de adesão 	<ul style="list-style-type: none"> • perfil • contratualização • autoavaliação • avaliação externa • geral • experiência com o PMAQ

Quadro 6 - ESF no contexto do PMAQ: categorias e componentes de análise do EL

7.5.1 Perfil amostral

Nesta subseção serão abordados os dados referentes ao perfil amostral para as variáveis envolvendo faixa etária, sexo, tipo de adesão, tempo de formado, tempo de atuação no PSF/ESF, tempo de atuação na equipe, vínculo empregatício e composição da equipe.

7.5.1.1 Perfil: faixa etária

A média de idade do conjunto dos profissionais das EQSFs foi de 37,7 anos, com mediana de 33 anos. Quando estratificada por municípios, observou-se que a

mediana da idade dos indivíduos do município A foi de 32 anos, enquanto que a do município B foi de 42 anos, sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), de acordo com o observado na tabela 7.1.

Tabela 7.1 - ESF no contexto do PMAQ: idade dos profissionais das EQSFs, estratificada por municípios

Municípios	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	P-valor
A	21	31,95	1,20	28,0	32,0	34,0	0,050
B	19	44,16	3,28	31,0	42,0	56,5	
C	17	35,88	2,32	29,0	33,0	40,0	
D*	18	39,17	2,74	31,0	34,5	46,0	

Quando se procedeu à estratificação por categoria profissional constatou-se diferença significativa, com médicos apresentando uma média de idade de 40,34 e enfermeiros de 34,92 anos, porém, com os mesmos apresentando mediana de 35,5 e 32 anos, respectivamente (valor-p < 0,10), conforme atesta tabela 7.2.

Não houve diferença significativa quando se confrontou a média de idade entre gerentes da ESF e profissionais das EQSFs.

Tabela 7.2 - ESF no contexto do PMAQ: idade, estratificada entre médicos e enfermeiros das EQSFs

Variável	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor p
Enfermeiro(a)	37	34,92	1,37	29,00	32,0	42,0	0,095
Médico(a)	38	40,34	2,16	31,00	35,5	52,0	

Do exposto, depreende-se que a amostra revelou um conjunto composto por profissionais relativamente jovens – com alguma variação significativa verificada em um município –, com predominância, na categoria médica, de idade um pouco mais avançada.

Ferrari, Thomson e Melchior (2005) realizaram estudo quantitativo, com o objetivo de descreverem o perfil de médicos e enfermeiros das EQSFs do município de Londrina, Paraná, no ano de 2003, tendo observado que a média de idade dos médicos se situava em torno de 42,2 anos e a dos enfermeiros de 34 anos.

Tomasi et al. (2008) avaliaram o perfil de equipes de atenção básica – PSF e tradicional – em municípios com mais de 100 mil habitantes, nas regiões sul e nordeste do país, no ano de 2005, tendo sido observado, embora referido estudo

não tivesse sido estratificado por categorias de trabalhadores, que havia predominância, no PSF, de trabalhadores mais jovens.

Em avaliação destinada a verificar a satisfação de profissionais médicos do PSF de uma metrópole, Campos e Malik (2008) observaram que 52% dos mesmos apresentavam-se com idade até 40 anos.

Ney e Rodrigues (2012) constataram predominância de faixa etária dos profissionais da ESF variando entre 31 e 40 anos (36%), em levantamento realizado em município de grande porte no Brasil.

Em estudo realizado com propósito de se descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais de medicina vinculados a EQSFs em municípios da Região Metropolitana do Recife, no ano de 2009, observou-se que profissionais com mais de 40 anos representavam 76,3% da amostra e profissionais com menos de 29 anos não representavam mais que 10% da mesma (GUARDA; SILVA; TAVARES, 2012), destoando referidos achados em relação aos estudos do gênero.

Costa et al. (2013), ao analisarem o perfil de profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) de equipes de saúde da família do município de Montes Claros, identificaram média de idade de 29,5 anos (27,6 anos para enfermeiros e 31,2 anos para médicos).

Os estudos que se propuseram a analisar o perfil etário da população de médicos e enfermeiros da ESF, regra geral, ainda apontam para um predomínio de faixas etárias mais jovens, com discreta superioridade na média de idade dos médicos, quando comparada com a de enfermeiros, ocorrência também observada nesta pesquisa.

Razões para os achados relativos à faixa etária, nos diversos estudos apresentados, podem estar relacionadas com rotatividade de profissionais, políticas de gestão do trabalho e processos envolvendo implantação da ESF nos municípios, como será discutido à frente, neste estudo.

Perfil etário semelhante ao das EQSFs foi observado, nesta pesquisa, em relação à gerência da ESF, o que poderia refletir a atuação de fatores decorrentes do processo de implantação relativamente recente da ESF nos municípios envolvidos na amostra, conforme se evidenciou em visita aos mesmos.

7.5.1.2 Perfil: sexo

Em relação à variável sexo, estratificada entre enfermeiros e médicos, conforme assinalado na tabela 7.4, importa destacar que 94,6% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino, enquanto entre profissionais da medicina prevaleceu o sexo masculino, com 71,8%, sendo esta diferença significativa (valor- $p < 0,10$).

Em estudo quantitativo realizado com o objetivo de descrever o perfil de médicos e enfermeiros das EQSFs do município de Londrina, Paraná, no ano de 2003, os autores observaram que 60% dos médicos eram do sexo masculino e 94,5% dos enfermeiros do sexo feminino (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005).

Campos e Malik (2008), em estudo conduzido junto a profissionais médicos do PSF de uma metrópole, observaram que 56% eram do sexo masculino.

Como objetivo de proceder à análise de aspectos demográficos e de formação, Tomasi et al. (2008) avaliaram o perfil de equipes de atenção básica – PSF e tradicional – em municípios com mais de 100 mil habitantes nas regiões sul e nordeste do país, no ano de 2005. A pesquisa esteve vinculada ao Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (ELB - PROESF). Embora referido estudo não tivesse sido estratificado por categorias de trabalhadores, os autores observaram que havia predominância, no PSF, de trabalhadores do sexo feminino. Referida pesquisa, contudo, poderia estar sinalizando a preponderância de categorias nas quais a predominância do sexo feminino é notória.

Em estudo descritivo, de corte transversal, destinado a descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais de medicina vinculados a EQSFs em municípios da Região Metropolitana do Recife, no ano de 2009, observou-se que mulheres representavam 47,55% do universo pesquisado (GUARDA; SILVA; TAVARES, 2012).

Analisando o perfil de profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) de equipes de saúde da família do município de Montes Claros, os autores identificaram predominância do sexo feminino (COSTA et al., 2013). Ao dispor de dados da

totalidade da população de profissionais do município, este estudo não faz menção ao percentual de enfermeiros e outras categorias na amostra, o que, de outro modo, poderia ter contribuído para gerar potencial viés de confusão.

No contexto do ELB - PROESF, Silveira et al. (2010) realizaram, por meio de inquérito epidemiológico em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões sul e nordeste do Brasil, estudo em que se evidenciou tendência de feminilização da força de trabalho em saúde na referida estratégia. Este estudo poderia estar refletindo o universo da força de trabalho na atenção básica que, à semelhança de outros levantamentos, inclui o universo de outras categorias, com forte predomínio de trabalhadores do sexo feminino.

Tomando em consideração os resultados encontrados na pesquisa, pode-se inferir que os mesmos estão em consonância com os achados da literatura, os quais apontam, regra geral, para discreto a moderado predomínio do sexo masculino entre médicos e acentuado predomínio do sexo feminino, entre enfermeiros, na força de trabalho em saúde da ESF.

7.5.1.3 Perfil: tipo de adesão, tempo de formado, tempo de atuação no PSF/ESF, tempo de atuação na equipe, vínculo empregatício e composição da equipe

A tabela 7.3 se refere aos dados relativos às demais variáveis da componente perfil das EQSFs, destacando-se que 57,9% dos profissionais estavam vinculados a equipes em regime de recontratualização; cerca de 30% dos participantes possuíam até cinco anos de formado e 22,4% tinham mais de 20 anos; 34,2% dos profissionais atuavam no PSF/ESF há menos de dois anos e mesmo percentual entre dois e cinco anos; 42,1% dos participantes atuavam na EQSF atual há no máximo dois anos, sendo que não mais que 21% tinham tempo de trabalho na equipe superior a cinco anos; 42,1% dos sujeitos tinham como vínculo empregatício o regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e 35,5% tinham como vínculo o regime estatutário.

A. Tempo de formado

Conforme demonstrado na tabela 7.4, aproximadamente 30% dos enfermeiros contavam com não mais que cinco anos de formado e 48,6% entre cinco e 10 anos, enquanto cerca de um terço dos médicos se apresentava com não mais que cinco anos de formado e fração equivalente com mais de 20 anos de formado, sendo significativa a diferença na comparação das categorias (valor- $p < 0,10$).

Referente ao tempo de formado, observou-se uma maior concentração de indivíduos do Município A, com tempo de formado entre dois e cinco anos, e uma maior concentração de indivíduos do Município B, com tempo de formado entre cinco e 10 anos, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$), conforme evidenciado na tabela 7.5.

Ferrari, Thomson e Melchior (2005) realizaram estudo quantitativo, com o objetivo de descreverem o perfil de médicos e enfermeiros das EQSFs do município de Londrina, Paraná, no ano de 2003, tendo observado que 62,2% dos médicos e 46% dos enfermeiros tinham mais de nove anos de formado. De outra monta, Campos e Malik (2008), em estudo com médicos do PSF de uma metrópole, observaram que tempo de formado até quatro anos foi referido por 35,5% dos profissionais.

Em estudo realizado no ano de 2009, no município de Vespasiano, MG, com profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, os autores constataram que 87% das enfermeiras e 63% dos médicos relataram possuir menos que cinco anos de atuação em saúde, antes de se incorporar à ESF (PEREZ et al. 2013).

Pesquisas realizadas em municípios de maior porte parecem retratar perfis diferentes, como atestado em estudo, na ESF, conduzido por Ney e Rodrigues (2012). Referidos autores constataram que tempo de formado dos profissionais superior a 20 anos correspondeu a 44%, entre 10 e 20 anos de formado, a 28%, e com menos de 10 anos de formado representou 28% do universo pesquisado.

Na pesquisa empreendida observou-se que os profissionais – enfermeiros e médicos – atuantes nas EQSFs são, em elevada proporção, recém-formados, a despeito de se constatar que cerca de 1/3 dos médicos apresentava-se com tempo de formado superior a 20 anos.

Tabela 7.3 - ESF no contexto do PMAQ: variáveis qualitativas referentes ao perfil dos profissionais das EQSFs

Variáveis		N	%
Tipo de adesão	Contratualização	32	42,1%
	Recontratualização	44	57,9%
	Total	76	100,0%
Tempo de formado	Até 1 ano	3	3,9%
	1 a 2 anos	6	7,9%
	2 a 5 anos	15	19,7%
	5 a 10 anos	25	32,9%
	10 a 20 anos	10	13,2%
	> 20 anos	17	22,4%
	Total	76	100,0%
Tempo total de atuação no PSF/ESF	Até 1 ano	9	11,8%
	1 a 2 anos	17	22,4%
	2 a 5 anos	26	34,2%
	5 a 10 anos	15	19,7%
	10 a 20 anos	9	11,8%
	Total	76	100,0%
Tempo de atuação na equipe de Saúde da Família atual	Até 1 ano	17	22,4%
	1 a 2 anos	15	19,7%
	2 a 5 anos	28	36,8%
	5 a 10 anos	11	14,5%
	10 a 20 anos	5	6,6%
	Total	76	100,0%
Vínculo empregatício	Autônomo	7	9,2%
	CLT	32	42,1%
	Estatutário(a)	27	35,5%
	Outro	10	13,2%
	Total	76	100,0%

O perfil relacionado com tempo de formado de profissionais das EQSFs parece guardar certa correlação com políticas de gestão da AB no município, que ora pode implicar em ofertas sucessivas de vagas na ESF – favorecendo a incorporação de jovens recém-ingressos no mercado de trabalho ou de profissionais em busca de “novas oportunidades” –, ora incorporar profissionais que já atuavam em áreas outras como trabalhadores da saúde do município, em regime celetista ou estatutário. Tal quadro parece prevalecer no atual cenário das políticas envolvendo a gestão do trabalho em APS/ABS, em uma conformação que ainda é típica nos municípios, em geral: situações polarizadas em que de um lado se identifica um razoável contingente de recém-formados e de outro uma gama de profissionais em fase mais avançada de carreira, tudo isto representando o universo constitutivo da força de trabalho em saúde na ESF.

B. Tempo de atuação no PSF/ESF

Dados da pesquisa revelaram que em torno de 46% dos enfermeiros tinham entre dois e cinco anos de atuação no PSF/ESF, enquanto 43% dos médicos tinham até dois anos de atuação, sendo esta diferença significativa (valor- $p < 0,10$).

Em relação ao tempo de atuação no PSF/ESF, observou-se uma maior concentração de indivíduos do Município B, com tempo de atuação entre 10 e 20 anos, e uma maior concentração de indivíduos com tempo de atuação entre um e dois anos no Município A, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$).

A tabela 7.6 refere-se à componente perfil, estratificada entre equipes e coordenação da ESF, sendo importante destacar que profissionais das EQSFs, em sua maioria, perfizeram até cinco anos, em média, de atuação na ESF (72,2%), enquanto a maior parte dos profissionais de coordenação apresentava-se com mais de cinco anos (66,7%), sendo esta diferença significativa (valor- $p < 0,10$).

Em inquérito destinado a descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais de medicina vinculados às EQSFs em municípios da Região Metropolitana do Recife, no ano de 2009, foi observado que tempo de trabalho na ESF inferior a dois anos foi relatado por 34% dos médicos (GUARDA; SILVA; TAVARES, 2012).

Em estudo conduzido por Ney e Rodrigues (2012), realizado em município de grande porte no Brasil, com propósito de verificar a rotatividade de médicos na ESF, constatou permanência média dos profissionais superior a sete anos.

De acordo com pesquisa conduzida por Perez et al. (2013), no município de Vespasiano - MG, trabalhavam na ESF, há menos de um ano, 50% dos médicos e 37% dos enfermeiros.

Na pesquisa, ora conduzida, evidenciou-se que cerca de 2/3 dos trabalhadores atuavam na ESF há menos de cinco anos. Os resultados encontrados neste estudo confirmam que percentual expressivo de médicos tendeu a apresentar tempo exíguo de trabalho na ESF. Obviamente esta resultante se dá em função de fatores relacionados com o caráter ainda fortemente transitório da permanência de profissionais na ESF, bem como ao processo, ainda em vigor, em vários municípios, de implantação recente da ESF, contribuindo, esta, para o recrutamento recorrente

de parcela significativa de profissionais. Tais evidências parecem se confirmar, sobretudo, em municípios de menor porte, onde as instâncias administrativas possuem menor poder de divulgação de seus processos de recrutamento/contratação ou mesmo onde as políticas de fixação de profissionais ainda são frágeis. Por outro lado, como evidenciado nesta pesquisa, alguns municípios vão se caracterizar pela presença de profissionais com tempo de atuação maior na ESF/PSF – como se evidenciou em relação à categoria de médicos –, muito provavelmente em função de políticas de gestão municipal.

Tabela 7.4 - ESF no contexto do PMAQ: variáveis qualitativas do perfil, estratificadas entre médicos e enfermeiros das EQSFs

Variáveis		Profissão				Total	Valor p
		Enfermeiro(a)		Médico(a)			
Sexo	Feminino	35	94,6%	11	28,2%	46	0,000
	Masculino	2	5,4%	28	71,8%	30	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Tempo de formado	Até 1 ano	0	0,0%	3	7,7%	3	0,002
	1 a 2 anos	1	2,7%	5	12,8%	6	
	2 a 5 anos	10	27,0%	5	12,8%	15	
	5 a 10 anos	18	48,6%	7	17,9%	25	
	10 a 20 anos	4	10,8%	6	15,4%	10	
	> 20 anos	4	10,8%	13	33,3%	17	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Tempo total de atuação no Programa...	até 1 ano	4	10,8%	5	12,8%	9	0,016
	1 a 2 anos	5	13,5%	12	30,8%	17	
	2 a 5 anos	17	45,9%	9	23,1%	26	
	5 a 10 anos	10	27,0%	5	12,8%	15	
	10 a 20 anos	1	2,7%	8	20,5%	9	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Tempo de atuação na Equipe de Saúde da Família atual	até 1 ano	6	16,2%	11	28,2%	17	0,085
	1 a 2 anos	6	16,2%	9	23,1%	15	
	2 a 5 anos	19	51,4%	9	23,1%	28	
	5 a 10 anos	5	13,5%	6	15,4%	11	
	10 a 20 anos	1	2,7%	4	10,3%	5	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Vínculo empregatício	Autônomo	0	0,0%	7	17,9%	7	0,001
	CLT	17	45,9%	15	38,5%	32	
	Estatutário(a)	18	48,6%	9	23,1%	27	
	Outro	2	5,4%	8	20,5%	10	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	

Com relação ao tempo de permanência, conforme observado nesta pesquisa, é de se supor que haja menor percentual de abandono da ESF por parte de profissionais envolvidos com coordenação/direção, o que implica em maior tempo de atuação na mesma, ainda que os mesmos possam ter assumido outras funções, como por exemplo, assistencial, em mandatos pregressos no município.

C. Tempo de atuação na equipe

Dados da pesquisa revelam que aproximadamente 51% dos enfermeiros tinham entre dois e cinco anos de atuação na equipe de saúde da família atual e percentual semelhante correspondeu a médicos com não mais que dois anos de atuação na equipe. Entre médicos, a maior proporção, 28,2%, referia-se aos profissionais com até um ano de atuação na mesma equipe, sendo esta diferença significativa (valor- $p < 0,10$).

Observou-se uma maior concentração de indivíduos do município D*, com tempo de atuação na equipe de saúde da família entre dois e cinco anos, e maior concentração de indivíduos com tempo de atuação entre um e dois anos no Município A, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$).

Estudo conduzido por Ferrari, Thomson e Melchior (2005), em Londrina - PR, evidenciou que 19% dos enfermeiros e 56% dos médicos informaram atuar na equipe há menos de dois anos, com uma média de atuação entre 2,4 e 2,0 anos, respectivamente.

Ao se referirem ao conjunto de profissionais – médicos, enfermeiros e odontólogos –, Seidl et al. (2014) relataram, em levantamento de banco de dados do PMAQ, que 27,6% dos profissionais informaram ter menos de um ano de atuação na equipe e 29% até dois anos. Tempo maior, até seis anos, foi verificado em municípios com mais de 500 mil habitantes (25%). Este estudo, por estar alicerçado em análise de banco de dados nacional, reveste-se de grande robustez, o que, provavelmente, se aproxima da realidade das EQSFs, em âmbito nacional, no tocante ao tempo de permanência na equipe.

Com o propósito de caracterizar o perfil socioprofissional e de formação de integrantes de EQSFs de municípios de uma determinada regional do Rio Grande do Sul, empreendeu-se estudo de caso, no ano de 2008, tendo sido constatado uma alta rotatividade por parte de médicos, chegando este índice a 66,7% entre os profissionais que alegavam ter participado de três ou mais equipes, além da atual (ZANETTI et al., 2010).

Encontra-se em Seidl et al. (2014, p. 99) referência de que o baixo tempo de atuação na equipe possa estar relacionado à rotatividade na atenção básica, “o que

sugere a importância de se empreender esforços para a diminuição da rotatividade de profissionais”.

A investigação conduzida confirma os dados da literatura, corroborada pelo achado de elevado percentual de profissionais com tempo de atuação na equipe não superior a cinco anos, com clara predominância de profissionais médicos estabelecendo diminuto vínculo com EQSFs e, por consequência, com a própria ESF.

Seidl et al. (2014) chamam a atenção para a importância da permanência dos profissionais na ESF como pressuposto básico da relação vincular com os usuários, gerando maior efetividade em suas ações.

D. Vínculo empregatício

Quase metade dos profissionais de enfermagem, na pesquisa efetivada, apresentava-se com vínculo empregatício do tipo estatutário; para os médicos, esta representação diminuiu para cerca de um quarto, sendo esta diferença significativa (valor- $p < 0,10$). Vínculos de “outro tipo” e como “autônomo” atingiram 40% na categoria médica, caracterizando-se como o padrão de vínculo predominante para esta categoria, conforme evidenciado na tabela 7.4.

Em relação ao vínculo empregatício, observou-se maior concentração de CLT no município A, maior concentração de autônomo em C e estatutário em B, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$), como demonstrado na tabela 7.5.

Girardi et al. (2010) realizaram pesquisas junto a gestores de sistemas municipais de saúde, ao longo da primeira década deste século, tendo observado que, a despeito de uma tendência de diminuição, contratos desprotegidos ainda se constituíam em realidade para 49,9% dos médicos da ESF e para 32,8% dos enfermeiros. Mais de 70% dos municípios ainda praticavam a contratação temporária para médicos. Ainda, de acordo com referidos autores, contratos estatutários somavam cerca de 40% do total dos contratos de médicos na ESF. Contudo, em sua maioria, advertiram os autores, esse processo não se devia a

realização de concursos, mas à criação de cargos ou remanejamento de pessoal do quadro municipal.

Em estudo sobre o perfil sociodemográfico dos profissionais de medicina vinculados às EQSFs em municípios da Região Metropolitana do Recife, no ano de 2009, observou-se que 45% destes possuíam regime de contratação temporário, 6% CLT e 49% eram estatutários (GUARDA; SILVA; TAVARES, 2012).

Tabela 7.5 - ESF no contexto do PMAQ: variáveis qualitativas do perfil de profissionais de EQSFs, estratificadas por municípios

Variáveis	Municípios										Total	Valor P
		A		B		C		D*				
Tempo de Formado	Até 1 ano	1	5%	0	0%	1	6%	1	5%	3	0,040 ^a	
	1 a 2 anos	2	10%	0	0%	3	18%	1	5%	6		
	2 a 5 anos	8	38%	0	0%	2	12%	5	26%	15		
	5 a 10 anos	8	38%	10	50%	4	24%	3	16%	25		
	10 a 20 anos	1	5%	2	10%	3	18%	4	21%	10		
	> 20 anos	1	5%	8	40%	4	24%	4	21%	17		
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-	
Tempo total de atuação no Programa...	até 1 ano	4	19%	0	0%	4	24%	1	5%	9	0,000 ^a	
	1 a 2 anos	10	48%	0	0%	3	18%	4	21%	17		
	2 a 5 anos	2	10%	9	45%	6	35%	9	47%	26		
	5 a 10 anos	5	24%	4	20%	4	24%	2	11%	15		
	10 a 20 anos	0	0%	7	35%	0	0%	2	11%	9		
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-	
Tempo de atuação na Equipe de Saúde da Família atual	até 1 ano	10	48%	0	0%	5	29%	2	11%	17	0,000 ^a	
	1 a 2 anos	8	38%	0	0%	3	18%	4	21%	15		
	2 a 5 anos	3	14%	12	60%	5	29%	8	42%	28		
	5 a 10 anos	0	0%	5	25%	4	24%	2	11%	11		
	10 a 20 anos	0	0%	3	15%	0	0%	2	11%	5		
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-	
Vínculo Empregatício	Autônomo	0	0%	2	10%	4	24%	1	5%	7	0,000 ^a	
	CLT	17	81%	1	5%	3	18%	11	58%	32		
	Estatutário(a)	2	10%	14	70%	6	35%	5	26%	27		
	Outro	2	10%	3	15%	4	24%	1	5%	10		
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-	

Em relação ao tipo de vínculo, em estudo com profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) de equipes participantes do PMAQ-AB, em 2012, Seidl et al. (2014) observaram que a vinculação como estatutário correspondeu a 42,1% para as categorias profissionais, aparentemente independentemente do porte do município. Contrato por CLT correspondeu, no conjunto, a 25,6%, sugerindo que tal forma de vínculo seja menos frequente nos municípios de menor porte, que tem o contrato temporário pela administração pública e o contrato temporário por prestação de serviço como modalidades de vínculo mais frequentes que os municípios de maior porte.

Em pesquisa sobre a gestão do trabalho em saúde, no contexto do PMAQ, no estado do Paraná, Rizzotto et al. (2014) observaram que 58,2% dos trabalhadores eram estatutários, 23,6% possuíam emprego público CLT e 9,3% contrato CLT, sendo os contratos precários referidos por 7,5% dos pesquisados.

Girardi et al. (2010, p. 13) chamam a atenção para a crise que assolou o sistema econômico no mundo, o que levou à proliferação de situações de trabalho atípicas, sobre as quais os autores assim se manifestam:

[...] o contrato assalariado não regulamentado, emprego por tempo determinado, trabalho em tempo parcial, subcontratação, diversas formas de trabalho associativo, como o autônomo cooperado, trabalho autônomo associado em redes, trabalho informal entre outros [...], [...] com o importante incremento da utilização de contratos de trabalho irregulares, espúrios e atípicos, no âmbito da economia privada e no seio da própria administração pública, receberam a valoração explicitamente negativa de trabalho precário.

Seidl et al. (2014, p. 102) reafirmam a tese de que “a terceirização da força de trabalho e flexibilização dos vínculos trabalhistas na atenção básica vêm se configurando como tendência desde o início da década de 2000”. Referidos autores chamam a atenção para a importância de se desprecariarem os vínculos de trabalho, vez que aí pode residir uma das causas da rotatividade de profissionais que buscam por melhores condições e segurança no trabalho, além da remuneração.

Conforme explicitam Rizzotto et. al. (2014, p. 247), problemas relativos à gestão da força de trabalho se intensificaram com a reforma administrativa no país, com efeitos sobre Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) no setor público e com “consequente proliferação de inúmeras formas de inserção dos trabalhadores em serviços públicos, muitas delas por meio de vínculos de trabalho destituídos de proteção social”.

Em estudo destinado a verificar a precariedade do trabalho no contexto da ESF, Girardi et al. (2010, p. 17) conduziram pesquisa junto a gestores municipais de 856 municípios, utilizando-se das categorias de trabalho protegido e desprotegido. Os primeiros, referindo-se aos regimes estatutário e de CLT, e os seguintes, ao conjunto dos vínculos temporários, de prestação de serviços autônomos, demais vínculos sem proteção ou não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho. Os autores concluíram que, “em comum, entre os contratos desprotegidos,

ressalta-se a fragilidade da relação de trabalho, configurada pela inexistência da garantia plena de direitos trabalhistas, previdenciários e de estabilidade no vínculo”.

De acordo com Girardi et al. (2010, p. 18),

[...] o uso de formas precárias de contratação de trabalho na ESF ainda representa um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos. Justificativas como a flexibilidade para contratação, demissão e remanejamento, a Lei de Responsabilidade Fiscal e dificuldade para realização de concurso público aparecem entre as justificativas dos gestores para a prática de vínculos desprotegidos ou precários.

Em relação à gestão da ESF, com sua estimulada expansão e, por conseguinte, adesão e fixação de médicos, os municípios se veem premidos, de um lado, pelas regras impostas pelo MS, com todo seu atrelamento aos incentivos, e de outro, pela Lei de Responsabilidade Fiscal, o que têm induzido os mesmos a adotarem expedientes nem sempre consentâneos com os preceitos constitucionais, no tocante aos direitos trabalhistas (NEY; RODRIGUES, 2012).

Neste contexto, o expediente assumido pelos municípios para regularizar vínculos tem sido a “solução transitória da criação de contratos temporários regidos por legislação especial, o que os coloca em situação de legalidade, porém adia o processo de despreciação” (GIRARDI, 2010, p. 21).

A temática da fixação de médicos é associada por Ney e Rodrigues, (2012, p. 1303) com “a fragilidade do quadro regulatório nacional” para a formação de especialistas na área, bem como ao não reconhecimento da referida atividade, em clara contrastação com a política adotada em países em que a atenção primária é estratégica.

Conforme Girardi et al. (2010, p. 12), “a precariedade do trabalho é uma condição multifacetada, com desdobramentos econômicos, jurídicos, políticos e morais”.

No entendimento de Ney e Rodrigues (2012, p. 1296),

a definição de políticas relativas ao papel do médico de família como porta de entrada do SUS e a criação de condições para que esses especialistas representem uma proporção significativa do total de médicos, bem como um forte incentivo para sua formação, dependem evidentemente do governo federal. Os governos estaduais e municipais têm papel diminuto neste sentido.

Frente ao processo de expansão da ESF, diante da responsabilidade dos municípios para com a atenção básica – com consequente responsabilização pelo recrutamento e contratação de profissionais –, e face aos desafios enfrentados no processo de estabelecimento de vínculos, a flexibilização e a consequente precarização da força de trabalho na atenção primária municipal se tornam uma realidade, com grave ameaça à ESF, tida como centro ordenador do sistema.

Girardi et al. (2010) referem que ao longo da primeira década de 2000 vem se observando uma tendência à despreciação do trabalho na ESF, expressa pela diminuição dos processos de terceirização e avanços nas contratações protegidas e regularizações de vínculos. No entender dos autores, tais avanços podem ser creditados aos órgãos fiscalizadores e às políticas inclusionistas adotadas pelo governo federal, particularmente com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES), no MS, em 2003.

Diante da realidade assinalada e frente ao grande desafio colocado para os gestores municipais de saúde, no âmbito da ESF

[...] dar continuidade às políticas públicas adotadas para o enfrentamento dos desafios da precarização do trabalho na saúde é prática absolutamente imprescindível. Devemos caminhar na direção de um ambiente de relações de trabalho que propicie simultaneamente segurança do trabalho plenamente protegido e rendimentos adequados e flexibilidade, necessárias à gestão pública eficiente e cidadã (GIRARDI et al., 2010, p. 22).

De outro modo, cumpre reconhecer o papel protagônico assumido pela SGETES/MS e, também, por algumas Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) e Secretarias Estaduais de Saúde (SESs), com a adoção de políticas que busquem minorar o quadro, ainda pouco alentador, que marca a vinculação trabalhista no âmbito da ESF.

No entendimento de Girardi et al. (2010, p. 21),

a administração pública carece de um formato institucional adequado à prestação de serviços públicos essenciais que assegure, na gestão do trabalho, segurança e flexibilidade e que, ao mesmo tempo, seja público, de propriedade pública, dos governos [...].

Ao se compararem as informações das coordenações da ESF com as das EQSFs, em relação ao perfil, não se observaram diferenças no tocante às variáveis tempo de formado e vínculo empregatício. Em relação ao tempo de formado, o perfil das coordenações demonstrou ser semelhante ao perfil geral das equipes, ainda

que tenha sido constatada uma distribuição que contempla segmentos de trabalhadores com tempo maior na ESF, o que pode indicar a permanência dos mesmos na função, ainda que se admita a rotatividade em trocas de gestão.

Conforme tabela 7.6, embora não se tenha verificado diferença estatisticamente relevante, quando se comparou o perfil de vínculos entre profissionais das EQSFs e de coordenação da ESF, cabe enfatizar que esta, por estar imbuída de função de confiança, geralmente apresenta vínculos protegidos, como estatutários ou celetistas, como se observou na pesquisa em tela.

Conforme evidenciado na pesquisa apresentada, cerca de $\frac{1}{4}$ dos trabalhadores, médicos e enfermeiros da ESF, possuía vínculos precários; quadro este que se acentuava, atingindo 40% na categoria médica. Conforme atestado pelos estudos apresentados, a questão dos vínculos se apresenta como uma das variáveis mais candentes quando se pauta a gestão do trabalho no contexto da ESF. Perante esta realidade, poder-se-ia conjecturar que, diante da magnitude da força de trabalho vinculada à ESF no país, e considerando o elevado percentual de trabalhadores que se encontra com vínculos precários, não seria de se surpreender com estudos que apontassem para um quadro marcado por insegurança, insatisfação profissional e alta rotatividade; condições estas que, certamente, comprometem a dedicação dos profissionais, a qualidade dos serviços e, seguramente, a ESF enquanto política pública.

E. Composição das equipes

Um dos componentes relacionados à estabilidade de EQSFs é o que se refere à composição das mesmas, ao longo do tempo, de forma que a falta de quaisquer de seus membros não venha trazer-lhes prejuízos.

Na pesquisa em tela, conforme apresentado na tabela 7.7, embora não se tenha procedido a uma investigação mais aprofundada sobre a categoria profissional mais “ausente/faltante”, constatou-se que cerca de $\frac{1}{4}$ dos trabalhadores referiu estar trabalhando em equipes incompletas, desde o início de suas atividades, ou que as mesmas se apresentavam como incompletas na maior parte do período efetivo de trabalho.

Cabe salientar que em relação à estabilidade na composição da equipe, não se evidenciou diferença significativa nas respostas de médicos e enfermeiros, quando se estratificou a amostra por categoria profissional, o mesmo se verificando em relação à estratificação por municípios.

Vieira et al. (2015), em estudo descritivo envolvendo uma USF de João Pessoa - PB, relatam que cerca de 58 das 182 EQSFs do município não contavam com a presença de médicos, o que correspondia a aproximadamente 30% dos profissionais de medicina das referidas equipes.

Tabela 7.6 - ESF no contexto do PMAQ: variáveis qualitativas do perfil, comparadas entre coordenadores da ESF e profissionais das EQSFs

Variáveis		Coordenador				Valor p
		Não		Sim	Total	
Tempo de Formado	Até 1 ano	3	4,2%	0	0,0%	3
	1 a 2 anos	6	8,3%	2	33,3%	8
	2 a 5 anos	15	20,8%	0	0,0%	15
	5 a 10 anos	24	33,3%	2	33,3%	26
	10 a 20 anos	8	11,1%	2	33,3%	10
	> 20 anos	16	22,2%	0	0,0%	16
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78
						0,175
Tempo Total de Atuação no Programa...	até 1 ano	9	12,5%	0	0,0%	9
	1 a 2 anos	17	23,6%	1	16,7%	18
	2 a 5 anos	26	36,1%	1	16,7%	27
	5 a 10 anos	13	18,1%	3	50,0%	16
	10 a 20 anos	7	9,7%	1	16,7%	8
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78
						0,094
Vínculo Empregatício	Autônomo	7	9,7%	0	0,0%	7
	CLT	28	38,9%	1	16,7%	29
	Estatutário(a)	27	37,5%	5	83,3%	32
	Outro	10	13,9%	0	0,0%	10
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78
						0,180
						-

De acordo com a PNAB (Brasil, 2012a, p. 54-55), o MS estabelece que as EQSFs devem apresentar uma composição mínima, caracterizada pela

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal; II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe; III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser

responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe [...].

Em relatório envolvendo a Secretaria de Atenção à Saúde do MS e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o Tribunal de Contas da União (TCU) se refere ao monitoramento para “verificar a implementação de recomendações [...] decorrentes de Fiscalização [...] sob a sistemática de auditoria operacional, nas principais estratégias do programa Atenção Básica em Saúde”. Aludido documento trata de auditorias realizadas em municípios selecionados aleatoriamente, no ano de 2009, com identificação dos seguintes achados, dentre outros:

[...] precarização nas relações de emprego entre a administração pública e os membros das equipes de saúde da família; dificuldades para fixar ou atrair profissionais para a atenção básica; não cumprimento da carga horária semanal de 40h, especialmente pelos profissionais médicos [...] (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2011).

Dados do DAB/MS, relativos ao teto, credenciamento, cadastramento, implantação e estimativa de população coberta pela ESF dão conta da dimensão dos desequilíbrios entre estas dimensões, em relação a vários municípios do país, de diferentes regiões geográficas (BRASIL, 2015b). Certamente, muitas das distorções identificadas se relacionam com questões de ordem administrativa, de funcionamento de sistemas, etc.; contudo, não se pode deixar de computar como absolutamente significativo o fato de que parcela destes “disparates” pode ser atribuída a dificuldades na composição de equipe mínima, por parte do município, qualquer que seja a categoria de trabalhador ausente.

Como se evidenciou nesta pesquisa, não constitui uma inconstante a detecção de ausência ou falta de profissionais nas EQSFs. Ausências/faltas de ACSs são constantes nas equipes que, numa tentativa de reequilibrarem as ações a serem desenvolvidas, acabam por redistribuir a carga de serviços com os demais membros, o que gera sobrecarga e estresse para estes trabalhadores. De outro modo, a ausência/falta de médicos e/ou enfermeiros apresenta-se como mais grave ainda, haja vista o comprometimento do processo assistencial, o que, certamente,

implica em não documentação nos sistemas de produção e, a considerar o período de falta destes profissionais, até mesmo o descredenciamento da equipe.

As consequências desta situação para a equipe são evidentes: geração de sobrecarga, com todas as consequências sobre a qualidade de vida no trabalho; frustração, relacionada com a percepção de não cumprimento, a contento, das atribuições da equipe; não prestação de uma atenção integral e longitudinal aos usuários; não reconhecimento, por parte da comunidade, da eficiência das ações da USF; e, por fim, até mesmo o não repasse de recursos para o município, comprometendo, em última instância, a sustentabilidade das equipes e, certamente, da ESF.

Tabela 7.7 - ESF no contexto do PMAQ: avaliações dos profissionais sobre composição da equipe

Variáveis	N	%
Composição da equipe	Completa desde meu ingresso	59 77,6%
	Incompleta desde meu ingresso	2 2,6%
	Incompleta grande parte do período	15 19,7%
	Total	76 100,0%

7.5.1.4 Perfil: especialização, residência, mestrado e doutorado

Com o intuito de avaliar aspectos formativos e qualificatórios dos profissionais das EQSFs e das coordenações da ESF procedeu-se às análises referentes à especialização, residência, mestrado e doutorado.

Na tabela 7.8 apresenta-se descrição referente à variável especialização, concluída ou em curso, destacando-se que 62,7% dos profissionais das EQSFs completaram algum curso de especialização e 8% estão em curso. Dentre os profissionais que completaram curso de especialização, 59,6% o fizeram em saúde da família, 5,8% em saúde pública, 34,6% fizeram especializações em áreas de especialidades clínicas e 25% em outras áreas que não as citadas.

A tabela 7.9 apresenta análise das variáveis “curso de especialização e modalidades”, realizados pelos participantes da pesquisa, estratificados entre os municípios, sendo importante destacar que referente à especialização, observou-se

maior concentração de indivíduos que completaram cursos de especialização no Município B e maior concentração de indivíduos que estão em curso no Município A, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$).

Em referência à “especialização em Saúde da Família”, observa-se que no município B houve maior proporção de indivíduos que a realizou, sendo esta diferença significativa em relação aos outros municípios (valor- $p < 0,10$).

Análise envolvendo curso de especialização e modalidades, estratificada por profissionais de enfermagem e de medicina, revelou que 76% dos médicos e 65% dos enfermeiros cursaram ou estão cursando especialização, não sendo esta diferença significativa. Em relação aos cursos de especialização realizados, não se detectou diferença estatisticamente relevante quando se considerou a natureza dos mesmos – saúde da família ou saúde pública – entre médicos e enfermeiros.

Tabela 7.8 - ESF no contexto do PMAQ: curso de especialização e modalidades realizados pelos profissionais das EQSFs

Variáveis		N	%
Curso de Especialização	Completo	47	62,7%
	Em curso	6	8,0%
	Não	22	29,3%
	Total	75	100,0%
Saúde da Família (SF)	Não	21	40,4%
	Sim	31	59,6%
	Total	52	100,0%
Saúde Pública (SP)	Não	49	94,2%
	Sim	3	5,8%
	Total	52	100,0%
Área de especialidades (não SP/SF)	Não	34	65,4%
	Sim	18	34,6%
	Total	52	100,0%
Outras áreas não relacionadas	Não	39	75,0%
	Sim	13	25,0%
	Total	52	100,0%

Na comparação, envolvendo especialização e modalidades, entre profissionais de coordenação e equipes, destaca-se que, regra geral, as mesmas não diferem entre si, quanto ao percentual de concluintes de cursos de especialização.

Tomasi et al. (2008) avaliaram o perfil de equipes de atenção básica – PSF e tradicional – em municípios com mais de 100 mil habitantes nas Regiões Sul e Nordeste do país, no ano de 2005, tendo observado que havia predominância, no PSF, de trabalhadores com especialização. Em relação a este e outros achados, os

autores evidenciaram uma pior situação, quando se compararam as regiões, estando o Nordeste em situação mais desfavorável.

Em estudo quantitativo, com o objetivo de descrever o perfil de médicos e enfermeiros das EQSFs do município de Londrina, Paraná, no ano de 2003, Ferrari, Thomson e Melchior (2005) observaram que Pós-graduação (PG) sentido lato havia sido concluída por 74,5% dos médicos e 93,2% dos enfermeiros.

Analisando o perfil de profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) de equipes de saúde da família do município de Montes Claros, os autores identificaram que 79,5% dos profissionais relatavam possuir PG sentido lato (COSTA et al., 2013).

Tabela 7.9 - ESF no contexto do PMAQ: curso de especialização e modalidades realizados por profissionais das EQSFs, estratificados por municípios

Variáveis		Municípios								Total	Valor P
		A		B		C		D*			
Curso de Especialização	Completo	8	38%	19	95%	11	65%	9	50%	47	0,004
	Em curso	4	19%	0	0%	1	6%	1	6%	6	
	Não	9	43%	1	5%	5	29%	7	39%	22	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	17	94%	75	-
Saúde da Família	Não	6	50%	0	0%	8	73%	7	64%	21	0,000
	Sim	6	50%	19	100%	3	27%	3	27%	31	
	Total	12	100%	19	100%	11	100%	10	91%	52	-

Seidl et al. (2014) observaram, a partir de entrevistas realizadas com profissionais de equipes participantes do PMAQ-AB, em 2012, que 27% dos médicos e 44% dos enfermeiros relataram ter concluído especialização em medicina de família e comunidade ou saúde da família. Tais achados foram mais expressivos, no caso de médicos, para municípios de grande porte, ao contrário dos enfermeiros, que se distribuíam de forma mais homogênea em diferentes portes populacionais.

Campos e Malik (2008) observaram, em estudo com profissionais médicos do PSF de uma metrópole, que 59% tinham alguma especialização concluída.

Em estudo destinado a descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais de medicina vinculados às EQSFs em municípios da Região Metropolitana do Recife, no ano de 2009, observou-se que cerca de 60% possuíam algum curso de especialização (GUARDA; SILVA; TAVARES, 2012).

Ney e Rodrigues (2012), em estudo realizado em município de grande porte no Brasil, constataram que 100% dos profissionais médicos na ESF eram

especialistas, assim distribuídos: pediatras (24%); medicina do trabalho (16%), endocrinologia (16%); clínica médica (12%), GO (12%), especialidades clínicas outras (59%) e especialistas em MFC (20%).

Conforme se evidencia na amostra estudada, no tocante à especialização, a força de trabalho composta pelos profissionais médicos e enfermeiros das equipes e pelas coordenações da ESF atingiu patamar próximo a $\frac{3}{4}$, compatibilizando com a literatura, de forma quase unânime.

Quanto às modalidades de especialidades investigadas na pesquisa, chama a atenção o elevado percentual de profissionais com especialização em saúde da família (60%), com homogênea distribuição entre médicos e enfermeiros.

A despeito de, em regiões mais longínquas, como relatado por Seidl et al. (2014), se poder deparar com elevado contingente de profissionais sem especialização, dentre os diversos fatores que podem ser apontados para explicar as elevadas cifras encontradas na pesquisa e na literatura citam-se: a) o percentual de médicos e enfermeiros especialistas no país é altamente significativo; b) a especialização na área de saúde da família assumiu uma magnitude tal no cardápio de ofertas de instituições públicas e privadas, seja como consequência de ações vinculadas aos Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família ou Polos de Educação Permanente em Saúde, seja como demanda do mercado atendida pelas instituições privadas; c) como fenômeno mais recente, ações do governo federal, através da Universidade Aberta do Brasil (UNASUS), que, em parceria com instituições de ensino, vem ofertando, de forma semipresencial, cursos de especialização na área; e, d) que substancial contingente de profissionais vinculados ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e ao Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB) estão se vendo comprometidos, contratualmente, com a realização de especialização na área de saúde da família.

De relevância, contudo, são as observações de Castro Filho et al. (2007) que advogam a premência de um processo de especialização, em larga escala, em MFC, que não seja residência médica, de maneira a possibilitar que médicos inseridos na ESF possam desenvolver competências alinhadas com este campo de domínio médico. Tais autores fundamentam a proposta com base na justificada demanda destes profissionais e no preceito de que os conhecimentos, habilidades e

atitudes da prática específica do médico de APS não podem se restringir aos campos da saúde pública/coletiva, exclusivamente, devendo considerar, sobretudo, outros domínios relacionados ao campo de cuidados, envolvendo as dimensões individual, familiar, em grupo e comunitária.

De importância, entretanto, são as considerações – válidas para a área médica e em menor escala para a de enfermagem –, de que tais profissionais ostentam em percentuais elevados, especializações, muitas delas na modalidade residência, com predomínio de áreas como pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, enfermagem em obstetrícia, enfermagem cirúrgica, enfermagem pediátrica e até mesmo especialidades em áreas não básicas. Isto nos inclina a refletir sobre: a) até que ponto estas especializações se apresentam como de valor para eventuais pontuações em concurso para a área da ESF? e, b) em que medida estes profissionais, frente ao estrangulamento do mercado para várias especialidades, estão se vendo “forçados” a assumir função como profissionais da ESF – com tempo integral de dedicação ou mesmo parcial –, seja ela em caráter supostamente permanente ou, de forma provisória, até que novas “oportunidades” no mercado de trabalho sinalizem para a desvinculação das EQSFs?

Diante da escassez de estudos relacionados não ao tema especialização, mas à natureza dos cursos de especialização em Saúde da Família (CESF), Silva, Fracoli e Chiesa (2011) avaliaram uma amostra de egressos de CESF com objetivo de analisar a trajetória profissional dos mesmos. Concluíram que metade deles já não atuava mais na ESF e que, dentre os restantes, havia sinalização de pouca identificação com os princípios da estratégia, o que fez com que mencionados autores refletissem sobre a potência dos CESF para transformar as práticas dos profissionais, no contexto de trabalho das EQSFs.

Coloca-se em debate, portanto, a questão de como pode o processo de trabalho das EQSFs, frente ao elevado percentual de profissionais que atestam ter concluído CESF, se mostrar, regra geral, ainda pouco eficiente, no contexto atual da ESF (BRASIL, 2012a). Indaga-se até que ponto tais cursos guardam proximidade com o cotidiano e com as especificidades do processo de trabalho das EQSFs nas quais os especializandos se encontram inseridos e se tais cursos não estão sendo concebidos no interior de instituições de ensino, dentro de uma concepção teoricista, sem qualquer aproximação com a realidade.

Independentemente da natureza dos cursos de especialização, motivações as mais diversas têm levado profissionais da ESF a se qualificarem nesta modalidade de PG, tendo em vista a possibilidade de valorização na carreira – prevista em PCCS, por exemplo –, ou mesmo de “incentivo”, por parte do gestor, tendo em conta atribuição de valor no processo avaliativo do PMAQ.

B. Residência

A tabela 7.10 apresenta dados referentes à residência e suas modalidades, cabendo ressaltar que 25,7% dos profissionais completaram residência; dentre estes, 5,3% fizeram-na em saúde da família, 5,3% em medicina de família e comunidade, 21,1% concluíram-na em clínica médica, 15,8% fizeram residência em pediatria, 31,6% fizeram em ginecologia e obstetrícia, 36,8% apresentavam residência em áreas de especialidades não básicas e 10,5% em outras áreas.

Análise das variáveis “residência e modalidades realizadas”, estratificadas por municípios, evidenciou não haver diferença significativa nas distribuições das mesmas.

A tabela 7.12 apresenta dados referentes à variável “Residência”, estratificada por tipos de adesão, sendo importante destacar que não se evidenciou diferença significativa entre os estratos em relação à realização de residência; porém, dentre os profissionais de EQSFs, 42,9% dos que realizaram residência em área de especialidade não básica atuavam em equipes em AR, sendo que apenas 20% encontravam-se em equipes em AC, sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10). Não houve diferença estatisticamente significativa entre equipes de AC e AR, em relação a quaisquer outras modalidades de residência.

Em relação ao conjunto de médicos da pesquisa, observou-se que 50% apresentavam-se com residência completa, sendo esta proporção diferente, significativamente, dos enfermeiros, sobre os quais não se evidenciou nenhum com residência, conforme demonstrado na tabela 7.11.

Tabela 7.10 - ESF no contexto do PMAQ: residências e modalidades, realizadas por profissionais das EQSFs

Variáveis		N	%
Residência	Completa	19	25,7%
	Não	55	74,3%
	Total	74	100,0%
Saúde da Família	Não	18	94,7%
	Sim	1	5,3%
	Total	19	100,0%
Medicina de Família e Comunidade	Não	18	94,7%
	Sim	1	5,3%
	Total	19	100,0%
Clínica Médica	Não	15	78,9%
	Sim	4	21,1%
	Total	19	100,0%
Pediatria	Não	16	84,2%
	Sim	3	15,8%
	Total	19	100,0%
Ginecologia e Obstetrícia	Não	13	68,4%
	Sim	6	31,6%
	Total	19	100,0%
Áreas de especialidades não básicas	Não	12	63,2%
	Sim	7	36,8%
	Total	19	100,0%
Outras áreas	Não	17	89,5%
	Sim	2	10,5%
	Total	19	100,0%

Campos e Malik (2008) observaram em estudo com profissionais médicos do PSF de uma metrópole que 37% haviam concluído residência médica.

Em estudo destinado a descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais de medicina vinculados às EQSFs em municípios da Região Metropolitana do Recife, no ano de 2009, observou-se que 22,4% possuíam residência médica (GUARDA; SILVA; TAVARES, 2012).

No tocante às residências, não é de se surpreender que parcela significativa de profissionais médicos as possui, haja vista este processo se apresentar quase como uma trajetória natural na formação médica. Contudo, cumpre expressar certo “desapontamento” com o fato de o país possuir um contingente expressivo de profissionais que buscou se especializar em áreas que não guardam intimidade com a ESF e, nos dias atuais, por questões ligadas ao mercado de trabalho, se vê

inclinado a assumir funções nesta área. Também, cabe destacar que é expressivo o número de profissionais médicos que não ostentam residência, quando em exercício na ESF, tendo em vista a possibilidade de não terem sido aprovados em exames da mesma ou de terem optado, antes, por “experimentar a ESF”, de modo a se prepararem, em momento futuro, para concursos em suas áreas de interesse.

Tabela 7.11 - ESF no contexto do PMAQ: realização de residência, estratificada entre médicos e enfermeiros

Variável		Profissão					Valor p
		Enfermeiro(a)		Médico(a)		Total	
Residência	Completa	0	0,0%	19	50,0%	19	0,000
	Não	36	100,0%	19	50,0%	55	
	Total	36	100,0%	38	100,0%	74	-

Interessa observar que equipes com AR se apresentaram com percentual significativamente mais elevado de egressos de residências em áreas não básicas que os com AC, conforme se evidencia na tabela 7.12. É de se questionar por que aquelas equipes – as primeiras a serem cadastradas no PMAQ – apresentavam este perfil. Uma das hipóteses recai sobre a possibilidade de serem equipes já estruturadas, as quais contavam com profissionais médicos com tempo maior de serviço, advindos de outras áreas que não ESF, e que nela foram inseridos, mediante simples transferência, remanejamento ou mediante concurso.

Em artigo destinado a discutir a gestão do trabalho das EQSFs de quatro grandes centros urbanos, Mendonça et al. (2010, p. 2357-2358) fazem menção, em 2003, à criação da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) como “destinada a formar médicos especialistas em atenção primária, com enfoque comunitário, para atuarem na perspectiva da promoção da saúde”. Afirmam, também, que

a estratégia de residência como forma de qualificação e especialização dos profissionais de saúde vem se estendendo para as demais profissões de saúde, na modalidade de cursos de especialização nos moldes de residências, com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família.

Ainda que de forma também bastante tímida, egressos de outros cursos da área de saúde têm se proposto a candidatar em concursos para provimento de

vagas em Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), embora estas se vejam com identidade ainda em estruturação e, em sua maioria, com vagas ociosas em número significativo.

Nascimento e Oliveira (2010, p. 825), em artigo em que sistematizam uma proposta de perfil de competências para orientar a formação profissional na RMSF, afirmam que

como parte das estratégias de formação permanente para o SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresenta potencialidades pedagógicas e políticas para a transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado em saúde, a partir da aprendizagem vivenciada no contexto real de trabalho em saúde em Unidades de Saúde da Família.

Dentro do panorama atual da ESF no país, ainda cercado de incertezas, um certo contingente de egressos de curso médico têm assumido, embora com insegurança, realizar RMFC.

Tabela 7.12 - ESF no contexto do PMAQ: residência e modalidades, estratificadas por tipo de adesão

Variável		Adesão					Valor p
		Contratualização		Recontratualização		Total	
Residência	Completa	5	16,1%	14	32,6%	19	0,683
	Não	26	83,9%	29	67,4%	55	
	Total	31	100,0%	43	100,0%	74	-
Área de especialidade não básica	Não	4	80,0%	8	57,1%	12	0,064
	Sim	1	20,0%	6	42,9%	7	
	Total	5	100,0%	14	100,0%	19	-

Embora seja de conhecimento dos profissionais afetos ao tema, apresenta-se, como reflexão, não os questionamentos a respeito da procura ainda ínfima pelas assinaladas vagas para RMFC ou RMSF, mas indagações concernentes ao posicionamento das autoridades públicas em relação aos tipos de medidas que poderiam ser adotadas para regular e qualificar a força de trabalho da APS/ABS no país.

C. Mestrado e doutorado

No tocante à realização de mestrado e suas modalidades, evidenciou-se na pesquisa que 5,4% dos profissionais completaram o mestrado. Dentre os profissionais que o fizeram, dois (50%) fizeram em área clínica, um (25%) em Saúde da Família e um (25%) em outra área. Não se evidenciou diferença significativa nas distribuições das variáveis de perfil dos indivíduos, referentes ao mestrado e modalidades, quando estratificadas por municípios.

Também não se observou diferença significativa no tocante à variável mestrado, quando se avaliaram as informações de médicos e enfermeiros. O mesmo ocorreu quando se compararam informações dos profissionais das EQSFs e das coordenações da ESF.

Em relação à variável doutorado e modalidades, destaca-se que 1,4% dos participantes encontravam-se em curso de doutorado, não tendo sido observada diferença significativa no tocante à variável doutorado quando se avaliaram as informações de médicos e enfermeiros; o mesmo ocorreu quando se compararam EQSFs com as coordenações da ESF.

Ainda que a qualificação seja uma realidade num contexto de mercado de trabalho altamente competitivo, tem-se quase como norma que profissionais de serviço buscam se qualificar mediante PG sentido lato, ao invés de PG sentido estrito. Entre outras, razões para tal podem estar vinculadas ao fato de aquelas demandarem menor tempo e esforço e possibilitarem ascensão em PCCS – quando os há – quase que no mesmo nível de equivalência das titulações sentido estrito. Neste contexto, a condição de mestres e doutores pouco acrescenta, pelo seu caráter acadêmico, a estes profissionais de serviço.

Os achados deste estudo, concernentes às variáveis da componente perfil das equipes, em seu conjunto, e dos profissionais das EQSFs e da coordenação da ESF, permitem-nos assegurar que existe semelhança com os resultados apresentados por pesquisadores diversos, em relação aos temas aqui discutidos, ainda que, no que concerne a algumas das variáveis, possa ter se configurado um quadro algo destoante da realidade de outros estudos, fato por se admitir, por estar fundamentado na diversidade e dinamicidade do quadro atual da gestão do trabalho na ESF, em diferentes realidades e contextos municipais.

7.5.2 Contratualização

O processo de pactuação entre MS / gestor municipal / equipes, que ocorre na fase de contratualização do PMAQ, envolve sete áreas estratégicas, das quais deriva um conjunto de 24 indicadores de desempenho – vinculados ao processo de avaliação externa e utilizados para certificação das equipes – e 23 indicadores de monitoramento – que não influenciam o processo de avaliação externa –, como dados a serem acompanhados, regularmente, pelo MS, sobre a oferta de serviços e resultados alcançados pelas EQSFs (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

7.5.2.1 Contratualização: pactuação e conhecimentos dos indicadores

Com propósito de analisar a avaliação dos profissionais das EQSFs sobre a proposta de pactuação de indicadores, verificou-se a componente contratualização, conforme observado na tabela 7.13. Cabe destacar que em relação a indicadores de desempenho, 82,4% destes profissionais avaliaram como aceitável ou muito aceitável a proposta do MS de pactuação de metas entre gestão municipal e EQSFs e 46,1% dos profissionais das mesmas manifestaram conhecer suficientemente os indicadores de contratualização do PMAQ propostos pelo MS. Constatou-se, também, que mais de 50% dos profissionais das EQSFs informaram não conhecer ou conhecer apenas parcialmente os indicadores para avaliar.

Em relação à avaliação sobre a proposta de pactuação de metas entre gestão municipal e EQSFs, observou-se maior concentração de indivíduos que a avaliou como pouco aceitável, no município B, e maior concentração de indivíduos que a avaliou como muito aceitável, no município A e D*, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor-p < 0,10), conforme tabela 7.14.

Tabela 7.13 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre pactuação e indicadores de contratualização

Variáveis		N	%
Como avalia a proposta do MS de pactuação de metas, entre gestão municipal e EQSFs, em relação a indicadores de desempenho e monitoramento	Pouco aceitável	9	12,2%
	Indiferente	4	5,4%
	Aceitável	49	66,2%
	Muito aceitável	12	16,2%
	Total	74	100,0%
Conhecimento de indicadores de contratualização do PMAQ, propostos pelo MS	Conhecimento suficiente	35	46,1%
	Conhecimento parcial	34	44,7%
	Não os conheço para avaliar	7	9,2%
	Total	76	100,0%

Referente ao conhecimento dos indicadores de contratualização do PMAQ, observou-se maior concentração de indivíduos que manifestaram conhecê-los, suficientemente, vindo do município A, e maior concentração de indivíduos que informaram não os conhecer, proveniente do município C, sendo esta diferença de distribuição significativa (valor-p < 0,10), conforme atesta tabela 7.14.

Tabela 7.14 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação da proposta e conhecimento dos indicadores de contratualização, estratificados por municípios

Variáveis		Municípios								Total	Valor P
		A		B		C		D*			
Com avalia a proposta do MS de pactuação de metas entre gestão municipal e Equipes de Saúde da Família	Pouco aceitável	0	0%	6	30%	2	12%	1	6%	9	0,017
	Indiferente	1	5%	0	0%	3	18%	0	0%	4	
	Aceitável	14	67%	13	65%	11	65%	11	65%	49	
	Muito Aceitável	6	29%	1	5%	1	6%	4	24%	12	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	16	94%	74	
Conhecimento sobre os indicadores de contratualização do PMAQ, propostos pelo MS	Conheço-os suficientemente	16	76%	11	55%	2	12%	6	32%	35	0,000
	Conheço-os parcialmente...	5	24%	9	45%	11	65%	9	47%	34	
	Não os conheço para avaliar	0	0%	0	0%	4	24%	3	16%	7	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	

De outro modo, 17,9% dos médicos informaram não conhecer os indicadores de contratualização, enquanto nenhum enfermeiro referiu desconhecer-los, sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), conforme se evidencia na tabela 7.15.

Médicos e enfermeiros, coordenações da ESF e estratos por tipo de adesão revelaram concordância, com o conjunto de profissionais das EQSFs, no tocante às avaliações que fizeram quanto à proposta de pactuação de metas entre a gestão municipal e equipes. Observação semelhante foi constatada quando se procedeu à estratificação da variável conforme o tipo de adesão das equipes. No estrato por tipo de adesão, o conhecimento dos indicadores foi manifesto de forma concordante com o conjunto de profissionais das equipes.

A partir dos dados analisados pôde-se concluir que a proposta de pactuação de metas configurou-se com ampla margem de aceitação para as categorias profissionais e coordenações da ESF – não havendo diferença nas distribuições das avaliações entre os tipos de adesão, mas com discreta, porém significativa inclinação em relação a pouca aceitação por parte de apenas um município –, embora o conhecimento apenas parcial dos indicadores de contratualização fosse manifesto de forma significativa pelos profissionais das EQSFs – superando em 50% as manifestações destes –, tendo o contingente de médicos que desconhecia totalmente os indicadores alcançado quase 20%.

Tabela 7.15 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação e conhecimento de indicadores de contratualização, estratificados entre médicos e enfermeiros

Variável	Profissão					Valor p
	Enfermeiro(a)		Médico(a)		Total	
Conhecimento sobre os indicadores de contratualização do PMAQ	Conheço-os suficientemente	19	51,4%	16	41,0%	35
	Conheço-os apenas parcialmente, para avaliar	18	48,6%	16	41,0%	34
	Não os conheço para avaliar	0	0,0%	7	17,9%	7
	Total	37	100,0%	39	100,0%	77

Embora processos envolvendo adesão e subsequente contratualização requeiram motivação e protagonismo por parte de equipes e gestores, de modo a promover melhorias na qualidade da ABS (BRASIL, 2012b), a pesquisa em tela

demonstrou que, a despeito de elevada concordância por parte de profissionais da ESF com a proposta de pactuação de metas do PMAQ, esta não se fez acompanhar de elevada manifestação de conhecimento dos indicadores por parte destes profissionais.

7.5.2.2 Contratualização: indicadores e áreas selecionadas

Conforme revela tabela 7.16, observaram-se, em manifestação dos profissionais das EQSFs, em uma escala de um (1) a dez (10), média de 7,58 para a avaliação da pertinência dos indicadores de pactuação do PMAQ e média de 7,91 para avaliação quanto às áreas selecionadas pelo MS para compor os indicadores de pactuação do PMAQ.

Nas avaliações de profissionais das EQSFs, das coordenações da ESF e nos estratos referentes aos municípios e ao tipo de adesão não se evidenciou diferença significativa em relação à pertinência dos indicadores e de áreas selecionadas para compô-los, o que nos permite inferir sobre a concordância destas categorias de análise em relação às variáveis mencionadas.

Tabela 7.16 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSF sobre pertinência de indicadores e áreas selecionadas na contratualização

Variáveis	N	Média	D.P	Min.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Pertinência dos indicadores...	33	7,58	1,20	5	7	8	8	10
Áreas selecionadas para compor os indicadores...	33	7,91	1,13	6	7	8	9	10

Do exposto, depreende-se que profissionais que declararam conhecer suficientemente os indicadores de contratualização avaliaram como satisfatória a pertinência dos indicadores e áreas selecionadas para compô-los, havendo concordância com as avaliações das coordenações da ESF, sem que os estratos de

municípios e tipo de adesão tivessem qualquer determinação sobre as referidas avaliações.

Embora se reconheça que os indicadores selecionados na fase de contratualização do PMAQ estejam vinculados a áreas prioritárias da AB, bem como a programas estratégicos do MS (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012), manifestação favorável aos indicadores de pactuação, se revelou somente para cerca de 50% dos profissionais, tendo em vista o desconhecimento ou conhecimento parcial daqueles pelos referidos profissionais das EQSFs e coordenações da ESF.

7.5.2.3 Contratualização: participação da equipe

Com o propósito de conhecer o grau de participação/engajamento dos profissionais da equipe em relação ao processo de discussão das metas de contratualização dos indicadores do PMAQ realizou-se avaliação, tendo sido obtida, em uma escala de um (1) a 10 (dez), média de 7,13, conforme demonstrado na tabela 7.17. Na avaliação sobre grau de participação/engajamento da equipe no processo de contratualização não se evidenciou diferença significativa entre profissionais, o mesmo tendo ocorrido quando se realizou análise comparativa entre profissionais das EQSFs e coordenações da ESF.

Tabela 7.17 - ESF no contexto do PMAQ: avaliações dos profissionais das EQSFs sobre grau de participação no processo de contratualização

Variável	N	Média	D.P	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Grau de participação de sua equipe...	72	7,13	1,76	1	6	7	8,5	10

O grau de participação da equipe em relação ao processo de discussão das metas de contratualização dos indicadores do PMAQ foi mais bem avaliado pelos indivíduos do município B, em comparação aos indivíduos do município C, com uma

mediana de oito (8), enquanto que para os do município C a mediana foi de seis (6), sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), conforme evidenciado no gráfico 1.

Gráfico 1 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais sobre o grau engajamento da equipe na contratualização

Observou-se que o grau de participação da equipe em relação ao processo de discussão das metas de contratualização dos indicadores do PMAQ foi mais bem avaliado pelos profissionais em AR, com mediana de oito (8), enquanto para os de AC a mediana foi de seis (6), sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), conforme atesta tabela 7.18.

Tabela 7.18 - ESF no contexto do PMAQ: grau de participação da equipe no processo de contratualização, estratificado pelo tipo de adesão

Variável	Adesão	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor p
Grau de participação de sua equipe...	Contratualização	28	6,25	0,38	5,0	6,0	8,0	0,002
	Recontratualização	44	7,68	0,20	7,0	8,0	9,0	

Ainda que se tenha detectado avaliações discretamente destoantes da média, em relação ao grau de engajamento das equipes, quando se procedeu à estratificação por municípios e por tipo de adesão – com avaliação apenas regular por parte das equipes em contratualização –, frente aos dados apresentados conclui-se que profissionais das EQSFs e coordenadores da ESF, de modo geral, avaliaram como razoável, apenas, o engajamento das equipes no processo de

preparação/negociação da pactuação dos indicadores com que ela, a equipe, se comprometeu.

Embora se tenha observado, por parte das EQSFs em regime de recontratualização, tendência de melhor avaliação em relação ao engajamento no processo de pactuação de indicadores, dita avaliação poderia estar refletindo mecanismo de indução ou posturas quem refletem flexibilidade/aprendizado por parte das referidas equipes, por já terem vivenciado esta fase, quando em preparação para o primeiro ciclo do PMAQ, ao qual se submeteram.

Questiona-se, portanto, como profissionais das EQSFs, na amostra estudada, podem se declarar engajados em um processo – a contratualização – em que parcela expressiva dos atores envolvidos – apesar de manter significativo grau de concordância com a proposta – não conhece ou conhece parcialmente suas diretrizes e seus indicadores e, não suficiente fosse, ainda se autoavalia e/ou avalia a participação de sua equipe, em relação à condução coletiva dos trabalhos aos quais se sujeitou, de modo apenas razoavelmente satisfatório, perante a pactuação que se estabeleceu.

Não se constatarem na literatura, até o momento, estudos que tenham sido propostos no sentido de se analisar avaliação de profissionais da ESF em relação ao modelamento/planejamento/implementação da fase de contratualização do PMAQ. Também não se evidenciaram, ainda, pesquisas destinadas a analisar o engajamento de equipes e de coordenações da ESF no processo de contratualização do PMAQ, embora dito envolvimento seja da maior importância para um processo de pactuação no qual a participação coletiva irá retratar o compromisso dos trabalhadores com as mudanças efetivamente desejadas.

7.5.3 Autoavaliação

A autoavaliação possibilita estabelecimento de diagnóstico situacional, com tendência ao aprimoramento, na medida em que as ações pactuadas e as intervenções estabelecidas vão sendo implementadas (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012).

Na fase de desenvolvimento do PMAQ, equipes se valem do instrumento AMAQ, disponibilizado pelo MS, o qual é fruto de revisões e adaptações de diversas ferramentas validadas, sendo composto por duas unidades de análise, desdobradas em quatro dimensões, assim estruturadas:

- a) unidade gestão, envolvendo dimensões da gestão municipal e da atenção básica;
- b) unidade equipe de atenção básica, abrangendo as dimensões unidade básica de saúde, educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde.

Destas dimensões, por sua vez, deriva um conjunto de 14 subdimensões, conforme sintetizado no quadro sete (7), para as quais se arrola um conjunto de padrões de qualidade, o qual se compõe de ações e práticas consideradas estratégicas e potenciais geradoras de mudanças (BRASIL, 2012b; BRASIL 2012c; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Unidade de análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão municipal	A - Implantação e implementação da Atenção Básica no município
		B - Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C - Gestão do trabalho
		D - Participação. Controle social e satisfação do usuário
	Gestão da atenção básica	E - Apoio institucional
		F - Educação permanente
		G - Gestão do monitoramento e avaliação – MBA
	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e equipamentos
		I - Insumos, imunobiológicos e medicamentos
Equipe	Perfil, Processo de trabalho e Atenção integral à saúde	J - Perfil da equipe
		K - Organização do processo de trabalho
		L - Atenção integral à saúde
		M - Participação, Controle social e satisfação do usuário
		N- Programa Saúde Escola

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ / 2012.

Quadro 7 - Dimensões e subdimensões da autoavaliação do PMAQ

7.5.3.1 Autoavaliação: proposta e conhecimento dos indicadores

Com propósito de verificar a avaliação dos profissionais das EQSFs sobre a proposta de autoavaliação apresentada pelo PMAQ, analisou-se a componente, conforme atesta tabela 7.19. Destaca-se que 94,8% dos participantes avaliaram como aceitável ou muito aceitável a proposta do MS de estimular a autoavaliação feita por equipes de saúde da família. Assinala-se, também, que 47,4% dos participantes manifestaram conhecer suficientemente os padrões de qualidade da autoavaliação, propostos pelo MS.

Ainda que se saliente a manifestação amplamente favorável por parte do conjunto dos profissionais das EQSFs ao processo de autoavaliação incentivado pelo PMAQ, há de se destacar que o universo de profissionais das EQSFs que declarou conhecer parcialmente ou não conhecer os padrões de qualidade da autoavaliação supera em 50% o conjunto de profissionais inquiridos.

Cabe ressaltar o posicionamento de Brasil (2012c) ao expressar que a etapa de autoavaliação é ponto de partida na fase de desenvolvimento do PMAQ, quando, então,

[...] sujeitos e grupos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação de estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho.

Tabela 7.19 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre a proposta e conhecimento dos padrões de qualidade da autoavaliação

Variáveis		N	%
Avaliação da proposta do MS de estimular a autoavaliação feita pelas EQSFs	Pouco aceitável	2	2,6%
	Indiferente	2	2,6%
	Aceitável	54	71,1%
	Muito aceitável	18	23,7%
	Total	76	100,0%
Conhecimento sobre os padrões de qualidade da autoavaliação	Conheço-os suficientemente	36	47,4%
	Conheço-os parcialmente, para avaliar	34	44,7%
	Não os conheço para avaliar	6	7,9%
	Total	76	100,0%

No tocante à avaliação da proposta de estimular a autoavaliação, a estratificação por municípios não revelou diferenças entre eles. Análise estratificada por municípios, referente ao conhecimento sobre os indicadores de qualidade da autoavaliação, revelou maior concentração de indivíduos que manifestaram conhecê-los suficientemente, vinda do município A, e maior concentração que relataram não conhecê-los, vinda do município C, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor-p < 0,10), conforme tabela 7.20.

Tabela 7.20 - ESF no contexto do PMAQ: conhecimento, pelos profissionais, dos indicadores de autoavaliação, estratificado por municípios

Variáveis		Municípios								Total	Valor P
		A		B		C		D*			
Conhecimento sobre os indicadores de qualidade da autoavaliação...	Suficientemente	15	71%	10	50%	4	24%	7	37%	36	0,017
	Parcialmente...	6	29%	10	50%	9	53%	9	47%	34	
	Não os conheço...	0	0%	0	0%	4	24%	2	11%	6	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	

Em relação à componente autoavaliação, variáveis “avaliação da proposta” e “conhecimento dos indicadores de qualidade”, estratificadas entre médicos e enfermeiros, destaca-se que não houve diferença na avaliação dos profissionais quanto a primeira variável; contudo, 15,4% dos médicos relataram não conhecer os padrões de qualidade da autoavaliação, enquanto nenhum enfermeiro relatou desconhecê-los, sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), conforme demonstrado na tabela 7.21.

Tabela 7.21 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação da proposta e conhecimento dos padrões da autoavaliação, estratificados entre médicos e enfermeiros

Variável		Profissão					Valor p
		Enfermeiro(a)		Médico(a)		Total	
Conhecimento sobre os indicadores de qualidade da autoavaliação...	Suficientemente	18	48,6%	18	46,2%	36	0,028
	Parcialmente, para avaliar	19	51,4%	15	38,5%	34	
	Não os conheço para avaliar	0	0,0%	6	15,4%	6	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	

Quando se procedeu à comparação entre profissionais de equipes e coordenadores da ESF constatou-se que não houve diferenças quanto à avaliação

da proposta do MS de estimulação da autoavaliação, nem quanto ao conhecimento dos padrões de qualidade da autoavaliação, o mesmo se constatando em relação ao estrato por tipo de adesão.

A despeito da proposta de autoavaliação afigurar-se com ampla margem de aceitação entre as categorias analisadas, o conhecimento apenas parcial dos padrões de qualidade foi manifesto de forma significativa pelos profissionais – com alguma significativa, mas discreta divergência entre dois municípios –, tendo o contingente de médicos que desconhece totalmente os indicadores alcançado 15%.

Cabe enfatizar que padrões de qualidade da autoavaliação do PMAQ se constituem em declarações acerca da qualidade esperada, envolvendo indicadores de estrutura, processos e resultados, o que os situa como ferramenta de grande potencial pedagógico, reflexivo e problematizador (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

7.5.3.2 Autoavaliação: padrões de qualidade e áreas selecionadas

Sobre profissionais das EQSFs que manifestaram conhecer suficientemente os padrões de qualidade da autoavaliação propostos pelo MS, observaram-se, em uma escala de um (1) a dez (10), média de 7,59 para avaliação quanto à pertinência dos padrões de qualidade da autoavaliação do PMAQ e média de 7,50 para avaliação em relação aos indicadores selecionados para compor os referidos padrões, segundo se evidencia na tabela 7.22.

Tabela 7.22 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre indicadores e áreas selecionadas para a autoavaliação

Variáveis	N	Média	D.P	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Pertinência dos indicadores...	34	7,59	1,05	5	7	7,5	8	10
Adequação das componentes selecionadas...	34	7,50	1,02	5	7	7	8	10

Entre profissionais, médicos e enfermeiros, que afirmaram conhecer os indicadores de qualidade da autoavaliação, não se observou diferença nas

avaliações relacionadas à pertinência dos indicadores e áreas consideradas, o mesmo tendo sido constatado quando se compararam as avaliações entre profissionais das EQSFs e coordenações da ESF.

Análises de estratos por municípios e tipo de adesão demonstraram avaliações concordantes com as de profissionais das EQSFs, no que se refere à pertinência e à adequação dos componentes selecionados para compor os padrões de qualidade da autoavaliação.

Torna-se lícito concluir, frente aos dados analisados, que profissionais de EQSFs e de coordenações da ESF avaliaram como satisfatória a pertinência das áreas e dos indicadores selecionados para compor a fase de autoavaliação do PMAQ.

7.5.3.3 Autoavaliação: plano de intervenção

Referente ao grau de participação da equipe em relação ao processo de discussão do plano de intervenção previsto na autoavaliação do PMAQ, em uma escala de um (1) a dez (10), observou-se avaliação média de 7,12 por parte dos profissionais das EQSFs, conforme evidenciado na tabela 7.23.

Tabela 7.23 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre o grau de participação no plano de intervenção

Variável	N	Média	D.P	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Grau de participação de sua equipe...	74	7,12	1,60	1	6	7	8	10

Conforme se evidencia no gráfico dois (2), o grau de participação da equipe em relação ao processo de discussão do plano de intervenção previsto na autoavaliação do PMAQ foi mais bem avaliado pelos indivíduos do município B, em comparação aos indivíduos do município C, correspondendo, os primeiros, a uma mediana de oito (8), enquanto que para os do município C a mediana foi de seis (6), sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10).

Gráfico 2 - ESF no contexto do PMAQ: participação da equipe na autoavaliação, estratificada por municípios

Quanto ao grau de engajamento/participação da equipe na etapa de autoavaliação, médicos e enfermeiros avaliaram em concordância. Constatou-se, também, que o grau de participação da equipe no desenvolvimento da autoavaliação foi percebido de forma semelhante quando se compararam avaliações entre profissionais das EQSFs e coordenações da ESF.

O grau de participação da equipe em relação ao processo de discussão do plano de intervenção previsto na autoavaliação do PMAQ foi mais bem avaliado pelos profissionais em AR, com mediana de oito (8), quando comparado com aqueles em AC, cuja mediana foi de sete (7), sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), conforme se atesta na tabela 7.24.

Tabela 7.24 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação quanto ao grau de participação da EQSF no plano de intervenção, estratificada por adesão

Variável	Adesão	N	Média	E.P.				Valor p
					1ºQ	2ºQ	3ºQ	
Grau de participação de sua equipe...	Contratualização	30	6,40	0,32	5,0	7,0	8,0	0,003
	Recontratualização	44	7,61	0,19	7,0	8,0	8,0	

Processos avaliativos devem ser caracterizados pela identificação de problemas e apontamentos de intervenções. A autoavaliação possibilita estabelecimento de diagnóstico situacional, com tendência ao aprimoramento, na medida em que as ações pactuadas e as intervenções propostas vão sendo

implementadas. Neste sentido, processos autoavaliativos precisam ser encarados como estratégias de mobilização do coletivo da equipe de maneira a possibilitar reflexões sobre seus resultados, ao tempo em que situações desfavoráveis precisam ser revistas (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012c).

A autoavaliação é tomada, assim, como contribuição para o aperfeiçoamento constante dos trabalhadores, uma vez que “privilegia o discurso e as percepções da realidade dos envolvidos, sejam gerentes ou agentes do cuidado em saúde” (VENÂNCIO et al., 2008, p. 24).

Concebida deste modo, a autoavaliação carrega consigo a potencialidade

de ampliar a participação efetiva da equipe e da instituição na medida em que ela favorece a autoanálise pela qual o serviço procura se perceber e refletir sobre as suas práticas e processos de interação, o que viabiliza o desenvolvimento de planos de ação que impliquem em mudança e desenvolvimento de melhores práticas (VENÂNCIO et al., 2008, p. 24).

De acordo com Alencar, Pereira e Ramos (2012), Brasil (2012b) e Pinto, Sousa e Florêncio (2012), o AMAQ – enquanto instrumento norteador da autoavaliação do PMAQ – é um instrumento que permite a identificação de problemas e fragilidades da equipe, mas que possibilita o diálogo dentro do grupo, de forma que ele possa fazer a eleição dos problemas, definir prioridade e estabelecer pactos conforme as explicações, prioridades, interesses, disposição e capacidade de ação”.

Sob este prisma, torna-se de fundamental importância tecer um olhar sobre quem, o que e de que forma expressam-se as práticas avaliativas, possibilitando, assim, fugir “das mesmices em que o outro é quem avalia e tem o poder de julgamento sobre o que faço” (SARTI, 2008, p. 66-67).

Uma postura frente aos processos avaliativos, no âmbito da ESF, que considere os pressupostos mencionados estará habilitada, como refere Sarti (2008, p. 68) “para criar uma cultura democrática de participação efetiva no processo de tomada de decisão, bem como proporcionar um espaço de formação técnica e política para gestores, profissionais de saúde, avaliadores e usuários”.

Diante dos dados revelados nesta pesquisa, atestou-se que profissionais das EQSFs – ainda que com discreta heterogeneidade na avaliação estratificada entre municípios e tipo de adesão – avaliaram como apenas razoável o engajamento de si

próprios e/ou da equipe na articulação do processo de formulação do plano de intervenção com que ela, a equipe, esteve a se envolver.

A tendência de melhor avaliação em relação ao engajamento da equipe no processo de autoavaliação e preparação do plano de intervenção por parte das EQSFs em regime reconstrutualização – assim como se observou em relação à participação das EQSFs no processo de contratualização – poderia, uma vez mais, estar refletindo mecanismo de indução ou posturas que sugerem flexibilidade/aprendizado por parte de equipes que já vivenciaram esta fase, quando em preparação para o primeiro ciclo do PMAQ, ao qual se submeteram.

Sarti (2008, p. 66) vai enfatizar que os cenários da ESF se apresentam como espaços de possibilidade de deflagração de processos de autoavaliação

em que os diferentes atores envolvidos desvelam para si e para outros o que entendem por avaliação em seu cotidiano de trabalho, disparando mecanismos reflexivos quanto ao modo de produção de processos avaliativos na prática dos serviços de saúde.

Em Brasil (2012c) há referência ao fato de que o ato de planejar e executar a autoavaliação e as estratégias de intervenção não se “cristalizam em um plano”, mas requer, da parte dos atores envolvidos, atenção às “transformações que ocorrem no contexto em que se dão os esforços de mudança”.

Como afirmam Alencar, Pereira e Ramos (2012), Brasil (2012b) e Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a partir do processo autoavaliativo as equipes devem implementar ações/intervenções com vistas a superação/correção/adequação dos problemas/fragilidades identificados.

Indaga-se, portanto, em que medida profissionais das EQSFs, na amostra estudada, podem se declarar engajados em um processo – a autoavaliação – em que parcela significativa dos atores envolvidos, apesar de manter significativo grau de concordância com a proposta, não conhece ou conhece parcialmente suas diretrizes, seus padrões, suas referências e, ainda que não suficiente, se autoavalia de forma apenas razoavelmente satisfatória em relação à condução coletiva dos trabalhos aos quais se sujeitou, diante da autoavaliação e do plano de trabalho a serem estabelecidos.

A despeito de se reconhecer a importância do processo de autoavaliação conduzido pelas EQSFs, no contexto do PMAQ, não se constataram na literatura disponível, até momento, estudos que analisassem avaliações de profissionais e

coordenadores da ESF em relação à estruturação da fase de autoavaliação do PMAQ, bem como estudos relacionados ao engajamento/participação de equipes neste processo, embora estes sejam da maior importância para a condução da autoavaliação, no seio da qual o engajamento do coletivo irá retratar o compromisso dos agentes com as mudanças efetivamente desejadas.

7.5.4 Avaliação externa

O processo avaliativo externo pressupõe dois eixos de análise distintos, porém complementares: a) certificação de desempenho, atrelada ao monitoramento e avaliação dos indicadores pactuados, e verificação de padrões de qualidade existentes no local de atuação das EQSFs, e, b) avaliação de acesso e qualidade da atenção, que inclui a avaliação da rede local de saúde pelas EQSFs e usuários do serviço (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012b).

7.5.4.1 Avaliação externa: proposta e conhecimento dos indicadores

Com propósito de analisar a avaliação dos profissionais das EQSFs sobre a avaliação externa, apresentada pelo PMAQ, averiguou-se a referida componente, tendo sido observado que 88,1% dos participantes avaliaram como aceitável ou muito aceitável a proposta do MS de realizar avaliação externa como forma de se verificar as condições de acesso e de qualidade da atenção envolvendo as EQSFs, conforme demonstrado na tabela 7.25.

Como evidenciado, também, na tabela 7.25, constatou-se que 47,4% dos indivíduos manifestaram conhecer suficientemente os padrões de qualidade da avaliação externa do PMAQ, propostos pelo MS.

Tabela 7.25 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre proposta e indicadores da avaliação externa

Variáveis		N	%
Avaliação da proposta do MS de realizar avaliação externa como forma de se averiguar as condições de acesso e de qualidade envolvendo as EQSFs	Inaceitável	1	1,3%
	Pouco aceitável	5	6,6%
	Indiferente	3	3,9%
	Aceitável	52	68,4%
	Muito aceitável	15	19,7%
Total		76	100,0%
Conhecimento sobre os padrões de indicadores de qualidade da avaliação externa...	Conheço-os suficientemente	36	47,4%
	Conheço-os parcialmente, para avaliar	32	42,1%
	Não os conheço para avaliar	8	10,5%
	Total	76	100,0%

Ainda que se considere a manifestação largamente aceitável, por parte do conjunto de profissionais das EQSFs, em relação à proposta de se realizar avaliação externa como forma de se certificar equipes, há de se salientar o contingente que declarou conhecer parcialmente ou não conhecer os padrões de qualidade que orientam a avaliação externa, refletindo este mais de 50% do conjunto estudado.

Estratificação por municípios não diferiu, de forma significativa, no tocante à “avaliação da proposta do MS em realizar avaliação externa”, quando se consideraram as manifestações como aceitáveis e muito aceitáveis. Quando se analisou o conhecimento sobre os padrões de indicadores de qualidade, observou-se maior contingente de indivíduos que manifestaram conhecê-los, suficientemente, vinda dos municípios A e B e uma maior concentração que afirmou não os conhecer vinda do município C, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor-p < 0,10), conforme se evidencia na tabela 7.26.

Avaliação sobre a proposta para realização de avaliação externa como forma de se avaliar equipes foi estratificada entre médicos e enfermeiros, sendo importante destacar que os mesmos apresentaram concordância em relação aos resultados já expressos para o conjunto das EQSFs. Contudo, constatou-se diferença significativa (valor-p < 0,10) quando se comparou a indicação “conhecimento sobre padrões de indicadores de qualidade”, retratada pelo fato de que nenhum enfermeiro informou desconhecer os padrões de indicadores de qualidade, enquanto 20,5% dos médicos afirmaram não os conhecer, segundo atesta tabela 7.27.

Tabela 7.26 - ESF no contexto do PMAQ: conhecimento, pelos profissionais, dos padrões de indicadores de avaliação externa, estratificado entre municípios

Variáveis		Municípios								Total	Valor p
		A		B		C		D*			
Conhecimento sobre os padrões de indicadores de qualidade...	Conheço-os suficientemente	13	62%	13	65%	3	18%	7	37%	36	0,003
	Conheço-os parcialmente...	8	38%	7	35%	8	47%	9	47%	32	
	Não os conheço para avaliar	0	0%	0	0%	6	35%	2	11%	8	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	

Quando comparados, coordenadores da ESF e profissionais das EQSFs não diferiram quanto à avaliação da proposta do MS de estimulação da avaliação externa, nem quanto ao conhecimento dos padrões de qualidade da mencionada avaliação. Também não se observou diferença significativa na avaliação em foco, quando se procedeu à estratificação por tipo de adesão.

O processo avaliativo externo se estrutura através de duas unidades de análise: gestão e equipes, que se desdobram em quatro dimensões: a) gestão municipal, coordenação de atenção básica e unidade básica de saúde, para a primeira unidade, e b) perfil/processo de trabalho/atenção à saúde, para a segunda unidade. Destas dimensões derivam doze subdimensões, para as quais são elencados os padrões de qualidade. Respectivas dimensões pressupõem avaliação de padrões: da gestão municipal, em relação ao desenvolvimento e apoio às EQSFs; da estrutura e condições de funcionamento das USF; da gestão do trabalho no contexto das EQSFs; do acesso e qualidade da atenção; da organização do processo de trabalho; e, por fim, da utilização, participação e satisfação do usuário. Tais padrões se alinham com os padrões da AMAQ e suas formas de verificação. Contudo, o processo avaliativo externo, em seu componente certificativo, tem como evidências a observação direta, a análise de documentos, além de outras fontes (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2012d; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Tabela 7.27 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação da proposta e conhecimento de indicadores de avaliação externa, estratificados entre médicos e enfermeiros

Variável		Profissão					Valor p
		Enfermeiro(a)		Médico(a)		Total	
Conhecimento	Conheço-os suficientemente	21	56,8%	15	38,5%	36	0,002
sobre os padrões	Conheço-os apenas parcialmente...	16	43,2%	16	41,0%	32	
de indicadores de	Não os conheço para avaliar	0	0,0%	8	20,5%	8	
qualidade...	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	

7.5.4.2 Avaliação externa: indicadores e áreas selecionadas

Sobre os profissionais que disseram conhecer suficientemente os padrões de qualidade da avaliação externa, propostos pelo MS, constataram-se, em uma escala de um (1) a dez (10), avaliação média de 7,21, quanto à pertinência dos padrões de qualidade para orientar a avaliação externa do PMAQ, e avaliação média de 7,27, em relação à pertinência dos componentes selecionados para compor os padrões, conforme apresentado na tabela 7.28.

Tabela 7.28 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre indicadores e componentes selecionados da avaliação externa

Variáveis	N	Média	D.P	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Pertinência dos indicadores...	34	7,21	1,81	3	6	7	8	10
Em relação as componentes selecionadas...	34	7,27	1,78	3	7	7	9	10

Estratificação por municípios e por tipo de adesão não revelaram diferenças na avaliação quanto à pertinência dos indicadores e quanto às “componentes selecionadas para compor.

Análises referentes às categorias profissionais, coordenações da ESF, estratos por municípios e tipo de adesão demonstraram avaliações uniformes e em consonância com os resultados apresentados pelo conjunto das EQSFs –

considerados como razoavelmente satisfatórios –, quanto às áreas e indicadores que orientam o processo avaliativo externo.

7.5.4.3 Avaliação externa: participação da equipe

O grau de participação da equipe em relação ao processo de discussão e preparação para a avaliação externa do PMAQ, conforme se evidencia na tabela 7.29, correspondeu, em uma escala de um (1) a dez (10), a uma avaliação média, por parte dos profissionais das EQSFs, de 7,13.

Tabela 7.29 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs quanto à preparação para a avaliação externa

Variável	N	Média	D.P	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Grau de participação de sua equipe...	75	7,13	1,91	1	6,5	7	8	10

Dita participação foi mais bem avaliada pelos indivíduos dos municípios B e A, em comparação aos indivíduos do município C, correspondendo, os primeiros, a uma mediana de 8, enquanto que para os de C a mediana foi de 6, sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), de acordo com tabela 7.30.

Tabela 7.30 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs quanto ao grau de participação na preparação para a avaliação externa, estratificada entre municípios

Variável	Município	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor p
Grau de participação de sua equipe...	A	20	7,55	0,31	7	8	8,5	0,001
	B	20	7,85	0,36	7	8	9	
	C	17	5,59	0,58	5	6	7	
	D*	18	7,33	0,35	7	7,5	8	

Verificou-se que a avaliação sobre grau de engajamento/participação da equipe no processo de preparação para a avaliação externa não se diferenciou entre

médicos e enfermeiros e, de forma semelhante, não se evidenciou diferença de avaliações entre coordenadores da ESF e profissionais das EQSFs.

O grau de participação da equipe em relação ao processo de discussão e preparação para a avaliação externa do PMAQ, segundo atesta tabela 7.31, foi mais bem avaliado pelos profissionais que aderiram via recontratualização, com mediana de oito (8), enquanto para os que aderiram via contratualização a mediana foi de sete (7), sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10).

Tabela 7.31 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs quanto ao grau de participação na preparação para a avaliação externa, estratificada pelo tipo de adesão

Variável	Adesão	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor p
Grau de participação de sua equipe...	Contratualização	31	6,10	0,36	5,5	7,0	7,0	0,000
	Recontratualização	44	7,86	0,22	7,0	8,0	9,0	

Diante dos dados revelados, atestou-se que médicos, enfermeiros e profissionais de coordenação da ESF avaliaram em grau razoável o engajamento das equipes nas atividades preparatórias para a avaliação externa a que as EQSFs se submeteriam, a despeito de alguma discordância manifesta por um município e por parte das equipes em contratualização que revelaram juízo de valor um pouco abaixo da avaliação das equipes em AR.

A tendência de melhor avaliação, em relação ao engajamento da equipe no processo de preparação para a avaliação externa, por parte das EQSFs em regime recontratualização – assim como se observou em relação à participação das EQSFs no processo de contratualização e autoavaliação –, poderia, uma vez mais, estar refletindo mecanismo de indução ou posturas de flexibilidade/aprendizado por parte de equipes que já vivenciaram esta fase, quando em preparação para o primeiro ciclo do PMAQ, ao qual se submeteram.

Uma reflexão sobre os dados assinalados possibilita-nos concluir que a proposta de avaliação externa obteve o respaldo de expressivo contingente das categorias profissionais e das coordenações da ESF, embora o conhecimento apenas parcial dos padrões de qualidade da avaliação externa fosse manifesto de forma significativa pelas mesmas – com um destaque para município onde o

percentual de desconhecimento de indicadores é significativo –, o que nos inclina a inferir que esta fase do PMAQ é de conhecimento completo por parte de apenas uma parcela dos profissionais, chegando a ser de total desconhecimento por mais de 20% dos médicos.

Cabe, contudo, reflexões acerca de como profissionais das EQSFs, na amostra estudada, podem manifestar-se como engajados em um processo – a avaliação externa – em que parcela significativa dos atores, a despeito de manifestar significativo grau de concordância com a proposta, não conhece ou conhece parcialmente as referências e seus padrões e, ainda que não suficiente, se autoavalia de forma razoável – perante as demandas estabelecidas para a preparação para um complexo processo, como o de avaliação externa –, em relação a um trabalho supostamente coletivo, ao qual se sujeitou.

A despeito de se reconhecer a importância do processo avaliativo externo que envolve as EQSFs, no contexto do PMAQ, não se evidenciaram na literatura disponível, até momento, estudos que pudessem analisar o conhecimento de EQSFs, bem como o engajamento destas no processo de preparação para a avaliação externa, embora referidos conhecimento e participação, supõe-se, sejam de valor significativo para o processo de certificação das equipes e reflitam o trabalho de todo um coletivo comprometido, que, por hipótese, teria se articulado em torno de reflexões, avaliações, diagnósticos e ações intencionados a promoverem melhoria no acesso e cuidado no âmbito da ESF.

7.5.4.4 Avaliação externa: gerência da ESF

Com objetivo de se conhecer a avaliação que profissionais faziam em relação à proposta do MS de realizar avaliação externa, como forma de se inferir sobre a atuação da gerência da ESF, foram feitas as análises que se seguem.

Referente à proposta do MS de realizar avaliação externa como forma de se averiguar a gestão empreendida pela coordenação da ESF tem-se que 88,2% das EQSFs, conforme demonstrado na tabela 7.32, avaliaram como aceitável ou muito aceitável a proposta.

Estratificação por municípios não revelou diferenças, de forma significativa, no tocante à proposta de realizar avaliação externa como forma de se avaliar a direção da atenção básica, o mesmo ocorrendo em relação à estratificação por tipo de adesão.

Médicos e enfermeiros apresentaram-se em concordância – aceitável ou muito aceitável – quando se indagou sobre a proposta do MS de realizar avaliação externa como forma de se avaliar a gerência da ESF. De modo semelhante, também se observou tal concordância quando se compararam as avaliações entre profissionais das EQSFs e gerência da ESF.

Tabela 7.32 - ESF no contexto do PMAQ: proposta de avaliação da gerência da ESF

Variável		N	%
Avaliação da proposta do MS de realizar avaliação externa como forma de se averiguar a gestão empreendida pela direção de atenção básica	Inaceitável	1	1,3%
	Pouco aceitável	5	6,6%
	Indiferente	3	3,9%
	Aceitável	50	65,8%
	Muito aceitável	17	22,4%
Total		76	100,0%

No tocante à avaliação da gerência da ESF, em relação ao apoio dado às EQSFs, observou-se, conforme tabela 7.33, em uma escala de um (1) a dez (10), uma avaliação média, por parte dos profissionais das EQSFs, de 7,03.

Tabela 7.33 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs em relação ao apoio da gerência da ESF

Variável	N	Média	D.P	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Avaliação das EQSFs em relação ao apoio...	76	7,03	1,87	3	6	7	8,5	10

A avaliação da gerência da ESF em relação ao apoio às EQSFs foi mais bem considerada pelos indivíduos do município D*, em comparação aos indivíduos do

município B, correspondendo, a primeira, à uma mediana de nove (9) e a segunda, à mediana de seis e meio (6,5), sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), conforme tabela 7.34.

Em relação ao apoio às equipes, quando se analisaram as avaliações realizadas por médicos e enfermeiros estas se mostraram semelhantes; o mesmo foi observado em relação ao estrato por tipo de adesão.

À exceção da manifestação de um município que se posicionou de forma a avaliar o apoio da gerência da ESF em grau significativamente acima da média, os resultados nos permitem inferir que profissionais, em geral, avaliaram como razoável, apenas, o apoio proporcionado às EQSFs pelas gerências da ESF.

Tabela 7.34 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação do apoio da gerência da ESF, estratificada entre municípios

Variáveis	Município	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor p
Avaliação dos municípios em relação ao apoio da gerência da ESF	A	21	6,86	0,36	6	7	8	0,008
	B	20	6,25	0,45	4	6,5	8	
	C	17	6,88	0,43	6	7	8	
	D*	18	8,22	0,37	7	9	9	

Na amostra em questão, profissionais das EQSFs se mostraram altamente concordantes quanto à avaliação externa como forma de se apreciar a atuação da gerência da ESF; contudo, avaliaram o apoio por parte desta instância como sendo, apenas, regularmente satisfatório.

Campos (1997), ao colocar em discussão a tensa arena que envolve o controle sobre trabalhadores e a democratização institucional, faz referência ao fato de que a função de controle sobre os processos de trabalho é, na maioria das vezes, atribuída à gerência. Em estudos sobre análise de gestão no âmbito da saúde, Campos (2007b) manifesta sua percepção em relação à falta de sistema de gerência e faz referência ao difícil lugar ocupado por esta, quando tem que se posicionar, no lugar de cogoverno e em contrabalanço com as demandas da equipe, pela não omissão, pela diferenciação e pelo cuidado para com os profissionais.

Em estudos realizados com o objetivo de analisar a gerência no contexto da ESF, chama atenção a dimensão técnica pautada pelo aprisionamento ao núcleo

duro da gerência, essencialmente embasada em tecnologias duras, focadas no trabalho morto, ao estilo de gerência clássica e taylorista, e tomada como ação individual, não compartilhada. O processo de trabalho é voltado para a lógica da produtividade, tal como conferências de consultas, procedimentos realizados, pacientes cadastrados, etc., em detrimento de uma relação centrada no usuário. Neste cenário, a falta de materiais e equipamentos, infraestrutura deficiente e problemas de recursos humanos tornam-se um grande problema gerencial e mobilizam sentimentos de impotência e de irresponsabilidade pessoal. Consagra-se, assim, a falta flexibilização e autonomia para saber o que, quando e como fazer, com implicações sobre o poder de decisão (VANDERLEI, 2005).

Em prefácio de um manual sobre gerência nas UAPSs aquela é referida como “o elo mais complexo da estrutura de gestão do sistema de saúde. Portanto, estratégico do ponto de vista de alimentar seu compromisso com certo modo de organizar o seu trabalho e de produzir aprendizagens no cotidiano”. Referida referência enfatiza que este é o “segmento da direção dos serviços para os quais se produzem inúmeras portarias e procedimentos operacionais, de um lado, e cadeias de comando, de outro, e que é invisível em investimentos no âmbito da aprendizagem criativa” (PESSÔA, 2011).

Pessôa (2011) faz menção à complexidade do trabalho gerencial na ESF ao expressar que

as organizações de saúde necessitam de gerentes que tenham competência para enfrentar os desafios gerados pela complexidade do setor saúde e as exigências por qualidade nos serviços prestados à população. Para desempenhar esta função é necessário conhecer o planejamento, as estratégias para intervenção, a programação; entender sobre as formas de contrato, sobre gestão dos processos de trabalho e do conhecimento; entender a organização da rede de saúde, além das questões relacionadas à infraestrutura predial das unidades de saúde e sua manutenção.

A despeito de algumas contradições, tem-se como claro que o papel exercido pelas coordenações/gerências da ESF vincula-se ao gerenciamento de ações essencialmente orientadas para a micropolítica e microprocessos que se vivenciam no cotidiano das EQSFs – embora se reconheça que a macrogestão tenha, muitas vezes, significativa influência/determinação sobre o contexto de trabalho de referidas

equipes –, o que faz supor que, no contexto atual e sob os desígnios do PMAQ, o papel/atuação por parte das gerências da ESF ainda necessita ser aperfeiçoado.

De acordo com Campos (2007b, p. 133), a gerência/coordenação/chefia requer sim função diferenciada. Invocando Pichon-Rivière, referido autor faz analogia à função coordenadora nas instâncias grupais, de quem se espera que mantenha “o grupo operando, triangulando na tarefa”, embora muitas vezes este papel encontre-se estereotipado, sob forma de omissão, autoritarismo ou superproteção. Como enfatiza Pessoa (2011), “gerente precisa cuidar de sua equipe, precisa ser e atuar como um líder, e ter a capacidade de escutar e orquestrar”.

7.5.4.5 Avaliação externa: gestão municipal

Com o objetivo de conhecer a avaliação que profissionais faziam em relação à proposta do MS de realizar avaliação externa, como forma de se inferir sobre a atuação da gestão municipal, foram feitas as análises que se seguem.

Evidenciou-se que 53,9% dos profissionais das EQSFs avaliaram como aceitável referida proposta e 28,9% como muito aceitável, conforme se evidencia na tabela 7.35.

Tabela 7.35 - ESF no contexto do PMAQ: proposta de avaliação da gestão municipal

Variável		N	%
Como julga a proposta do MS de realizar avaliação externa como forma de se averiguar a gestão municipal em relação à ESF de seu município	Pouco aceitável	6	7,9%
	Indiferente	7	9,2%
	Aceitável	41	53,9%
	Muito aceitável	22	28,9%
	Total	76	100,0%

Com relação à avaliação externa como forma de se “aferir a atuação da gestão municipal em relação à ESF de seu município”, observou-se maior contingente de indivíduos que consideraram muito aceitável vindo dos municípios A

e D*, e uma maior concentração dos que acharam pouco aceitável proveniente do município B, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor-p < 0,10), conforme atesta tabela 7.36.

Quando se compararam as avaliações entre profissionais de EQSFs e coordenações da ESF, no tocante à proposta do MS de realizar avaliação externa como forma de se avaliar a gestão municipal, verificou-se que as mesmas se apresentaram em concordância – aceitável ou muito aceitável –, o mesmo se evidenciando em relação ao estrato por tipo de adesão.

Tabela 7.36 - ESF no contexto do PMAQ: proposta de avaliação da gestão municipal, estratificada entre municípios

Variável		Municípios								Total	Valor P
		A		B		C		D*			
Avaliação externa para averiguar a gestão municipal em relação à estratégia...	Pouco aceitável	2	10%	3	15%	0	0%	1	5%	6	0,077
	Indiferente	2	10%	0	0%	4	24%	1	5%	7	
	Aceitável	9	43%	11	55%	12	71%	9	47%	41	
	Muito aceitável	8	38%	6	30%	1	6%	7	37%	22	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-

Depreende-se, do exposto, que profissionais de EQSFs e coordenações da ESF – à exceção de um município em que a frequência de manifestações quanto a não aceitação da proposta foi significativamente maior – declararam concordância, em elevado patamar, quando se indagou sobre a proposta de se ajuizar sobre a atuação da gestão municipal.

Referente à atuação da gestão municipal em relação ao apoio às equipes constatou-se, conforme se atesta na tabela 7.37, em uma escala de um (1) a dez (10), uma avaliação média, por parte dos profissionais das EQSFs, de 6,51.

Tabela 7.37 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação do apoio da gestão municipal pelos profissionais das EQSFs

Variável	N	Média	D.P	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Avaliação da Gestão Municipal em relação ao apoio...	76	6,51	2,04	1	5	6	8	10

A atuação da gestão municipal, no tocante ao apoio à equipe de saúde da família, foi mais bem considerada pelos indivíduos do município D*, em comparação aos indivíduos dos municípios A, B, e C, obtendo-se, para os primeiros, uma mediana de oito (8), enquanto que para A, B e C a mediana foi de 6,0, 5,5 e 6,0, respectivamente, sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), conforme se evidencia na tabela 7.38.

No tocante à avaliação da gestão municipal, em relação ao apoio às equipes, pôde-se verificar que profissionais e coordenação da ESF se posicionaram de forma semelhante, o mesmo se evidenciando em relação ao estrato por tipo de adesão.

O apoio da gestão municipal às EQSFs – à exceção da manifestação por parte de um município que declarou valor de apoio significativamente acima da média – foi interpretado como sendo regular por parte dos profissionais e coordenadores da ESF, tendo sido, em média, valorado como de menor envergadura que o creditado às gerências da ESF, o que poderia corresponder à atribuição de valor de apoio da gestão municipal menor que o ofertado pelas coordenações.

Tabela 7.38 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação do apoio da gestão municipal, estratificada entre municípios

Variável	Município	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor p
Avaliação da Gestão Municipal em relação ao apoio...	A	21	6,19	0,35	5	6	7	0,008
	B	20	5,65	0,44	4	5,5	7	
	C	17	6,71	0,48	5	6	9	
	D*	18	7,67	0,52	7	8	9	

Neste cenário, cabe frisar que o processo de certificação das equipes, pautado pela avaliação externa, atribui 40%, pelo menos, de sua ponderação, a dimensões que implicam em significativo compromisso da gestão municipal (BRASIL, 2012d), o que faz colocar em análise a responsabilização da gestão nesse processo.

Em trabalho destinado a verificar a contribuição do PMAQ-AB nos movimentos de mudança da gestão, Canto (2014) faz referência ao planejamento efetivado por esta, associado às ações empreendidas para organização do trabalho, considerando-os como elementos fundamentais para garantir melhorias na atenção e no acesso dispensados pelas equipes.

O próprio apoio, em suas diversas modalidades, é visto como um dispositivo da gestão para organização do processo de trabalho das equipes (SANTOS, 2014).

No entender de Paim (2003, p. 203), a gestão da AB pressupõe compromisso político, mas também um conjunto de estratégias e domínios técnicos, de modo a possibilitar a articulação com todo o sistema de saúde e com o pressuposto da intersetorialidade “para garantir efetividade, qualidade, equidade e integralidade das intervenções”.

Como referem Pinto e Ferla (2015, p. 92),

[...] fazer rodar o vértice da participação, como na metáfora da Educação Permanente em Saúde, pode fortalecer a gestão local no sentido de ampliar a capacidade de organizar processos mais resolutivos e compatíveis com a realidade do trabalho.

Em artigo em que se buscou identificar as fronteiras da autonomia da gestão municipal, no contexto do pacto federativo do SUS, Silva, Souza e Barretos (2014) assumem que, embora a gestão municipal mantenha alto grau de subordinação à políticas e financiamento centralizado, é possível o fomento da criatividade, da inovação e da tomada de decisão apoiadas em sólidas evidências.

Poder-se-ia indagar, portanto, ao se inquirir sobre o apoio ofertado pela gestão municipal às equipes, o que figurava no imaginário dos profissionais, quando se manifestaram. Ainda que se admita uma apreciação não tão logicamente estruturada, é possível supor que ações de planejamento, controle, monitoramento, avaliação, gestão do trabalho e da educação na saúde pudessem estar povoando este ideário, permitindo-nos admitir que estas seriam dimensões sobre as quais referidos profissionais estiveram a emitir seus juízos. Em assim sendo, no contexto atual, e sob a influência do PMAQ, o papel/atuação da gestão municipal, no âmbito da APS/ABS, pode e necessita ser aperfeiçoado.

Ao se considerar a avaliação externa do PMAQ, cabe reforçar as considerações apontadas em Brasil (2012d, p. 10) que menciona este processo como reforçador de práticas de gestão que possam contribuir para a melhoria da

atenção básica, bem como para o fortalecimento de ações e estratégias que “qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores”.

7.5.5 Componente geral

Nesta seção serão tratadas questões envolvendo: a) conhecimento/domínio de temas/ferramentas/instrumentais aplicáveis no âmbito da ABS/ESF e que são qualificadores do trabalho desenvolvido pelas EQSFs; b) avaliações relativas ao processo formativo para atuação na ESF; c) avaliações relacionadas com a inserção de programas institucionais no cotidiano de trabalho das EQSFs; d) avaliações sobre ações de qualificação; e) utilização da ferramenta EPS; f) avaliações sobre sistema de informação; g) demanda por AI; e, h) fragilidades apontadas pelos profissionais das EQSFs e gerências da ESF.

Não constituiu propósito, nas discussões apresentadas, proceder a minuciosas revisões/detalhamentos conceituais e/ou operacionais sobre os temas em avaliação, mas analisar, em relação ao conjunto das EQSFs, dos profissionais e das gerências da ESF, como se percebe a qualificação/utilização/dispensação em relação aos elementos citados, sejam eles de natureza cognitiva, operacional e/ou instrumentalizadora, nas áreas em questão.

7.5.5.1 Componente geral: áreas de qualificação

Nesta subseção serão analisadas avaliações sobre temáticas comuns ao cotidiano das equipes, de forma que se possa buscar uma aproximação, isolada ou associadamente, sobre qualificação/competência/valoração, em relação aos temas mencionados, e, assim, se ajuizar sobre suas relevâncias, apontadas pelos profissionais de EQSFs e coordenações, na amostra em estudo.

Em relação às áreas indicadas como necessárias ou não à qualificação pelos profissionais das EQSFs, conforme se evidencia na tabela 7.39, as cinco que receberam o maior percentual de indicações de necessidade de qualificação foram: saúde mental (67,1%), saúde do adolescente (64,5%), urgência e emergência (61,8%), classificação de risco (57,9%) e participação/controle social (57,9%). As cinco áreas que tiveram o maior percentual de indicações de qualificação não necessárias foram: saúde do adulto (80,3%), trabalho em equipe (76,3%), acolhimento (75%), humanização (73,7%) e atenção domiciliar (69,7%).

A. Saúde mental

Pôrto (2012, p. 159), em estudo realizado com objetivo de investigar políticas de avaliação de ações em saúde mental, na APS, refere que o “tema da falta de capacitações em saúde mental é bastante recorrente e aparece em quase todas as pesquisas realizadas”. Salaria o autor que profissionais deste nível de atenção não possuem formação no âmbito da saúde mental, no âmbito coletivo, e que capacitações, quando ocorrem, são “pontuais e ineficazes”. Por outro lado, o apoio matricial, concebido como estratégia de qualificação dos profissionais, ainda carece de “diretrizes mais específicas para a organização dos processos de formação, em saúde mental, dos médicos e enfermeiros do PSF”.

O processo de adaptação às novas condições de trabalho no PSF muitas vezes se dá de forma burocratizada e mecanizada, vez que o referencial dos profissionais está pautado pelo modelo biomédico, fortemente sedimentado e pouco permeável a mudanças, o que torna o processo de trabalho da ESF ainda pouco permeável às questões relacionadas com o campo psicossocial (FAVORETO; CAMARGO Jr., 2002).

Correia, Barros e Colvero (2011, p. 1505-1506) alertam para a significativa prevalência de transtornos mentais na atenção básica – 56% – e mencionam que ações de saúde mental neste nível de atenção “não apresentam uniformidade em sua execução”. Referidos autores apontam que a “melhor estratégia para se conseguir êxito na assistência ao doente mental foi o investimento na qualificação dos profissionais através da educação e capacitação permanente”.

B. Saúde do adolescente

O MS faz menção à importância de se organizar cuidados voltados para fases do ciclo de vida humano, como é o caso da adolescência, a qual representa 30% da população brasileira. Faz, portanto, um paralelo entre as competências e habilidades dos profissionais de saúde e a escassez com que conteúdos e práticas relacionadas a esta área figuram nos currículos das instituições formadoras (BRASIL, 2008a).

Silva e Caldeira (2011), em inquérito municipal em que se investigou a autopercepção de desempenho satisfatório por parte de profissionais de EQSFs, baseado no instrumento AMQ, constataram que o escore médio atribuído à subdimensão “saúde do adolescente” foi de 45%, ainda que mais de 50% da referida população de profissionais possuísem RMSF ou RMFC.

Frente aos estudos mencionados, cumpre reconhecer que as áreas de saúde mental e do adolescente se constituem, ainda, em grandes desafios para profissionais da ESF, haja vista a pouca experiência proporcionada durante o processo formativo das profissões da área de saúde, bem como a necessária expertise para se lidar com estas complexas áreas, o que tornam justificáveis as demandas significativas, apontadas nesta pesquisa, por parte das equipes, para qualificarem-se nestas áreas.

C. Urgência e emergência

Ao se abordar o tema da urgência e emergência constata-se que são escassos os trabalhos no meio científico que se propõem a estudar a questão no contexto da ESF.

A Política Nacional de Atenção às Urgências faz menção ao quadro nacional de morbimortalidade relativo às urgências – agregando, a estas, as condições relacionadas ao trauma e à violência –, e situa as USFs como um dos componentes pré-hospitalar fixo dentro da rede locorregional de atenção às urgências. Refere, também, à necessidade de qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do SUS no campo em questão (BRASIL, 2003).

Em pesquisa orientada para identificar a capacidade de médicos e enfermeiros de EQSFs para realizar atendimento de urgência e emergência, Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012) relataram que em torno de 45% dos profissionais admitiram que a equipe não se encontrava adequadamente preparada para a prestação deste tipo de atendimento.

Em estudo destinado a conhecer a atuação de trabalhadores da ESF em relação às emergências, Torres e Santana (2011) observaram que aproximadamente 47% dos mesmos referiram não se sentirem preparados para atuar de forma eficaz ante situações emergenciais, e cerca de 50% manifestaram desconhecer o suporte básico de vida. Ainda que refletindo a manifestação do conjunto de trabalhadores das USFs pesquisadas, referido estudo denota o grau de despreparo das equipes na condução dos atendimentos de emergência.

Embora se reconheça que a atenção às urgências e emergências seja fruto de um conjunto de fatores – os quais são condicionantes da qualidade da oferta deste serviço –, não há como esquivar-se da tese de que a qualificação dos trabalhadores constitui fator determinante neste cenário e que quanto mais despreparada a equipe, menor a possibilidade de que a avaliação dos casos e a estabilização dos mesmos se dê de forma adequada, no âmbito das USFs (TORRES; SANTANA, 2011; GARCIA; PAPA; CARVALHO JÚNIOR, 2012; OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).

A despeito de se reconhecer que a atenção às urgências/emergências se constitui em prioridade no campo das políticas públicas da saúde e de se constatar que o campo em questão ocupa posição de destaque nos programas curriculares das profissões da área de saúde, evidencia-se, ainda, uma significativa demanda dos profissionais por qualificação na área.

D. Classificação de risco

Ao se focar o tema relativo à classificação de risco, é forçoso reconhecer que as USFs trabalham, por sua natureza, com dois tipos essenciais de demanda: programada e espontânea. Referem-se estas ao consumo de maior parte do tempo de trabalho das EQSFs, o que invoca, das mesmas, um razoável grau de

organização para lidar com tais demandas, vez que, não excepcionalmente, a não definição da forma de se operacionalizar com aquelas constitui a base de muitos dos conflitos entre profissionais de equipes e mesmo entre estas e usuários. Em função do potencial “desorganizador” do processo de trabalho da equipe, a demanda espontânea suscita todo um preparo, de modo que se possa não somente incorporá-la ao cotidiano de trabalho das EQSFs, como também dar a ela um caráter resolutivo, vez que a mesma desafia profissionais, quanto à oferta de acesso com equidade.

Neste sentido, uma das importantes estratégias advogadas para se garantir acesso com equidade é a incorporação da avaliação/classificação de risco, enquanto um processo dinâmico que possibilita “identificar as diferentes estratificações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, proceder às devidas priorizações” (BRASIL, 2011a, p. 32), segundo “o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento” (BRASIL, 2004b, p. 20).

Classificar risco, portanto, possibilita que se organize a fila de espera, garanta o atendimento prioritário aos que dele necessitam de forma mais imediata, proveja usuários e familiares de informações sobre tempo de espera ou referenciamento, organize o trabalho da equipe e possibilite que se construa as necessárias articulações com a RAS (BRASIL, 2009a).

Conforme manifestado pelos profissionais das EQSFs avaliadas, a ferramenta classificação de risco é apontada como necessária à qualificação por expressivo número deles, o que invoca o questionamento de quão bem têm se comportado referidas equipes na organização da demanda, algo substancial a ser considerado dentro do contexto de trabalho de equipes efetivas.

E. Participação e controle social

Ao se fazer referência à participação popular e controle social cumpre mencionar que a Política Nacional de Atenção Básica – consignada na Portaria nº 2 488, em seu anexo um, sobre as disposições e princípios que constituem responsabilidades comuns a todas as esferas de governo – propõe enfaticamente a estimulação das temáticas (BRASIL, 2012a).

Conforme Furtado et al. (2015), a concepção de controle social no Brasil está vinculada ao processo de democratização da sociedade, garantida, constitucionalmente, mediante “institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas”. Neste contexto, a participação popular passa a ser concebida “na perspectiva de controle social exercido por segmentos da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de este atender aos interesses da maioria da população”.

Ainda que se reconheçam os avanços simbolizados pela participação da sociedade no controle da gestão pública, estudo realizado por Crevelim e Peduzzi (2005), envolvendo trabalhadores de USFs, gerente, representantes do Conselho Gestor de Unidade e do Conselho Popular, demonstrou que, ao serem indagados sobre representações de controle social, não houve qualquer manifestação por parte dos mesmos em relação à necessidade de capacitação dos trabalhadores de saúde, embora esta tenha sido demandada para/pelos representantes da comunidade. Referidos autores concluem pela percepção equivocada por parte dos trabalhadores, como se esta temática fosse uma questão de interesse apenas da comunidade, estando equipes descompromissadas com esta articulação.

Construção histórica do processo de socialização e formação dos profissionais de saúde – ainda que se tenha em conta as diferenças inerentes às profissões – poderiam explicar o “distanciamento” dos trabalhadores da ESF em relação ao tema participação popular e controle social. Acresce a isto o fato, ainda marcante, de se constatar que tal temática é pouco sensibilizadora para os gestores – respaldados muitas vezes por representantes nos Conselhos –, o que contribui para a parca qualificação e certo distanciamento por parte dos profissionais de equipes e de coordenações da ESF em relação ao tema.

Em que pese a significância das áreas/temas clínicos no conjunto de competências necessárias ao exercício dos profissionais da ESF, o elenco de temas relacionados ao processo de trabalho levantados nesta componente da pesquisa sobrepujou àqueles. Contudo, necessidade de qualificação em conteúdos clínicos foi apontada de forma expressiva pelos profissionais das EQSFs, evidenciando lacunas importantes em domínios como saúde mental, saúde do adolescente e urgência e emergência, apenas para citar aqueles cujo percentual de indicação de necessidade de qualificação aproximou e até superou 60%. Conforme demonstrado na tabela

7.39, outras temáticas, voltadas para áreas clínicas e ações em saúde coletiva, foram também indicadas pelos profissionais, em percentuais elevados, como carecendo de qualificação.

F. Saúde do adulto

Embora não se tenha identificado na literatura pertinente estudos que apontassem autoavaliações de profissionais da ESF em relação à qualificação na área de saúde do adulto, algumas considerações são apresentadas.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2015a) dão conta de que a população estimada para o Brasil, no ano em curso, é de 204 milhões de pessoas, das quais mais de 50% são representadas por adultos. A adultez, por sua vez, reveste-se de algumas especificidades, quais sejam: a) constitui-se na mais longa fase dentre as relacionadas ao ciclo de vida humano; b) por não expressar limites muito bem definidos, faz interface com a adolescência e senescência; c) concentra o maior percentual da população economicamente ativa; d) carrega consigo a maior carga de doenças e agravos, se projetada sob a perspectiva dos quadros agudos, crônicos, traumáticos e os relacionados ao trabalho e à violência; e) constitui etapa em que grande parte dos efeitos das condições ligadas aos vícios/adicções se expressa; e, f) corresponde, em geral, à fase da vida na qual, proporcionalmente, ocorre um menor índice de procura por atenção em saúde, particularmente se considerada a demanda pela saúde do homem.

Um olhar atento sobre as atribuições de médicos e enfermeiros da ESF, no que tange à população com as especificidades mencionadas, evidencia a magnitude da responsabilidade dos mesmos. Ainda que não seja da competência dos profissionais lidar com todo o rol de condições clínicas que abarcam esta fase da vida – há condições que demandam ações da atenção secundária e/ou terciária –, é forçoso reconhecer que primeira abordagem, estabelecimento de diagnósticos vários, acompanhamento de condições crônicas prevalentes, agudizações de enfermidades crônicas, além de ações de promoção da saúde, prevenção de

doenças e agravos, reabilitação e palição estão, todas, em menor ou maior grau, em tese, sob responsabilidade dos cuidados primários.

Em relação à saúde do adulto, o elevado percentual de indicações como não necessárias para qualificação, atribuído pelos profissionais das EQSFs, na pesquisa, suscita alguns questionamentos:

- a) encontram-se os profissionais da ESF preparados para o enfrentamento de toda a demanda voltada às condições crônicas da adultez?
- b) volumoso arsenal de textos, protocolos, linhas-guia e demais documentos técnicos disponibilizados têm feito supor, aos profissionais, que a área temática de saúde do adulto esteja sob domínio?
- c) a representação da carga horária referente à área de saúde do adulto, nos cursos de graduação, dá a entender, aos profissionais, que o conhecimento, o manejo e o gerenciamento das enfermidades nesta área, assim como as ações coletivas inerentes a esta fase da vida estão assegurados aos mesmos?
- d) embora aplicáveis às outras fases do ciclo de vida humano, princípios relacionados à gestão da clínica² vêm fazendo parte do conjunto de destrezas destes profissionais, quando se intenciona avaliar a eficiência e efetividade do cuidado dispensados aos adultos?

Frente ao exposto, forçoso é reconhecer que a área saúde do adulto – embora considerada não necessária ao processo de qualificação por expressivo contingente de profissionais das EQSFs – carrega consigo uma densidade e complexidade em termos de demandas apresentadas aos profissionais, somente se justificando, a não indicação, como postura, pelos motivos anteriormente assinalados, de “rotinização” das ações profissionais em relação à oferta desta área de cuidado.

²De acordo com Mendes, “a gestão da clínica constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera” (MENDES, 2012, p. 368).

G. Trabalho em equipe

Trabalho em equipe foi outra área indicada, de forma significativa, como não necessitando de qualificação. Ainda que se admita a qualificação das referidas EQSFs para operar concretamente com os pressupostos do trabalho em equipe, indaga-se com que concepção de equipe tais profissionais lidam, ao manifestarem pela não necessidade da qualificação.

A concepção de trabalho em equipe “está vinculada a de processo de trabalho e se sujeita às transformações pelas quais esse vem passando ao longo do tempo”, traduzidas, entre outras, pelas necessidades humanas e dos processos produtivos em melhorar a eficiência e efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000, p. 45).

De acordo com Vecchia (2012, p. 110), a ESF cumpre um papel importante na estruturação e organização das RAS, razão pela qual o “trabalho em equipe de saúde configura um princípio operativo fundamental da ESF”.

Peduzzi (2001, p. 103) refere que “o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes”.

Contudo, as configurações que se estabelecem no plano real deixam transparecer que o trabalho em equipe pode se estruturado sob pelo menos duas modalidades/tipologias: a de um coletivo grupal/agrupamento e a de um coletivo equipe/integração, estando tais diferenças vinculadas a uma série de premissas (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000; PEDUZZI, 2001).

Fica em questão, portanto, se, em relação ao comportamento manifesto pelos profissionais das EQSFs na amostra estudada, não “parece haver certo deslocamento entre o discurso sobre o trabalho em equipe, que parece idealizado e retórico, e o plano prático das múltiplas ações e dos vários agentes”, conforme explicita Peduzzi (1998, p. 163).

H. Humanização e acolhimento

No tocante ao tema da humanização e acolhimento ressalta-se que, nesta pesquisa, 75% dos profissionais das EQSFs avaliadas não indicaram as referidas temáticas como necessárias às suas qualificações.

Humanização, no contexto da saúde, de acordo com o MS, pode ser compreendida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2009b, p. 5), alicerçada pela autonomia, protagonismo, corresponsabilidade e estabelecimento de vínculos solidários entre sujeitos, bem como pelo engajamento coletivo nas práticas de saúde. Entende-se, assim, que humanização é “propositura para a criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos” (BRASIL, 2010, p. 25).

Neste sentido, e “com o objetivo de deflagrar um movimento ético-político-institucional e social para alterar os modos de gestão e os modos de cuidados em saúde” (BRASIL, 2010, p. 24), o MS lançou, em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) – também conhecida como HumanizaSUS –, apoiada nas diretrizes da clínica ampliada, da cogestão, do acolhimento, da valorização do trabalho e do trabalhador, da defesa dos direitos do usuário e no fomento das grupidades, coletivos e redes (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2009b).

Vislumbrada como uma política de amplo espectro, é de se conjecturar se a PNH não se constitui em uma plataforma sobre a qual se assenta grande parte dos desafios e das vicissitudes no campo das relações entre profissionais e entre estes, usuários e gestores.

Assim sendo, reconhece-se a complexidade que se assenta na compreensão da PNH, cuja dimensão, grande parte das vezes, é de conhecimento parcial ou mesmo de desconhecimento por parte de profissionais da APS. Evidencia disto é apontada, por exemplo, por Dos-Santos e Freitas (2015) que, em pesquisa realizada com objetivo de verificar a percepção de trabalhadores de uma USF em relação à humanização, fazem menção ao caráter polissêmico com que os sujeitos interpretam a temática. Ainda, em relação a não assimilação, por parte dos profissionais, da citada dimensão da PNH e, portanto, de suas implicações sobre a

condição de trabalhador, faz-se referência ao estudo de Santos-Filho (2015, p. 1) que toma como eixo de análise o trabalho em saúde – com potenciais inflexões sobre a ESF –, de forma a considerar que se

[...] as mudanças atualmente desejadas e impressas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e prestação de serviços, por outro lado, trazem novas exigências para os trabalhadores, na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades, desempenho e, principalmente, a forma de interação com seus pares e com usuários. Significam (e acarretam), portanto, necessidade de adequações dos processos e condições de trabalho e, sobretudo, aporte de novos conhecimentos, habilidades e métodos de atuação em equipe, configurando-se como grandes desafios ao âmbito da gestão, no sentido dos processos e relações cotidianas.

De outra monta, ao se tratar do acolhimento, há que se reconhecer que em função de se situar no contexto da PNH, guarda, o mesmo, uma relação de aproximação com aquela, no imaginário dos profissionais da ESF.

O acolhimento se apresenta como uma diretriz da PNH e, como tal, em conjunto com a classificação de risco, configura-se como um dispositivo operacional para qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde (BRASIL, 2008b).

Em estudo em que se buscou realizar uma análise crítico-reflexiva da produção bibliográfica do Brasil na área de acolhimento, Mitre, Andrade e Cotta (2012) fazem referência à importância do tema no contexto da APS, concebendo o acolhimento como forma de assegurar não somente acessibilidade, mas, e também, resolubilidade no atendimento às demandas de usuários e de comunidades.

Em um dos trabalhos pioneiros sobre o tema, Franco, Bueno e Merhy (1999) referem que o acolhimento inverte a lógica do serviço para uma perspectiva usuário-centrada, na medida em que se busca garantir universalidade do acesso, direcionar o processo de trabalho para uma atenção multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário, a ser pautada por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O acolhimento, enquanto dispositivo ampliador do acesso, quando associado à capacitação de profissionais “para uma escuta ativa e qualificada das demandas dos usuários, possibilita autonomia, cidadania e corresponsabilização na produção do cuidado em saúde” (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012, p. 2075).

Em Mitre, Andrade e Cotta (2012, p. 2075) há referência à “dificuldade de compreensão, pelos profissionais de saúde, do processo de trabalho no acolhimento”, vinculando este aos trabalhadores de recepção e à sala de espera, caracterizando-o como uma espécie de triagem humanizada e pronto atendimento e associando-o como mais uma tarefa geradora de sobrecarga de trabalho. Referidos autores chamam a atenção para o fato desta percepção implicar em posturas de exclusão, “dificultando a adesão ao projeto terapêutico, ao vínculo e à corresponsabilização”.

O caráter da humanização - nesta incluindo o dispositivo acolhimento – não pode estar atrelado a conceitos vagos, materializados em “atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade; um ‘favor’, portanto, e não um direito à saúde”, e, muito menos, a ganho de “alguma” atenção do gestor (BRASIL, 2004c, p. 6), não se caracterizando, a PNH, portanto, como “um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos tornar concreto” (BRASIL, 2009b, p. 5).

Sem desconsiderar o domínio que muitos profissionais podem ter em relação à temática da humanização e do acolhimento, aventa-se a hipótese de que o desconhecimento, seja ele parcial ou total, da PNH e de sua materialização no cotidiano de trabalho de equipes não faz justificar o elevado percentual de indicações como não necessárias, manifestas pelas EQSFs.

I. Atenção domiciliar

A atenção domiciliar foi objeto de avaliação dos profissionais das EQSFs, tendo sido mencionada como não necessária para a qualificação por cerca de 70% dos mesmos.

O MS, nos primórdios da implantação do ainda PSF, já fazia menção à família como objeto de cuidado, entendendo que a atenção das EQSFs direcionada àquela se constituía numa perspectiva ímpar de ampliação da compreensão e das possibilidades de intervenção sobre o processo saúde-doença, vez que as equipes estariam em contato com a realidade “onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam” (BRASIL, 1997, p. 8).

Em que pesem as diferenças conceituais relativas aos termos tais como atendimento domiciliar, internação domiciliar, visita domiciliar e atenção domiciliar (GALASSI et al., 2014), muitas equipes ao largo de todo o território nacional, mas em grande parte nos municípios pequenos, executam ações orientadas para o atendimento domiciliar, independentemente dos enfoques a que se referem.

Embora seja de reconhecimento os avanços obtidos com a proposição da atenção domiciliar na política de atenção básica, e os ganhos que muitas equipes obtêm, quando adequadamente incorporam esta estratégia, não estariam os profissionais das EQSFs analisadas, em grande parte, associando os preceitos de atenção domiciliar única e exclusivamente à visita domiciliar – efetuada na maioria das vezes pelos ACS e com um caráter mais pedagógico – e, com isso, reduzindo todo o potencial daquela?

Ademais, cabe enfatizar o marcante distanciamento dos profissionais de saúde em relação a este objeto de cuidado, a família, o que vem demandando do sistema formativo, tanto do ponto de vista teórico, quanto prático, abordagens focadas na família, incluindo, neste contexto, o domicílio. Salienta-se, contudo, a importância de se qualificar equipes, para este tipo de cuidado, quando este ainda se apresentar como uma fragilidade no escopo de ações de EQSFs (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011; ROMANHOLI; CYRINO, 2012).

J. Necessidades de qualificação: demandas por categorias profissionais

Ao se proceder à análise das variáveis relacionadas às áreas de qualificação, estratificadas entre médicos e enfermeiros, observou-se, conforme demonstrado na tabela 7.40, que, em percentuais os mais variados, mas todos eles divergindo de forma estatisticamente significativa, houve diferenças no tocante à manifestação destes profissionais – todas elas indicando necessidade superior por parte dos profissionais de enfermagem em relação às manifestações de médicos –, no tocante à necessidade de qualificação nas áreas de saúde da criança, saúde do adolescente, sistema de informação em saúde, educação em saúde, abordagem da comunidade, avaliação e monitoramento em USFs, trabalho em rede, práticas

integrativas e complementares, participação e controle social, urgência e emergência, classificação de risco e trabalho com grupos.

Em relação às áreas de pré-natal e puerpério, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde mental, gestão do cuidado, atenção domiciliar, abordagem familiar, trabalho em equipe, educação permanente, intersetorialidade, vigilância em saúde, humanização e acolhimento, conforme tabela 7.40, cabe frisar que médicos e enfermeiros concordaram em suas avaliações em relação à necessidade ou não necessidade de qualificação.

Muitos dos temas sinalizados como necessários ou não necessários à qualificação, apontados por ambas as categorias profissionais, foram objeto de análises em discussões precedentes. De outro modo, advoga-se a tese de que tais indicações estejam a refletir insuficiências no processo formativo – neste, considerando mais frequentemente a graduação – ou mesmo fortalezas – quando existentes, atribuídas, em geral, à pós-graduação – das equipes e, também, a retratar a realidade com que muitas equipes se deparam no exercício cotidiano de suas práticas, caracterizada pela observância ou inobservância de preceitos obrigatórios/essenciais para atuar na ESF, o que as colocam em estado de suficiência ou de fragilidade na oferta de ações assistenciais e de saúde coletiva (UFRN, 2005; CORDEIRO et al., 2009; LEÃO; CALDEIRA, 2011).

De outra maneira, reconhece-se, em relação a muitas EQSFs, o notável distanciamento quanto à adequada execução de um razoável arsenal de tarefas, como sói acontecer com equipes, por exemplo, que não realizam pré-natal de risco habitual ou que não acompanham, sistematicamente, usuários portadores de sofrimento mental, embora tais cuidados estejam previstos na prática cotidiana das equipes de atenção primária. Agrega-se a isto a carência da oferta/operacionalização de processos de ECO e de EPS observada em muitos municípios e sobre a quais se tecerá considerações à frente (UFRN, 2005; CORDEIRO et al., 2009; BRASIL, 2011b).

Tabela 7.39 - ESF no contexto do PMAQ: necessidades de qualificação apontadas pelos profissionais das EQSFs

Variáveis	Não		Sim	
	N	%	N	%
Pré-natal e puerpério	54	71,1%	22	28,9%
Saúde da Criança	42	55,3%	34	44,7%
Saúde do adolescente	27	35,5%	49	64,5%
Saúde do adulto	61	80,3%	15	19,7%
Saúde do idoso	45	59,2%	31	40,8%
Saúde mental	25	32,9%	51	67,1%
Gestão do cuidado	44	57,9%	32	42,1%
Atenção domiciliar	53	69,7%	23	30,3%
Sistema de informação em saúde	33	43,4%	43	56,6%
Educação em saúde	48	63,2%	28	36,8%
Abordagem familiar	46	60,5%	30	39,5%
Abordagem da comunidade	41	53,9%	35	46,1%
Avaliação e monitoramento em USF	46	60,5%	30	39,5%
Trabalho em equipe	58	76,3%	18	23,7%
Educação permanente	40	52,6%	36	47,4%
Intersetorialidade	46	60,5%	30	39,5%
Trabalho em rede	42	55,3%	34	44,7%
Práticas integrativas e complementares	40	52,6%	36	47,4%
Vigilância em Saúde	49	64,5%	27	35,5%
Participação e controle social	32	42,1%	44	57,9%
Humanização	56	73,7%	20	26,3%
Urgência e Emergência	29	38,2%	47	61,8%
Acolhimento	57	75,0%	19	25,0%
Classificação de risco	32	42,1%	44	57,9%
Trabalho com grupos	52	68,4%	24	31,6%
Não sei informar	72	94,7%	4	5,3%

Ainda que em muitas situações a categoria de enfermagem seja a eleita para os processos de ECO/capacitação, conforme evidenciado em UFRN (2005) e Cordeiro et al. (2009), cabe, com a análise precedente, uma indagação para a razão pela qual se evidenciou um número significativamente mais elevado de manifestações de necessidade de qualificação por parte dos enfermeiros, quando comparado com as dos médicos.

Tabela 7.40 - ESF no contexto do PMAQ: necessidades de qualificação, estratificadas entre médicos e enfermeiros

Variáveis		Profissão					Valor p
		Enfermeiro(a)		Médico(a)		Total	
Saúde da Criança	Não	14	37,8%	28	71,8%	42	0,003
	Sim	23	62,2%	11	28,2%	34	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Saúde do adolescente	Não	4	10,8%	23	59,0%	27	0,000
	Sim	33	89,2%	16	41,0%	49	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Sistema de informação em saúde	Não	11	29,7%	22	56,4%	33	0,023
	Sim	26	70,3%	17	43,6%	43	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Educação em saúde	Não	19	51,4%	29	74,4%	48	0,043
	Sim	18	48,6%	10	25,6%	28	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Abordagem da comunidade	Não	11	29,7%	30	76,9%	41	0,000
	Sim	26	70,3%	9	23,1%	35	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Aval. e monitoramento em USF	Não	15	40,5%	31	79,5%	46	0,000
	Sim	22	59,5%	8	20,5%	30	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Trabalho em rede	Não	17	45,9%	25	64,1%	42	0,095
	Sim	20	54,1%	14	35,9%	34	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Práticas integrativas e complementares	Não	13	35,1%	27	69,2%	40	0,002
	Sim	24	64,9%	12	30,8%	36	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Participação e controle social	Não	8	21,6%	24	61,5%	32	0,000
	Sim	29	78,4%	15	38,5%	44	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Urgência e Emergência	Não	10	27,0%	19	48,7%	29	0,055
	Sim	27	73,0%	20	51,3%	47	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Classificação de risco	Não	9	24,3%	23	59,0%	32	0,001
	Sim	28	75,7%	16	41,0%	44	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Trabalho com grupos	Não	21	56,8%	31	79,5%	52	0,041
	Sim	16	43,2%	8	20,5%	24	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	
Não sei informar	Não	33	89,2%	39	100,0%	72	0,045
	Sim	4	10,8%	0	0,0%	4	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	

Inúmeros são os estudos que abordam as competências/qualificações de profissionais da ESF, majoritariamente quando se referem à enfermagem. Contudo, não se evidenciaram na literatura relacionada à ESF análises que colocassem em discussão a necessidade, ou melhor, a pertinência de qualificação, ao se tratar das categorias médica e de enfermagem.

Algumas respostas para as significativas discordâncias encontradas na pesquisa podem emergir a partir das seguintes indagações: a) qual é o grau de homogeneidade de entendimento em relação às temáticas indicadas? b) em que medida/contextos referidas temáticas se constituem em objetos de atuação/intervenção por parte dos profissionais avaliados? c) de que lugar se fala, a partir do momento em que se indaga pela necessidade de qualificação?

Uma análise mais apurada deixa entrever que, dentre as áreas citadas mais frequentemente pela enfermagem como necessárias à qualificação, percentual significativo corresponde a temáticas clínicas ou com grande aproximação, sentido amplo, com a clínica, tais como: saúde da criança, saúde do adolescente, urgência e emergência, práticas integrativas e complementares e classificação de risco. Aqui se colocam em discussão pelo menos duas hipóteses, não excludentes entre si, para justificar esta manifestação por parte da enfermagem: a) predominância do enfoque biologicista, interpretado pelos enfermeiros em relação aos temas enunciados no questionário – numa comparação vis-à-vis com o conhecimento médico; e, b) a constatação de uma realidade, diante da competência clínica, por parte da enfermagem, traduzida na fragilidade da capacidade para “enfermejar” – que se admite possa estar associada com o processo formativo e com a demanda do mercado de trabalho, direcionados, predominantemente, para a função enfermeira gestora/coordenadora.

De outro modo, constatou-se que em torno de 60% das áreas indicadas pelos enfermeiros como necessárias à qualificação correspondem a temas relacionados à gestão e a processos de trabalho envolvendo conhecimentos técnicos/habilidades para o trabalho com grupos e comunidade. Aqui também algumas hipóteses são aventadas e, da mesma forma que na discussão precedente, não são excludentes. Um primeiro olhar se coloca diante da irrefutável constatação de que funções vinculadas à gestão, ao trabalho com grupos e/ou comunidade têm sido uma constante no cotidiano dos profissionais de enfermagem que, se por um lado,

cumprem com as atribuições demandadas das EQSFs, por outro lado, e em função da sobrecarga de trabalho, acaba por distanciá-los do cumprimento de suas funções assistenciais, em sua plenitude.

De outra parte, a forma como a categoria médica se posiciona ante aquelas competências pode traduzir o desconhecimento/desvalorização das mesmas, de forma a se sentir descompromissada para com tais atribuições e, portanto, manifestar-se confortável com sua não participação nas referidas atividades. Em outra perspectiva, estariam os médicos, a despeito de possível despreparo, impossibilitados de desenvolverem tais competências, subjugados que estão a um regime de trabalho aferido por consultas, de forma que as convocações para capacitações/treinamentos se justifiquem em favor da enfermagem, configurando um círculo vicioso do tipo “não faz, deveria fazer, mas não há como”.

Em função de um processo histórico-social de constituição das diferentes categorias – que se constata, ainda no contexto atual, tanto em relação ao processo formativo como em relação ao campo de prática –, há que se considerarem as relações de poder e de pretensa hierarquia, que acabam por “contaminar” o universo simbólico dos profissionais médicos, incutindo-lhes a falsa convicção de que aquelas competências são de fácil assimilação ou destituídas de valor e, portanto, pouco passíveis de serem apontadas como necessárias ao processo de qualificação.

Há que se admitir a possibilidade de que número significativo de profissionais que compõem as EQSFs analisadas não tenha recebido qualquer tipo de qualificação em relação aos temas aqui apresentados, fazendo julgamentos pouco apropriados em relação à importância do tema no contexto de trabalho da ESF. Por outro lado, reconhece-se, também, que, provavelmente, muitos tenham sido “capacitados”, de diferentes maneiras, em torno dos mais diversos temas – dentre os quais, alguns nesta pesquisa avaliados. Salienta-se, contudo, que a simples transmissão de conteúdos, sejam eles disponibilizados em cursos formais ou em eventos ofertados pelas mais diversas instituições, não garante a assimilação dos mesmos, ou, de outro modo, não assegura a incorporação, de forma qualificada, de competências/ferramentas/dispositivos no contexto de trabalho das equipes.

Reconhece-se, contudo, no contexto de milhares de EQSFs deste país, a existência de profissionais com sólida formação em APS, para os quais, possivelmente, a demanda por qualificação nas áreas mencionadas represente

muito mais apontamentos para um processo de educação continuada do que propriamente fragilidades em seus itinerários formativos.

K. Necessidades de qualificação: gerências e profissionais de equipes

Com o intuito de se comparar as avaliações entre profissionais das EQSFs e coordenações da ESF, em relação às áreas de qualificação, procedeu-se à análise, sendo importante destacar que, no tocante às áreas saúde do adulto, trabalho em equipe, trabalho em rede, humanização, acolhimento e trabalho em grupo, observaram-se manifestações divergentes quanto à necessidade de qualificação, sendo que, para todas as comparações efetuadas nestas áreas, coordenadores da ESF se posicionaram como favoráveis à qualificação em proporção significativamente mais elevada que os profissionais das EQSFs.

Ao considerar a área de urgência e emergência, profissionais de EQSFs se posicionaram indicando necessidade de qualificação em percentual superior, significativamente, às manifestações das coordenações da ESF.

No tocante às áreas relacionadas pelas coordenações da ESF como necessárias à qualificação e que não foram consideradas, de forma expressiva, pelos profissionais das EQSFs, embora já se tenha realizado discussões prévias sobre as mesmas, cabe alguns questionamentos: a) por que citadas áreas foram mencionadas pelas coordenações em percentuais significativamente superiores às citações das equipes? b) por que, em relação à área de urgência e emergência, as citações por necessidade, por parte dos profissionais das EQSFs superaram, de forma significativa, às da coordenação da ESF?

Há que se atentar para o fato de, no contexto atual, ainda, regra geral, gestores tenderem a valorizar o trabalho das equipes, de maneira quase que unânime, numa perspectiva predominantemente orientada para a “produção”. Neste sentido, cumpre reconhecer que a clínica do adulto, por razões já assinaladas previamente, toma lugar de destaque na agenda dos gestores, quando comparada às outras áreas clínicas.

No contexto do processo de trabalho das EQSFs e pelas consequências que advêm, de forma expressiva, da não incorporação, sistemática e eficiente, das

ferramentas relacionadas ao TE, humanização, acolhimento e trabalho com grupos – dentro de uma perspectiva de trabalho da equipe “para dentro” – e da ferramenta trabalho em rede – dentro de uma perspectiva de trabalho da equipe “para fora” –, é de se admitir que tais temas sejam de fundamental importância sob o “olhar” das coordenações da ESF, o que pode explicar os percentuais de indicações destas.

Em outro contexto, em relação à área de urgência e emergência, admitindo-se que esta ainda se encontre, em grande parte dos municípios, sob relativa indefinição – quando se coloca em discussão os papéis da ESF e da rede de urgência fixa no nível secundário (Unidade de Pronto Atendimento) e terciário (Pronto Socorro) –, não é de se surpreender que tanto gestão quanto usuários – pelas razões assinaladas e também em função das carências para a oferta de cuidado neste âmbito de atenção, nas USFs – ainda se sintam confortáveis com os encaminhamentos orientados para aquelas instâncias.

Em relação às áreas pré-natal e puerpério, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde mental, gestão do cuidado, atenção domiciliar, sistema de informação em saúde, educação em saúde, abordagem familiar, abordagem da comunidade, avaliação e monitoramento em USF, EPS, intersetorialidade, trabalho em rede, práticas integrativas e complementares, vigilância em saúde, participação e controle social e classificação de risco as avaliações, quanto a necessidade ou não de qualificação, não diferiram significativamente entre profissionais das EQSFs e coordenadores da ESF, caracterizando, assim, a concordância em termos avaliativos. Reforça-se, desta maneira, para as manifestações dos referidos coordenadores da ESF, as considerações já assinaladas para o conjunto das EQSFs.

L. Necessidades de qualificação: a diversidade dos municípios

Na tabela 7.41 observaram-se as variáveis qualitativas da componente geral, estratificadas por município, sendo importante destacar que, em relação às várias áreas, evidenciaram-se diferenças significativas no tocante a indicações de áreas como necessárias à qualificação dos profissionais, tais como: a) “pré-natal e puerpério”, com predominância no município A, em comparação com B e C; b)

“saúde do idoso”, com predominância no município C, quando comparado ao município D*; c) “avaliação e monitoramento em USF”, com predominância nos municípios A e B, comparados ao C; d) “Intersetorialidade”, predominando no município B, em comparação a C; e) “Práticas integrativas e complementares”, com superioridade para o município B, em relação a D*; f) “Participação e Controle social”, com superioridade nas indicações necessárias por parte do município B, em comparação a A; e, g) “classificação de risco”, com indicação superior no município A, quando comparado a C.

Em relação às demais áreas, não se observou diferença significativa em relação ao comportamento dos municípios quanto à necessidade ou não de qualificação.

M. Necessidades de qualificação: homogeneidade na adesão das equipes

Em relação à análise das variáveis relacionadas às áreas de qualificação da componente geral, estratificadas entre tipos de adesão, importa destacar não terem sido identificadas diferenças significativas na forma como equipes de contratualização e recontratualização se referiram à necessidade ou não de qualificação, em relação aos temas assinalados.

N. Necessidades de qualificação: uma realidade a enfrentar

Nesta subseção buscou-se analisar e colocar em discussão as significativas demandas por qualificação manifestas pelos profissionais das equipes e das coordenações da ESF, além dos estratos por municípios e tipos de adesão. Tomou-se como referência para análises e discussões áreas que tiveram o maior percentual de indicações como necessárias ou não necessárias para a qualificação das equipes, segundo o referencial dos profissionais. Ainda que o universo das avaliações – captadas no EL – se referisse a um conjunto muito maior, as análises realizadas nesta subseção permitiram abranger e tomar como referência um conjunto de temáticas referentes à gestão, gestão do cuidado e ao cuidado, no

contexto da ESF, de modo que a condução do processo analítico pudesse ser orientada em direção aos preceitos e referenciais de discussão que também fossem válidos para os demais temas indicados ou não pelos grupos.

Tabela 7.41 - ESF no contexto do PMAQ: necessidades de qualificação, apontadas pelos profissionais das EQSFs, estratificadas entre municípios

Variáveis		Municípios								Total	Valor P
		A		B		C		D*			
Pré-natal e puerpério	Não	11	52%	16	80%	17	100%	10	53%	54	0,001
	Sim	10	48%	4	20%	0	0%	8	42%	22	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Saúde do idoso	Não	14	67%	11	55%	6	35%	14	74%	45	0,065
	Sim	7	33%	9	45%	11	65%	4	21%	31	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Sistema de informação em saúde	Não	7	33%	9	45%	5	29%	12	63%	33	0,101
	Sim	14	67%	11	55%	12	71%	6	32%	43	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Aval. e monitor. em U.S. da Família	Não	10	48%	8	40%	14	82%	14	74%	46	0,014
	Sim	11	52%	12	60%	3	18%	4	21%	30	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Trabalho em equipe	Não	16	76%	18	90%	10	59%	14	74%	58	0,187
	Sim	5	24%	2	10%	7	41%	4	21%	18	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Intersetorialidade	Não	13	62%	8	40%	14	82%	11	58%	46	0,074
	Sim	8	38%	12	60%	3	18%	7	37%	30	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Práticas integrativas e complementares	Não	9	43%	7	35%	11	65%	13	68%	40	0,069
	Sim	12	57%	13	65%	6	35%	5	26%	36	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Participação e controle social	Não	12	57%	4	20%	9	53%	7	37%	32	0,075
	Sim	9	43%	16	80%	8	47%	11	58%	44	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Classificação de risco	Não	4	19%	9	45%	10	59%	9	47%	32	0,064
	Sim	17	81%	11	55%	7	41%	9	47%	44	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-

Este levantamento, ao apontar as avaliações, em relação às necessidades de qualificação em áreas estratégicas para a consecução do trabalho das EQSFs, permite que se reflita sobre posicionamentos dos profissionais das EQSFs e das

gerências da ESF em relação às supostas ou identificadas fragilidades relacionadas às diversas áreas de competência das equipes.

Tabela 7.42 - ESF no contexto do PMAQ: necessidades de qualificação, comparadas entre coordenadores da ESF e profissionais das EQSFs

Variáveis		Coordenador					Valor p
		Não		Sim		Total	
Saúde do adulto	Não	58	80,6%	3	50,0%	61	0,062
	Sim	14	19,4%	3	50,0%	17	
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78	-
Trabalho em equipe	Não	56	77,8%	2	33,3%	58	0,014
	Sim	16	22,2%	4	66,7%	20	
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78	-
Trabalho em rede	Não	42	58,3%	2	33,3%	44	0,161
	Sim	30	41,7%	4	66,7%	34	
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78	-
Humanização	Não	54	75,0%	2	33,3%	56	0,097
	Sim	18	25,0%	4	66,7%	22	
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78	-
Urgência e Emergência	Não	28	38,9%	5	83,3%	33	0,044
	Sim	44	61,1%	1	16,7%	45	
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78	-
Acolhimento	Não	54	75,0%	2	33,3%	56	0,046
	Sim	18	25,0%	4	66,7%	22	
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78	-
Trabalho com grupos	Não	50	69,4%	1	16,7%	51	0,006
	Sim	22	30,6%	5	83,3%	27	
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78	-

Ao concluir esta subseção, cabe frisar a não constatação, na literatura pertinente, de estudos sobre autoavaliação de profissionais de EQSFs e de gerentes da ESF que abordem temas envolvendo qualificação, principalmente se considerados, tais estudos, no contexto do PMAQ.

7.5.5.2 Componente geral: formação, implantação de programas, educação continuada, qualificação para o PMAQ, educação permanente, monitoramento de indicadores, sistema de informação, apoio institucional e fragilidades da equipe

Nesta subseção, serão analisadas avaliações sobre temas considerados fundantes e/ou estratégicos para o trabalho das equipes, de forma que se possa, com as interpretações feitas, buscar uma aproximação sobre qualificação/competência/valoração/relevância, isolada ou associadamente, em relação às temáticas avaliadas pelos profissionais e, assim, se ajuizar sobre a significância das mesmas, nos apontamentos indicados pelos profissionais das EQSFs e coordenações da ESF, na amostra em estudo.

A. Preparação na graduação e pós-graduação

Conforme se atesta na tabela 7.43, destaca-se que 90% e 82% dos profissionais classificaram como bastante ou razoavelmente satisfatório o grau de preparação pessoal obtido na graduação e na PG, respectivamente, para atuar ante necessidades demandadas pelo trabalho em equipe de saúde da família.

Quando estratificadas entre enfermeiros e médicos, referidas variáveis revelaram, conforme atesta tabela 7.44, que: a) houve uma tendência de os médicos estarem mais satisfeitos com o seu grau de preparação na graduação, quando comparado com os enfermeiros, sendo esta significativa (valor- $p < 0,10$). Como exemplo, pôde se verificar que 48,7% dos médicos afirmaram ter sido bastante satisfatório o grau de preparação, obtido na graduação, para atuar na ESF, enquanto apenas 16,2% dos enfermeiros afirmaram o mesmo; b) houve uma tendência de os médicos estarem mais satisfeitos com o grau de preparação, obtido na pós-graduação, para atuar na ESF, quando comparado com os enfermeiros, sendo esta tendência significativa (valor- $p < 0,10$). Pôde se verificar que 52,4% dos médicos afirmaram ter sido bastante satisfatório o grau de preparação, obtido na

PG, para atuar na ESF, enquanto apenas 17,4% dos enfermeiros afirmaram o mesmo.

Em relação ao “grau de preparação na graduação...” e “grau de preparação na PG...”, coordenações da ESF e profissionais das EQSFs apresentaram-se em concordância na forma como avaliaram. Em outras palavras, tiveram aquelas o mesmo comportamento avaliativo dos profissionais das EQSFs, em relação às variáveis assinaladas.

Conclui-se que graduação e PG foram consideradas bastante ou razoavelmente satisfatórias no preparo para atuar na ESF, tanto por parte de profissionais das EQSFs quanto das coordenações da ESF, embora, no conjunto dos profissionais das equipes, médicos tenham considerado, em maior proporção que enfermeiros, seus processos formativos satisfatórios.

Do exposto, emergem algumas indagações: a) em que medida médicos e enfermeiros, no país, estão, de fato, graduando-se adequadamente para o exercício da ABS? b) o que faz com que o grau de satisfação, para com a graduação e pós-graduação, em relação ao preparo para atuação na APS, seja maior entre médicos que enfermeiros? c) em que referencial cada categoria profissional se apoia para se autoavaliar?

A qualidade e adequação dos aspectos formativos e pós-formativos são fundamentais, se não determinantes, na trajetória e no desempenho de qualquer profissional. Por ocasião da discussão sobre a componente perfil abordou-se aspectos referentes à formação, em nível de pós-graduação – especialização, mestrado e doutorado – dos profissionais, na amostra em estudo. Neste tópico, colocam-se em análise avaliações sobre o grau de satisfação dos profissionais de EQSFs para atuação na ESF, tomando como referências a graduação e, em relação aos que a realizaram, a PG.

Piancastelli (2001) faz referência às transformações nos campos político, econômico, social e ético, com suas repercussões sobre os sistemas de saúde em nível global – inclusive o brasileiro –, ao tratar das implicações e desafios a serem enfrentados na formação dos profissionais de saúde, no contexto do SUS/APS/ESF.

Tabela 7.43 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação, pelos profissionais, sobre formação, programas, qualificação para PMAQ, ECO, monitoramento de indicadores e AI

Variáveis		N	%
Grau de preparação na graduação...	Insatisfatório	2	2,6%
	Pouco satisfatório	8	10,5%
	Razoavelmente satisfatório	41	53,9%
	Bastante satisfatório	25	32,9%
	Total	76	100,0%
Grau de preparação na pós-graduação...	Insatisfatório	1	2,3%
	Pouco satisfatório	7	15,9%
	Razoavelmente satisfatório	21	47,7%
	Bastante satisfatório	15	34,1%
	Total	44	100,0%
Implantação do SISAB	Não sei informar	16	21,1%
	Não implantado ou implantado de forma incipiente	13	17,1%
	Implantado parcialmente	35	46,1%
	Implantado totalmente	12	15,8%
	Total	76	100,0%
Implantação do PSE	Não sei informar	12	15,8%
	Não implantado ou implantado de forma incipiente	28	36,8%
	Implantado em parte do território	20	26,3%
	Implantado na totalidade do território	16	21,1%
	Total	76	100,0%
Implantação do Programa Rede Cegonha	Não sei informar	25	32,9%
	Não implantado ou implantado de forma incipiente	28	36,8%
	Implantado parcialmente	11	14,5%
	Implantado totalmente	12	15,8%
	Total	76	100,0%
Implantação do Programa de Controle de Tabagismo	Não sei informar	12	15,8%
	Não implantado ou implantado de forma incipiente	41	53,9%
	Implantado parcialmente	13	17,1%
	Implantado totalmente	10	13,2%
	Total	76	100,0%
Processo de qualificação para desenvolvimento do PMAQ	Não tive qualificação ou a tive de forma incipiente	20	26,3%
	Tive qualificação parcial	27	35,5%
	Tive qualificação satisfatória	29	38,2%
	Total	76	100,0%
Processo de educação continuada...	Venho obtendo qualificação, de forma satisfatória	39	51,3%
	Venho obtendo qualificação, de forma insatisfatória	23	30,3%
	Não venho obtendo qualificação	14	18,4%
	Total	76	100,0%
Processo de monitoramento de indicadores para o PMAQ	Vimos realizando, de forma satisfatória	39	51,3%
	Vimos realizando, de forma insatisfatória	21	27,6%
	Não vimos realizando	5	6,6%
	Não sei informar	11	14,5%
	Total	76	100,0%
Solicitação por apoio institucional	Temos feito demanda regularmente	14	18,4%
	Temos feito demanda ocasionalmente	32	42,1%
	Não temos feito demanda	7	9,2%
	Não sei informar	23	30,3%
	Total	76	100,0%

Neste contexto de mudanças, cabe assinalar que nas últimas recentes décadas têm sido inúmeros os avanços obtidos em relação à formação de profissionais de saúde, no Brasil, sobretudo nas áreas médica e de enfermagem. Justificam-se os mesmos em função: da trajetória destes cursos, no país; do protagonismo por parte das associações representativas de ensino/educação nas citadas áreas; e dos inúmeros movimentos em que ditas áreas, em prol de uma formação mais comprometida com os ideais técnicos, éticos e políticos do SUS, têm se engajado.

Frutos de todos estes movimentos são atestados, nos dias atuais, pelos avanços em relação a projetos pedagógicos inovadores, a atividades de extensão comprometidas com os anseios da comunidade, a pesquisas relevantes e a programas de cooperação visando à integração ensino-serviço-comunidade, no âmbito da atenção primária.

A despeito de todos estes avanços, cabe reconhecer a enorme dívida que o aparato acadêmico tem para com a população brasileira no sentido de ofertar à sociedade, em quantidade e qualidade suficientes, profissionais que estejam aptos a atuar, com proficiência, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde, particularmente naqueles nos quais as demandas são mais expressivas e fragilidades no processo formativo mais evidentes: a ABS/APS.

Como forma de possibilitar este resgate, importa assinalar que inúmeras iniciativas governamentais (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2008c), envolvendo Ministérios da Saúde e/ou da Educação, ao longo dos últimos anos, têm sido apresentadas às instituições formadoras, com o propósito de se adequar o perfil profissional do graduando às necessidades de saúde da população. Citam-se, a título de exemplos, o Programa de Incentivo às mudanças curriculares nos cursos de graduação (PROMED), o Programa de educação pelo trabalho (PET-Saúde), o Programa nacional de reorientação profissional em saúde (PRÓ-SAÚDE), além das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

Não bastasse a diversidade e quantidade de experiências e de inserção de acadêmicos e docentes nos citados programas, questiona-se até que ponto mencionadas experiências conseguem abarcar contingente significativo de acadêmicos e, o fazendo, em que percentual estes, ao egressarem, estariam

atuando como profissionais na APS, embora se reconheça a importância e riqueza das referidas experiências para a formação dos graduandos da área de saúde.

Em face da proposição de se assumir o PSF como estratégia de reorientação do modelo de saúde e de consolidação do SUS, Piancastelli (2001, p. 134) faz referência à necessidade de se “desencadear profundas mudanças de ordem conceitual, metodológica e operacional na prática dos profissionais envolvidos” com o setor saúde, de forma a se imprimir nova lógica aos papéis sociais, profissionais e organizativos do processo de trabalho.

No bojo dos sistemas de saúde, cumpre enfatizar que a APS/ABS vem sendo reconhecida como nível de intervenção envolvendo manejo de arsenal tecnológico de baixa densidade, porém de alta complexidade, com incorporação de saberes multidisciplinares, não restrito ao controle de danos, mas incorporando as dimensões de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde (BRASIL, 1994; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Ao invocarem a Constituição Federal, Campos et al. (2001) fazem menção ao papel do SUS como ordenador de recursos humanos. Em atenção a este mandato constitucional, propõem caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica, na perspectiva da integralidade.

Silva, Souza e Freitas (2011, p. 320), em artigo em que discutem sobre a interface entre diretrizes curriculares e os conteúdos da atenção básica, chamam a atenção para o desafio que está posto pela PNAB ao processo de formação dos profissionais que estarão atuando na APS. De forma enfática asseveram que “os currículos das Universidades são o reflexo da formação dos profissionais que estarão atuando para a consolidação [ou não] do Sistema Único de Saúde – SUS – no Brasil”.

Exemplos neste sentido são apontados por estudos relacionados ao processo de formação em enfermagem, os quais têm chamado a atenção para a importância de projetos curriculares que possibilitem, aos egressos, competências básicas que lhes assegurem o exercício na APS (SANTOS et al., 1998; MONTENEGRO; BRITO, 2011; SILVA; SOUZA; FREITAS, 2011; CUBAS, 2011).

Teixeira et al. (2006, p. 486), respaldados pelos resultados do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) na área de enfermagem, alertam,

em artigo orientado para análise da trajetória e tendências dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil, que os egressos “necessitam de competências mais amplas para agir em prol da sustentação de um modelo de atenção à saúde com qualidade e assentado na integralidade, universalidade, intersetorialidade e controle social”.

Ao tratar da educação médica, cabe salientar que são abundantes, na literatura especializada, estudos que destacam a importância da ABS na formação do médico, com destaques para o papel da docência, do corpo discente e, também, do serviço (CAMPOS, 2001; FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007; FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010; ALMEIDA et al., 2012).

Campos e Belisário (2001, p. 141), ao discutirem os desafios para a formação profissional médica, no contexto do PSF, expressam, de forma contundente, que

[...] um dos principais óbices à consecução dos relevantes objetivos de se reestruturar o modelo assistencial, com o privilégio de uma atenção básica resolutiva e oportuna, é a formação médica. Os profissionais disponíveis são ainda preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no hospital. São, portanto, incapazes de transcender o espaço do consultório médico e propor diagnóstico e intervenções sobre o coletivo, numa abordagem integralizadora, sem a qual dificilmente se lograrão avanços significativos.

Gonçalves et al. (2009) analisaram aspectos relacionados à formação acadêmica de médicos que atuavam no PSF de município do interior do Estado de São Paulo, tendo feito destaque para o fato dos profissionais sinalizarem não terem recebido qualquer forma de estímulo e capacitação para atuarem na APS, traduzido, isto, em falta de experiência, na graduação, com práticas longitudinais na rede de serviços, de forma a possibilitar-lhes uma visão mais abrangente em relação ao cuidado em saúde.

Como forma de se adequar às demandas sinalizadas em relação à APS, Demarzo et al. (2011) fazem referência ao trabalho construído, em conjunto, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Associação Brasileira de Educação Médica o qual resultou na publicação de diretrizes para o ensino de APS na graduação médica. Na referida publicação, os autores fazem destaque em relação às contribuições essenciais que mencionadas diretrizes dariam ao processo formativo dos graduandos e ressaltam a importância de que a APS seja assumida

como eixo que tenha um caráter longitudinal ao longo do curso, em cenários de aprendizagem e contextos de trabalho reais.

Torna-se necessário, portanto, na lida com currículos da área de saúde, mais que criar disciplinas ou cursos de extensão relacionados à ESF, APS e/ou MFC. É preciso alargar este horizonte para todo o currículo – desde, inclusive, o ainda presente ciclo básico –, de forma que concepções sobre complexidade, interdisciplinaridade, abordagem sistêmica de família e comunidade, integralidade, intersectorialidade, inteligência coletiva e outros temas possam ser alinhados e operacionalizados no cotidiano dos cursos, como referenciais teóricos importantes e como ações apoiadas em práticas cotidianas junto aos serviços.

Grande absorvedor de mão de obra, dentro da força de trabalho lançada no mercado, a cada ano, no país, é o sistema público de saúde, o SUS, e, nele, a AB/ESF. Neste contexto, então, duas questões podem ser colocadas em discussão: a) como atuam e se sentem (des)preparados os egressos de cursos que não lhes possibilitam uma formação básica para atuar, com proficiência, na ABS/ESF, e que, após se graduarem, ingressam no mercado de trabalho neste nível de atenção? b) em que medida os graduados que concluem CESFs, RMSFs, RMFCs têm, nos mesmos, a garantia assegurada de que estarão qualificados para desempenharem, a contento, suas atividades na ABS/ESF, superando, assim, possíveis fragilidades em seus processos formativos pretéritos.

Frente aos cenários em que se efetivam os processos formativos na graduação e pós-graduação das áreas médica e de enfermagem e considerando o ingresso de expressivo contingente de profissionais no mercado de trabalho, torna-se bastante compreensivo reconhecer as demandas feitas/apontadas pelos sujeitos, na amostra em estudo, em relação à qualificação para a APS/ABS.

De outro modo, como justificar a avaliação positiva, mais expressiva, por parte de médicos em relação à dos enfermeiros? Justificativa, é possível, possa se apoiar no fato de que médicos, dentro de uma compreensão centrada essencialmente no modelo curativista e focado no indivíduo, tendem a considerar sua preparação para inserção na ESF como adequada, partindo destes referenciais, sem conhecer as atribuições que lhe são destinadas em documentos oficiais. De outro modo, enfermeiros, ainda que reconheçam com moderado grau de satisfação seus aspectos formativos, talvez o façam com menor evidência em função dos

desafios, a serem superados, no trabalho em APS/ABS, e reconhecidos como não atendidos em nível de graduação ou pós-graduação.

Tabela 7.44 - ESF no contexto do PMAQ: avaliações sobre formação, implantação de programas e solicitação de apoio institucional, estratificada entre médicos e enfermeiros das EQSFs

Variáveis		Profissão					Valor p
		Enfermeiro(a)		Médico(a)		Total	
Grau de preparação na graduação...	Insatisfatório	2	5,4%	0	0,0%	2	0,008
	Pouco satisfatório	6	16,2%	2	5,1%	8	
	Razoavelmente satisfatório	23	62,2%	18	46,2%	41	
	Bastante satisfatório	6	16,2%	19	48,7%	25	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-
Grau de preparação na pós-graduação...	Insatisfatório	1	4,3%	0	0,0%	1	0,083
	Pouco satisfatório	4	17,4%	3	14,3%	7	
	Razoavelmente satisfatório	14	60,9%	7	33,3%	21	
	Bastante satisfatório	4	17,4%	11	52,4%	15	
	Total	23	100,0%	21	100,0%	44	-
Implantação do SISAB	Não sei informar	4	10,8%	12	30,8%	16	0,025
	Não implantado ou ...	8	21,6%	5	12,8%	13	
	Implantado parcialmente	22	59,5%	13	33,3%	35	
	Implantado totalmente	3	8,1%	9	23,1%	12	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-
Implantação do PSE	Não sei informar	1	2,7%	11	28,2%	12	0,002
	Não implantado ou ...	17	45,9%	11	28,2%	28	
	Implantado em parte do território	8	21,6%	12	30,8%	20	
	Implantado na totalidade do território	11	29,7%	5	12,8%	16	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-
Implantação do Programa Rede Cegonha	Não sei informar	5	13,5%	20	51,3%	25	0,002
	Não implantado ou ...	16	43,2%	12	30,8%	28	
	Implantado parcialmente	9	24,3%	2	5,1%	11	
	Implantado totalmente	7	18,9%	5	12,8%	12	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-
Solicitação por apoio institucional...	Temos feito demanda regularmente	6	16,2%	8	20,5%	14	0,063
	Temos feito demanda ocasionalmente	18	48,6%	14	35,9%	32	
	Não temos feito demanda	6	16,2%	1	2,6%	7	
	Não sei informar	7	18,9%	16	41,0%	23	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-

Quando se avalia o grau de satisfação em relação ao preparo obtido na pós-graduação, para atuar na APS, importante enfatizar que grande parte dos profissionais, na amostra em estudo, talvez estivesse se referindo aos CESFs, haja vista o pequeno contingente de enfermeiros e médicos qualificados mediante RMSF

ou RMFC. Profissionais médicos, de outro modo, ainda tomam como referencial de avaliação suas residências em áreas médicas as mais diversas, justificando, assim, suas avaliações, conforme se discutiu anteriormente.

B. Programas estratégicos

São apresentados dados, análises e discussões referentes aos três programas contemplados na investigação: Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Rede Cegonha (PRC) e Programa de Controle do Tabagismo (PCT).

B.1 Programa Saúde na Escola

Santiago et al. (2012) chamam a atenção para o caráter centralizador das ações de saúde, voltadas para a atenção hospitalar e ambulatorial, em detrimento de ações desenvolvidas no contexto comunitário. Explicitam, desta maneira, que a APS tem como um de seus princípios a articulação com a comunidade, situando-se, neste contexto, as escolas.

Com o propósito de dar concretude a esta integração, o governo federal, mediante Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, instituiu, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o PSE, afirmando sua condição estratégica para integração das políticas e ações de educação e saúde, mediante o trabalho de equipes de saúde da família e da educação básica, de forma a

[...] contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, [...] de forma a promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação (BRASIL, 2007).

Destaca-se, assim, a singularidade do PSE como política intersetorial, com abrangência sobre a educação infantil, o ensino fundamental e médio, a educação profissional e tecnológica e a educação de jovens e adultos, de forma a envolver os

entes federados em seus três níveis de governo, com atuação destacada por parte dos municípios (FERREIRA et al., 2014).

Como forma de ampliar o espectro de ação do PSE, e considerando a capilaridade da ESF, o MS, mediante Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, passa a redefinir, para os municípios, regras e critérios de adesão, explicitando o incentivo financeiro e possibilitando que todas as equipes de saúde da atenção básica possam vincular-se ao programa, mediante termo de compromisso assumido pelos gestores municipais de saúde e educação. Referido documento explicita, também, a definição de competências, em relação ao programa, das três instâncias de gestão. Além disto, mencionada portaria instrui sobre o registro de informações no Sistema de Informação do SUS da Atenção Básica (e-SUS AB) e faz referência ao processo de monitoramento. Cabe salientar que na referida portaria há menção de que equipes que manifestassem adesão ao PMAQ participariam em conformidade com o disciplinado nos processos de monitoramento, autoavaliação, apoio institucional e avaliação externa (BRASIL, 2013a).

Na pesquisa efetivada, cerca de 80% dos profissionais das EQSFs, ao se fazer referência à implantação do PSE, informaram que o programa era de desconhecimento por parte deles, não foi implantando ou o foi de forma incipiente ou parcial, conforme demonstrado na tabela 7.43.

De acordo com a tabela 7.44, constatou-se, também, diferença significativa (valor- $p < 0,10$) entre respostas de médicos e enfermeiros, no que tange ao PSE, destacando o fato de 29,7% dos enfermeiros afirmarem que o PSE foi implantado na totalidade do território, enquanto apenas 12,8% dos médicos manifestaram o mesmo. De outro modo, quase 30% dos médicos informaram desconhecer o programa.

Em relação ao estrato por tipo de adesão, não se identificou diferenças significativas.

Quando estratificado por municípios, observou-se uma maior proporção de indivíduos do município D* e também de A que afirmou ter sido o PSE implantado na totalidade ou em parte e uma maior proporção de indivíduos de B que afirmou não ter sido implantado ou implantado de forma incipiente, sendo esta diferença, na distribuição, significativa (valor- $p < 0,10$), conforme evidenciado na tabela 7.45.

B.2 Programa Rede Cegonha

O Brasil se configura como um país em que a mortalidade materna ainda se encontra distante das metas estabelecidas pelas agências internacionais e pelo próprio MS, o mesmo se podendo afirmar em relação à mortalidade neonatal precoce – cuja correlação com a atenção ao parto e, também, com a assistência pré-natal são de extrema importância –, em que pese os avanços alcançados em relação às políticas públicas de saúde, particularmente em relação a outros indicadores de mortalidade infantil (TEIXEIRA, 2012; BRASIL, 2014c; BRASIL, 2014b).

Tendo em conta este cenário e os ainda considerados elevados indicadores de mortalidade infantil no Brasil – com suas enormes diferenças regionais –, principalmente quando comparados aos países mais desenvolvidos, o MS passou a considerar a necessidade de se adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção ao pré-natal, parto, puerpério e à saúde da criança. Para tanto, mediante Portaria, em 2011, instituiu a Rede Cegonha, no âmbito do SUS, concebendo-a como uma rede de cuidados que pudesse assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, à gravidez, ao parto e ao puerpério e, à criança, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c).

Para tanto, no sentido de viabilizar a operacionalização da Rede Cegonha, o MS instituiu um processo que envolveu as etapas de: a) adesão e diagnóstico; b) desenho regional da Rede; c) contratualização dos pontos de atenção; e, d) qualificação dos componentes. Como explicitado na referida portaria, coube aos gestores municipais a tarefa de demonstração de interesse em relação aos processos de contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha, no território municipal (BRASIL, 2011c).

Neste sentido, a Rede Cegonha incumbiu-se de possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, com especificação da responsabilidade dos diversos níveis de atenção em relação às ações a serem desenvolvidas e clara manifestação em

relação ao papel a ser desempenhado pela ABS, no tocante às ações envolvendo pré-natal, puerpério e saúde da criança (BRASIL, 2011c).

Com o propósito de analisar as avaliações dos profissionais das EQSFs estudadas, em relação ao estágio de implantação do PRC no território de abrangência, constatou-se que 15,8% dos profissionais referiram ao processo de implantação do PRC, por parte da equipe, como concluído. Em torno de 84% desconheciam o programa, afirmaram que o mesmo foi implantado de forma incipiente ou apenas parcialmente.

Evidenciou-se diferença significativa (valor- $p < 0,10$) entre as avaliações de médicos e enfermeiros no que tange ao PRC, sendo constatado pelo fato de 43,2% dos enfermeiros afirmarem que o mesmo foi implantado totalmente ou parcialmente no território, enquanto apenas 17,9% dos médicos disseram o mesmo. De outro modo, conforme evidenciado na tabela 7.44, 51,3% dos médicos afirmaram não saber informar sobre implantação do PRC no território, enquanto 13,5% dos enfermeiros relataram o mesmo. Estratificação, conforme o tipo de adesão, não revelou diferença significativa entre os grupos.

Com relação à implantação do PRC, observou-se maior proporção de indivíduos do município D* que afirmaram ter sido o mesmo implantado totalmente, e uma maior proporção de indivíduos de B que afirmaram não ter sido implantado ou implantado de forma incipiente, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$), conforme observado na tabela 7.45.

Uma vez mais, constatou-se, a partir dos dados obtidos, elevado percentual de profissionais das EQSFs que se referiram a um programa estratégico como sendo de desconhecimento da equipe ou tendo sido implantado de forma incipiente. Ressalta-se, também, o elevado grau de desconhecimento, por parte dos médicos, em relação à referida política.

Outro aspecto a ser mencionado é o que refere ao fato de não ter sido identificado percentual maior de conhecimento/implantação do PRC nas equipes em regime de recontratualização, considerando sua experiência com o ciclo anterior do PMAQ.

De outro modo, cabe acrescentar a estas considerações a suposta isenção de responsabilidade diante do papel a ser desempenhado, tanto pela coordenação da ESF quanto pela gestão municipal de saúde, no tocante à contratualização para com

a Rede Cegonha, ainda que o fosse em relação às ações dirigidas exclusivamente para a atenção básica.

Ainda que se preveja uma série de ações dentro dos diversos componentes da Rede Cegonha, certamente o pré-natal de risco habitual e o puerpério se configuram como elementos centrais no contexto da ESF. Nestes termos, cumpre assinalar a ainda insuficiente atenção dedicada ao pré-natal na atenção básica, como afirmam Martinelli et al. (2014), em estudo em que se propuseram a analisar, de acordo com critérios dos Programas Rede Cegonha e de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a adequação do processo de assistência pré-natal na rede de saúde de uma microrregião do Estado do Espírito Santo.

De outra monta, ainda se considera necessário avançar em relação à atenção à criança, em ações de atenção primária, como enfatizam Sales et al. (2013), que, em estudo realizado com EQSFs em Maceió, Alagoas, observaram um padrão de atenção à criança ainda muito básico, focado em ações elementares, embora estas sejam reconhecidas como importantes.

Considerando o exposto, ainda que se reconheçam os avanços obtidos com o trabalho de EQSFs voltados para a atenção à saúde reprodutiva e das crianças, cumpre ressaltar que a Rede Cegonha, diante das possibilidades de financiamento, de articulação da rede e de oferta de propedêuticas e insumos adicionais, possibilitou aos municípios que manifestaram interesse, e suas respectivas equipes, um ganho significativo no sentido de melhoria do acesso, da gestão e do cuidado em relação à gestante e à criança. Enfatiza-se, neste sentido, que municípios/equipes que não efetivaram adesão, que desconheciam ou implantaram incipientemente este programa poderiam ter avançado em relação a oferta destes cuidados, de forma mais qualificada, ainda que se tenha conhecimento, em relação a vários dos municípios estudados, de uma realidade que não contempla a atenção ao pré-natal na USFs, por razões as mais diversas.

B.3 Programa de Controle do Tabagismo

Com o objetivo de investigar o processo de implantação do PCT, por parte das EQSFs, observou-se que 13,2% dos profissionais referiram-se ao programa

como tendo sido concluído. Aproximadamente 87% desconheciam o programa, afirmaram que o mesmo foi implantado de forma incipiente ou apenas parcialmente, conforme se evidencia na tabela 7.43. Em relação ao PCT, não se observaram discordâncias significativas nas avaliações de enfermeiros e médicos, o mesmo se evidenciando quando se procedeu à estratificação pelo tipo de adesão.

No tocante à Implantação do PCT, identificou-se uma maior proporção de indivíduos do município D* que afirmaram ter sido implantado totalmente e uma maior proporção de indivíduos de A que afirmaram não ter sido implantado ou implantado de forma incipiente, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$), conforme apresentado em tabela 7.45.

O tabagismo é reconhecido como uma condição crônica, decorrente da dependência à nicotina, e se comporta como fator de risco para um grande número de doenças graves. No Brasil, o tabagismo tem uma prevalência em torno de 15% na população acima de 15 anos. Refere-se à condição cujo tratamento apresenta bom custo-efetividade, principalmente quando se consideram as doenças crônicas dela decorrentes, como salientado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) – órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer –, que coordena, desde 1989, as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no Brasil (CAVALCANTE, 2005; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

Diante da grande demanda por tratamento e em face da impossibilidade de atendê-la eficazmente, o PNCT foi descentralizado para todos os pontos de atenção, mediante parcerias com as secretarias estaduais e municipais, mas, de modo prioritário, para as UBSs, em função de seu alto grau de descentralização e capilaridade (GOMES, 2009; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

A partir de 2013, conforme orientações emanadas do MS, a adesão ao PNCT, no âmbito municipal, para a atenção básica, passou a se dar por meio de adesão ao PMAQ – manifesta por interesse do gestor –, como primeira etapa para expansão e universalização do programa. Este processo, mediante contratualização, implica em definição de parâmetros de cobertura, aquisição de medicamentos – baseada numa programação nacional realizada de maneira ascendente e descentralizada – e oferta de capacitação. Desta forma, municípios e equipes de atenção básica passaram a

assumir o compromisso de organização e implantação das ações para o cuidado da pessoa tabagista (BRASIL, 2013c).

Uma vez cadastrada no PNCT, cumpre às EQSFs, dentre outras, as funções de ofertar assistência, acompanhamento e dispensação da medicação, além da realização de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção do tabagismo, de forma intersetorial e com a participação popular (BRASIL, 2013b).

O MS definiu, também, que Estados – na função de apoio – e municípios teriam como atribuição o processo de capacitação dos profissionais. De outro modo, o PNCT/INCA e o DAB/MS se comprometeram a incorporar conteúdo, orientado para o coordenador, ao Caderno de Atenção Básica - Tabagismo (BRASIL, 2013c).

Do exposto, depreende-se que, no tocante ao PCT, os achados da pesquisa, ora apresentada, revelam um processo de implantação ainda frágil, como atesta Carvalho (2009), que apontou insuficiências relacionadas à oferta do tratamento do tabagismo no SUS, decorrentes de dificuldades de gestão da estratégia no âmbito das três esferas de governo. Ainda que suas considerações tenham sido feitas em um período que antecedeu à Portaria nº 571/2013, muitas de suas ponderações ainda guardam consistência, ao apontar que a PNCT não tem se constituído em prioridade para gestores, revelando baixa adesão por parte de profissionais de saúde.

Em relação aos programas nesta subseção analisados, cabe salientar que são considerados estratégicos pelo MS, haja vista suas instituições, mediante portarias, como políticas nacionais, como é o caso do PRC e do PCT. Adicionalmente, cumpre esclarecer que o PSE é mencionado de forma explícita nos documentos do PMAQ relativos à autoavaliação e à avaliação externa. PRC e PCT, ainda que não sejam nomeados como tais nos referidos documentos do PMAQ, são contemplados como padrões de qualidade, mediante um leque de ações para as quais pressupõe-se planejamento por parte das equipes – a exemplo do PCT, que demanda qualificação específica dos profissionais (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2012d).

Ainda que se tenha identificado algumas diferenças significativas entre municípios, no que concerne ao processo de implantação dos referidos programas – o que poderia estar refletindo o grau de articulação da gestão em relação à adesão/incorporação dos mesmos –, evidenciou-se expressivo contingente de

equipes que desconheciam os PSE, PRC e PCT, ou mesmo se referiam a eles como não tendo sido implantado, implantado parcialmente ou com implantação incipiente.

Tabela 7.45 - ESF no contexto do PMAQ: avaliações sobre implantação de programas, qualificação para PMAQ, educação continuada, monitoramento de indicadores e apoio institucional, estratificadas entre municípios

Variáveis		Municípios								Total	Valor P
		A		B		C		D*			
Implantação do SISAB	Não sei informar	6	29%	5	25%	3	18%	2	11%	16	0,083
	Não implantado ou ...	2	10%	7	35%	2	12%	2	11%	13	
	Implantado parcialmente	12	57%	6	30%	10	59%	7	37%	35	
	Implantado totalmente	1	5%	2	10%	2	12%	7	37%	12	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Implantação do PSE	Não sei informar	3	14%	1	5%	6	35%	2	11%	12	0,008
	Não implantado ou ...	3	14%	13	65%	7	41%	5	26%	28	
	Implantado em parte ...	9	43%	4	20%	3	18%	4	21%	20	
	Implantado na totalidade ...	6	29%	2	10%	1	6%	7	37%	16	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Implantação do Programa Rede Cegonha	Não sei informar	8	38%	4	20%	9	53%	4	21%	25	0,003
	Não implantado ou ...	10	48%	11	55%	2	12%	5	26%	28	
	Implantado parcialmente	3	14%	3	15%	4	24%	1	5%	11	
	Implantado totalmente	0	0%	2	10%	2	12%	8	42%	12	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Implantação do Programa de Controle de Tabagismo	Não sei informar	3	14%	2	10%	4	24%	3	16%	12	0,020
	Não implantado ou ...	16	76%	14	70%	7	41%	4	21%	41	
	Implantado parcialmente	1	5%	3	15%	4	24%	5	26%	13	
	Implantado totalmente	1	5%	1	5%	2	12%	6	32%	10	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Processo de qualificação para desenvolvimento do PMAQ	Não tive qualificação ou ...	0	0%	4	20%	10	59%	6	32%	20	0,000
	Tive qualificação parcial	6	29%	9	45%	4	24%	8	42%	27	
	Tive qualificação satisfatória	15	71%	7	35%	3	18%	4	21%	29	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Processo de educação continuada...	Obtendo qual. de forma satis.	13	62%	12	60%	7	41%	7	37%	39	0,040
	Obtendo qual. de forma insatis.	7	33%	7	35%	6	35%	3	16%	23	
	Não venho obtendo qualificação	1	5%	1	5%	4	24%	8	42%	14	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Processo de monitoramento de indicadores para o desenvolvimento do PMAQ	Realizando, de forma satis.	14	67%	14	70%	6	35%	5	26%	39	0,020
	Realizando, de forma insatis.	7	33%	3	15%	6	35%	5	26%	21	
	Não vimos realizando	0	0%	1	5%	2	12%	2	11%	5	
	Não sei informar	0	0%	2	10%	3	18%	6	32%	11	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-
Solicitação por apoio institucional...	Feito demanda regularmente	3	14%	5	25%	3	18%	3	16%	14	0,943
	Feito demanda ocasionalmente	11	52%	7	35%	7	41%	7	37%	32	
	Não temos feito demanda	1	5%	3	15%	2	12%	1	5%	7	
	Não sei informar	6	29%	5	25%	5	29%	7	37%	23	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	-

De outro modo, à exceção para o PCT – embora o mesmo fizesse parte do processo de adesão das EQSFs ao PMAQ –, profissionais divergiram em relação ao conhecimento ou à avaliação relativa à fase de implantação dos referidos programas, na unidade, além de ter sido constatado elevado grau de desconhecimento por parte dos médicos – por razões já assinaladas neste estudo –, em relação ao PSE e ao PRC.

Em função da preponderância na função de coordenação das USFs e, portanto, de se apresentarem como os interlocutores das equipes no processo de avaliação externa do PMAQ, supõe-se que certo contingente de enfermeiros, estando cientes de ações da equipe em projetos junto às escolas, em ações envolvendo o pré-natal e puerpério ou mesmo em atividades relacionadas ao controle do tabagismo, sinalize para o avaliador externo a participação da equipe nos referidos programas, ainda que não os nomeie ou não os reconheça como tais.

Avaliações de profissionais em regime de contratualização, quando comparadas com as de profissionais em regime de recontratualização não se mostraram significativamente diferentes em relação ao conhecimento ou ao processo de implantação dos programas mencionados, denotando, provavelmente, a persistência de desconhecimento dos mesmos, por parte de profissionais já com experiência prévia em relação ao PMAQ – uma vez que já haviam se submetido ao primeiro ciclo –, aliado ao não envolvimento da gestão, de forma que referidos programas pudessem estar integrados ao cotidiano de trabalho das equipes.

C. Educação continuada, qualificação para o PMAQ e educação permanente

Nesta subseção serão tratados, em função de proximidades conceituais e operacionais, os tópicos educação continuada, qualificação para o PMAQ e educação permanente, em relação às diversas categorias de análise.

C.1 Educação continuada

Em que pesem possíveis dificuldades dos profissionais de saúde em diferenciar conceitos de educação continuada (ECO) e EPS (RIBEIRO; MOTTA, 1996; FARAH, 2003; VIEIRA, 2013; MASSAROLI; SAUPE, 2015), julgou-se procedente conhecer as avaliações dos pesquisados em relação aos temas, como forma de aproximar da realidade na qual os sujeitos estariam envolvidos, quando se busca tratar de educação em serviço.

ECO, no setor saúde, frente ao incessante progresso científico e tecnológico, pode ser entendida como um processo educativo permanente, após a formação básica, orientado para atualização, apresentado sob forma de prescrições para implementação de ações e serviços com uma qualidade desejada. Apresenta-se em resposta às necessidades profissionais, de modo a possibilitar a incorporação e/ou melhoria dos conhecimentos/habilidades em relação a temas específicos, pressupondo aperfeiçoamento técnico, melhoria das competências e, portanto, qualificação das ações profissionais (RIBEIRO; MOTTA, 1996; VIEIRA, 2013; MASSAROLI; SAUPE, 2015).

No tocante às ações de ECO, conforme se evidencia na tabela 7.43, 51,3% profissionais das EQSFs manifestaram estar envolvidos de forma satisfatória nas mesmas, em contraposição a 49% que referiram não estar ou o estar insatisfatoriamente envolvidos. Médicos e enfermeiros manifestaram-se em concordância, quanto às suas avaliações. Concordâncias também foram observadas em relação às manifestações entre coordenações da ESF e profissionais das EQSFs e em relação à estratificação por tipo de adesão.

Referente à ECO, houve maior proporção de indivíduos de A e B que afirmaram estar obtendo qualificação de forma satisfatória e maior proporção de indivíduos de D* que afirmaram não estar obtendo qualificação, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$), de acordo com tabela 7.45.

Embora se registre uma diferença no comportamento de um município, em relação ao conjunto amostral, é de se notar que cerca de 50% dos sujeitos referiram não estar envolvidos ou o estar de forma insatisfatória em atividades de ECO, independentemente das categorias de análise ou de estratificações.

Guardadas as especificidades, os dados apresentados fazem supor que a realidade não se apresentou de forma diferente para os profissionais de coordenação da ESF que, na medida de suas necessidades, se veem não dotados de competências que, em tese, poderiam auxiliar equipes sob suas gerências.

De outro modo, o atendimento às necessidades de qualificação parece não ter se efetivado para os profissionais que, uma vez experienciando as demandas/necessidades apresentadas por ocasião da autovavaliação e dos processos envolvendo a avaliação externa – primeiro ciclo do PMAQ, como equipes em AC –, seguiram com suas necessidades/demandas diante da submissão a um novo momento – segundo ciclo do PMAQ, como equipes em AR.

Sobre quem recaem as responsabilidades sobre tal quadro? Gestores municipais? Gerência da ESF? Equipes? Razoável admitir que a programação em relação às atividades de ECO deva ser concebida num cenário que leve em consideração as especificidades e/ou necessidades de municípios, de equipes e de profissionais, dentro de um contexto que se oriente para a gestão da educação na saúde, cuidando-se, entretanto, para que não se transforme em atividades de “reciclagem, capacitações, treinamentos, etc.” ações que se julgue sejam mais bem abordadas na perspectiva da EPS.

Ribeiro e Motta (1996) alertam para a distinção clara e inequívoca existente entre os conceitos de educação continuada e permanente. Ainda que ambas sustentem a dimensão temporal de continuidade do processo de educação por toda a vida, se assentam em concepções, princípios e metodologias diversas. Referidos autores chamam a atenção, contudo, para o caráter individualizante, específico, profissional-orientado, vinculado à transmissão de conteúdos ou habilidades, de duração limitada e pautado por metodologias geralmente tradicionais que cerca a ECO.

Tais afirmações também são apontadas por Rimoli (2007), ao fazer menção ao caráter rígido e descontextualizado, outras vezes pontual e esporádico, das “reciclagens” que se dão no cotidiano de equipes de saúde. Salienta o autor, também, a escassez com que se investe na formação para a gestão do trabalho, restringindo-se, esta, quase exclusivamente, ao corpo gerencial, sem que haja garantia de reprodução para a equipe.

Ainda que atividades de ECO estejam voltadas predominantemente para o atendimento às necessidades profissionais, específicas, e que se admita a natureza fragmentada e hegemônica das mesmas, não se pode desqualificar sua importância, no contexto da ESF, em função: a) de muitos profissionais não estarem devidamente qualificados em relação a diversas áreas/temas/tópicos, por ocasião de seus ingressos na APS; e b) da necessidade clara e inequívoca de profissionais se atualizarem em relação a um conjunto de conhecimentos/habilidades/attitudes – relacionados à gestão, gestão do cuidado e até mesmo ao cuidado – emanados da comunidade científica e/ou das instâncias formuladoras de políticas.

Conforme afirma Rimoli (2007), uma das estratégias adotadas para qualificar a assistência é a que se refere à capacitação de equipes e à implantação de um sistema de gestão participativa.

Pontua-se, portanto, a importância de se reconhecer o caráter e a necessidade, mas, sobretudo, as limitações da ECO, como salientam Ribeiro e Motta (1996, p. 3-4), em abordagem das temáticas educação continuada e educação permanente, ao fazerem as seguintes indagações:

[...] mas será que o aumento ou atualização de conhecimentos é uma condição suficiente para a transformação das práticas institucionais? Será que o domínio de mais informações assegura o desenvolvimento das responsabilidades dos profissionais? O conhecimento atualizado se constitui em razão suficiente para modificação dos processos de trabalho e das relações de trabalho entre os profissionais?

Ao se referir à ECO, Ceccim (2004) também aponta para sua ineficácia, quando se trata de operar com concepções mediadas pela organização dos serviços e sistemas, por entendê-la incapaz, neste contexto, de incorporar preceitos da atenção, gestão e controle social, e em função de sua prática se assentar na pedagogia da transmissão de conteúdos, conferindo-lhe um caráter descontextualizado.

C.2 Qualificação para o PMAQ

Quando se avaliaram atividades envolvendo ações de qualificação para o PMAQ evidenciou-se que, conforme atesta tabela 7.43, 38,2% dos participantes

manifestaram que as tiveram de forma satisfatória, em contraposição a 62% que não tiveram qualquer qualificação, a tiveram de forma incipiente ou parcial. Tais manifestações não se diferenciaram na avaliação entre médicos e enfermeiros.

Coordenações da ESF e profissionais das EQSFs apresentaram-se em concordância na forma como avaliaram o processo de qualificação para o PMAQ. Em outras palavras, tiveram o mesmo comportamento avaliativo em relação à variável assinalada.

Com relação à “Implantação do Processo de qualificação para desenvolvimento do PMAQ” houve maior proporção de indivíduos de B que afirmaram ter tido qualificação parcial; maior proporção de indivíduos de A que indicaram ter recebido qualificação satisfatória e maior proporção de indivíduos de C que manifestaram não ter recebido qualificação ou a ter recebido de forma incipiente, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$), de acordo com tabela 7.45. Variável relacionada à qualificação para desenvolvimento do PMAQ, quando comparadas com o tipo de adesão, não revelou diferença significativa.

O processo que envolve a operacionalização do PMAQ, por parte das equipes e gestores, reveste-se de grande complexidade, haja vista suas diversas e detalhadas fases, bem como a necessidade de uma articulação do coletivo que, muitas vezes, no turbilhão do cotidiano, não dispõe de tempo para a tarefa de assimilá-lo ou, quando o faz, este se encontra delegado a poucos membros da equipe; geralmente aquele que vai fazer a interlocução com o avaliador externo: o coordenador da equipe – habitualmente um profissional de enfermagem.

Casanova, Teixeira e Montenegro (2014, p. 4417) relataram experiência de AI junto a EQSFs e gerentes de Clínica de Família, no Rio de Janeiro, por ocasião do processo de adesão ao PMAQ, quando se resgatou a autoavaliação e, na perspectiva de apoio para a avaliação externa, se buscou rever o processo de trabalho das equipes. Sinalizaram dita experiência como apresentando resultados favoráveis, na medida em que tais ações foram estabelecedoras de um processo de assimilação dos preceitos do PMAQ, bem como de maior participação das equipes envolvidas.

Embora não se constituísse em prática obrigatória, alguns municípios se propuseram a trabalhar seus quadros em relação à proposta do PMAQ, enquanto

outros apenas delegaram às suas coordenações, e estas às equipes, a tarefa de colocá-la em prática.

C.3 Educação permanente

Na discussão que se segue, procurar-se-ão analisar as avaliações sobre ações de EPS – elemento estratégico para a qualificação do trabalho das EQSFs –, de modo que se possa, com as interpretações feitas, inferir sobre a relevância que a mesma vem assumindo no cotidiano de trabalho das equipes, na amostra em estudo.

A EPS, ao partir da reflexão sobre a realidade de saúde, com suas necessidades e demandas, aponta para formulação de estratégias que ajudam na tomada de decisão e na solução de problemas, colocando-se como dispositivo qualificador do trabalho das equipes, na medida em que estrutura o processo ensino-aprendizagem, a partir da problematização da realidade concreta de trabalho, com potencial para produzir transformações significativas em sua organização e práticas, de forma a promover remodelamentos frente ao sempre mutante cenário em que se desenrolam ações e serviços no contexto da ESF (MIRANDA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2008; MASSAROLI; SAUPE, 2015). Neste sentido, a EPS é considerada, de acordo com a OPS³ (1989, apud Rovere, 1994, p. 71), “la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población”.

Tais considerações ganham reforço nas colocações de Vieira (2013), que chama a atenção para a EPS – tida como perspectiva da educação para o século XXI –, e para quem a síntese do pensamento pedagógico é o educar-se de forma permanente, tendo o trabalho como princípio educativo.

³ Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. **Informe final del grupo de consulta sub-regional sobre Investigación Educativa en Salud**, Cochabamba, Bolívia, 1989. Washington, DC: OPS.

Assumida como dispositivo potente e orientador na condução do processo de trabalho de EQSFs, importa reconhecer que a APS promove o resgate, na mais pura acepção, da educação enquanto função ético-política decorrente da ação de sujeitos que, no cotidiano de suas práticas e no vivenciar de seus conflitos, estabelecem projetos para si e para a comunidade a quem servem.

No presente estudo, a avaliação da prática de EPS pelos profissionais das EQSFs possibilitou constatar que 16% dos mesmos afirmaram praticá-la de forma satisfatória; em contraposição, cerca de 30% relataram não saber informar sobre a ferramenta ou estar utilizando-a de forma incipiente, segundo se atesta na tabela 7.46.

Tabela 7.46 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação, pelos profissionais, sobre prática de educação permanente pelos profissionais das EQSFs

Variável		N	%
Em relação a processos de educação permanente, avalie como, no geral, esta ferramenta vem sendo colocada em prática por sua equipe	Utilização satisfatória	12	15,8%
	Utilização razoável	42	55,3%
	Utilização incipiente	16	21,1%
	Não sei informar	6	7,9%
Total		76	100,0%

Conforme se evidencia na tabela 7.47, embora percentuais de avaliação satisfatória sobre a prática de EPS tenham se apresentado em concordância entre profissionais das equipes, houve diferença significativa (valor-p < 0,10) entre médicos e enfermeiros, em relação às outras respostas, evidenciada pelo fato de 70,3% dos enfermeiros afirmarem que a prática da mesma tem sido razoável, enquanto 41,0% dos médicos disseram o mesmo. De outro modo, 41% dos médicos informaram que a equipe pratica a EPS insuficientemente ou não souberam informar sobre sua utilização.

Em relação à variável “educação permanente como ferramenta...” interessante observar que coordenações da ESF e profissionais das EQSFs se apresentaram em concordância na forma como avaliaram. Estratificações por municípios e por tipo de adesão também não revelaram diferenças significativas, mantendo perfil de concordâncias.

Frente aos resultados apresentados, constatou-se que expressivo contingente de profissionais – independentemente das categorias de análise – considerou que a EPS não vem sendo colocada em prática de forma satisfatória, sendo elevado o percentual de médicos, nas equipes, que consideraram esta prática incipiente ou informaram não conhecer a ferramenta.

Ferraz et al. (2012), em revisão integrativa sobre políticas públicas de programas de EPS no Brasil, embora reconheçam a grande difusão de experiências no referido campo, fazem referência à incipiência de trabalhos relacionados ao desempenho das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) – instância articuladora e auxiliar das Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) na proposição de políticas de educação permanente –, ressaltando que o impacto de ações de EPS é geralmente apresentado na literatura de forma muito genérica, com tendência a focar excessivamente sobre aspectos positivos.

Tabela 7.47 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação sobre prática de educação permanente, estratificada entre médicos e enfermeiros

Variáveis		Profissão					Valor p
		Enfermeiro(a)		Médico(a)		Total	
Em relação a processos de educação permanente...	Utilização satisfatória	5	13,5%	7	17,9%	12	0,059
	Utilização razoável	26	70,3%	16	41,0%	42	
	Utilização incipiente	5	13,5%	11	28,2%	16	
	Não sei informar	1	2,7%	5	12,8%	6	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-

De outro modo, Sarreta (2009), em trabalho destinado a avaliar a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), na região de Franca, SP, alertou para o caráter pedagógico predominantemente tradicional com que a mesma foi assumida, ressaltando a postura burocrática com que gestões municipais e estadual assimilaram a política. Neste sentido, cabem as considerações de Corrêa et al. (2013) que, ao analisarem as portarias instituintes da PNEPS, chamam a atenção para o papel mobilizador da gestão, na medida em que esta tem participação nos processos de discussão das CIES regionais e das CIRs. Subtende-se, portanto, avaliar em que medida a gestão se envolve nas discussões sobre os planos de educação permanente de seus municípios e de que forma estes são endereçados às equipes.

Carotta, Kawamura e Salazar (2009), ao analisarem a experiência de implantação da PNEPS em um município do Estado de São Paulo, fazem referência aos resultados alcançados, aos elementos facilitadores no processo de implantação e aos aspectos dificultadores, dentre os quais ressaltam a qualificação dos profissionais, a rotina atribulada das USFs, a motivação dos trabalhadores e a participação dos médicos.

Em trabalho em que se propuseram a avaliar, na perspectiva de enfermeiros, fatores facilitadores e dificultadores relacionados à adoção da EPS na ESF, em distrito sanitário do município de Goiânia, GO, Paulino, Souza e Borges (2010) advertiram para as lacunas no processo formativo da enfermagem que ainda dificultam a adoção da EPS como instrumento gerador de reflexões sobre o processo de trabalho, o que se evidencia, na pesquisa conduzida pelos autores, através da revelação de completo desconhecimento, por parte dos enfermeiros, em relação ao impacto das ações de EPS sobre o cotidiano de trabalho das equipes. Constatação semelhante é apresentada por Barbosa (2008), em trabalho destinado a verificar a prática de EPS junto a ACSs, ao constatarem dificuldades de internalização de seus referenciais, evidenciadas pelo desconhecimento, por parte dos atores envolvidos no processo, da EPS como política pública.

Ribeiro e Motta (1996, p. 1), ao realizarem análise das conferências nacionais e de recursos humanos em saúde – que antecederam a X Conferência Nacional de Saúde – como marcos para definição de políticas, afirmaram o reconhecimento da importância da educação continuada/educação permanente, ressaltando, entretanto que estas ainda “apresentavam-se vagas quanto ao seu papel na reorganização dos modelos assistenciais e na reestruturação das formas de intervenção educativa no interior dos serviços de saúde”. Embora tal afirmação tenha sido proferida há mais de uma década, pode-se conjecturar que seu caráter ainda guarda uma grande parcela de correspondência com o contexto atual de trabalho na ESF, como se evidencia nos dados da pesquisa ora apresentada.

A despeito de se reconhecer que parcela significativa de EQSFs no país adota a EPS como ferramenta norteadora do trabalho, forçoso é assumir que, tal como os dados evidenciados neste estudo, contingente significativo das mesmas ainda se encontra, em relação a este dispositivo, distante do que preconiza Ceccim (2004, p. 161) que, em artigo em que confere destaque à necessidade de se

reconhecer a importância de um processo educativo incorporado ao cotidiano da produção setorial, identifica a EPS como carregando

[...] a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano [...] e [...] insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou o setor saúde – e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais –, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Com propósito de realizar uma síntese e como forma de se invocar trabalhadores e gestores da ESF a refletirem sobre a EPS, em suas dimensões institucionais e operacionais, Ceccim (2004) enfatiza o processo de valorização das potencialidades existentes em cada realidade, a aprendizagem significativa, a capacidade de crítica, de autoanálise e autogestão. Neste sentido, e reconhecendo a gênese triádica da EPS em sua relação trabalho-educação-saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 59) propõem um modelo de quadrilátero estruturado em torno do ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social que devem se articular para

[...] organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente).

Diante da proposta do PMAQ, no cotejamento com os referenciais teórico-práticos apresentados, e ao se considerar que equipes estariam se propondo a trabalhar com indicadores e padrões de qualidade, de modo a promover mudanças em seus processos de trabalho e a estabelecer metas para alcance de resultados satisfatórios em relação ao acesso e ao cuidado, cabe indagar: como todas estas aspirações podem ganhar concretude, no cotidiano das práticas de referidas equipes, se a ECO e a EPS, enquanto instrumentos possibilitadores desta materialização, não vêm sendo operadas de forma sistemática no seio das mesmas?

D. Monitoramento de indicadores

Em Brasil (2004c) e Felisberto (2009) encontra-se menção à importância do monitoramento como forma de se proceder à avaliação da situação, do trabalho e dos resultados em saúde, de modo a orientar processos de implantação, consolidação e reformulação de práticas de saúde.

Em tópicos anteriores, neste estudo, foram feitas considerações sobre o conhecimento, por parte de profissionais das EQSFs e coordenadores, em relação aos indicadores/padrões de qualidade da contratualização, autoavaliação e avaliação externa do PMAQ. Também, por ocasião do levantamento sobre as necessidades de qualificação, evidenciou-se que, em relação à prática de monitoramento e avaliação, cerca de 60% dos profissionais das EQSFs revelaram não necessitar da mesma. Quando se procedeu à estratificação, referida análise demonstrou diferença significativa, com 80% dos médicos apontando que o tema não requereria capacitação. Avaliações das coordenações da ESF e dos profissionais com diferentes regimes de adesão mostraram-se semelhantes às dos profissionais das EQSFs, com manifestação, por parte do município C, indicando menos necessidade de qualificação na área.

Para Hartz (2000), monitoramento em saúde implica analisar, continuamente, informações relativas a procedimentos, produtos e situações, o que, no entender de Cruz e Reis (2011, p. 417), implica em acompanhar efeitos de processo e/ou resultados e/ou impacto de uma intervenção, podendo esta se referir a um conjunto de ações rotineiras, projetos, programas ou políticas.

De acordo com Cruz e Reis (2011, p. 417),

o monitoramento visa ao acompanhamento rotineiro de informações prioritárias para o gestor verificar se a intervenção está se desenvolvendo de acordo com o planejado, ou seja, se os efeitos esperados foram efetivamente executados/alcançados, gerando hipóteses plausíveis sobre as diferenças observadas.

Com o objetivo de verificar – conforme preconiza a contratualização e a autoavaliação do PMAQ – o processo de monitoramento dos indicadores levado a efeito pelas EQSFs, constatou-se que 51,3% dos profissionais afirmaram estar realizando-o de forma satisfatória. De outro modo, em torno de 49% informaram

desconhecê-lo, não o estar realizando ou o estar de forma insatisfatória, conforme assinala tabela 7.43.

Em relação ao referido monitoramento, médicos e enfermeiros manifestaram-se em concordância quanto às suas avaliações. Concordâncias foram observadas em relação às manifestações das coordenações da ESF, comparadas com as dos profissionais, e à estratificação por tipo de adesão. Em relação aos municípios, constatou-se uma maior proporção de indivíduos de B que afirmaram estar realizando o monitoramento de forma satisfatória, comparativamente a indivíduos de C, que afirmaram estar realizando-o de forma insatisfatória, sendo esta diferença na distribuição significativa (valor- $p < 0,10$), conforme atesta tabela 7.45.

Avaliações sobre o processo de monitoramento de indicadores para desenvolvimento do PMAQ revelaram que cerca de metade dos profissionais das EQSFs referiu-se ao mesmo como não sendo realizado, ou, o sendo, realizado de forma insatisfatória, ou ainda, declarando não ter conhecimento do processo. Profissionais de EQSFs, coordenadores, grupos dos diferentes estratos de adesão e municípios – à exceção de um deles que se manifestou de forma mais desviante em relação aos outros – demonstraram avaliações semelhantes.

Do confronto destas avaliações constataram-se manifestações contraditórias, por parte dos sujeitos indagados, uma vez que, como demonstrado anteriormente, a maioria dos profissionais considerou desnecessária a qualificação em relação à avaliação e monitoramento, com avaliações semelhantes por parte das coordenações, embora com discordância significativa entre enfermeiros e médicos – aqueles indicando necessidade, em maior percentual. Por outro lado, cerca de metade dos profissionais das EQSFs, sem discordância por parte dos profissionais e coordenadores, revelou que o monitoramento de indicadores no cenário do PMAQ não tem sido feito ou vem sendo feito de forma insatisfatória.

Referidos achados guardam semelhanças com as observações de Tamaki et al. (2010, S207), para quem a “disseminação e implementação de processos e mecanismos de monitoramento e avaliação nos municípios e nos serviços de saúde ainda é frágil e vai depender de uma ação continuada e sustentada”, e com o relato de Almeida e Melo (2010), que destacam que a produção de dados na unidade básica de saúde não é tomada nem em avaliação, nem para estabelecimento do planejamento de ações de saúde.

Salles (2010), em trabalho destinado à qualificação de equipes para a prática do monitoramento, observou que ainda é evidente a resistência dos profissionais à lida com informações, entendendo-a como burocrática, sem valor e endereçadas a interesse do gestor.

Tal constatação encontra reforço em Sousa (2008), que aponta fragilidades no processo organizativo de desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação, tanto no âmbito da gestão, quanto de USFs.

Panorama semelhante é relatado por Cordoni Júnior et al. (2012) que, ao avaliarem a percepção sobre o monitoramento em uma regional de saúde, apontaram as dificuldades em sua implementação, relacionadas, sobretudo, à qualificação de recursos humanos e a divergências político-ideológicas, conclamando profissionais e gestores a incorporarem o significado da ferramenta, entendendo-a como referência para o acompanhamento da realidade local e, portanto, da avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

De outra monta, tendo sido constatada avaliações semelhantes às dos profissionais das EQSFs, por parte de coordenadores da ESF, cabe assinalar o paradoxo em relação ao comportamento das gerências da ESF, de quem se esperaria – assumindo-se que as mesmas seriam responsáveis, em grande parte, pela coordenação do monitoramento – estar se colocando de forma mais enfática em favor não somente da capacitação, mas empreendendo ações junto às EQSFs, de modo que o processo de acompanhamento de indicadores, inclusive do PMAQ, pudesse retratar um quadro mais favorável do que o observado nesta pesquisa.

Como expressam Cruz e Reis (2011, p. 415), o monitoramento precisa ser assumido como ferramenta com “potencial para melhor orientar a tomada de decisão, o que, por sua vez, possibilita o aprimoramento da qualidade da gestão em saúde”.

Constata-se, assim, que há, pelo menos em tese, um posicionamento contraditório, por parte de contingente expressivo de EQSFs, uma vez que, embasadas pela manifestação de não necessidade de qualificação – ainda que menos significativa por parte dos enfermeiros, por razões já discutidas neste estudo –, seria de se esperar que se apresentassem com melhores avaliações em relação ao monitoramento de indicadores. Diante de tal contradição, o quadro nos autoriza a questionar como referidas equipes vêm conduzindo seus processos de

acompanhamento e avaliação e, de forma ainda mais contundente, de que forma as mesmas vêm colocando em prática o planejamento, enquanto ferramenta de trabalho que se julga deva ser pautada por indicadores.

E. Sistema de informação em saúde da atenção básica

Idealizado como ferramenta para coleta de dados pelas UBSs, com vistas ao planejamento local, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado em 1998 e implantado em 1999. Concebido como instrumento gerencial e estratégico para gestores, profissionais e usuários, o SIAB tinha como propósito a caracterização da realidade socioeconômica, a realização de diagnóstico de saúde da área adscrita, o monitoramento da situação de saúde, além de possibilitar a construção de indicadores com vistas ao acompanhamento e avaliação da qualidade das ações desenvolvidas nas USFs (AZEVEDO; BARBOSA; SANTOS, 2006; BITTAR et al. 2009).

Mantido em operação por muitos anos, o SIAB, enquanto ferramenta gerencial de informações, passou, com os avanços operados pela PNAB e pela realidade vivenciada pela ESF, a mostrar sinais de insuficiência, como assinalam, em trabalho em que se propõem a analisar o SIAB como ferramenta de gestão em saúde, Bittar et al. (2009), que apontam para a necessidade de sua reestruturação, de forma a contemplar processos de promoção e educação em saúde, bem como de ampliação do leque de registro de oferta de cuidados.

Diante das novas diretrizes apontadas pela PNAB, a partir de um trabalho envolvendo as três esferas de gestão, o MS passou a buscar alinhar a

[...] reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, com a implantação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), bem como com a implementação de padrões de interoperabilidade e de informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2014a, p. 5).

Neste sentido, o MS anunciou a Instituição do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), de modo a possibilitar o “incremento da gestão da informação e a automação de processos, com vistas à melhoria dos

processos de trabalho” de equipes e gestores. Tal sistema, como informa o MS, buscará contemplar outras modalidades de equipes e programas que sejam incluídos na AB, dando-se, sua operacionalização, por intermédio da estratégia e-SUS Atenção Básica (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a, p. 5).

Com o propósito de analisar a avaliação de profissionais de EQSFs com relação ao curso do processo de implantação do SISAB/e-SUS, observou-se que cerca de 2/3 deles referiram que o processo se deu de forma incipiente, parcial ou não ocorreu e 21,1% informaram desconhecer referido sistema, conforme se evidencia na tabela 7.43.

Com relação à “Implantação do SISAB”, maior proporção de indivíduos do município D* afirmou ter sido o mesmo implantado totalmente, maior proporção de indivíduos do município C afirmou que o SISAB foi implantado parcialmente e maior proporção de indivíduos de B afirmou que o mesmo não teria sido implantando ou foi implantado de forma incipiente, sendo esta diferença, na distribuição, significativa (valor-p < 0,10), conforme evidenciado na tabela 7.45.

Evidenciou-se, também, diferença significativa (valor-p < 0,10) nas respostas de médicos e enfermeiros, destacando-se o fato de 23,1% dos médicos afirmarem que o SISAB foi implantado totalmente em sua área de abrangência, enquanto apenas 8,1% dos enfermeiros afirmaram o mesmo, conforme se evidencia na tabela 7.44.

Na tabela 7.48 apresenta-se análise estratificada entre tipos de adesão, sendo importante destacar que houve diferença significativa (valor-p < 0,10) na avaliação sobre a implantação do SISAB entre os mesmos, evidenciada pelo fato de 62,5% dos profissionais com AC afirmarem que a implantação do SISAB ocorreu parcialmente, enquanto apenas 34,1% dos profissionais com AR afirmaram o mesmo. De outro modo, houve uma diferença significativa entre membros que relataram desconhecimento do SISAB, quando se comparou relatos de profissionais de EQSFs com AC e com AR, sendo o desconhecimento menor entre os primeiros.

Do exposto, conclui-se que implantação do SISAB/e-SUS, na forma como foi concebida à época desta pesquisa, foi mencionada como tendo ocorrido plenamente por não mais que 15% das equipes, com algumas variações na avaliação entre municípios e, na comparação entre médicos e enfermeiros, com desconhecimento da ferramenta por parte de um grupo de médicos e, de outro modo, elevado grau de

citação de implantação completa, por parte de outro grupo. Na estratificação por tipo de adesão, profissionais em AC mencionaram, em maior percentual, implantação incompleta, e revelaram, em percentual maior que os profissionais de EQSFs com AR, conhecer a ferramenta.

Perante a necessidade de implantação desta nova ferramenta no âmbito municipal, e considerando as necessidades de infraestrutura, equipamentos, qualificação, além da sensibilização de gestores e profissionais, o MS estruturou um conjunto de diretrizes e orientações sobre o SISAB/e-SUs, entendendo que haveria, em se tratando de mudanças profundas, “um período inicial mais crítico até que os novos fluxos e instrumentos utilizados sejam incorporados ao dia-a-dia dos profissionais das equipes”. De outro modo, atestou que “muitos municípios já avançaram nesta implantação, porém outros ainda necessitam de suporte e ou de um acompanhamento mais próximo” (BRASIL, 2014d).

Tabela 7.48 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação, pelos profissionais, sobre a implantação do SISAB, estratificada pelo tipo de adesão

Variáveis		Adesão					Valor p
		Contratualização		Recontratualiza ção		Total	
Implantação do SISAB	Não sei informar	3	9,4%	13	29,5%	16	0,037
	Não implantado ou ...	5	15,6%	8	18,2%	13	
	Implantado parcialmente	20	62,5%	15	34,1%	35	
	Implantado totalmente	4	12,5%	8	18,2%	12	
	Total	32	100,0%	44	100,0%	76	-

Tendo em vista o lançamento do SISAB/e-SUS ter se dado durante o período de contratualização/recontratualização do segundo ciclo do PMAQ, à época foi anunciado, em oficinas realizadas com a presença de articuladores do MS, que sua implementação incorreria em avaliação, por ocasião do processo de certificação, estando, portanto, subordinada à pontuação (informação verbal)³. Não bastasse a eventual confusão ou desconhecimento por parte dos profissionais, em relação à nova ferramenta que se anunciava, é de se supor que muitos municípios se encontravam em graus diversos de adequação para a implantação do SISAB/e-SUS.

³Informação verbal fornecida durante oficina sobre o SISAB-e-SUS, realizada em São Paulo, 2013.

Acresce a isto o fato do MS ter estabelecido uma data limite para que os municípios estivessem com a ferramenta implantada, fato que não pôde ser atendido, tendo o fato motivado o adiamento da exigência, pelo MS, até meados do ano de 2015 (BRASIL, 2014d).

A título de reflexão, contudo, cabe reconhecer que a não conclusão do processo de implantação do SISAB/e-SUS, dentro dos prazos estipulados, assim como o não atendimento ao processo de implantação do mesmo, como requisito para pontuação no PMAQ, muito provavelmente refletiram o estado de carência dos municípios em relação a equipamentos, insumos e recursos humanos, denunciando uma fragilidade técnico-operacional e de logística em relação a sistema de informação municipal.

Diante deste quadro, torna-se lícito supor que proporção significativa de municípios se viu em dificuldades para operar dentro desta nova realidade, o que nos convida a inquirir sobre o grau de eficiência com que os mesmos operam seus sistemas de informação e, em decorrência, como efetuam o monitoramento e o planejamento na ESF.

F. Apoio institucional

Ao avaliar a utilização do AI, conforme tabela 7.43, verificou-se que 18,4% dos profissionais das EQSFs afirmaram fazer demanda, regularmente, enquanto 81,6% afirmaram desconhecer este processo, não fazer demanda ou fazê-la ocasionalmente. Em relação ao AI, de acordo com tabela 7.44, houve diferença significativa (valor-p < 0,10) entre respostas de médicos e enfermeiros, sendo evidenciado pelo fato de 16,2% dos enfermeiros afirmarem não ter feito demanda, enquanto apenas 2,6% dos médicos disseram o mesmo. De outro modo, salienta-se o fato de 41% dos médicos não saberem informar sobre este tipo de apoio, quando comparados a 18,9% dos enfermeiros que manifestaram, também, não saber informar.

Em relação à solicitação por apoio institucional, coordenações da ESF e profissionais das EQSFs apresentaram-se em concordância na forma como

avaliaram. Em outras palavras, tiveram o mesmo comportamento avaliativo em relação à variável assinalada.

A solicitação por apoio institucional não se mostrou diferente, significativamente, em relação aos municípios e ao tipo de adesão, guardando similaridade com as avaliações assinaladas pelos profissionais das EQSFs.

Conforme refere Klitzke (2013), um dos grandes desafios postos para o trabalho das EQSFs é o que se refere ao planejamento e gestão do trabalho. Nesta perspectiva, Oliveira, Rosa e Pereira (2012) chamam a atenção para o papel da equipe de gestão da atenção básica que, de acordo com os autores, deveria estar direcionado para a compreensão, orientação e transformação das práticas envolvendo o processo de trabalho das EQSFs, de modo a ir além das diretrizes voltadas para o estabelecimento de metas, de resolução de problemas emergenciais ligados à gestão do trabalho, à infraestrutura, etc., possibilitando, assim, ampliar sua capacidade autoanalítica, para além da simples operacionalização do trabalho.

Contudo, contrariando os preceitos assinalados, Cunha e Campos (2011, p. 963) vão enfatizar que

[...] na maior parte dos contratos feitos entre gestores e trabalhadores, assim como entre gestores e serviços de saúde, predomina a dimensão quantitativa (número de consultas e procedimentos por período de trabalho), no processo de contratualização.

Tomados em seu conjunto, referidos comportamentos, tanto por parte de gestores quanto de EQSFs, levaram Campos (2013, p. 23) a cunhar o conceito de racionalidade gerencial hegemônica que, de acordo com o autor,

[...] produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses [legítimos], substituindo-os por objetivos, normas e objetos de trabalho alheios (estranhos) a eles.

Como forma de se opor a esta postura, segundo Cunha e Campos (2011, p. 966), a política e a gestão deveriam ser pensadas “como uma ciência e uma arte da formação de compromissos e de contrato entre sujeitos com interesses, desejos e valores diferentes”. Ainda, segundo referidos autores “o exercício compartilhado de governo implica coparticipação em todas as etapas do processo de gestão: definição

de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados”.

A despeito de não identificar rupturas radicais no modelo de atuação do estado, o governo federal vem, nos últimos quadriênios, promovendo mudanças no modelo de gestão e na articulação interfederativa, de modo a contrapor ao modelo hegemônico instaurado no SUS (PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014).

Esforços neste sentido são sinalizados, por exemplo, na PNH que, ao tratar do tema apoio institucional, a ele se refere como “função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde”. Um dos principais objetivos da PNH é “fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações”, de forma a “ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processo de mudança” (BRASIL, 2008b, p. 52).

Apoio institucional, portanto, constitui-se numa “região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão”, no sentido de promover “a transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações” (BRASIL, 2008b, p. 53).

De acordo com Campos (2013, p. 185), o apoio institucional, enquanto método de apoio à cogestão, “ajuda a articular a produção de bens e serviços com a produção das instituições, organizações e dos próprios sujeitos envolvidos com o processo”. É um método, uma estratégia de gestão, com função de “apoiar a produção de valores de uso e de coletivos organizados”, trabalhando com as “concepções de capacidade de análise e de intervenção”, de forma a possibilitar a ampliação da “capacidade de analisar e de operar sobre o mundo das práxis”.

Em que pese as diferenças relativas às diferentes interpretações que o AI vem experimentando – ora na perspectiva do agenciamento de coletivos e articulação de redes, ora como expressão da racionalidade gerencial hegemônica – (OLIVEIRA; ROSA; PEREIRA, 2012; PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014), ou, de outro modo, ainda que haja diferentes compreensões por parte dos sujeitos da pesquisa em relação ao AI – suporte externo, apoio da gestão, matriciamento, etc. –, os resultados observados neste estudo apontam para um desconhecimento significativo do dispositivo AI, por parte de profissionais das EQSFs, particularmente médicos.

Em pesquisa realizada com o banco de dados do PMAQ, envolvendo 16 164 equipes de atenção básica de todas as unidades da federação, Klitzke (2013) observou que cerca de 80% das mesmas informaram receber apoio institucional. Contudo, no grupo de equipes com avaliação regular pelo PMAQ, 24,2% relataram não receber AI. Referido estudo apresenta dados bastante conflitantes com o encontrado na pesquisa em tela, o que demanda questionar em que medida os informantes, ao responderem aos avaliadores externos, apresentavam compreensão clara do significado de AI – diferentemente de apoio da instituição/gestão/coordenação, etc. – e, como já se salientou anteriormente, tinham em mente, ao responderem o questionário da referida avaliação, o grau de certificação que suas equipes receberiam.

Naturalmente, sendo este fato passível de ocorrência em relação a outros dispositivos/ferramentas/protocolos, etc. a serem verificados pela avaliação externa, este tipo de comportamento certamente concorre para a fragilização do processo avaliativo do PMAQ.

O AI pode ser demandado por equipes e/ou fazer parte de uma política municipal para a atenção básica, de forma sistemática e regular. Guedes, Roza e Barros (2012, p. 100), ao se referirem ao AI, afirmam que

[...] as ações da PNH não se fazem operar na forma de um ‘cumpra-se’, como as políticas de estado ou governo, mas são levadas a cabo por meio de contratos nos quais se busca o comprometimento dos grupos que fazem o pedido e aceitam as ofertas e a corresponsabilidade na transformação das práticas.

Embora tenha sido enfatizada no estudo em tela a demanda por AI, por parte de profissionais das equipes, reconhece-se, todavia, a possibilidade de que apoiadores institucionais, em nível municipal, estadual ou até mesmo federal, estejam exercendo funções no território – em apoio à gestão da ABS/ESF – sobre o qual atuam as EQSFs investigadas nesta pesquisa. Contudo, talvez este fato seja de desconhecimento por parte das referidas equipes e, se assim o for, maior ainda por parte dos médicos, acostumados que estão, na maior parte do tempo, a limitar seus espaços de trabalho – por imposição da gestão ou por limitações em relação ao modo de se operar em equipe – ao consultório.

Machado (2014), em pesquisa orientada a explorar o papel do apoiador institucional junto a equipes de atenção primária em saúde do município de Porto

Alegre, chama a atenção para a percepção dos profissionais de equipes em relação ao trabalho deste agente, muitas vezes calcado numa prática puramente gerencial, verticalizada, o que contribui para o afastamento das equipes em relação a este.

Como citam Oliveira, Rosa e Pereira (2012), razoável seria, por parte de EQSFs e gestores reconhecerem que o

[...] fazer do apoiador está pautado na construção solidária, dialógica e pedagógica com os atores atuando no município, com vistas a produzir um ambiente de troca e crescimento conjunto, tendo a gestão compartilhada dos serviços como um objetivo e um exercício de construção constante, a educação permanente como uma diretriz estruturante e a qualificação e fortalecimento da atenção básica como objetivos finais.

Guedes, Roza e Barros (2012, p. 100), ao trazerem para discussão a experiência com apoio institucional na rede de atenção básica em um município do Estado do Rio de Janeiro, com base nas diretrizes da PNH do MS, reafirmaram sua potência ao declararem que o mesmo possibilitou a mobilização do coletivo, a provocação de movimento de análise instrumentalizada e a integração e disparos de processos de intervenção na realidade, de forma a possibilitar a oferta de “subsídios de avaliação qualificada do serviço, ampliando a capacidade de análise, gestão democrática e proposição de transformação nos/por coletivos”.

Ressalta-se a tese de que os serviços de ABS/ESF – e nele os trabalhadores – devem exercer mais do que as funções expressas / demandadas /esperadas pelos gestores e usuários, quais sejam: a assistência. Cumpre-lhes assimilar a noção de que, como ressaltam Casanova, Teixeira e Montenegro (2014, p. 4417), o AI é considerado uma “função gerencial e de qualidade da atenção, que tem potência para reformular as práticas hierarquizadas e autoritárias de planejamento e coordenação em saúde”, devendo ser assimilado como um “disparador de mudanças que fortalecem a autonomia, a responsabilização, as práticas coletivas e as novas relações entre gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde”.

Conforme referem Pereira Júnior e Campos (2014, p. 906), EPS e AI caminham juntos, de forma que este possibilita articulações para “induzir, operar e coordenar espaços e processos de educação permanente”. Nesta perspectiva, Casanova, Teixeira e Montenegro (2014, p. 4419) reafirmam que “EPS e AI surgem como estratégias com o objetivo de qualificar o processo de cuidado em saúde, de

modo a garantir a integralidade e a efetivação dos atributos da APS no cotidiano das práticas”.

G. Fragilidades da equipe

Nesta subseção, analisar-se-ão avaliações/indicações sobre/de fragilidades apontadas por profissionais das EQSFs e coordenadores da ESF – dentre um conjunto de fatores apresentados –, de forma que se possa, com as análises feitas, buscar uma aproximação em relação aos diferentes cenários em que ditos profissionais se encontram inseridos e, assim, se ajuizar sobre as condições a que EQSFs e coordenações da ESF, na amostra em estudo, se veem a defrontar no cotidiano de trabalho.

Em relatório envolvendo a Secretaria de Atenção à Saúde do MS e o DATASUS, o TCU se refere ao monitoramento para verificar a implementação de recomendações decorrentes de Fiscalização, sob a sistemática de auditoria operacional, nas principais estratégias do programa Atenção Básica em Saúde. Aludido documento, ao tratar de auditorias realizadas em municípios, selecionados aleatoriamente, no ano de 2009, faz menção às seguintes constatações, dentre outras: deficiência no processo de capacitação continuada de profissionais da ESF; falta de equipamentos e insumos para os trabalhos das equipes de atenção básica; precarização nas relações de emprego entre a administração pública e os membros das EQSFs; dificuldades para fixar ou atrair profissionais para a atenção básica; não cumprimento da carga horária semanal de 40h, especialmente pelos profissionais médicos; falhas no acompanhamento e na avaliação de ações e resultados do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família; e falha no desenvolvimento de atividades de promoção de saúde (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2011).

Fragilidades na ESF não se constituem em exceção, não são apanágio somente de municípios com baixo desenvolvimento socioeconômico e têm sido apontadas em diversos estudos e por diferentes instâncias, ao largo do território nacional.

Referente às avaliações relacionadas com possíveis fragilidades da equipe, diante da qualidade do acesso e cuidado prestado, observou-se, conforme atesta tabela 7.49, que a fragilidade que obteve o maior número de indicações foi “deficiência no reconhecimento / valorização / segurança dos profissionais da equipe”, sendo citada por 44,7% dos profissionais das EQSFs, e a fragilidade que obteve o menor número de citações foi “deficiência de conhecimentos / habilidades por parte de profissional / profissionais de equipe”, sendo citada por 26,3% dos profissionais. Cerca de 1/5 dos profissionais das EQSFs manifestou não apresentar nenhuma das fragilidades enunciadas no questionário.

Tabela 7.49 - ESF no contexto do PMAQ: fragilidades apontadas pelos profissionais das EQSFs

Variáveis	Não		Sim	
	N	%	N	%
Deficiências de conhecimento...	56	73,7%	20	26,3%
Insuficiência de compromisso...	55	72,4%	21	27,6%
Inadequação da USF...	47	61,8%	29	38,2%
Deficiência no reconhecimento...	42	55,3%	34	44,7%
Nenhum deles	62	81,6%	14	18,4%

Quando se procurou comparar as avaliações entre médicos e enfermeiros, no tocante às fragilidades da equipe, pôde-se observar, conforme atesta tabela 7.50, que:

a) houve diferença significativa (valor-p < 0,10) nas respostas de médicos e enfermeiros, relatadas como “deficiências de conhecimento por parte do profissional/profissionais de sua equipe...”, sendo evidenciada pelo fato de 37,8% dos enfermeiros afirmarem que esta seria uma fragilidade de sua equipe, enquanto relato semelhante foi manifesto por 15,4% dos médicos;

b) observou-se diferença significativa (valor-p < 0,10) nas respostas entre médicos e enfermeiros, no que se refere à “insuficiência de compromisso por parte de

profissionais de sua equipe”, sendo constatada pelo fato de 40,5% dos enfermeiros sinalizarem que esta seria uma fragilidade de sua equipe, enquanto 15,4% dos médicos disseram o mesmo;

c) detectou-se diferença significativa ($\text{valor-p} < 0,10$) nas respostas entre médicos e enfermeiros, no que se refere à “Inadequação da Unidade de Saúde da Família para a prestação do cuidado integral aos usuários pelos trabalhadores da equipe”, sendo evidenciada pelo fato de 48,6% dos enfermeiros manifestarem que esta seria uma fragilidade de sua equipe, enquanto 28,2% dos médicos disseram o mesmo;

d) houve diferença significativa ($\text{valor-p} < 0,10$) nas respostas entre médicos e enfermeiros, no que refere a “deficiências no reconhecimento dos trabalhadores/profissionais da equipe”, sendo manifesta pelo fato de 59,5% dos enfermeiros afirmarem que esta seria uma fragilidade de sua equipe, enquanto 30,8% dos médicos manifestaram o mesmo;

e) identificou-se diferença significativa ($\text{valor-p} < 0,10$) nas respostas entre médicos e enfermeiros, no que se refere a “fragilidades de sua equipe”, sendo caracterizada pelo fato de 30,8% dos médicos afirmarem que nenhuma das fragilidades apontadas seriam fragilidades de sua equipe, enquanto que 5,4% dos enfermeiros disseram o mesmo.

Dentre o conjunto de fragilidades apresentadas, constataram-se apontamentos feitos pelos profissionais das EQSFs cujos percentuais variaram entre 25 e 50%. Contudo, foram evidentes as discordâncias por parte de enfermeiros e médicos, refletidas nos dados que demonstraram, para praticamente todas as fragilidades indicadas, percentuais cerca de duas vezes maior nas manifestações de enfermeiros – evidenciando, possivelmente, maior grau de insatisfação por parte destes –, quando comparados aos dos médicos, cujas manifestações foram mais incisivas – ainda que em menor grau que a dos enfermeiros –, quando se referiram ao “reconhecimento/valorização/segurança dos profissionais” e à “inadequação da USF”.

Tabela 7.50 - ESF no contexto do PMAQ: fragilidades apontadas pelas EQSFs, estratificadas entre médicos e enfermeiros

Variáveis		Profissão					Valor p
		Enfermeiro(a)		Médico(a)		Total	
Deficiências de conhecimento...	Não	23	62,2%	33	84,6%	56	0,029
	Sim	14	37,8%	6	15,4%	20	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-
Insuficiência de compromisso...	Não	22	59,5%	33	84,6%	55	0,015
	Sim	15	40,5%	6	15,4%	21	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-
Inadequação da USF...	Não	19	51,4%	28	71,8%	47	0,066
	Sim	18	48,6%	11	28,2%	29	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-
Deficiência no reconhecimento...	Não	15	40,5%	27	69,2%	42	0,010
	Sim	22	59,5%	12	30,8%	34	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-
Nenhum deles	Não	35	94,6%	27	69,2%	62	0,004
	Sim	2	5,4%	12	30,8%	14	
	Total	37	100,0%	39	100,0%	76	-

G.1. Reconhecimento / valorização / segurança do profissional da EQSF

Assume-se como sendo de grande amplitude o leque de aspectos que possa ter sido simbolizado quando se indagou aos profissionais que se manifestassem em relação ao “reconhecimento/valorização/segurança do profissional da EQSF”, o que nos inclinou, assumindo as limitações, a propor que tais aspectos pudessem ser discutidos no contexto de referências de uma categoria a que se denomina, costumeiramente, “condições de trabalho”.

Flegele et al. (2010), em artigo destinado a analisar os dilemas das relações de trabalho de um município do Estado do Espírito Santo, chamam a atenção para o frágil processo de valorização do trabalhador da ESF, traduzido, dentre outros, pela incipiente discussão sobre política de gestão do trabalho, no âmbito municipal.

Kanno, Bellodi e Tess (2012, p. 892) ressaltam a não valorização dos profissionais da ESF que, ao assumirem uma perspectiva de trabalho dentro da concepção de integralidade, não se veem valorizados. Adicionalmente, referem à

exigência por uma produtividade envolvendo um grande número de famílias, num cenário de escassez de tempo para realização de uma escuta atenta e de acolhimento adequado. Este quadro induz à desmotivação, com profundas implicações sobre o fazer cotidiano das equipes, com risco de elevada rotatividade, o que agrava o cenário de enfrentamento de tais realidades. Esses autores apregoam, para o enfrentamento deste cenário, além da capacitação, mudanças “no âmbito da gestão, com maior flexibilização das agendas e valorização, pelos gestores, do tempo dedicado às ações de promoção da saúde e ao atendimento de demandas complexas”.

As condições a que está submetido grande número de EQSFs têm, como reflexo, consequências sobre a estabilidade, processo de trabalho, oferta do acesso e cuidado, com implicações profundas sobre a capacidade da gestão em prover uma APS/ABS de qualidade à população, como advertem Trindade et al. (2014) que, ao estudarem fatores que impactam sobre o trabalho de profissionais da ESF, concluíram que falta de preparo, sem consequente capacitação ou estímulo para aprimoramento profissional; atenção focada na consulta médica; falta de compreensão dos usuários e gestores acerca do modelo assistencial; fragilidade na gestão; diminuto reconhecimento da natureza do trabalho; forte influência político-partidária no cotidiano dos serviços; insatisfação com salário, carga horária de trabalho e ausência de plano de cargos e salários; déficits na estrutura física e escassez de recursos materiais nas unidades; além de descontinuidade dos projetos e ações com os mandatos eleitorais; constituíam, todos, em fontes de aumento da carga de trabalho. Referidos autores chamam atenção para as consequências fisiológicas e psíquicas deste processo, o que redundava em desgaste no trabalho, colocando em risco a qualidade do acesso e cuidado aos usuários, a estabilidade da equipe e a sustentabilidade dos princípios do SUS.

Aspectos semelhantes aos mencionados também foram assinalados por Schmoeller et al. (2011) e Rodrigues (2014), ao enfatizarem a influência das más condições de trabalho sobre o desempenho dos trabalhadores, o que, na visão dos autores, se traduz em fragilização e precarização do trabalho, resultando em diminuição da capacidade trabalhadora dos mesmos.

Diversos autores, ao se dedicarem ao tema da satisfação de profissionais da ESF, em relação ao trabalho, apontam questões, em diferentes graus de valoração

entre as categorias, relacionadas ao/à: PCCS, forma de contratação, reconhecimento por parte da gestão, sobrecarga de trabalho perante a diversidade e complexidade das demandas, identificação com os princípios da ESF, dinâmica para oferta da assistência, déficits estruturais, deficiências de materiais e equipamentos, falta de incentivo às capacitações, ineficientes canais de comunicação com as instâncias superiores, condições sociopolíticas para realização do trabalho, relacionamento com a equipe, gerência, etc. (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; RIBEIRO et al., 2011; FONSECA, 2012; FORTE, 2013; GUEDES et al., 2013).

A sobrecarga de trabalho vivenciada pelos trabalhadores das EQSFs pode ser entendida como um reflexo do não reconhecimento e não valorização de suas atividades, com afetação sobre o estado de saúde físico e psíquico. Evidências neste sentido são apresentadas por Silva et al. (2013), os quais chamam a atenção para os riscos de acidentes de trabalho decorrentes das tensões, precariedades e sobrecarga de trabalho a que estão submetidos os profissionais de enfermagem, o que, de outro modo, pode ser estendido aos demais profissionais da equipe, vez que estão submetidos, em tese, a condições de trabalho semelhantes.

Diante de condições que submetem profissionais à sobrecarga de trabalho e frente ao risco de adoecimento, diversas são as alternativas encontradas pelos trabalhadores para o enfrentamento das condições de trabalho adversas. Neste cenário, fazem uso da demissão, do abandono de emprego ou lançam mão de estratégias defensivas, como identificou Hübner (2014), ao apontar estudo em que, diante de fatores vinculados ao sofrimento e ao desgaste, tais como sobrecarga de trabalho, cobranças da comunidade, pouco reconhecimento e limitado apoio de gestores em relação a melhorias, enfermeiras da ESF assumiam mecanismos de defesa como descentralização de ações e tarefas, acatamento das limitações, banalização, adaptação, racionalização, fuga e negação, em detrimento de posturas de enfrentamento.

Não menos grave que as posturas citadas anteriormente são as conhecidas manifestações de preconceito por parte de corporações e/ou colegas de profissão, como assinalado por Alves e Silva et al. (2010) que, em pesquisa realizada com médicos da ESF, em município do Estado do Rio de Janeiro, relatam que os profissionais se sentem inferiorizados em relação aos juízos emitidos pelos colegas sobre suas opções pela APS.

Como mencionado anteriormente, as fragilidades constatadas na ESF não estão atreladas única e exclusivamente a deficiências na gestão. O modo como se dá a inserção na referida estratégia e o grau de preparo para atuação neste campo também são fatores de relevância, como reafirmam Canesqui e Spinelli (2006), em pesquisa realizada junto a médicos e enfermeiros da ESF do Estado de Mato Grosso, Brasil, ao mencionarem que, dentre as dificuldades relacionadas ao processo de organização institucional, destacam-se as relacionadas à rotatividade, aos vínculos precários e ao despreparo para atender às demandas da atenção básica, em toda a sua complexidade.

Kanno, Bellodi e Tess (2012, p. 892) referem à ESF como um campo no qual se apresentam problemas médico-sociais de grande complexidade e para os quais, ao se tratar de formas de enfrentamentos, há referência à formação profissional, pessoal e social insuficientes para atuação dentro de um cenário que possibilite aos profissionais “compreender as inter-relações entre saúde e contexto de vida das comunidades, onde relações de gênero, configurações familiares, saúde mental, violência, entre outros, estão entrelaçados”. Neste complexo cenário incorre-se em sobrecarga de trabalho, com consequente sentimento de impotência e frustração, expondo profissionais a situações de grande vulnerabilidade, com tendência a lançar mão de um fazer empírico, com reflexo sobre o cuidado ofertado.

Em cenários de fragilidades relacionadas às necessárias competências para organizar o processo de trabalho, equipes se veem em dificuldades para colocar em prática o planejamento e a interdisciplinaridade, como atesta estudo de Araújo e Veras (2009) que, em análise sobre o processo de trabalho de uma EQSF, observaram que o mesmo se dá de forma segmentada, a despeito de uma integração aparente; orienta-se pela direcionalidade técnica de cada profissão; baseia-se na produtividade, a qual constitui parâmetro de avaliação para a gestão; e apresenta uma defasagem entre o planejado e o executado.

Referida fragmentação do processo de trabalho também é enfatizada por Shimizu e Carvalho Junior (2012) que, em análise da percepção de trabalhadores da ESF sobre o processo de trabalho e suas repercussões sobre o processo saúde-doença, evidenciaram um modelo de operação essencialmente taylorista, fundamentado na divisão do trabalho entre formuladores e executores, no automatismo de tarefas, na fiscalização das ações e na ineficácia comunicacional

entre os níveis hierárquicos, o que, no entendimento dos autores, fragiliza a necessária reconfiguração do processo de trabalho.

Evidência do exposto pode ser constatada em estudo de Kell e Shimizu (2010) que se propuseram a avaliar como EQSFs de um município do estado de Goiás efetivavam o suposto trabalho em equipe, tendo constatado que as mesmas ostentavam um razoável grau de compreensão teórica sobre o tema; contudo, na prática, se viam envolvidas numa organização de trabalho parcelar, onde profissionais atuavam de forma isolada ou, às vezes, compartilhada, porém, sem a articulação/interação necessária. Referidos autores atribuem este comportamento à excessiva normatização no trabalho da ESF, acentuada pelas ações, pouco eficientes, dos gestores municipais – para os quais profissionais das equipes sugerem qualificação, no sentido de tornar mais efetivo os canais de comunicação.

Em relação às fragilidades da equipe, a indicação de “deficiências no reconhecimento dos profissionais...” predominou entre profissionais com AR (59,1%), quando comparado com os de AC (25%), sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), conforme se evidencia na tabela 7.51.

Tabela 7.51 - ESF no contexto do PMAQ: fragilidades apontadas pelos profissionais das EQSFs, estratificadas pelo tipo de adesão

Variável		Adesão				Valor p	
		Contratualização		Recontratualização			Total
Deficiência no reconhecimento...	Não	24	75,0%	18	40,9%	42	0,046
	Sim	8	25,0%	26	59,1%	34	
	Total	32	100,0%	44	100,0%	76	-

Considerando os dados apresentados, assume-se a hipótese de que equipes com AR, embora não se distingam das equipes com AC em relação a inúmeras variáveis apresentadas neste estudo, delas se diferem pelo fato de terem vivenciado o primeiro ciclo avaliativo do PMAQ. Como tal, é de se supor que tais equipes venham a se considerar como legítimas merecedoras de “reconhecimento”, por parte da gestão, seja pelo empenho com que significativo número delas se dedicou ao processo, seja pelo fato de, a partir do processo de certificação, terem “atraído” recursos financeiros para o município.

Como em relação a outras análises, neste estudo apresentadas, não se evidenciam, na literatura, pesquisas retratando avaliações/autoavaliações sobre condições de trabalho, por parte de profissionais da ESF, em diferentes regimes de adesão ao PMAQ, o que, de outro modo, significa avaliar como se situam equipes com AC e AR, frente aos processos indutivos e avaliativos do referido programa.

G.2. Deficiência de conhecimentos / habilidades por parte de profissional / profissionais de equipe

Tomados pela necessidade de estabelecimento de diretrizes que possam nortear os processos formativos de profissionais que buscam por qualificação na APS, Nascimento e Oliveira (2010), em estudo destinado a construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na RMSF, estabeleceram um conjunto de áreas de domínio – que se estendem pelos campos de competências relacionados aos valores profissionais, ao processo de trabalho, à atenção em saúde individual e coletiva, completando-se com o reconhecimento das relações ensino-trabalho-aprendizagem –, as quais, seguramente, vão ao encontro das necessidades apontadas por profissionais que atuam na ESF.

Neste sentido e como forma de se opor ao expediente que a gestão federal lançou mão, Rodrigues (2011, p. 25), em debate proporcionado pela SBMFC sobre a “APS que queremos”, questiona a política vigente, no país, de qualificar a APS a partir da inserção, na ESF, de médicos recém-formados, particularmente em áreas de maior vulnerabilidade e escassez de profissionais. Adicionalmente, apresenta discordância da tese de que em tais localidades o “recém-formado irá aprender e, deste modo, completar sua formação acadêmica considerada insuficiente”. O autor faz menção ao quantitativo de profissionais que, com especialização em áreas básicas – clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia –, tomam parte em EQSFs em todo o país, e questiona a razão desta realidade, quando, em tese, respectivos profissionais poderiam estar atuando como apoio para as referidas equipes. Como forma de enfrentamento de todo este cenário, faz coro com as políticas vigentes, no sentido de aprofundar o processo de apoio e incentivo aos

programas de RMFC, RMSF e especialização, em contraposição à preconizada inserção de profissionais recém-formados na ESF, como aludido anteriormente.

A questão da ocupação de postos de trabalho na ESF é tema de grande relevância e complexa natureza, onde se apresentam, com forças de sentidos muitas vezes opostos, o processo formativo, a realidade de mercado, a sustentação das corporações, as prerrogativas da gestão e as necessidades sociais, em ângulos e recortes os mais variados.

Expressão desta conjunção de fatores é apresentada por Medeiros et al. (2010), em pesquisa destinada a analisar índice de rotatividade de médicos e enfermeiros de equipes de ESF, ao apontarem como principais causas a precarização do vínculo, a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, as más condições de trabalho, dentre outras, alertando para o fato desta ocorrência implicar em riscos para a estabilidade das equipes no cumprimento de suas funções.

G.3 Inadequação da Unidade de Saúde da Família

Quanto à citação de “Inadequação da Unidade de Saúde da Família,” verificou-se uma maior proporção de indivíduos do município B que afirmaram ser esta uma fragilidade de sua equipe, em comparação aos do município D*, sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10), conforme evidenciado na tabela 7.52.

Tabela 7.52 - ESF no contexto do PMAQ: fragilidades apontadas pelos profissionais das EQSFs, estratificadas entre os municípios

Variáveis		Municípios								Total	Valor P
		A		B		C		D*			
Inadequação da USF...	Não	15	71%	6	30%	11	65%	15	79%	47	0,005
	Sim	6	29%	14	70%	6	35%	3	16%	29	
	Total	21	100%	20	100%	17	100%	18	95%	76	

Com exceção para discordância a maior, por parte do município B, em relação ao D*, quanto ao apontamento relacionado à inadequação da unidade, todas as outras manifestações sobre as fragilidades mantiveram-se em concordância, por parte da totalidade dos municípios, com as dos profissionais das equipes.

Oliveira Junior et al. (2013), em análise sobre percepções de profissionais de EQSFs do município de Petrolina, PE, referem que estrutura das unidades – envolvendo espaço físico, equipamentos, materiais e medicamentos – foi relatada como o principal problema, enfatizando tal condição como comprometedora das práticas de trabalho, com consequências sobre a resolubilidade das equipes.

Dentre outros fatores, Fonseca (2012) assinala, como motivos para a alta rotatividade de médicos na ESF de uma metrópole, a infraestrutura e organização precária do setor, fato corroborado por Neves Junior, Meneghim e Pereira (2012) que, em estudos envolvendo aspectos administrativos e operacionais nas USFs da cidade de Manaus, observaram que cerca de 40% dos trabalhadores fizeram menção a problemas relacionados com infraestrutura, equipamentos e insumos.

Moura et al. (2010), ao avaliarem componentes relacionados à estrutura e equipamentos de USFs em municípios, chamam a atenção para a carência de equipamentos básicos e para a deficiência de dispositivos de biossegurança. Afirmam os autores que condições estruturais devem ser reconhecidas como componentes a serem valorizados nos processos avaliativos da gestão em saúde.

Nascimento, Santos e Carnut (2011), suportados por revisões sistemáticas sobre questões vinculadas aos problemas operacionais da ESF, alertam que a precariedade das USFs coloca em risco o pressuposto de porta de entrada do sistema, de ampliação da cobertura e do acesso, implicando em risco de rejeição social.

Considerando as distintas realidades que se apresentam às USFs ao largo do território nacional, não se ignora os esforços do governo federal, estadual – sob forma de custeio de unidades padronizadas – e mesmo municipal, que se empenham em proporcionar, aos trabalhadores e usuários, condições de ambiência, nas USFs, compatíveis com os princípios de humanização.

De outra monta, ao se fazer referência à infraestrutura da unidade, cabe enfatizar que, ainda que seja considerada no processo avaliativo externo do PMAQ – mediante inquérito eletrônico, destinado ao gestor, e observações levadas a efeito pelos avaliadores –, constitui fato corriqueiro as manifestações de insuficiências, às vezes inadmissíveis, relativas a material de consumo, equipamentos e medicamentos. Em se tratando de questões que envolvem responsabilidade da

gestão, cumpre reconhecer que envolvem omissões graves, no contexto do SUS, quando se invoca o direito do cidadão de receber cuidados dignos.

G.4 Insuficiência de compromisso

Conforme evidenciado na tabela 7.53, “Insuficiência de compromisso...” foi apontada como fragilidade da equipe para 66,7% dos coordenadores da ESF/ABS, enquanto 27,8% dos profissionais das EQSFs consideraram ser esta uma fragilidade, sendo essa diferença significativa (valor-p < 0,10). Quando se avaliou as citações em relação às outras fragilidades, não se observou diferenças significativas entre coordenações da ESF e profissionais das EQSFs.

Evidenciou-se, assim, que gestores da ESF apontaram “insuficiência de compromisso” como a notória fragilidade das EQSFs, embora tenham mantido em concordância com as manifestações dos profissionais em relação ao percentual de indicações relativas às outras fragilidades.

Tabela 7.53 - ESF no contexto do PMAQ: avaliações sobre fragilidades das EQSFs, estratificadas entre gestores da ESF e profissionais das equipes

Variável		Gestores da ESF/ABS					Valor p
		Não		Sim		Total	
Insuficiência de compromisso...	Não	52	72,2%	2	33,3%	54	0,083
	Sim	20	27,8%	4	66,7%	24	
	Total	72	100,0%	6	100,0%	78	-

Pesquisas realizadas sobre satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da atenção básica fazem menção, dentre outros elementos de grande relevância, à afinidade com o projeto da APS, na identificação com o processo de trabalho na ESF (FORTE, 2013; LIMA et al., 2014).

Schmoeller et al. (2011), ao estudarem fatores relacionados com a carga de trabalho em enfermagem, chamam a atenção para o distanciamento entre o trabalho prescrito e o realizado, marcado pela fragmentação e pela baixa cooperação entre grupos e categorias profissionais.

De diferentes formas pode ser expressa a insuficiência de compromisso por parte de profissionais da equipe: demonstrando suas fragilidades, negando-se a realizar tarefas, sonegando informações, assumindo posturas de indiferença e até mesmo evitando qualificar-se em suas ações técnico-assistenciais.

Chaves e Silva (2011, p. 262), em estudo destinado a avaliar fatores determinantes das potencialidades e fragilidades na produção do cuidado por enfermeiras na ESF, fazem menção aos relatos de desgaste, estresse e frustração, os quais são relacionados, pelos profissionais, com as limitações aos processos de capacitação, às insuficiências materiais, à complexidade da demanda, à falta de comunicação dentro da equipe e à “restrição quantitativa e qualitativa de profissionais na equipe”.

Krug et al. (2010), em análise efetuada sobre o processo de trabalho de equipes da ESF de município do RS, constataram haver dificuldades no estabelecimento de diálogo e de plano de ação comum entre profissionais componentes das equipes. Razões para a não solução das dificuldades foram atribuídas pelos profissionais à ausência de escuta, por parte da gestão, às condições de trabalho e a não identificação de profissionais com o ideário da ESF.

Freitas e Nunes (2010), ao conduzirem estudo de revisão narrativa sobre o processo de trabalho do enfermeiro na ESF, constataram que os profissionais reiteram a lógica estabelecida pela gestão; mesclam o exercício e o não exercício de funções de suas responsabilidades; assumem tarefas que deveriam ser compartilhadas; e, habitualmente, encarregam-se do planejamento, realizado de forma isolada, cuja execução não obtém apoio da equipe.

Em outra perspectiva, como evidenciado nos resultados desta pesquisa, identificou-se uma significativa concordância, por parte dos coordenadores da ESF, para com as fragilidades apontadas pelas EQSFs. Embora o corpo gerencial analisado se identifique com tais fragilidades, cabe ressaltar que esta “categoria” não estaria isenta das adversidades vivenciadas no exercício de suas funções, como assinala, em análise da satisfação profissional de gerentes da ESF de município do Estado do Ceará, Mesquita, Moreira e Neto (2013) que, ao utilizarem de escalas de satisfação no trabalho, observaram elevado grau de insatisfação por parte dos profissionais no tocante às relações com colegas, com superiores e com a própria natureza do trabalho por eles desenvolvido. Referidos autores apontam para os

riscos a que se expõem as equipes cujos gerentes se veem afetados em sua autossatisfação, autovalorização e realização pessoal.

Ao se mencionar possíveis fragilidades na ESF, há que se atentar para não se incorrer em risco de transferir todo o processo de responsabilização aos gestores/gerentes. Como mencionado anteriormente, o MS faz menção, no PMAQ, ao que é de responsabilidade, prioritariamente, da equipe, e ao que demanda ações da gestão. Aparato físico, equipamentos, insumos, medicação e materiais são de inteira responsabilidade da gestão. De outro modo, há que se reconhecer que parcela significativa de fragilidades também deve ter sua responsabilidade imputada aos profissionais/equipes, quando se trata de aspectos formativos, perfil, relações interpessoais, manifestações de compromisso, etc.

Referência às condições de trabalho no âmbito da AB remete-nos à PNH, à gestão do trabalho e, também, à gestão da educação na saúde. Há que se refletir, contudo, que tais políticas não se dão, não se constroem e não se efetivam no vazio, mas emergem das ações e coações dos profissionais, das equipes e da gestão.

Marin, Marchioli e Moracvick (2013), ao estabelecerem um comparativo entre fortalezas e debilidades de modelos calcados na AB tradicional e na ESF, na perspectiva dos usuários, observaram que no tocante ao acesso, porta de entrada e oferta de serviços, ambos os modelos foram avaliados como ainda carecendo de melhorias; contudo, o vínculo, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade e o enfoque familiar foram avaliados pelos usuários como sendo mais efetivos na ESF, o que se justifica, em razão de sua direcionalidade, orientada para estes princípios.

Mister se faz reconhecer que, no cenário nacional, constata-se a existência de experiências exitosas em expressivo número de municípios nos quais a ESF cumpre com seu papel de reordenadora da rede de atenção à saúde, traduzido, entre outros, por ofertas de ações e serviços qualificados, em que pese fragilidades que se supõem devam fazer parte da cotidianidade de EQSFs e gerências da ESF (MEDEIROS et al., 2010).

Ao finalizar esta subseção, cabe assinalar que os estudos orientados para avaliação do grau de satisfação dos profissionais da ESF, bem como aqueles voltados para análise de fatores determinantes de sobrecarga de trabalho, embora sejam enfáticos em apontar elementos comuns em relação à insatisfação/inadequação de trabalhadores, não invalidam as muitas experiências

exitosas alcançadas por municípios e EQSFs que, ao estabelecerem relações de reciprocidade e pactuações mútuas, orientam-se em direção ao objetivo de consolidarem projetos de APS/ABS em que trabalhadores, gestores e sociedade se organizam, com vistas ao alcance da meta de saúde voltada para a defesa da vida, com ética e qualidade.

Ainda que se considere a robustez com que determinadas gestões conduzem o projeto de APS, cabe ressaltar as limitações de ordem técnica e financeira a que muitos municípios estão submetidos, o que os coloca em dificuldades na implantação, operacionalização, monitoramento e avaliação da ABS, conforme reconhecem Vallim, Vieira e Osiano (2006, p. 203) que, em relatório de avaliação institucional levada a efeito pela SES do Estado de São Paulo, salientam a forte dependência da gestão estadual, por parte de municípios de pequeno porte e poucos recursos, para organizar seus sistemas de saúde e obter apoio técnico. Salientam, respectivos autores, que a realidade da ABS, no período avaliado, ainda se caracterizava por “referências informais, insuficientes e de baixa capacidade resolutiva”; pelo isolamento das equipes; pelas deficientes instalações físicas e de equipamentos; pelo baixo estímulo aos processos de capacitação e apoio a ações de EP; pela baixa disponibilidade de profissionais com perfil para atuarem na ESF; e pela dificuldade de fixação dos mesmos, particularmente de médicos. Respectiveis autores apontam para a necessidade de se discutir o modelo de organização da atenção básica em áreas críticas e de se repensar formas de financiamento mais criativas, diante da realidade vivenciada por municípios com maiores dificuldades para assegurar uma AB de qualidade.

Uma reflexão adicional merece consideração. Por que enfermeiros manifestaram-se em percentuais mais elevados que médicos, ao tratar das fragilidades apontadas? Inúmeras hipóteses foram aventadas ao longo deste estudo, cabendo reforçar e acrescentar, aqui, de forma sucinta, considerações feitas em relação ao fato da enfermagem, no atual cenário de trabalho das EQSFs no país, estar mais envolvida em ações de planejamento e de gerência; responsabilizar-se em menor proporção pela incompletude de equipes; envolver-se em menor escala no processo de rotatividade em equipes; possuir menor poder de negociação ante a questões que envolvem salários e contratos; além de se constituir como

responsável, em grande escala, pela coordenação das equipes e, portanto, se apresentar como interlocutora no processo avaliativo do PMAQ.

7.6 Estudo qualitativo e quantitativo

Nesta subseção serão abordados, de forma conjunta, buscando pela intercomplementaridade, dados e análises referentes a avaliações dos profissionais – ramo quantitativo – e relatos de percepções dos trabalhadores das EQSFs – ramo qualitativo da pesquisa.

Neste sentido, serão apresentadas, de forma sequencial, as temáticas envolvendo: a) Processo de trabalho no contexto da ESF; b) Experiência e significação de PMAQ; c) PMAQ como referência para avaliação do acesso e cuidado; e, d) Qualidade do acesso e cuidado na ESF.

7.6.1 Processo de trabalho no contexto da ESF

Apresenta-se a análise qualitativa da CT I, com propósito de conhecer os referenciais sobre processo de trabalho (PT) em saúde em torno dos quais os trabalhadores das EQSFs se apoiavam.

Colocar em foco a temática referente ao PT, particularmente endereçado ao contexto da ESF, foi uma posição assumida pelo pesquisador com vistas a possibilitar que EQSFs pudessem se posicionar em relação às questões norteadoras, que seriam apresentadas no decorrer da entrevista de grupo, as quais tinham como “pano de fundo” o PT. Esta postura, em outra perspectiva, contribuiria para estabelecer um delineamento em torno do qual se pudesse melhor situar o lugar de que falam equipes/trabalhadores da ESF.

A CT I conformou-se com duas dimensões: concepção e percepção. A primeira, referindo-se a temas envolvendo conceitos, definições, entendimentos,

etc., sobre PT em saúde, e a segunda, compreendendo percepções, expressões, manifestações, etc., dos sujeitos sobre o PT em saúde, no âmbito de suas equipes.

A. Categoria I: dimensão concepção

Análise da CT I, dimensão concepção, permitiu identificar conceitos relacionados ao PT em saúde, embora numa vertente mais voltada às suas práticas. Foram eles endereçados às subcategorias referentes:

1- ao campo organizacional, traduzidos, entre outras, por falas expressando o/a:

a) modus operandi

“processo de trabalho...nada mais é do que a maneira como a equipe trabalha...o modo como ela trabalha... [...] mas temos uma ordem” (GF3//ENF/AR).

b) organização

“[...] é...forma de organizar todo o nosso trabalho...então, é a organização. É organizar bem o trabalho para ele fluir, pra ele chegar no resultado esperado. Organizar mesmo, tudo...toda atividade que a gente desenvolve no dia a dia” (GF1/MED/AC).

2- ao planejamento

“[...] é trabalhar [...] com planejamento, ter objetivos naquilo que faz, alcance de metas e resolutividade” (GF2/ENF/AR).

3- ao sujeito coletivo (equipe)

“[...] é o processo da equipe inteira... [...] junta todo mundo...pra fazer um só trabalho. Que é um grupo. Todo mundo junto” (GF6/AC/ACS).

“E as decisões são tomadas em equipe. É esse que é o processo de trabalho do programa de saúde” (GF7/ENF/AR).

Uma análise de caráter mais geral deixa transparecer, de forma importante, a inexistência, nos CECGFs, de citações de natureza conceitual, por parte dos

trabalhadores das equipes, que apontassem para discussões mais estruturadas em torno dos componentes do PT na ESF, fossem elas focadas no objeto de trabalho, o processo saúde-doença, ou nos objetivos/finalidades da atenção, quais sejam, as necessidades de saúde individual e coletiva. Este aspecto foi de fundamental importância, haja vista ter permitido que se compreendesse a “mirada” sob a qual trabalhadores estabeleceram seus referenciais para as análises posteriores.

À exceção de uma, não se evidenciou por parte de qualquer outro médico manifestação mais significativa em relação a conceitos sobre o tema PT. De outro modo, prevaleceram nesta dimensão manifestações de ENFs, TEs e ACSs, embora estas tenham se limitado a descrições focadas na estrutura e/ou organização do trabalho.

Depreende-se do exposto que, para trabalhadores das EQSFs em estudo, abordar PT, conceitualmente, significou atestar a pouca intimidade com o tema – particularmente por parte dos médicos – e evidenciar o caráter recursal de que ENFs, TEs e ACSs lançam mão, de modo a expressar conceitos sob forma de programações/operacionalidades/ações, o que ilustra a carência, no seio das equipes sob estudo, de referenciais que deem suporte às reflexões sobre o fazer cotidiano, e aponta para uma prática essencialmente mecanicista – ao se referirem à atenção dispensada por elas –, reafirmando, assim, não somente a especialização técnica do trabalho, mas, sobretudo, a prática de um modelo que não opera com a noção de abrangência/integralidade do cuidado.

Tal concepção encontra-se analisada por Merhy (2007), que parte da ideia de que modelos de atenção à saúde estão referenciados não a programas, mas ao modo como se concebem e se estruturam a gestão política, organizacional e de trabalho comprometidas com os atos cuidadores.

Um modelo de atenção à saúde explicita os problemas de saúde, bem como as razões e as formas como estes devem ser enfrentados, antecedendo, tudo isto, às definições de natureza técnico-assistencial. Este processo não se dá de forma clara, objetiva e livre de conflitos, mas, antes, se emolda a partir de um cenário de tensões, disputas, imposições e acordos, manifestos ou ocultos, entre os atores envolvidos nesta arena – portadores de necessidades de saúde, operadores sobre práticas e governantes/contratualizadores neste processo –, que não se conformam

como entes homogêneos, dadas suas intenções, desejos, acumulações e lugares que ocupam (MERHY, 2007).

Neste sentido, análise dos CECGFs possibilita admitir que EQSFs possam estar exercendo suas funções dentro de um contexto que as prefigura mais como meras executoras de ações do que de coletivos que exercem suas atividades de maneira crítica e reflexiva.

Evidências desta postura também foram constatadas em GFs de estudo conduzido junto a EQSFs de uma capital brasileira. Nas discussões realizadas, constatou-se que a maioria dos profissionais procurou “eximir-se de reflexões mais consistentes sobre o processo de trabalho”. As manifestações dos grupos foram caracterizadas pela “falta de autorreflexão e autocrítica nos posicionamentos” (UFMG, 2009, p. 104).

Questiona-se, contudo, as razões pelas quais trabalhadores da ESF conformam suas práticas de modo a se constituírem mais como meros reprodutores do que como sujeitos ativos, autônomos e protagonistas de suas ações.

No entender de Campos (1997), os trabalhadores de saúde são produtos e produtores do sistema de relações a que estão subordinados: figuras “sujeito-objeto, autônomo-alienado”. Nesta arena, assumem comportamentos que vão do protagonismo – como ator em busca da afirmação de interesses pessoais e/ou coletivos – à indiferença e/ou omissão – em relação aos projetos em favor da defesa da vida. Advoga referido autor a necessidade de intervir sobre a forma como se estrutura o jogo institucional, quando este não se apresenta comprometido com a produção da saúde.

Neste contexto, trabalhadores da ESF acabam por se ver e se posicionar diante de uma miríade de possibilidades sob as quais efetivam suas práticas. Tais posturas são expressas por Franco e Merhy (2007) que, ao se referirem ao caráter prescritivo do PSF [e por consequência, da ESF], o citam como um sério obstáculo ao alcance da oferta de cuidados endereçados ao atendimento das necessidades de saúde da população, induzindo EQSFs a: a) ignorarem tais prescrições, mantendo o estado atual de conformação do trabalho – com “adequações” no atendimento ao solicitado; b) acatarem as mesmas, mas centrando suas ações não nos usuários, mas na geração de mais e mais procedimentos; ou, c) incorporarem parcialmente as

prescrições, mas dedicando-se a intervir sobre a comunidade de forma a possibilitar melhoria em suas condições de vida.

Ao abordar PT, ainda que numa perspectiva de carácter mais geral, observou-se que discursos de natureza conceitual, mais estruturados, prevaleceram entre EQSFs em AR, em contraposição aos de carácter operacional, os quais foram mais frequentes entre trabalhadores de EQSFs em AC, o que poderia ser justificado em função da “experiência” adquirida pelas equipes com AR, por terem já vivenciado um ciclo do PMAQ.

B. Categoria I: dimensão percepção

Análise da CT I, dimensão percepção, permitiu identificar a emergência de temas relacionados à operacionalização do PT no cotidiano das EQSFs. Foram eles revelados como subcategorias referentes a/à/às:

1- rotinas da equipe, referindo-se estas a descrições expressas sem qualquer juízo crítico em relação ao estabelecimento/conformação/estruturação do PT, como evidenciado em falas como:

“[...] ele começa a partir de quando a gente identifica algumas situações no município, na...área onde a gente atua, né? E começa a montar algumas estratégias, alguns planos pra melhorar...pra atender...a esses problemas” (GF2/TE/AC).

“Saber a necessidade da população pra tá orientando pra trazer pros enfermeiros [...]” (GF4/ACS/AC).

“É um trabalho em equipe, né?” (GF4/MED/AC).

“É uma equipe mesmo” (GF4/ACS/AC).

“É um trabalho em equipe, eu acho que assim... é...multidisciplinar, em que... assim, levantamento, né, basicamente dos agentes de saúde das visitas domiciliares, eles fazem como se fosse um levantamento dos problemas, né?”

Direciona pra cada...é...pra cada profissional, pra cada área no caso, né? Então eu acho que envolve todo...toda uma estrutura da saúde, porque os envolvidos não são só é...um médico da saúde da família, são os médicos das especialidades também, sabe? Eu acho que...é...é um trabalho em equipe mesmo, que mobiliza toda...toda a equipe de saúde. Mas é...a base mesmo é o pessoal da Estratégia, que faz o levantamento [...] (GF4/ENF/AC).

“[...] Aquele paciente que a gente diagnosticou na visita, ele fica meio que acompanhado, né? Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem vai, verifica pressão, sabe? Se necessário...se tem gestante... Então, a gente na visita vê, depois da visita passa pros enfermeiros, depois os enfermeiros passam pro... pros médicos e assim a equipe vai trabalhando...num dia todo mundo da equipe...é...entra em ação naquele...paciente...no caso” (GF4/ACS/AC).

2- atribuições da equipe/categoria de trabalhador, consistindo de descrições enunciadas como encadeamento de ações desprovidas de qualquer elaboração de caráter mais reflexivo, quanto ao mecanicismo e à fragmentação que norteiam o PT de referidas equipes, como:

“E tem os pacientes que chegam até nós nos consultórios, né? Nos ambulatorios. Que a gente faz acompanhamento também, de tratamento de pressão, diabetes... São as doenças crônicas, né? E...faz esse acompanhamento. Os pacientes que já passaram de repente por elas, já passaram por enfermeira, já passou por uma visita médica inicial, já começou o rumo de um tratamento, e aí faz acompanhamento depois com a gente, entendeu?” (GF4/MED/AC).

“[...] as agentes fazem as visitas [...] assistência que precisa pros...pros moradores... E aí entra o médico no caso de uma necessidade aí, é...uma casualidade, um paciente precisando de algum atendimento especial ou direcionado pro...pra um serviço mais especializado... Então na verdade é um trabalho em equipe, né? Trabalho em comum” (GF4/MED/AC).

“A gente orienta, ‘vai no médico’, é...procura pra medir pressão regular... Aqui a gente não tem como fazer...é mesmo orientar eu acho que os agentes de

saúde, que aí, é...depois da orientação da gente vem as médica, enfermeira, que são mais [...]” (GF4/ACS/AC).

Ao se manifestarem em relação ao PT, membros das EQSFs o caracterizaram com meras descrições de rotinas ou de atribuições dos trabalhadores, expressando, assim, uma pobreza discursiva em relação aos princípios que norteiam a prática da ESF/APS/ABS. Esta postura, além de estar relacionada com o processo formativo dos trabalhadores, expressa, talvez, a possível fragilidade da incorporação dos princípios da APS e da PNAB ao cotidiano de trabalho das equipes.

Este modo de proceder reafirma a posição dos trabalhadores como meros executores de ações/tarefas, subtraindo-lhes a condição de protagonistas em relação ao processo de planejar e estabelecer objetivos que estejam respaldados por princípios que dão sustentação a práticas enriquecedoras e com maior legitimidade frente aos usuários, em geral (UFMG, 2009).

Mencionada condição se vê, ainda, agravada pela dominância do

[...] conceito “recursos humanos” na elaboração de metodologias de gestão em saúde, o qual sugere uma concepção de que as pessoas são consideradas um recurso supostamente administrável conforme a “racionalidade administrativa”. Neste aspecto se deduz que os gestores/gerentes têm no seu imaginário que os trabalhadores de saúde são os recursos que devem, *a priori*, viabilizar as ações por eles traçadas. Deste modo, os trabalhadores não se reconhecem como autores do trabalho executado, existindo assim a ambiguidade na qual exercem o papel de meros recursos e em outros momentos, o papel de trabalhadores com direitos, gerando desresponsabilização pelo trabalho e cuidado do usuário. Assim, observam-se as relações complementares, nas quais os gestores pensam e planejam e os trabalhadores executam (PESSÓA, 2011, p. 26-27).

Merhy (2007, p.19-20) chama a atenção para as necessárias capacidades analíticas e de protagonização dos sujeitos envolvidos neste “complexo processo de contratualização social, político e técnico”, o que exige dos atores em ação a disponibilização de uma “caixa de ferramentas conceitual e operacional, multirreferenciada”.

Campos (1997, p. 254), ao utilizar de conceitos propostos por Guatarri, apoiados em Sartre, vai afirmar que, no jogo institucional, trabalhadores da saúde assumem papéis que vão da condição de grupo-sujeito a grupo-assujeitado. Estes,

caracterizados “pelo imobilismo e pela incapacidade de modificar o instituído, tendo em vista sua subordinação passiva às determinações do contexto interno e externo às organizações”; aqueles, os “virtualmente implicados com processos de mudança”.

Assume-se, portanto, que é preciso recriar a instituição ESF, de forma que esta se apoie em novos postulados para o posicionamento da gestão e em reconfiguração das práticas dos trabalhadores das EQSFs, possibilitando que estas possam ter como referência técnica, ética e política a produção da saúde dos indivíduos e dos coletivos.

3- não conformidades, em relação aos princípios da ESF, evidenciada através de falas em que são manifestos o pequeno engajamento, a escassez ou a inexistência, na equipe, em relação à/às/ao:

a) necessidades de saúde da comunidade

“E se a equipe, a equipe, tivesse envolvida muito mais, corpo a corpo, com essa... Como que fala? Com essa comunidade, com esse pessoal, é...taria mais...é...mais corpo a corpo, mais presente... Não seria assim, é...diminuí a fato dessas pessoas tá muito lá...nas Unidades? Se elas tivessem...esse atendimento assim de corpo a corpo? Com assim, com... é... palestras...” (GF5/ACS/AR).

b) exercício da intersetorialidade

“Outro ponto aí fragilizado, né, que...atrapalha muito, né, o nosso trabalho é a questão da intersetorialidade, né? É... [...] cada um faz...faz uma coisa...né? Por que...se sentasse todo mundo junto...Secretaria da Saúde...Secretaria da Educação...Esporte...né, a... Como chama lá? A promoção social, né, sentasse... [...]” (GF5/ENF/AR).

c) adscrição de clientela

“Eu, por exemplo, não trato só da minha área, né? Da minha microárea. Aí vêm os pacientes, quer passar comigo...não sei que que tem, vem de outras áreas [...] Cada equipe deveria atender a sua determinada área, né? [...] Deveria haver mudanças, e muitas, né? Só que não depende, né,

da...das equipes. Depende de força maiores aí. A população numa certa área passa comigo, depois passa com outro médico da área, pede exame... Excesso de exame, exames. Isso aí prejudica o Sistema, né, vai acumulando...exames desnecessários, gastos desnecessários...” (GF5/MED/AR).

d) oferta de acolhimento

“Alguma pessoa chegar e falar: ‘Não, pera aí, vamos sentar, conversar. Qual o seu problema?’ Uma sala separada e ver se realmente tem aquele problema, né? Então eu acho que esse seria um...uma das coisas que... um ponto negativo...que tá...mas tá faltando. Então, isso aí que tá... precisa ser melhorado um pouco ainda” (GF5/ACS/AR).

e) papel do médico na equipe

“É, eu vejo assim, talvez seja o fato...de a equipe em si seria...os agentes... E o enfermeiro, né? Quer dizer, o doutor fica em outro local... em outro lugar, no Centro de Saúde, então ele não tem assim...contato mais direto com a equipe” (GF5/ACS/AR).

“E eu basicamente faço atendimento ali, só atendo, atendo, atendo, atendo...demanda. Então eu não... [...] estou no funcionamento correto pro PSF, entendeu? Porque não é toda Unidade que tem um médico lá, oito horas disponível, entendeu? Não é toda Unidade que tem...a critério cada paciente demora 10 minutos, 10, 15 minutos por paciente, descanso de 10 minutos pros médico, depois de uma hora. Não funciona desse jeito. Então, a gente vem de 40 consultas, 50, 60 sei lá. E... Então não dá tempo da gente de ver certas coisas [...] não seria o funcionamento correto eu acho, do PSF” (GF5/MED/AR).

f) cumprimento de carga horária

“Só atendo à tarde. E atendo muita demanda, muito paciente...em tão pouco tempo...de manhã outro médico atende...de outra equipe [...] médico é meio período” (GF5/MED/AR).

“Os outros profissionais é o dia todo” (GF5/ENF/AR).

g) abordagem multidisciplinar

“Bom, enfermeiros e os agentes são...certos. E a saúde bucal, né? Isso podemos falar que segue certo na...na sua área de atuação. Uma coisa que precisava, que é...que é o...carro chefe se organizar, a questão do...do médico, né? E... Infelizmente a população é...vê o médico como, né, o...a chave principal, assim, né? ” (GF5/ENF/AR).

Discursos apontando insuficiências no processo de trabalho da equipe, relacionadas com não conformidades em relação aos princípios da APS/ABS/ESF, foram apresentados, essencialmente, por uma equipe, em AR, com predomínio de manifestações por parte dos ENFs. MEDs, TEs e ACSs se restringiram a manifestações relacionadas com suas práticas, sem que se avançasse em relação à discussão dos mencionados princípios, o que, de outro modo, poderia estar evidenciando a pequena penetrabilidade/absorção destes princípios pelas equipes.

A importância da incorporação de balizadores é ressaltada por Ayres (2009, p. 13) que faz menção a princípios norteadores para a organização do sistema de atenção à saúde, enfatizando o caráter mutuamente referente da universalidade, equidade e integralidade, sobre as quais se compatibiliza “pragmatismo com utopia, realismo prático com capacidade de sonhar”. Referido autor traz considerações importantes sobre a integralidade, chamando a atenção para os eixos das necessidades, finalidades, articulações e interações que dão sustentação a este princípio e que repousam na intimidade do processo de trabalho em saúde.

A escassez de referenciais, observados na pesquisa, relacionados aos princípios que norteiam a prática na ESF, deixa entrever a possibilidade e reforça a tese de que EQSFs trabalham de forma mecanizada, fragmentada, com alto grau de direcionalidade técnica, sem que incorporem, de forma articulada e sistêmica, princípios fundamentais do SUS/ESF/APS.

Esta possibilidade foi atestada por Castanheira et al. (2009), ao empreenderem estudo em que se buscou avaliar características da organização da assistência no âmbito da atenção básica – USFs e UBSs –, tendo os mesmos observado que haviam importantes desvios, por parte das unidades, em relação aos

princípios ordenadores do SUS e da PNAB, estando estes relacionados com condições de estrutura e processo de trabalho.

Van Stralen et al. (2008), ao compararem avaliações de profissionais e usuários de UBSs tradicionais e USFs sobre atributos da atenção básica, verificaram que, exceção seja feita para enfoque familiar e orientação comunitária, referidos atributos pouco diferenciaram na avaliação dos pesquisados.

A fragilidade com que EQSFs têm assimilado os princípios da ESF, tais como acessibilidade, vínculo, coordenação do cuidado, enfoque familiar, orientação para a comunidade, integralidade, equidade, etc., justifica as razões para a ainda baixa resolubilidade alcançada por estas, no âmbito da ESF (ASSIS et al., 2007; REIS, 2013). Semelhante achado é corroborado por Almeida e Melo (2012) que, ao se proporem a avaliar a prática do princípio da integralidade na gestão da atenção básica, evidenciaram que as ações prioritárias das unidades eram fortemente voltadas para a verticalização dos programas do MS, atestando a baixa permeabilidade às inovações e criatividade.

Fragilidades no entendimento dos princípios da ESF também foram identificadas em estudo realizado em USFs, em Belo Horizonte, com evidentes repercussões sobre a acessibilidade (UFMG, 2009).

4- deficiência no PT da equipe atribuída à gestão, citando-se, como expressão desta:

“Funciona muito à base de politicagem, né? Muita politicagem...” (GF5/MED/AR).

“Eu acho que com politicagem sai do foco...né? ” (GF5/ACS/AR).

“Acaba-se perdendo né, o...o objetivo ali da...da estratégia...com a interferência política” (GF5/ACS/AR).

Evidenciou-se claro e manifesto reforço, nas enunciações, da interferência “política” na ESF, com as evidentes distorções que esta impõe sobre o processo de trabalho das equipes.

Merhy (2007, p. 32), ao tratar da gestão, no tocante à organização social e técnica das práticas produtoras de cuidado, faz menção ao papel dos gestores na

construção das contraturalidades entre trabalhadores e usuários, no dia-a-dia dos serviços, de forma a operar intervenções transformadoras nos modelos de atenção. Neste sentido, advoga a tese de que a composição das caixas de ferramentas utilizadas para a conformação do cuidado, profissional ou equipe acionado, é determinante da estruturação do processo de trabalho e, portanto, da gestão da produção de atos em saúde. Enfatiza o autor que tal conformação também se encontra atrelada, dentre outras, às práticas gerenciadoras ou produtoras de cuidado submetidas/condicionadas às ações médico e/ou enfermeiro-centradas – em detrimento de atos integralizadores –, o que explica “o processo de captura do trabalho vivo por certos modelos technoassistenciais”.

5- verticalidade, envolvendo a transferência / não compartilhamento de responsabilidades nas relações de trabalho, como:

“Acho que mais quem sofre pressão é o pessoal que trabalha nas Unidades, eu acho. [...] a gente é mais da rua, né? A nossa parte ela tá sempre em dia...é o nosso dever de fazer. Agora, é...os enfermeiros tem que tomar conta da Unidade. Agora, os agentes não têm tanto essa pressão [...]” (GF4/ACS/AC).

“Geralmente os agentes não tem tanto problema, então por isso que a gente não sofre tanto que nem...tipo um enfermeiro que toma conta de uma Unidade. Então eu acho que é mais complicado pra eles do que pra gente” (GF4/ACS/AC).

“É responsabilidade! Responsabilidade. Fica sob a responsabilidade de alguém. Alguém tem que organizar. Existe uma...uma hierarquia, vamos dizer assim, alguém tem que organizar. Ver se o serviço tá em andamento, se as meninas tão trabalhando bem, se os médicos tão trabalhando adequadamente [...]” (GF4/MED/AC).

“Eu acho que a maior carga é em cima dos enfermeiros. Porque eu não sei nas outras, mas aqui o enfermeiro ele toma conta da Unidade, ele tem que saber dos seus funcionários, da sua equipe, no mínimo e tem que ainda... ter o paciente, sabe? Então eu acho que a sobrecarga é muito grande em cima

dos enfermeiros. E aí ...vêm uma fiscalização...cê saber o que cê faz...às vezes nem é...deveria ter um diretor na Unidade, por exemplo, nem era a tua...cuidar de lâmpada que queimou, por exemplo... Aí você tem que ir atrás, de alguém, sabe? Eu acho que é muita pressão em cima deles” (GF4/ACS/AC);

“Eu falei que assim, você como...como coordenadora, fica mais pressionada nessa hora. Porque...a responsabilidade é...aqui é sobre a equipe, mas a coordenadora tem mais responsabilidade e você acaba puxando isso pra você” (GF7/MED/AR).

As constatações de relações assimétricas, de verticalização do trabalho, de relações de poder e de não compartilhamento de responsabilidades foram evidentes nos discursos, o que faz indagar sobre a natureza do trabalho das equipes que, em tese, se supõe interprofissional.

Não se ignora que a divisão social e técnica do trabalho seja algo inerente a todo e qualquer processo de trabalho coletivo, inclusive na área de saúde, na qual o trabalho em equipe demanda direcionalidades, em razão do cumprimento de ações e alcance de resultados que se vinculam às especificidades do processo formativo de cada uma das categorias envolvidas no trabalho (RODRIGUES; ARAÚJO, 2015); contudo, a definição de papéis nas EQSFs, particularmente aqueles voltados para as competências de campo, deveria assumir um caráter de maior autonomia e responsabilidade.

Tal concepção não se confirma na prática das EQSFs sob estudo, seja porque ocultamente esteja implícita a transferência de responsabilidade, seja porque, passivamente, alguns papéis são assumidos por determinadas categorias, sem que isto esteja prescrito/regulamentado como tal.

Merhy (1997, p. 100) menciona que

o processo de trabalho em sua micropolítica deve ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes: desde forças presentes claramente nos modos de produção – fixadas por exemplo como trabalho morto e mesmo operando enquanto trabalho vivo em ato –, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes e no campo do conhecimento que os distintos “homens em ação” constituem.

Este padrão de comportamento, regra geral, encontra-se conformado pelo modelo médico-hegemônico e se reproduz nas práticas das EQSFs, carecendo de uma crítica que lhes possibilite promover a transformação deste modelo. Para tanto, cumpre aos trabalhadores um deslocamento de seu núcleo estrito de competências em direção à construção de um trabalho verdadeiramente em equipe, que possa se articular em torno do campo de produção do cuidado.

6- educação permanente da equipe, como referido na fala:

“Agora, uma das fragilidades da equipe, como já foi colocado aqui, né, não se senta...a equipe pra se discutir um...um projeto singular terapêutico, não se senta pra discutir o processo de trabalho propriamente dito...não se senta pra se fazer uma...uma...uma autoavaliação, né, da...da equipe, né? Ver o que a gente pode-se melhorar o que que não pode. Não tem esse momento, né? Momento que tem é o enfermeiro com os agentes... Os agentes trazem os problemas pro enfermeiro, né, o enfermeiro...se ele puder resolver ali ele resolve, se não puder...chama o médico pra tentar...atender... Então, eu vejo que fica meio... Como é que... Dissimulado aí, né, o...o objetivo aí da...da Estratégia de Saúde da Família” (GF5/ENF/AR).

Não menos importante é a constatação da fragilidade com que uma robusta ferramenta, a EPS, é operacionalizada por equipes, o que se traduz num círculo vicioso em que não se discutindo processo de trabalho não se planeja, não se planejando permite-se que equipes fiquem subordinadas à “fazeções”/rotinizações, restringindo-lhes o estabelecimento de objetivos, a discussão de indicadores e, portanto, o alcance de metas.

Pessanha e Cunha (2009, p. 238) ressaltam a importância de se vislumbrar a EPS como proposta fundamentada na concepção de aprendizagem-trabalho e possibilitadora de reflexão crítica sobre o processo de trabalho, na medida em que possibilita “re-elaborar a dimensão objetiva e técnica das práticas institucionais”.

Assinala-se, adicionalmente, na análise sobre o processo de trabalho das EQSFs, a escassez, se não a inexistência, durante a discussão em grupo, de

citações ou referências a temas/ferramentas que se julga deva fazer parte do cotidiano teórico/prático das equipes, tais como: princípios do SUS/APS/ABS, processo saúde-doença, abordagem familiar, projetos terapêuticos, etc.

7.6.2 Experiência e significação de PMAQ

Nesta subseção traz-se à discussão “avaliação da experiência dos profissionais das EQSFs com o PMAQ” – obtida mediante levantamento nos questionários –, seguida pela exposição da CT II, a qual se refere ao modo como o PMAQ foi significado pelos trabalhadores das EQSFs, nos grupos focais.

7.6.2.1 Avaliação da experiência

A avaliação da experiência com o PMAQ foi concebida dentro de um contexto de “pergunta-síntese”. Ou seja, indagação dirigida ao sujeito, de modo que este pudesse, a partir de um movimento de reavivação das respostas fornecidas por ele, no questionário, melhor embasar sua reflexão sobre a temática em questão.

Análise da avaliação foi realizada com o intuito de ajuizar sobre o grau de valoração que profissionais das EQSFs e coordenações, na amostra em estudo, imputavam ao programa, em linhas gerais, tendo sido observado que 77,4% dos profissionais avaliaram como satisfatória ou muito satisfatória a experiência com o PMAQ, conforme se evidencia na tabela 7.54.

Quando se considerou a variável “experiência com o PMAQ...”, estratificada entre enfermeiros e médicos, observou-se que não houve diferença significativa em sua distribuição, o mesmo tendo sido observado quando se compararam as avaliações entre profissionais e coordenações da ESF. Também não se detectou diferença significativa na distribuição por municípios, o mesmo tendo sido constatado quando se procedeu à estratificação por tipo de adesão.

Tabela 7.54 - ESF no contexto do PMAQ: avaliação dos profissionais das EQSFs sobre a experiência

Variável		N	%
Como você avalia a experiência vivenciada por você e sua equipe de trabalho envolvendo o PMAQ	Não sei avaliar	5	6,7%
	Pouco satisfatória	12	16,0%
	Satisfatória	53	70,7%
	Muito satisfatória	5	6,7%
	Total	75	100,0%

Os dados revelaram que, majoritariamente, médicos, enfermeiros e coordenadores da ESF, independentemente de municípios ou tipo de adesão das equipes, consideraram a experiência com o PMAQ satisfatória, embora cerca de ¼ dos sujeitos tenha julgado insatisfatória a experiência ou revelado não saber avaliá-la.

7.6.2.2 Significação de PMAQ

Com o propósito de ampliar a compreensão sobre o PMAQ, buscou-se pelas significações elaboradas pelos trabalhadores das EQSFs em relação ao programa, conforme se encontram expressas na CT II.

A categoria “Significação de PMAQ” apresentou-se sob duas dimensões: concepção/interpretação e vivência. A primeira, referindo-se às manifestações de natureza conceitual e/ou entendimento e/ou interpretação do significado de PMAQ, e a segunda, às declarações referentes à maneira como trabalhadores/equipes vivenciaram/vêm vivenciando o programa.

A. Categoria II: dimensão concepção

Análise da CT II, dimensão concepção, permitiu identificar, nos CECGFs, temáticas relacionadas à:

1- qualificação, referida à/ao:

a) atenção

“É um Programa de avaliação, de melhoria, mas que tenta uniformizar pelo menos o básico, pra não ficar uma coisa muito diferente... Cada um fazendo da maneira...da sua ideia, né?”(GF7/MED/AR).

“Eu... Eu entendo o PMAQ como um Programa pra melhorar o atendimento” (GF3/TE/AR).

“Pela sigla...dá pra entender que é um Programa de Melhoria e Qualidade, né? Pra Saúde da Família, né?” (GF6/ACS/AC).

“É um Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica, que vai ver como que é o atendimento da Atenção Básica pra população” (GF6/ENF/AC).

b) profissional

“E agora o governo vem com isso, né, com esse olhar ai pra Atenção Básica, vendo que o caminho se começa desde a base mesmo, lançou este...este Programa, né, com intuito de melhorar o atendimento, né, qualificar os profissionais na Atenção Básica” (GF5/ENF/AR).

Na condição de programa, enquanto “conjunto de ações visando a favorecer comportamentos adaptativos requeridos pelas diferentes áreas ou atividades humanas relacionadas com vida comunitária, escola, trabalho, saúde e bem-estar” (HARTZ, 1999, p. 342), o PMAQ, pelo seu caráter indutivo e pedagógico, propõe melhorar a atenção, a partir da qualificação dos trabalhadores e de suas práticas.

2- avaliação, referida ao/concebida como:

a) profissional/equipe

“É um Programa do Governo pra...avaliação...capacidade do pessoal... alguma coisa assim” (GF5/MED/AR).

“É. Por que ele vem o que? Pra avaliar o trabalho. Ele vai avaliar se você tá conseguindo fazer...” (GF6/ENF/AC).

b) fiscalização

“É uma fiscalização...pra saber como é que tá o serviço...da equipe [...]” (GF7/ACS/AR).

“É um Programa de fiscalização...” (GF7/ENF/AR).

“Eu acho que eles mandam a verba, entendeu? Aí eles fazem essa vistoria, fiscalização, pra ver se tá andando certo...” (GF7/ACS/AR).

c) indução

“Eu acho que não só pra atender ao número de contratualização ou quantidade de atendimentos [...], mas também para outras coisas...” (GF1/TE/AC).

“O PMAQ veio para mostrar que a gente tá muito aquém do que seria a média do que a gente estaria. Em termos assim, ele dá o indicador, ele dá a média, então foi para nortear realmente o que a gente precisa melhorar. [...] como o MS achou um instrumento para fazer isto? Estabelecendo indicadores” (GF2/ACS/AC).

d) focalização

“Eu acho que eles é...priorizam alguns...é...alguns setores, algumas coisas... [...] eles acabam criando esses alvos pra...pra nos direcionar. E isso serve pra que? Pra te avaliar: ‘Ó, cê não tá fazendo isso... Você precisa fazer.’ Por quê? Porque isso é um dado necessário pra melhorar a qualidade da saúde” (GF1/MED/AC).

Ao se referirem à concepção/entendimento que tinham do PMAQ, trabalhadores expressaram-se sob dois enfoques: da qualificação e da avaliação. Qualificação, referida à atenção/assistência e à ação profissional, e avaliação, concebida como estratégia destinada a avaliar “profissionais”, porém revestida de conotações fiscalizatória e/ou indutiva e/ou focalizatória sobre o trabalho da equipe.

Constatou-se, portanto, nos CECGFs, identificação entre as percepções dos trabalhadores das EQSFs, quanto ao enfoque qualificatório e ao caráter indutivo e focalizatório, e os objetivos propostos pelo PMAQ, em linhas gerais.

Por outro lado, ainda em relação ao enfoque avaliativo, trabalhadores das EQSFs imprimiram ao PMAQ uma concepção fortemente fiscalizatória – atrelada ou não ao incentivo financeiro – e punitiva.

Conforme referem Alves et al. (2010, S 155), programas avaliativos tendem a se conformar como

[...] matriz de inter-relação constituída por uma diversidade de atores cujos valores, interesses, ações e consequências constituem também o projeto propriamente dito. O reconhecimento desta teia e o desencadeamento de um movimento proativo pela participação e inclusão destes atores, bem como pela superação das concepções cristalizadas sobre avaliação em prol de uma sistemática participativa, formativa, reflexiva e de empoderamento dos envolvidos, há que ser pautado nos processos de institucionalização da avaliação mesmo num contexto político-institucional, e até mesmo sócio histórico, favorável à implantação desta intervenção.

Duas possibilidades podem ser aventadas para este posicionamento das equipes na pesquisa em tela. A primeira, calcada na grande resistência, por parte de trabalhadores, em relação a programas de caráter avaliativo, tomando-os como ações de punição, ao invés de os assimilarem, particularmente no contexto do PMAQ, como um processo em construção, que rumo para o aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe. A segunda, talvez em decorrência de incompreensões frente ao real percurso proposto pelo PMAQ, que toma uma sequência de etapas como essenciais ao desenvolvimento do programa e não apenas a avaliação externa, como provavelmente vislumbram muitas equipes.

Sanders⁴ (2003, apud Felisberto et al., 2010, p. 1080), afirma que

a implantação de políticas de avaliação é quase sempre permeada de certa resistência, geralmente associada ao sentimento de que as evidências produzidas e o conhecimento mais ampliado de informações possam acarretar mudanças, aumento da cobrança e do volume de trabalho, punições ou perda de poder.

⁴Sanders JR. Mainstreaming evaluation. In: Barnette JJ, Sanders JR, editors. The mainstreaming evaluation: new directions for evaluation, no. 99. San Francisco: Jossey-Bass; 2003. p. 3-6.

A superação deste processo de resistência certamente se encontra na dependência “da capacidade da gestão em articular os envolvidos em torno de uma proposta (intervenção) qualificadora das práticas e dos consequentes efeitos positivos para o alcance dos objetivos do programa ou política a ser avaliado” (FELISBERTO et al. 2010, p. 1080).

B. Categoria II: dimensão vivência

Análise da CT II, dimensão vivência, permitiu identificar subcategorias, nos CECGFs, de natureza:

1- processual (aspectos favoráveis/positivos), comportando inúmeros temas, dentre os quais podem ser ressaltados os vinculados à:

a) direcionalidade

“Então a gente começou a ter uns...é...uma direção mesmo, um sentido no trabalho [...] De direcionar realmente, a gente saber qual a função que cada um tem que desenvolver, é...a importância disso...” (GF1/TE/AC).

“Vai abrindo outros horizontes pra gente saber o que que é. O que que a gente tem que fazer, aonde chegar, né? Até aonde a gente tem que chegar” (GF5/ACS/AR).

b) organização/programação

“Não tinha nada...assim...uma programação. Então, eu acho que melhorou no processo de trabalho isso porque tudo que é programado, a gente fala: ‘Vamo montar um curso. Como vai ser o cronograma desse grupo? Quais serão as datas?’ Então, eu acho que isso aí ajudou no processo de trabalho que a gente já, é...[...] Não é uma coisa...meio desorganizada como era antes” (GF3/MED/AR).

c) melhorias/mudanças no processo de trabalho

“Se a gente sentar pra discutir o PMAQ, nós vamos ver...que tem coisa que pode ser feita melhor!” (GF7/MED/AR).

“É... Nós também começamos a se cobrar. A gente se cobra, entendeu? Só que... a gente viu que... através da nossa cobrança, tudo, a gente produziu... a gente teve resultado. [...] Através disso a gente tem...procurado se empenhar mais, de fazer mais, entendeu? Assim... Não parar” (GF3/ACS/AR).

“Acho que a autoavaliação que a equipe teve que fazer quando estava estabelecendo as metas de contratualização. [...] mostrou que os instrumentos e forma de trabalho que estavam acontecendo [...] eram boas e que uma equipe que está inscrita no PMAQ deve atender. Então, várias coisas que a gente faz hoje não é só porque a gente acha que é melhor, é porque o PMAQ mostrou para gente que aquilo deveria ser implantado numa equipe” (GF2/ACS/AR).

d) união/comprometimento da equipe

“[...] eu percebi assim, que todos tão unido pra...desenvolver aquilo que precisa ser realizado lá do PMAQ. Todo mundo com o mesmo interesse, sabe? Nós trabalha junto... Tá tudo focando...” (GF4/ACS/AC).

“Essa forma assim...que a gente...o PMAQ uniu a...com as metas pra serem traçadas, enfim, ajudou que a equipe se une, que é uma coisa boa, nossa equipe se une e...e tudo é discutido [...] (GF1/ACS/AC).

O conjunto das mencionadas falas deixa transparecer que o PMAQ foi/tem sido vivenciado como experiência que possibilita imprimir organização/programação/direcionalidade ao PT das equipes, bem como união/comprometimento das mesmas.

De acordo com Pessoa (2011, p. 21), “o trabalho tem três dimensões: política, que diz respeito à sua finalidade; organizacional, que diz respeito ao processo

gerencial para organizá-lo; e técnica, que diz respeito ao trabalho propriamente dito”. Embora nas falas dos trabalhadores não tivessem explícitas as relações com a finalidade do trabalho, tem-se como claro que organização do mesmo guarda relação direta com a oferta de acesso e produção de cuidado e se constitui em elemento fundamental para se inferir sobre a qualidade do serviço de saúde.

Ainda que esporádicas, foram feitas algumas referências às metas de contratualização e à autoavaliação propostas pelo PMAQ, tomando-se, estas, como elemento orientador/organizador do PT das equipes.

2- processual (aspectos não favoráveis/negativos), relacionados à/ao:

a) não incorporação/não adesão ao PMAQ

“[...] por que a gente não utiliza o PMAQ como uma ferramenta? É porque nós num... É porque nós aderimos, mas não aderimos. [...] Porque nós não concordamos com o tipo de avaliação” (GF7/ENF/AR).

“Quando foi feita a adesão do PMAQ, não foi feito pela equipe. A equipe não sentou pra conversar sobre a adesão do PMAQ. Nós fomos aderidos ao PMAQ. O PMAQ num dia pro outro...apareceu na nossa vida que a gente já fazia parte do PMAQ [...] a gente só foi comunicado que a equipe faz parte do PMAQ” (GF6/ENF/AC).

Manifestações com o caráter assinalado foram quase unânimes nos GFs, o que poderia estar sinalizando contestação quanto ao modo como o processo de adesão ao PMAQ foi estabelecido nos municípios, mantendo à parte, muitas vezes, as próprias EQSFs que, para tal, “foram convocadas” a assumir uma adesão que se supunha, em tese, ter caráter espontâneo.

De outro modo, sem que haja qualquer fundamentação em suas alegações, gestores e gerentes poderiam estar se justificando com a explicação de que estavam em jogo recursos para o município.

b) não mudança no processo de trabalho

“Do ponto de vista meu... Não vejo muita diferença... O PMAQ não mudou nada, tá do mesmo jeito. Eu não vejo diferença nenhuma. Eu não consigo ver essa diferença” (GF5/MED/AR).

“Mas ainda está sendo implantado na nossa unidade. [...] então, o nosso processo de trabalho continua o mesmo que era feito antes com as equipes. Então para mim, a qualidade ainda tá muito longe” (GF2/ACS/AR).

Estas manifestações também foram feitas por significativo número de trabalhadores, talvez como expressão da adesão forçada a que foram submetidas as equipes, talvez como forma de se opor às mudanças as quais o PMAQ buscava/tem buscado induzir.

c) PMAQ como tarefa/documentação

“Eu acho que em relação ao PMAQ a maioria das...que tá ao nosso alcance, é sempre feito, sabe? Feito, cumprido, sabe? Então quando o PMAQ vem o nosso caderno tá pronto [...] a gente acha que trabalha bem. Na medida do possível, sabe, assim? É...com as nossas visitas, com as nossas fichas, a gente acha que trabalha bem” (GF4/ACS/AC).

“É porque assim, na teoria é uma coisa, na prática a gente faz o que o PMAQ pede [...] Porque o PMAQ é o que a gente faz, só que em um outro...numa forma diferente. O PMAQ ele só vai avaliar o que a gente já faz. A diferença é: O que que a gente tem que fazer? Organizar o trabalho e fazer por escrito” (GF6/ENF/AC).

Também frequente nos discursos dos trabalhadores, tais falas poderiam estar refletindo a manifestação de resistências ocultas ou mesmo exprimindo insatisfações justificadas pelos aspectos normativo, cartorial e excessivamente burocrático atribuídos a algumas etapas do PMAQ.

Para Cruz (2011) e Farias (2005), o caráter normativo de uma avaliação restringe as possibilidades de maior engajamento dos atores na construção do processo e no envolvimento com os resultados, acabando por priorizar aspectos de

natureza técnica e gerencial ao atribuir pouca relevância às dimensões políticas e à reflexividade como elementos centrais da avaliação.

d) verticalização/não apoio da gestão

“É... O que eu falei aqui, trabalhar no PSF tem que ser mais do que só pelo dinheiro. Mas falta estímulo. [...] falta de...vontade, em parte nós somos culpados, entre aspas, mas também, é...nós somos pouco estimulados. Estímulo de sentar e conversar, falar assim: ‘Gente, por que que a gente faz isso? Por que que cês tão fazendo aquilo? O que que cês podem fazer diferente?’ [...] estímulo de...de mudança...incentivo tanto da parte do município, quanto da parte do...da regional, como do Estado. É dar esse incentivo da gente poder fazer diferente. As coisas vem muito de cima pra baixo” (GF7/MED/AR).

“Porque a gente concluiu toda esta parte de desmotivação, da falta de interesse do gestor de vir comunicar a gente: gente, isso é para isso [...] Vocês são obrigados a responder, entendeu? Então é meio injusto, neste ponto de vista” (GF2/ENF/AR).

“Um dos pontos... Um dos pontos, né, de...do...PMAQ é...nos quesitos lá, né, é a autoavaliação. É... A equipe participa, né...vou citar um exemplo aqui: A equipe participa é...do Planejamento das ações de saúde junto com a...a Gestão? Lembra dessa pergunta? A gente nunca, né...teve esse contato...” (GF5/ENF/AR).

As práticas de gestão, em contextos de escassez de recursos materiais, técnicos e gerenciais, de baixa resolubilidade e pouca autonomia, acabam por exercer “ações centralizadas de controle, de fiscalização e punição dos trabalhadores. Isto tem como objetivo manter o funcionamento da USF, acentuando a produção de sujeitos sociais alienados” (ALMEIDA; MELO, 2012, p. 828).

Os questionamentos postos pelas EQSFs na pesquisa em tela passam pelo que Pinto e Ferla (2015, p. 93) denominaram como falta de “reconhecimento de si no programa”, pelo fato de “não se perceberem como pares envolvidos, não contarem

com apoio suficiente e também por não terem acesso, do modo adequado e em tempo oportuno, ao andamento das ações do programa e aos resultados das diversas avaliações”.

Conforme referem Almeida e Melo (2012, p. 816), as práticas de gestão, regra geral, têm como

objetivo central manter e ordenar o funcionamento dos serviços, ficando restrita a atribuições básicas da administração: ações de controle, supervisão e provisão de insumos para os serviços, ressaltando o caráter normativo, centrada em um modelo taylorista-fordista, com característica punitiva e autocrática, pouca autonomia focada na captura e alienação dos sujeitos sociais.

O caráter verticalizado com que muitas gerências/gestões têm conduzido a interlocução com as EQSFs, como atestado nesta pesquisa, deixa entrever as dificuldades na discussão de referências voltadas ao campo das relações, da organização e das condições de trabalho, impondo elementos dificultadores/cerceadores a um agir em saúde que contemple a satisfação de usuários, trabalhadores e gestores, coletivamente.

e) burocratização/coerção/punição

“A gente fazia...o que era se mandado fazer, na verdade. ‘Olha, tem que fazer...é...todos os números do PMAQ, sem a gente existir... [...] Ah, mas a gente tem que mandar porque tem que tá isso no papel, tal, tal, tal, falar que vocês tão...trabalhando’. Então, mas ficava assim... A gente fazia porque tinha que fazer [...]” (GF1/ACS/AC).

“PMAQ pra equipe é um dia de avaliação! Não é um Programa de ajuste, melhoria, de autoavaliação da própria equipe. Não foi utilizada como ferramenta pra isso. É um dia de avaliação e de caráter...estressante, punitivo, que a hora que vai embora virou alívio” (GF7/MED/AR).

Pinto e Ferla (2015), em ensaio em que se propõem a analisar a formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão, conferem destaque à análise da etapa de implementação de políticas públicas como possibilidade de compreensão sobre processos e resultados alcançados e de fortalecimento de ações de monitoramento e avaliação.

No tocante ao tema, as manifestações dos GFs expressaram a percepção de trabalhadores, em relação ao modo como o PMAQ foi apresentado e implantado em municípios, e como equipes lidaram com esta postura. Referidas falas podem estar traduzindo um descompromisso/desresponsabilização da gestão/gerência em relação ao desenvolvimento do PMAQ, bem como um processo de embate das EQSFs para com aquela, como forma de ocultamento das resistências às mudanças.

Nickel (2014) chama a atenção para a preocupação, manifesta pelos sujeitos [com suas correspondentes práticas], quanto às consequências dos resultados de uma avaliação, sejam elas voltadas para o aumento de cobranças e de carga de trabalho ou relacionadas à perda de poder.

Como ressalta Sarti (2008, p. 67), é necessário que se assuma “a avaliação em suas distintas formas, como uma das ferramentas de gestão” de forma a contribuir “para romper com a lógica de que avaliar seja sempre algo ruim, negativo e punitivo”.

3- estrutural (aspectos favoráveis/positivos), relacionados a:

a) benefícios para o trabalho da equipe

“O PMAQ ele mudou...os benefícios. Algumas coisas que faltam, que a gente não conseguia antes, com o PMAQ a gente consegue em tempo recorde! Questão de equipamentos. Coisa que a gente pediu...um teste rápido, por exemplo, pedimos tempos e tempos. A gente nunca teve. Agora com a avaliação do PMAQ a gente tem!” (GF6/ENF/AC).

“[...] Mas...e lá na frente o que que a gente começa a ver? Que...a gente já tá tendo alguns benefícios também pra equipe, né? [...] Computador que vem...que a gente...imagina que seja a verba, né?” (GF3/ENF/AR).

“[...] Reforma do prédio...” (GF3/TE/AR).

“depois que o PMAQ foi introduzido aqui [...] eu achei que bastante coisa já melhorou. A gente não tinha internet... Falta ainda algumas coisas, mas assim, já teve uma grande...um grande avanço” (GF3/MED/AR).

Referidos benefícios mencionados pelos trabalhadores contribuem, sem dúvida, para melhoria das condições de trabalho das equipes, embora caiba considerar que são itens previstos no processo avaliativo, cuja responsabilidade é atribuída à gestão.

b) incentivos financeiros

“Eu acho que na...também, como incentivo. Esse dinheiro que a gente recebeu do PMAQ, foi um incentivo, tá? Pra que? Pra gente tá se esforçando e fazer...fazer bem feito [...]” (GF3/TE/AR).

Embora não tenha se dado de forma generalizada, algumas gestões compartilharam, com equipes, parte do recurso advindo da certificação, sob forma de remuneração por desempenho.

Cabe, contudo, refletir sob que elementos se assentam as avaliações de desempenho que, como salienta Pessoa (2011, p. 16), “têm se pautado por critérios restritos à produtividade de ações e serviços”, quando, em tese, além dos citados, deveria contemplar uma perspectiva mais ampla que tomasse em consideração a organização do trabalho das EQSFs.

Para Campos (1997), remunerar por desempenho/produtividade é um tema crítico, haja vista a submissão a que expõe trabalhadores de saúde como se objetos de compra e venda fossem. Nesta condição, trabalhadores incorrem em risco de deslocarem a centralidade do trabalho, já sabidamente fragmentada, para uma condição ainda mais alienante, qual seja, a de se focar em procedimentos/indicadores/produções/números, colocando em risco a produção de sujeitos.

c) recursos para a gestão

“[...] Por que essa mudança? Por que essa rapidez pra...no atendimento à essas questões, coisa que isso não acontecia antes? Por que isso mudou? Quer dizer: O que que o município tem de retorno para que isso possa acontecer tão rapidamente?” (GF6/MED/AC).

Não se pode negar, entretanto, que citado recurso, para a gestão, passou a ser considerado um acréscimo significativo ao financiamento da AB para o município, haja vista a possibilidade de sua utilização como parte de complementação salarial de trabalhadores e/ou como estratégia de provimento de melhoria das condições de trabalho nas USFs.

4- estrutural (aspectos não favoráveis/negativos), comportando aspectos relacionados à:

a) estrutura física

“Eu acho que o que o PMAQ não resolveu e não conseguiu melhorar foi o fato deles prometerem uma Unidade pra gente faz anos! A gestão prometeu e o PMAQ cobra essa Unidade. Espaço físico... [...] Até hoje não saiu do papel (GF3/ACS/AR).

“Eu não sei se estrutura física é...é um problema pra gente ali. Falando como agente de saúde e...não mudou. E eu acho que não vai mudar. Vai continuar do mesmo jeito. É um problema que eu vejo ali...nós somos várias e [...] numa sala minúscula... [...] ano passado, foi discutido esse problema...não mudou. E esse ano vai vir, vão inventar desculpa e não vai mudar de novo” (GF4/ACS/AC).

b) insumos

“Acho que é...ver se o serviço tá ofertando um serviço de qualidade, né? E pra você...pra você ofertar um serviço de qualidade você tem que ter...os insumos necessários, você tem que ter...” (GF5/ENF/AR).

Nickel (2014) é enfático em ressaltar que vários fatores interferem na construção da capacidade avaliativa organizacional, dentre eles os recursos humanos, físicos e financeiros disponibilizados pela organização.

Nas manifestações assinaladas pelos trabalhadores, nesta pesquisa, talvez resida um dos entendimentos ainda primários sobre o PMAQ, baseado na tese de

que às equipes cumpre o papel de buscar/atrair o recurso proveniente da certificação, como se esta dependesse única e exclusivamente delas.

Ao se referirem à vivência experienciada com o PMAQ, trabalhadores se expressaram sob os enfoques processual e estrutural. Em relação ao primeiro, constatou-se forte identificação entre os objetivos estabelecidos pelo programa, em linhas gerais, quando cotejados com os discursos dos trabalhadores, referidos como aspectos positivos – apontamento de direcionalidade, possibilidade de programação/organização, melhoria no processo de trabalho, no comprometimento e no relacionamento da equipe. Contudo, expressivo número de EQSFs expressaram suas vivências, de forma veemente, quando se tratou de apontar aspectos negativos da experiência, com relatos direcionados a resistências na equipe, à percepção do processo como burocratizante, à falta de estímulo e, até mesmo, ao não apoio da gestão. Claro nos parece que EQSFs nas quais estas manifestações assumem grande relevância certamente terão comprometido o processo de trabalho, quiçá a qualidade do acesso e cuidado ofertados.

Ao se manifestarem sobre aspectos estruturais positivos, EQSFs indicaram a adesão ao PMAQ como possibilitadora de ganhos, embora tal menção tenha se dado de forma superficial, como sendo apenas relativos. Foi enfatizado, por parte de algumas, mas não todas as equipes, a remuneração por desempenho, atrelada ao repasse de parte dos recursos da certificação, assumida por alguns gestores. De outra forma, algumas EQSFs foram enfáticas em apontar o estado carencial vivenciado por elas, quando se referiram ao ambiente físico das USFs e aos insumos de que dispunham.

Esta análise possibilita inferir que trabalhadores das EQSFs, na amostra em estudo, compartilhavam, em grande parcela, com os objetivos estabelecidos pelo PMAQ, a despeito de sinalizarem impropriedades/inadequações no conteúdo ou na forma como referido programa vem sendo implementado. Clama por atenção, assim, algumas das concepções/formulações/estratégias operacionais do PMAQ, sobre as quais se imputa grande parcela das dificuldades vivenciadas pelas EQSFs e em torno das quais não se consegue avançar com o programa.

Conforme assinalam Pinto e Ferla (2015, p. 87),

o PMAQ é uma política nacional que, para avançar em alguns de seus objetivos, busca produzir mudanças no cotidiano do trabalho

em saúde, mobilizando sua dimensão micropolítica e apostando em diversas interações com gestores locais e de serviços, trabalhadores, usuários, instituições de formação, instâncias do controle social e de controle externo.

Um aspecto da maior importância, contudo, ao se proceder à análise mais sistêmica dos CECGFs, se refere ao fato de que trabalhadores, com raríssimas exceções em alguns grupos, deixaram transparecer em seus discursos a falta de uma percepção mais globalizante da natureza do PMAQ. As enunciações focalizaram, quase sempre, sobre um PMAQ percebido como demanda para pactuação de indicadores, como estabelecedor e prescritor de regras, como aferidor de normas impostas às equipes, enfim como mero instrumento avaliativo normativo, deixando à margem, em grande parte, o caráter pedagógico que o programa carrega.

Felisberto et al. (2010, p. 1080), ao tratarem de políticas avaliativas, mencionam que “a implantação de um programa e, conseqüentemente, seus efeitos, sofrem influência e influenciam sua sustentabilidade; portanto, esta necessita ser avaliada”. Nestes termos, a análise de políticas públicas deve considerar, dentre outras, “de que forma uma intervenção mobiliza um conjunto de atores e seus interesses” e “constitui certos consensos em torno de caminhos possíveis no contexto de atores sociais e governamentais” (PINTO E FERLA, 2015, p. 82).

Sarti (2008, p. 66), ao fazer referência às significações por que passam os programas avaliativos, menciona, dentre outras, que há uma filtragem entre o que a instância formuladora propõe e o que de fato impera na veiculação e implementação dos programas, por parte dos executores. Refere o autor que programas avaliativos para o contexto da APS devem contemplar “metodologias participativas e de caráter deliberativo [...], evitando-se incorrer no erro de propagarmos algo vazio de significações para aqueles que ocupam os espaços públicos onde pulsa a vida cotidiana”.

Tomar o PMAQ, enquanto política, em seus aspectos teóricos, conformativos e práticos, e proceder a uma análise das dificuldades e dos desafios em sua “formulação, operacionalização, gestão, monitoramento, avaliação e renovação, sem dúvida alguma, pode enriquecer muito a caixa de ferramentas do analista, do gestor e do militante” (PINTO; FERLA, 2015, p. 93).

7.6.3 PMAQ como referência para avaliação do acesso e cuidado

Analisar o PMAQ, em sua vertente avaliativa, significa estabelecer foco sobre as etapas de contratualização, autoavaliação e avaliação externa que, a rigor, conferem certificação à equipe e, por pressuposto, estabelecem a qualificação quanto ao acesso e cuidados ofertados por ela.

A categoria “PMAQ como referência para avaliação do acesso e cuidado” apresentou-se sob duas dimensões: valorativa e processual avaliativa. A primeira referindo-se aos juízos de valor concernentes ao PMAQ, enquanto instrumento, e a segunda, às manifestações acerca da execução/operacionalização do processo avaliativo.

A. Categoria III: dimensão valorativa

A dimensão valorativa se apresentou em subcategorias como:

1- fortalezas

“Eu penso que com o PMAQ a avaliação... A avaliação é completa! Vai avaliar o que tem, o que não tem, porque não tem” (GF6/ENF/AC).

“Eu usaria o PMAQ enquanto instrumento sim...porque... Eu acho que o...os indicadores do PMAQ são...são bons pra...ter uma noção de como tá sendo o processo de trabalho” (GF3/MED/AR).

2- fragilidades

“Ele é um instrumento que é muito bom para te apresentar os números [...] só que ele não tem nenhuma ferramenta além para mostrar se esse atendimento é de qualidade ou não. É nesse âmbito que eu acho que a gente fica preso só em atingir os números do PMAQ e a gente não pensa ali...a qualidade [...]” (GF2/ACS/AR).

“Eu acho que ele é muito extenso, e...eu não usaria. É muito... Eu acho que ele não avalia direito. Eu acho... Assim... Apesar...de...de parecer... Eu acho que deveria ir pro lado mais...humanizado, da coisa. Porque tem muita coisa que a gente não entende!” (GF7/ENF/AR).

A concepção de qualidade é algo que deve permear toda e qualquer avaliação. Por pressupor estabelecimento de juízo, de valor, a avaliação necessita ser concebida, praticada e analisada, também, pelos atores envolvidos, de forma que estes a incorporem como instrumento de trabalho, de aperfeiçoamento da gestão e das práticas profissionais (NOVAES, 2000; NICKEL, 2014).

B. Categoria III: dimensão processual avaliativa

A dimensão processual avaliativa se apresentou sob as seguintes subcategorias:

1- fragilidade do processo

“Como que a gente vai ser avaliado numa... Numa tarde não. Não foi nem uma tarde, acho que três...três horas... Acho que três horas. Como que a gente vai ser avaliado... Como que o processo de trabalho da gente vai ser avaliado baseado em cima de papéis em algumas horas? Uma pessoa que não conhece o seu trabalho tem que avaliar várias...equipes... Então, assim eu acho que a avaliação... Sei lá, é um pouco vago a avaliação. Como vem alguém, avalia você assim...rapidamente e pronto?” (GF1/ACS/AC).

“Porque, por exemplo, o PMAQ a intenção dele é avaliar. Vai vim, por exemplo, ele vem um dia pra avaliar o que você fez...por um ano. Eu acho que não seria...às vezes não seria justo em um único dia ele avaliar o seu trabalho de um ano inteiro. Eu acho que teria que ter assim, um...várias etapas dentro de uma avaliação. Não uma...um único dia. As pessoas vêm, avalia e acabou. Decide ali. Eu acho que seria uma forma diferente” (GF6/ENF/AC).

2- ausência de suporte/apoio

“Quer dizer que seria muito mais fácil ter uma equipe que fosse avaliar... Que a gente fosse avaliada todos os dias, mas também que a gente tivesse apoio. Tipo... “Onde cê tá errando... Vamo lá, o que que tá errando, vamo fazer corretamente...” Acho que...tipo assim, ser avaliado uma vez no ano, a gente ficar correndo atrás desse monte de...de documento... Uma coisa que a gente teria que tá fazendo...” (GF1/ACS/AC).

“Eu acho que como a gente não teve esse “feedback”, a gente não sabe como que a gente foi avaliado, fica difícil da gente falar que...que o PMAQ não conseguiu melhorar, que ele não conseguiu avaliar, porque a gente não sabe direito como... Como que nós fomos avaliados...” (GF3/MED/AR).

3- insuficiências

“Agora, na parte que ela vai analisar a equipe, eu acho assim, que muitas equipes pode [...] maquiagem o que tá acontecendo... [...] Pode dar assinaturas que existem grupos e...sem existir grupos, sem tá realizando... Muita coisa assim...pode ser maquiada. [...] tem documentos que vem...só pra época do PMAQ. Quando o PMAQ pede, o que que a Prefeitura vai atrás? De... De providenciar aquilo. E tem coisa que é providenciada só pra avaliação. Não é uma coisa real, entendeu? ” (GF1/ENF/AC).

“Porque assim eu posso tá...tá falando...por tudo no...no papel. Se eu mostrar pra elas no papel elas vão... Mas e o meu serviço, como que é? Então assim, eu acho que a mudança que tá tendo em relação à visita do PMAQ [...] porque ela sabe olhar...o papel. Se tiver certinho, se eu fizer...o papel bonitinho, elas vão... [...] Eu acho que também não é muito preparada pra... pra fazer...” (GF7/ENF/AR).

“Elas entendiam aquilo que elas foram treinadas a perguntar. Se você perguntasse alguma coisa pra elas fora daquele arsenal de conhecimento básico delas, não era da rotina de trabalho delas, elas não... ‘Não, não me pergunta isso porque eu não sei. Ninguém me explicou isso’. É mais ou menos como se eu recebesse um treinamento de uma semana pra...avaliar

um serviço de engenharia. Eu vou ter lá o conhecimento de uma semana mas...se eu for questionar alguma coisa que tá ali no questionário e o outro me coloca uma situação, eu não sei, não é a minha área” (GF7/MED/AR).

“Eu no primeiro momento, eu...pensaria, né, se...quem tivesse avaliando, né, aquela equipe, se eles já...trabalharam... Se eles já trabalharam na ponta, né? Pra eles poder...saber o que eles tão...tá sendo é...avaliado. Porque...como que eu vou avaliar uma coisa sendo que eu nem tenho conhecimento daquilo, de como funciona, né? Só sei... São questões e perguntas, questões e perguntas...né? Muito fácil chegar aqui, com um roteiro.

C. PMAQ: desafios técnicos e operacionais

Políticas de avaliação estão sempre incorrendo em risco quanto à sua sustentabilidade, vez que se sujeitam a conformações de natureza política, gerencial e programática que nem sempre seguem um curso lógico, necessário e coerente com as demandas que se impõem.

Para tanto, como assinala Serapioni (2009), faz-se necessário reconhecer o pluralismo de valores inerentes ao processo avaliativo e a importância de se incluir distintos pontos de vista e grupos de interesses no processo avaliativo, de modo que se possibilite uma constante interação entre os formuladores e os implicados no processo, com vistas a superar os limites das avaliações que não tomam em conta o processo construtivo social que a dialética do jogo avaliativo ostenta.

Como assinala BRASIL (2005c, p. 6),

a tarefa de avaliar, tão necessária quanto complexa, requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos. Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem esta premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde.

Como forma de imprimir ao processo avaliativo um caráter de validação e de aperfeiçoamento, como convém a uma avaliação de natureza coletiva e participativa, atenta-se para a importância de se buscar avaliar o avaliado. Neste sentido, Cruz (2011, p. 20) chama a atenção para a importância, atribuída à avaliação, de “fomentar a reflexão com usuários, profissionais, gestores e outros atores envolvidos nas intervenções em saúde”.

O PMAQ foi mencionado, no processo de discussão grupal, quanto à capacidade de se colocar como referência para avaliar o acesso e cuidado dispensados pelas EQSFs. Os CECGFs permitiram identificar manifestações apontadas como fortalezas e fragilidades do instrumento, além de terem sido feitas menções à concepção e ao transcurso do processo avaliativo.

Fortalezas foram atribuídas à capacidade do PMAQ, pautada por seus indicadores, em avaliar componentes de estrutura e processo e de indagar sobre suas inexistências, inspirando, assim, confiabilidade. Coloca-se em questionamento, contudo, toda esta potencialidade do instrumento, não somente pelo fato de terem sido feitos apontamentos sobre suas fragilidades, mas, também, pelo fato de terem sido atribuídas críticas ao seu processo de operacionalização.

Fragilidades foram manifestas como indagações sobre a potencialidade do instrumento para inferir sobre a qualidade com que se encontra instituído o PT de uma equipe, bem como para ajuizar, de fato, sobre a qualidade do acesso e cuidado ofertados pelas equipes.

Fizeram-se referências à concepção do processo avaliativo que, de acordo com os trabalhadores – e talvez pelo fato do PMAQ atribuir significativo peso à avaliação externa –, assumiu uma dimensão fortemente focal, pontual, pouco relacional e interativa, contrariando os preceitos sobre os quais o PMAQ buscou se embasar, enquanto estratégia de natureza indutiva e relacional, autogerida e autoanalisável pelas equipes.

De outra monta, foi feita menção à inexistência de devolutivas por parte de coordenações/gerências/gestão, o que acentua a impressão, por parte dos trabalhadores, de que referido processo tinha em vista somente um caráter investigatório, talvez punitivo, e, em caso de certificação satisfatória, de retorno financeiro para o município.

Foram feitas referências ao caráter excessivamente burocrático e normativo da avaliação externa, ao tempo em que a mesma se revestia de extrema fragilidade, dada a natureza observacional e voltada para a checagem de itens, o que possibilitava às equipes – tendo em vista interesses de trabalhadores e gestores no processo de certificação – lançar mão de expedientes de “maquiagens”, sobretudo quando se supunha serem os avaliadores “inexperientes” em relação ao fazer cotidiano em APS.

Foi colocada em questionamento, também, a força/poder da avaliação externa – levando-se em conta seus instrumentos avaliativos – em ajuizar sobre o complexo processo de trabalho das equipes de APS.

Tomar a avaliação como atividade rotineira, dentro de uma lógica compreensiva, de forma a possibilitar correção de rumos, é tarefa de todos os envolvidos numa intervenção (VENÂNCIO, 2008; NICKEL, 2014).

Num cenário – a ESF – em que a heterogeneidade de saberes e competências é ampla e diversa, em contextos em que a interdisciplinaridade se faz necessária, que o trabalho em equipe reclama sua participação, e que a normatização não é regra, avaliar significa inserir os agentes num processo que leve em conta a natureza qualitativa e participativa destes, de forma a proporcionar reflexões e, assim, possibilitar mudanças de práticas de gestão e de cuidados, além, é claro, de relações.

Contudo, conforme sugerem Felisberto et al. (2010, p. 1080),

a prática avaliativa precisa que certo grau de institucionalização deva ser atingido para que se torne efetiva e produza efeitos formativos sobre a conduta da ação pública. Institucionalização aqui entendida como o processo pelo qual dispositivos institucionais são criados, modificados ou suprimidos.

Em razão da natureza densa e complexa do objeto, Sarti (2008) propõe a criação de metodologias de avaliação que levem em consideração as especificidades do trabalho em APS.

Diante das análises e considerações feitas, há que se levar em conta as “vozes” que soaram das EQSFs, quando se manifestaram em relação ao PMAQ como um instrumento de referência para avaliar a qualidade do acesso e cuidado dispensados pelas equipes. Contudo, identificou-se, nestas manifestações, ausência de posturas mais críticas que pudessem elevar o PMAQ à condição de instrumento

que transcende a avaliação, colocando-se, como afirmam Pinto e Ferla (2015, p. 89), como estratégia, na qual, em seu processo de operacionalização, “os sujeitos locais analisariam a realidade, negociariam e pactuariam prioridades e objetivos para a ação de mudança e promoveriam a mudança das práticas de atenção, gestão, educação e participação”.

De outra maneira, ao tomar o PMAQ como programa de cunho estratégico para indução de melhoria do acesso e cuidado na ESF, “é preciso superar o erro de isolá-lo das demais políticas em curso e, por outro lado, de aprisioná-lo nas suas dimensões mais visíveis: a avaliação e a certificação”, como aparenta estar sendo concebido o programa. “Esses limitadores analíticos teriam como efeito inevitável multiplicar insuficiências” vislumbradas no PMAQ (PINTO; FERLA, 2015, p. 90). Incorre-se, em assim procedendo, no risco de reafirmação da tese de que o PMAQ tem informado e impactado pouco sobre o processo de trabalho das EQSFs, das gerências da ESF e da gestão municipal.

Urge, portanto, assumir as considerações dos trabalhadores da ESF e tomá-las como referências em relação ao processo de operacionalização do PMAQ, de modo a possibilitar que se vislumbre um cenário, sempre renovado, em que concepção, modelo, processos, parâmetros e resultados sejam colocados em discussão, de sorte que se possa promover as mudanças necessárias, aproximando referido programa da realidade da ESF.

7.6.4 Qualidade do acesso e cuidado

Esta pesquisa não foi projetada para avaliar resultados ou impactos de ações realizadas pelas equipes – mediante levantamento de dados, utilização de indicadores ou observação direta –, de forma a assim inferir sobre a qualidade do acesso e cuidado; teve esta, sim, como propósito, analisar como trabalhadores se avaliavam e se percebiam em relação à oferta destes por suas equipes.

Nesta subseção, consideraram-se análises das avaliações, feitas pelos trabalhadores das EQSFs, e dos relatos de suas percepções acerca do que se demanda para que se possa almejar a melhoria da qualidade do acesso e cuidado

oferecidos, considerando estes como dimensões essenciais a serem contempladas num projeto de qualificação da ESF.

Deste modo, análise das avaliações foi feita com propósito de buscar uma aproximação, isolada ou associadamente, sobre qualificação, competência, valoração e relevância, em relação à oferta de acesso e cuidado e, assim, ajuizar sobre o significado das mesmas para os trabalhadores das EQSFs, na amostra em estudo.

A análise foi concebida, também, dentro de um contexto de “pergunta-síntese”; ou seja, interrogação dirigida ao sujeito, de modo que este pudesse, num movimento de reavivação das respostas/verbalizações apresentadas por ele, no questionário e nos GFs, melhor embasar sua reflexão e emissão de juízo sobre a temática em questão.

Tanto nos questionários quanto nos GFs não se apresentaram, aos trabalhadores, critérios ou indicadores que “forjassem” uma avaliação sobre acesso e cuidado, de maneira que a análise levada a efeito neste estudo se fundou sobre o modo como referidos trabalhadores avaliaram/perceberam o acesso e cuidado ofertados por suas equipes.

Neste sentido, julgou-se pertinente, primeiramente, após “exposição” dos profissionais às interrogações feitas no questionário – sobre organização do trabalho, PMAQ, qualificações e fragilidades da equipe –, conhecer suas avaliações sobre a qualidade da oferta de acesso e cuidado. Referida qualidade foi objeto de autoavaliação que, numa escala de um (1) a dez (10), conforme consta na tabela 7.55, revelou-se com média de 7,2 e mediana de 7,0.

Tabela 7.55 - ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação realizada por profissionais das EQSFs sobre a qualidade do acesso e cuidado ofertados

Variável	N	Média	D.P	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Avaliação da qualidade do acesso e cuidado ofertados por sua equipe...	74	7,20	1,54	1	7	7	8	10

Não houve diferença significativa no tocante à manifestação, por parte de médicos e enfermeiros, quando se indagou sobre a qualidade do acesso e cuidado

disponibilizados pela equipe a qual se encontravam vinculados, o mesmo ocorrendo quando se comparou a avaliação de profissionais das coordenações da ESF – quando solicitados a se manifestarem sobre o acesso e cuidado oferecidos pelas equipes as quais se encontravam sobre suas coordenações – com a das EQSFs. Também não se evidenciou diferença estatisticamente significativa, no tocante à variável, em relação ao tipo de adesão das equipes, guardando, suas avaliações, concordância com as dos profissionais das EQSFs.

A tabela 7.56 apresenta variável estratificada por municípios, sendo importante destacar que, referente à “qualidade do acesso e cuidado ofertados pela equipe de saúde da família”, observou-se, para indivíduos dos municípios A, B e D*, uma média em torno de 7,5, enquanto para indivíduos do município C a média ficou em torno de seis (6), sendo esta diferença significativa (valor-p < 0,10).

Tabela 7.56 - ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação, realizada pelos profissionais das EQSFs, sobre a qualidade do acesso e cuidado ofertados, estratificada entre municípios

Variável	Município	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor p
Avaliação da qualidade do acesso e cuidado...	A	21	7,48	0,24	7	8	8	0,066
	B	20	7,55	0,28	7	8	8	
	C	17	6,18	0,54	6	7	7	
	D*	16	7,50	0,27	7	7,5	8	

Levantamento das autoavaliações feitas pelos profissionais das EQSFs e coordenadores da ESF, mediante questionário, revelou similaridade, com discreta, mas significativa divergência por parte de um dentre os quatro municípios avaliados.

Conhecidas as avaliações dos profissionais das EQSFs – contempladas na amostra de EL –, e tomando como referência o processo de discussão nos GFs, buscou-se indagar aos trabalhadores – contemplando o conjunto de todas as categorias – sobre a qualidade do acesso e cuidado dispensados por suas equipes. Referidas avaliações encontram-se sumarizadas no quadro oito (8).

GFs	ENFs	MEDs	TEs	ACSs	M/EQSF
GF1	7,0	7,0	7,0	7,8	7,2
GF2	7,0	6,0	6,0	6,7	6,4
GF3	6,0	9,0	10	9,0	8,5
GF4	8,0	10	*	8,2	8,7
GF5	6,0	8,0	*	7,0	7,0
GF6	7,0	9,0	8,8	7,8	8,2
GF7	6,0	6,0	7,5	9,0**	7,1
M/C	6,7	7,7	7,9	7,9	MEQSFs = 7,6

Quadro 8 - ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação, em relação à oferta de acesso e cuidado, estratificada por categorias e equipes

Legenda:

GFs = grupos focais

ENFs = enfermeiros

MEDs = médicos

TEs = técnicos de enfermagem

ACSs = agentes comunitários de saúde

M/C = média por categoria de trabalhadores

M/EQSF = média por Equipe de saúde da família

M/EQSFs = média das Equipes de saúde da família

* = grupo não contou com esta categoria

** = correspondeu à avaliação de uma ACS

Ao se atentar para as avaliações dos trabalhadores da ESF sobre a qualidade do acesso e cuidado que ofertavam, tomaram-se como ponto de partida para a discussão as seguintes considerações:

- a) da maneira como se enunciou a indagação no questionário ou como se realizaram as discussões nos GFs é razoável supor que trabalhadores da ESF se expressaram tomando como base a avaliação/julgamento/juízo sobre suas práticas e as de suas equipes, em seu conjunto;

- b) ao apresentarem avaliações semelhantes sobre a qualidade do acesso e cuidado que ofertavam, infere-se que profissionais das EQSFs e coordenadores da ESF estiveram em similaridade de concordância quanto à valoração que atribuíam ao item, não se pretendendo intuir, contudo, que avaliações semelhantes, por parte dos trabalhadores, queiram significar “olhares” sob os mesmos critérios;
- c) ao se autoavaliarem em relação à qualidade do acesso e cuidado que suas equipes ofertavam, trabalhadores, embora possam assim não ter expressado, estariam de algum modo, também, interpondo a faceta de suas (in)satisfações com o trabalho.

Em análise das avaliações dos trabalhadores sobre a qualidade do acesso e cuidado ofertados pelas EQSFs observou-se o seguinte:

- a- o conjunto de trabalhadores das EQSFs manteve média de autoavaliação semelhante à manifestada pelos profissionais das EQSFs e coordenadores da ESF;
- b- embora se tenha em conta que a amostra de GFs se constituiu em sub-amostra do grupo recrutado para o EL, em relação aos questionários, a média de autoavaliação foi semelhante entre médicos e enfermeiros; estes, contudo, quando interrogados a se manifestarem por ocasião dos GFs tenderam a atribuir a si próprios e a suas equipes menor valor em suas autoavaliações, tendo a média se revelado como 6,7, em contraposição aos MEDs, TEs e ACSs cujas médias de autoavaliações se mostraram em patamares superiores: 7,7, 7,9 e 7,9, respectivamente;
- c- exceção seja feita para discreta, mas significativa diferença, relacionada ao GF2, não se observaram diferenças outras quando se compararam as médias dos GFs, conforme atesta tabela 7.57.

Tabela 7.57 - ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação realizada pelos trabalhadores, em relação ao acesso e cuidados ofertados pela equipe

Grupo	Média	Teste	Valor-p*
GF1	7,20	H1: Média $\neq$ 7,6	0,186
GF2	6,43	H1: Média $\neq$ 7,6	0,098
GF3	8,50	H1: Média $\neq$ 7,6	0,581
GF4	8,73	H1: Média $\neq$ 7,6	0,250
GF5	7,00	H1: Média $\neq$ 7,6	0,500
GF6	8,15	H1: Média $\neq$ 7,6	0,375
GF7	7,13	H1: Média $\neq$ 7,6	0,357

* Teste dos Sinais de Wilcoxon

d- também, não se evidenciaram diferenças estatisticamente relevantes nas autoavaliações emitidas pelas diferentes categorias de trabalhadores, conforme se atesta na tabela 7.58.

e- constatou-se, assim, que ENFs e MEDs tenderam a expressar suas autoavaliações, por ocasião das discussões nos GFs, de forma algo diferente em relação às manifestas nos questionários, sendo que o conjunto dos ENFs se autoavaliou de forma um pouco mais negativa e o de MEDs um pouco mais positiva. Razões para tal poderiam estar associadas ao fato dos ENFs se colocarem de modo mais crítico após o processo de discussão que se travou nos GFs. De parte dos MEDs, por estarem se manifestando em público e se julgarem implicados fortemente na determinação do referido padrão de qualidade, talvez expressassem juízo de valor mais positivo em relação à qualidade do acesso e cuidado ofertados por si próprios e suas equipes.

Tabela 7.58 - ESF no contexto do PMAQ: autoavaliação, em relação à oferta de acesso e cuidados pela equipe, estratificada por categorias de trabalhadores

Variável	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor-p*
ACS	7	7,93	0,34	7,4	7,8	8,6	0,229
ENF	7	6,71	0,29	6,0	7,0	7,0	
MED	7	7,86	0,60	6,5	8,0	9,0	
TE	5	7,86	0,70	7,0	7,5	8,8	

* Kruskal-Wallis

TEs e ACSs avaliaram a oferta de acesso e cuidado de forma diferente quando comparados aos MEDs e ENFs, sendo suas avaliações mais divergentes ainda, quando confrontadas com as dos ENFs.

Diante dos resultados assinalados, poder-se-ia indagar quais seriam os referenciais sobre os quais se apoiam os trabalhadores para emitirem suas avaliações/percepções sobre oferta de acesso e cuidado que cada um e sua equipe ofertam. É de se supor que referidos referenciais estejam apoiados em conhecimentos objetivos e em critérios subjetivos, pautados por dimensões técnicas, científicas, sociais, etc., mas, também, em preceitos estabelecidos pelas gestões e corporações a que estes trabalhadores estão vinculados.

Acessibilidade pode ser concebida como uma das dimensões do cuidado e, portanto, a ele fortemente vinculado, como expressão de um *continuum*. Neste sentido, cabe enfatizar que “o cuidado tem início na porta”; de outro modo, se efetiva nas condições de oferta para que o usuário tenha, em função de suas necessidades de saúde, condições favorecidas para à USF chegar e estar – em tempo e lugar adequados.

Atenção, assistência e cuidado em saúde são termos semelhantes, ora intercambiáveis, ora portando elementos que os diferenciam. Contudo, por se fundar em preceitos filosóficos, éticos e técnicos e por abarcar uma dimensão mais humana, o termo cuidado tem sido utilizado de forma mais frequente e com maior contundência na literatura específica (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Qualidade e cuidado, ainda que estudados, investigados e aplicados no cotidiano do trabalho em saúde, são termos difíceis de precisar, vez que se subordinam a um conjunto de fatores de natureza científica, social e ética, sobre os quais se assentam critérios envolvendo acessibilidade, eficácia, eficiência, efetividade, oportunidade, equidade e outros (FEKETE, 2000).

O conceito de qualidade, no entender de Serapioni (2009), ainda se constitui em desafio para a área de saúde, apresentando esta toda uma dificuldade em traduzi-lo operacionalmente, haja vista sua natureza complexa e polivalente, atrelada a uma série de fatores.

Ayres (2011, p. 42), ao se referir ao cuidado em saúde, numa perspectiva que suplante as noções do senso comum, como o de procedimentos/técnicas orientados para uma boa prática, àquele se refere

[...] como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um

sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para esta finalidade.

Vale e Pagliuca (2011, p. 106) fazem referência à construção de um conceito de cuidado que envolve “atitudes de consciência, ética, zelo, solidariedade e amor que expressam um ‘saber-fazer’ embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades de indivíduos, famílias e comunidade”.

Sem que se pretenda, neste estudo, uma formulação que abarque a complexidade do tema, entende-se acesso e cuidado como dimensões que se estruturam em torno de um conjunto de elementos que, como salienta Ayres (2011, p. 35), fala de um “norte prático, necessariamente técnico, mas, também, inexoravelmente, ético, afetivo e estético; que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar”.

Portanto, necessário se faz reconhecer que o propósito primeiro e último da atenção primária precisa e deve ser a atenção centrada no usuário, no sujeito, no ser que anuncia seu adoecimento, seu padecimento, sua enfermidade, suas necessidades e, portanto, pede, solicita, clama por acesso e cuidado adequados.

Neste sentido, como refere Ayres (2011, p. 37), “para cuidar há que se considerar e construir projetos: há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente”. O termo cuidado, assim, estaria a se referir à

[...] designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2011, p. 89).

Atenta-se, portanto, para a mudança de foco, a partir da qual uma nova concepção sobre acessibilidade e atenção em saúde se instaura, traduzida pelos anseios e demandas da população e pelos princípios e pressupostos teórico-filosóficos que cercam a vida, de modo a se assentar sobre o que se tem reconhecido, de forma abrangente, sob a designação de cuidado.

Cuidado, entretanto, não se constitui em mero instrumento técnico cujo domínio, por parte dos profissionais, lhes permite garanti-lo de forma adequada, mas encontra-se subordinado a uma gama de fatores que são expressos por Cecílio e Merhy (2007, p. 200) como “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de

fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa”, de forma a ir “compondo o que entendemos como cuidado em saúde”.

Este estudo não tratou de avaliar a qualidade do acesso e cuidado sob a ótica do usuário, mas sim sob o olhar dos trabalhadores. São os cuidadores falando de si, de suas ofertas de acesso e cuidado. Que ruídos, então, lhes “sopram”? Faltam-lhes conhecimentos, habilidades, atitudes? Tudo isto? Um arranjo variado de tudo isto? Se lhes falta, o que lhes falta? Por que falta? A quem se responsabiliza pelo que falta? Ou não, não lhes faltam estes domínios. Estariam então estes trabalhadores ofertando acesso e cuidado no limite de suas capacidades? Se assim o for, a quem cabe agregar valor a esta qualidade do acesso e cuidado? Aos coordenadores, gestores do nível micro e/ou macro do sistema?

Com o propósito de aprofundar a compreensão acerca da percepção dos trabalhadores em relação a que/quem se atribuem as fragilidades/insuficiências na qualificação do acesso e cuidado oferecidos pelas EQSFs, agregaram-se ao processo analítico os CECGFs referidos na CT IV: Demandas para melhoria do acesso e cuidado.

A análise da CT IV possibilitou identificar duas dimensões: a primeira, envolvendo demandas relacionadas/direcionadas à atuação da equipe, e a segunda, à atuação da gestão.

A. Categoria IV: dimensão atuação da equipe

Análise da dimensão “atuação da equipe” contemplou subcategorias/temas relacionados a/à:

1- processo de trabalho

“Se a gente num tem...esse momento de sentar junto e discutir as...as ações, né, dessa população. [...] Se a gente num tem esse momento de sentar junto, discutir com a equipe, né, o...o caso... É... Se a gente tá atendendo somente livre demanda, né? Que qualidade tá sendo essa? [...] Será que é esse o atendimento que nós temos...temos que dar, né? [...] teria que se pensar

esse...nesse processo de trabalho. Nessa organização desse processo de trabalho” (GF5/ENF/AR).

2- instrumentos norteadores/orientadores do PT

“A gente não trabalha com agenda: ‘Ah, vamo agendar tal...pra amanhã, pra depois...’ Livre demanda. O tempo todo” (GF5/MED/AR).

3- relações na equipe

“A equipe em si tem muito pra melhorar enquanto equipe, porque a gente tem muitas falhas entre nós. Um com os outros na convivência, um com os outros no pensamento, um com os outros no trabalho. [...] Muitas vezes entre a gente mesmo a gente não consegue caminhar...dois passos junto” (GF6/ENF/AC).

4- qualidade do acesso

“Eu acho que basicamente é melhorar...assim...o porquê que a gente tá lá, né? [...] A pessoa tá aberta à outra pessoa. Tá disponível ao outro. Eu acho que a gente é pouco disponível pro outro. [...] Eu acho que a questão da disponibilidade pro outro já melhoraria muito a questão do acesso. Tô falando a questão do acesso, do atendimento, né? [...] Quando a gente se dispõe ao outro fica fácil. Eu acho que a gente tinha que trabalhar muito essa disposição de tá ali... [...] Essa disponibilidade pro outro, ouvir o outro: ‘Pois não, o que que o senhor deseja, o que que a senhora precisa’? ” (GF7/MED/AR).

5- qualidade do cuidado

“Trabalhar um pouquinho a mais. [...] Fazer o serviço... Fazer as visitas melhores... Fazer as consultas de enfermagem, as consultas médicas... Realizar... Fazer mais. [...] A equipe tá fazendo menos. Tá fazendo pouco” (GF7/ENF/AR).

B. Categoria IV: dimensão atuação da gestão

Análise da dimensão “atuação da gestão” contemplou subcategorias/temas relacionados à:

1- organização da ESF

“O pessoal da...assistência médica, no meu caso. Às vezes vem procurar... comigo porque não quer passar com a outra área. Como é que você vai falar não pra um paciente desses? Ai gera um outro problema. Reclamação, vai no Prefeito, vai na Secretaria de Saúde...e eles...interfere” (GF5/MED/AR).

“[...] é isso que precisa, cê entendeu?! É... A gente sentar... [...] Como o Município é pequeno, cê entendeu, sentar as...equipes, as...equipes, certo? Sentar as...equipes... [...] E com o Prefeito. E falar assim, ó: ‘A partir de agora...né?’ A partir de agora não. Começar a informar essa população, que ele vai, né...organizar o PSF. [...] Organização” (GF5/ENF/AR).

“Na teoria, o médico do PSF faz 40 horas. Então qualquer horário do dia que você chegar no PSF, você tem o médico. [...] Mas o que que é mais fácil pra gente? [...] Mandar o paciente de volta vai resolver? Vai só piorar mais. E o que que é o primeiro impacto, o que que a equipe pensa em fazer de primeiro momento? Mandar de volta. E a nossa função dentro da saúde pública o que que é? Ajudar, não piorar. O médico tem que melhorar com a equipe? Tem também” (GF6/ENF/AC).

2- gestão do trabalho

a) plano de carreira

“Mas tem um fator limitante do tempo que eu tenho disponível pra esse trabalho. [...] eu acho difícil...porque...é...eu vejo que não...não existe um plano de carreira pra isso. [...] Então, eu acho que eu poderia fazer melhor, se eu tivesse um plano de carreira, se eu tivesse uma condição de trabalhar pra isso” (GF7/MED/AR).

b) qualificação de trabalhadores

“Nós precisamos ser mais treinados, né? Ter mais conhecimento. Precisamos ter mais conhecimento. Ainda é pouco [...] mas nem sempre eu tive... [...] falta...um pouco de conhecimento pra gente... Até mesmo pra começar a trabalhar [...]” (GF1/ACS/AC).

3- condições de trabalho

a) estrutura física

“Eu acho que o que o PMAQ não resolveu e não conseguiu melhorar foi o fato deles prometerem uma Unidade pra gente faz anos! A gestão prometeu e o PMAQ cobra essa Unidade. Espaço físico [...] Até hoje não saiu do papel (GF3/ACS/AR).

“Eu não sei se estrutura física é...é um problema pra gente ali. Falando como agente de saúde e...não mudou. E eu acho que não vai mudar. Vai continuar do mesmo jeito. É um problema que eu vejo ali...nós somos várias e [...] numa sala minúscula... [...] ano passado, foi discutido esse problema...não mudou. E esse ano vai vir, vão inventar desculpa e não vai mudar de novo” (GF4/ACS/AC).

b) insumos

“Acho que é...ver se o serviço tá ofertando um serviço de qualidade, né? E pra você...pra você ofertar um serviço de qualidade você tem que ter...os insumos necessários, você tem que ter...” (GF5/ENF/AR).

As demandas por melhorias na qualidade do acesso e do cuidado, expressas na CT IV, se revelaram de forma bastante contundente ao focarem, fundamentalmente, nos entes sobre aos quais se credita, em grande parte – ainda que se considere o papel da participação popular –, a responsabilização pela garantia desta oferta: a gestão e os trabalhadores de EQSFs.

A discussão em torno de sobre quem recaem as responsabilidades sobre a qualidade do acesso e cuidado cerca-se de múltiplas dimensões, as quais têm suas determinações na gestão, na gestão do acesso e cuidado e na própria maneira

como se dá a disponibilização destes. Entende-se, portanto, que manifestações de compromisso em relação à oferta de acesso e cuidado sejam atributos de trabalhadores e gestores, em um enlace em que os mesmos se colocam ora como responsáveis diretos pela instituição qualificada dos mesmos, ora como agregadores e colaboradores do processo de oferta destes.

Sob diferentes formas, sejam elas como políticas, estratégias, programas ou dispositivos, o acesso e o cuidado, em suas diversas dimensões, têm ganho expressividade no contexto da saúde pública, traduzindo-se, entre outros, pela diversidade de estudos, conceitos e referenciais tecnológicos, sob os quais se encontram abordados. A própria APS/ABS é reveladora deste processo, na medida em que vem dedicando à gestão do cuidado capítulos importantes de sua construção. Gestão do cuidado entendida como o modo com o qual se provê e disponibiliza tecnologias de saúde, se organiza e lança mão de tais recursos para dispensar cuidados às pessoas, famílias e comunidades, dentro e fora das USFs, bem como se estabelece critérios de monitoramento e avaliação das práticas (CECÍLIO, 2011; BRASIL, 2012a; DEMARZO; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2015).

Para Favoreto (2008, p. 101), “os avanços teórico-conceituais e os arranjos políticos e técnico-operacionais voltados à reestruturação da atenção básica” têm possibilitado responder a “questões como a aproximação dos serviços da necessidade de saúde das populações e a integração das modalidades assistenciais de modo a aumentar a efetividade e melhorar a relação custo-benefício das ações de saúde”.

C. Atuação da equipe para a melhoria do acesso e do cuidado

Em relação à dimensão “atuação da equipe”, os CECGFs revelaram elementos que focaram sobre o modo como vem sendo operado(a) / colocado(a) em prática:

- a) o PT das equipes;
- b) as ferramentas/instrumentos que norteiam/consustanciam este trabalho;
- c) a relação que se estabelece entre os trabalhadores;
- d) a disponibilização do acesso aos usuários;

e) o cuidado ofertado aos usuários.

Sem desconhecer os avanços alcançados pela AB no âmbito do SUS, mas reconhecendo seu distanciamento frente à meta de universalização, Teixeira (2010) assinala que questões relacionadas ao acesso não mais se referem à expansão, em termos numéricos, de unidades de saúde, mas de sua qualidade. Tais esforços colocariam em foco, portanto, o modelo de atenção que vem sendo operado nas USFs.

Referir-se ao acesso, portanto, no contexto atual, significa mais que focar em aspectos físicos e estruturais que possibilitam ao usuário sua aproximação ao serviço. Acesso guarda relação com os modos pelos quais se estabelece esta vinculação, como se faz acolhimento. Este como acentuam Franco, Bueno e Merhy (2007, p. 38), concebido como *locus* de encontros interindividuais, produzido no espaço de intercessão no qual se insere a “tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves”, sendo visto, por conseguinte, como constituinte do processo de trabalho e em cuja análise deixam se revelar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos.

O acolhimento, enquanto diretriz operacional da PNH, embora ostente a potencialidade de imprimir novos contornos à ESF, na medida em que busca garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas, tem sido vislumbrado, muitas vezes, como sobrecarga para EQSFs, gerando conflitos entre trabalhadores e não permitindo que equipes avancem rumo à produção de sujeitos e de cuidados qualificados (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Em que pese os avanços obtidos em relação ao acesso, ao modo de organização dos serviços e ao desenvolvimento de práticas assistenciais no contexto do SUS (MATTOS, 2009), em relatório sobre avaliação da implementação da Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, fazem-se referências a recomendações, como a de incentivar a construção de estratégias para possibilitar a adesão, à ESF, das classes sociais de maior poder aquisitivo, invocando, para tal, a melhoria da qualidade dos serviços – ao se admitir que a população assistida pelo PSF é de grande vulnerabilidade –, de forma que a expansão de cobertura àqueles grupos potencializaria a inclusão social (BRASIL, 2005b). Ainda que decorrida uma década do referido estudo, há que se atentar para o fato de que a ESF ainda se foca, em grande monta, na atenção às classes sociais menos favorecidas. Cabe,

portanto, crítica a esta proposição que, se supõe, aponta para a existência de padrões de qualidade para oferta de acesso e cuidado com caráter fortemente discriminatório.

Em outro sentido, tem ganho reforço as considerações feitas quanto ao perfil da população coberta pela ESF e a indagação se populações mais escolarizadas e com maior poder aquisitivo fariam uso dos serviços ofertados pelas EQSFs (UFMG, 2009).

A despeito da ênfase voltada às políticas de reorientação da AB, no âmbito do SUS, esta vem encontrando sérios desafios no que concerne à sua organização. Acresce, também, seu *modus operandi*, caracterizado, muitas vezes, por uma abordagem essencialmente fragmentada e reducionista, pautada, não infreqüentemente, pela irracionalidade com que certas práticas são estabelecidas, bem como pela insensibilidade e falta de limites com que serviços se colocam ante necessidades das pessoas (FAVORETO, 2008; MATTOS, 2009; AYRES, 2009).

Explicações em relação aos questionamentos por que passa o setor saúde e aos modos como tem sido dispensado cuidado são apontadas por autores que as situam sob diferentes perspectivas, tal como Ayres (2011, p. 59), que assim refere:

[...] a atual crise de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde, isto é, a falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos, decorre do progressivo afastamento da arte tecnocientífica da medicina em relação aos projetos existenciais que lhe cobram participação e lhe conferem sentido. Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam.

Conforme salienta Ayres (2011), produzindo, a ciência, conhecimentos sobre as doenças; transformando, a tecnologia, este conhecimento em saberes e instrumentos para intervenção; e, julgando, os profissionais de saúde, que, aplicando-os, se produz saúde, resulta em não se considerar, neste transitar, os limites de tais intervenções e, nem sequer, a tese de que nem tudo em saúde se limita ao simples aplicar de técnicas e intervenções.

Neste sentido, Ayres (2003, 2009) sugere uma reconstrução das práticas de saúde, através de movimento de profissionais e de serviços, tomando como orientação três motivações/direções fundamentais: voltar-se à presença do outro,

pressupondo sua participação ativa no encontro; otimizar, diversificar e qualificar a interação eu-outro, significando tornar este encontro intersubjetivável, rico e dinâmico; e enriquecer horizontes, assumindo o encontro como possibilidades de expansão de saberes e fazeres para além de uma racionalidade biomédica e que acate a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Em artigo em que trata da clínica no desenvolvimento do cuidado integral, no contexto da APS, Favoreto (2008) coloca em questionamento as possibilidades da prática clínica, no contexto atual das ações de saúde – incluída a APS –, se reestruturar de forma a ampliar sua racionalidade para além do modelo biomédico. Referido autor faz menção às limitações existentes nos saberes e práticas dos profissionais médicos da APS, em relação ao reconhecimento dos campos não biomédicos, como ampliadores do olhar sobre o processo de adoecimento e de intervenções sobre o mesmo, e propõe a incorporação, no exercício da clínica na APS, de referenciais não biomédicos, da valorização da sabedoria prática e da exploração da dimensão dialógica.

De outra monta, sob um “olhar” clínico e perante a evidente sobrecarga de trabalho de natureza administrativa com a qual a enfermagem vem lidando, tem se demandado, desta, maior engajamento em atividades e ações de natureza clínica, como advoga o “Relatório sobre avaliação da implementação da Saúde da Família em dez grandes centros urbanos”, ao fazer menção ao reforço do papel dos profissionais de enfermagem, de forma que estes possam “ampliar a capacidade assistencial da ESF e fortalecer os vínculos com a comunidade” (BRASIL, 2005b).

Cunha (2005), ao se referir ao PSF, expressa a necessidade de se reforçar a discussão e elaboração sobre a prática clínica de todos os profissionais, particularmente os médicos. Referido autor argumenta que a perspectiva de mudança de modelo, de referenciamento da clientela, de programações de reuniões, etc., não são suficientes, se não houver transformação da clínica.

Tal argumento ganha reforço nas considerações feitas por Capozzolo (1997, 2003), ao enfatizar que tanto nas unidades de saúde tradicionais quanto no Programa Saúde da Família a atenção – de parte dos profissionais médicos e enfermeiros – tem sido predominantemente do tipo queixa-conduta, fato que escapa, muitas vezes, à compreensão dos profissionais e que cristaliza um posicionamento,

tendo em vista a “privacidade” da relação e as dificuldades da gerência em lidar com a complexa organização do processo de trabalho.

Em um cenário em que a responsabilidade sobre a (des)qualificação do cuidado é imputada ora a gestores, ora às EQSFS, Campos (1997) afirma que frequentemente o

objeto de trabalho da administração e do planejamento quase nunca inclui a produção de sujeitos sociais como um de seus objetivos, ou seja, há uma tradição maior de controlar o pessoal do que outra de estimulá-los a se produzirem como sujeitos autônomos e responsáveis.

Rimoli (2007, p. 202), contudo, ao discutir sobre explicações para a inadequada qualificação da assistência em saúde, chama a atenção para as justificativas apontadas pelos trabalhadores em relação à (in)competência dos governos e gestores, mas também faz menção à paralisia de trabalhadores “ao projetar para as autoridades institucionais todo o poder decisório, pretendo conhecimento e responsabilização pelo agir, omitindo-se, em várias situações, dos seus papéis e direitos”, quando não assumem postura, única e exclusivamente, de “tocar serviço”.

Um projeto em defesa da vida individual e coletiva necessita, ordinariamente, incidir, com suas “linhas de produção de contraturalidades”, sobre a forma com que se opera o conjunto de práticas conformadoras de modelos de atenção hegemônicos, calcados na lógica da “oferta de consumo de atos de saúde”, em detrimento do cuidado para com as necessidades de saúde (MERHY, 2007, p. 19).

No que concerne ao seu espaço de responsabilidade, trabalhadores das EQSFs precisam se conscientizar que a qualidade da atenção em saúde, sob o ponto de vista de sua eficácia e resolubilidade, pressupõe o difícil equilíbrio entre autonomia e responsabilização profissional e entre especialização e polivalência. Para tanto, aposta-se na combinação entre concessão de certo coeficiente de autonomia, com certo grau de definição de responsabilidade. De outra monta, na lida com a polaridade que envolve os saberes e práticas de profissionais e equipe, advoga-se a tese de se trabalhar com os conceitos de núcleo e campo de competência e responsabilidade (CAMPOS, 1997).

Ainda que se promovam mudanças substanciais na estrutura e nos recursos das USFs, estas não são suficientes para imprimir modificações nos modelos

tecnossistências e em suas micropolíticas instituintes, que, por sua vez, carecem de um novo formato, de um novo padrão, assentados em valores e comportamentos de parte dos profissionais [e gestores] de saúde (FRANCO; MERHY, 2007).

Pautando-se por uma visão crítica sob a qual tem se assentado o cuidado, Campos (2007a, p. 54) propõe, como alternativa ao fazer clínico tradicional/oficial, o que denomina de “clínica do sujeito”. Como forma de operacionalizar esta concepção, referido autor advoga uma reformulação e ampliação da clínica tendo por base um “deslocamento da ênfase sobre a doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, social e subjetivamente constituído”. Neste sentido, afirma que “a perspectiva é bem fenomenológica: sai o objeto ontologizado da medicina – a doença – e entra em seu lugar o doente” (2007a, p. 53).

Em Favoreto (2008, p. 105), proposição para qualificar o cuidado recai sobre

[...] a reorganização das práticas e do processo de trabalho em saúde, a incorporação de modo mais dialógico e compartilhado de tecnologias leves e leves-duras e a incorporação e integração de novos atores e novos saberes não biomédicos aos cenários de práticas.

O modo como se estruturam as práticas em saúde, contudo, é acentuado por Merhy (2007, p. 23), ao expressar que a finalidade das ações de saúde é produzir o ato de cuidar, sendo este “marcador de territórios que delimitam o conjunto de processos de trabalho em saúde e sua micropolítica, e dos distintos modos tecnológicos de operar os atos produtivos deste campo de práticas”.

Interrogam-se, entretanto, como se deveriam instituir mudanças nos modelos que vêm sendo exercidos na AB/APS, ante “tensões e poderes que estão enraizados na organização das práticas em saúde” (FAVORETO, 2008, p. 101). Estas mudanças deveriam levar em conta as tensões que operam no sistema, bem como no plano micropolítico do cotidiano dos serviços. Estes, resgatando a relevância e promovendo a incorporação de dimensões como cuidado e integralidade em saúde, de forma a se opor ao reducionismo, à fragmentação e à objetivação de sujeitos e permitir uma ampliação do olhar sobre o planejamento, a estruturação e a organização das práticas nos serviços (MATTOS, 2009; FAVORETO, 2008).

Para que tais mudanças possam se efetivar no âmbito da ESF há que se ter em conta, contudo, que este processo não se dá de forma passiva, a partir de

determinações ou de regras pré-estabelecidas, mas requer clara compreensão sobre a necessidade de inversão no modo como opera o PSF/ESF.

Como referem Franco e Merhy (2007, p. 105), o PSF

[...] aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho no qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres cotidianos de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência.

Na busca por uma profunda e consequente reforma do modelo, temas que são transversais ao cuidado, tais como universalidade, continuidade, longitudinalidade, coordenação, intersetorialidade, etc., ganham relevância na construção do imperativo da integralidade. Esta, a despeito de sua polissemia, fundada como ação social que emerge nas relações de cuidado e se imbuí de sentidos e valores, tomando, para si, os referenciais da multidimensionalidade, integração e interprofissionalidade, como resposta para a satisfação das demandas, tendo como elemento propulsor o trabalho de equipes e a articulação de serviços (FAVORETO, 2008; PINHEIRO, 2009; GIOVANELLA et al., 2009; CECÍLIO, 2009; MATTOS, 2009; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Ainda que concebida, também, para além dos territórios das USFs, a integralidade requer ser pensada pelas equipes, a partir da

[...] organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela [...] sendo exercida [...] a partir dos diversos campos de saberes e de práticas, em que se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007, p. 129).

Cabe ressaltar, entretanto, que a avaliação da gestão do cuidado, considerando toda a sua complexidade e heterogeneidade, não coaduna com uma visão objetivada ou unidimensional. Acresce o fato de que a prática da gerência do cuidado, em âmbito micropolítico, tende a se revestir de um caráter de ocultamento, o que faz com que os gestores municipais assumam uma postura de certo distanciamento em relação às práticas de cuidado profissional (CECÍLIO, 2011).

Embora se cerque de um caráter multidimensional e de peculiar condição, o tema cuidado têm sido apresentado na literatura tendo em conta ora recortes, sob os

quais se busca inferir sobre sua qualidade, ora abordagens focadas em dimensões mais abrangentes sobre as quais se assentam o mesmo.

Embora não se tenha estabelecido como propósito da pesquisa avaliar a ESF sob a ótica do usuário, cita-se Almeida, Giovanella e Nunan (2012) que apontam, em estudo realizado em metrópoles, que: a) não mais que 60% das famílias/municípios assistidos pela ESF referiram que a mesma era resolutiva; b) em torno de 50 a 74% indicaram a ESF como referência para os cuidados; e c) 53 a 75% declaravam-se satisfeitas com a ESF.

Em estudos conduzidos pelo mesmo grupo, com a mesma amostra, ao proceder à análise comparativa entre a AB tradicional e a ESF, Almeida, Giovanella e Nunan (2012) relataram que a referência à ESF como tendo proporcionado melhora no atendimento foi manifesta por 60 a 70% dos usuários/municípios, a capacidade para resolver problemas de saúde foi apontada por 56 a 68% e a referência à prestação de bom atendimento por 58 a 72%. Tendo em conta que em avaliação desta natureza usuários estão, sobretudo, fazendo juízo em relação a vários aspectos do cuidado ofertado, considerando que tal pesquisa foi feita com amostras intencionais, e inferindo que melhores condições relacionadas à oferta de trabalho, à organização da rede assistencial e à disponibilização de recursos colocam referidos municípios em situação de vantagem sobre aqueles que não se veem em condições de atender a estas ofertas, supõe-se que referidos dados mostrar-se-iam menos “animadores” para municípios em situação menos vantajosa.

Ayres (2009), ao fazer menção ao cuidado à saúde e aos coletivos humanos, assevera que não há cuidado individual que não passe pelo coletivo, assim como não há cuidado coletivo que não se transfigure no individual. Tal perspectiva foi também objeto de investigação do trabalho coordenado por Marsiglia (2008) que, em estudo conduzido com propósito de avaliar a organização do processo de trabalho em unidades da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, relatou que as USFs carregam vantagens sobre unidades tradicionais, em relação à integralidade horizontal, tendo em vista maior possibilidade de acesso a consultas e serviços na unidade, ao vínculo e à abordagem familiar; contudo, no tocante à abordagem da comunidade, USFs não se mostram significativamente diferentes das unidades tradicionais, provavelmente devido ao incipiente trabalho de abordagem da comunidade que as mesmas desenvolvem.

De acordo com Rodrigues et al. (2014, p. 343),

sistemas de atenção à saúde organizados em Redes de Atenção e coordenados pela Atenção Primária podem contribuir para a qualidade clínica, com resultados sanitários de impacto positivo, na satisfação dos usuários (pela melhoria do acesso e resolubilidade).

Contudo, citados autores, ao realizarem revisão integrativa da produção científica, no período de 2000 a 2011, sobre a função coordenadora das RASs pela APS, identificaram, dentre outros, os seguintes relatos de fragilidades: a) dificuldade de coordenação entre os níveis de atenção; b) desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais de APS; c) descompromisso dos trabalhadores com os resultados organizacionais; d) acolhimento incipiente; e) práticas de promoção da saúde não consolidadas; e f) deficiência em processos comunicacionais (RODRIGUES et al., 2014).

Este quadro também se revelou no trabalho de Aleluia (2014) que, ao conduzir estudo de caso com EQSFs de município do interior do Estado da Bahia, com objetivo de avaliar a coordenação do cuidado, observou que a incipiente sistematização das ações de natureza assistencial, a baixa capacidade de regulação sobre a oferta de exames e consultas, a falta de tecnologias de comunicação e informação, o descuido para com os registros manuais na unidade, aliados à falta de articulação com a rede, implicaram em comprometimento da capacidade das equipes em coordenarem, de forma qualificada, o cuidado ofertado.

Ao analisarem estratégias para potencialização da coordenação dos cuidados, através de estudo de casos realizados em municípios com implantação da ESF já consolidada, Almeida, Fausto e Giovanella (2011) concluíram que referidos municípios apresentavam experiências bem consolidadas de reorganização do modelo, com base em APS, evidenciadas pelo fato de, em percentuais que variaram: entre 66 e 88%, município/profissionais revelarem que a USF era acessível à população cadastrada; entre 83 e 93%, manifestarem que a USF atuava como porta preferencial; e, entre 91 e 97%, indicarem que a ESF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde. Contudo, observaram os pesquisadores que, em percentuais que variaram entre 55 e 58% para cada um dos municípios, profissionais, médicos e enfermeiros, a prática da ESF cumpria função de pronto-atendimento. Ademais, referência às manifestações de que profissionais, médicos e enfermeiros, não desfrutavam do mesmo reconhecimento que os

profissionais especialistas foi observada em percentuais que variaram entre 70 e 87%, entre os municípios.

Análise detalhada dos temas identificados nas subcategorias da dimensão “atuação da equipe” revelou apontamentos feitos pelos trabalhadores das EQSFs demonstrando, de forma clara e inequívoca, o grau de (des)organização com que significativo número de equipes operam seus cotidianos. Traduz-se isto, na inobservância de preceitos elementares relacionados ao PT das equipes, na não incorporação de ferramentas estratégicas para a organização do trabalho e na dificuldade com que se estabelecem as relações entre os trabalhadores. Como resultante deste modo de operar, certamente consequências advêm para a oferta de acesso e cuidados pelas equipes - ainda que estas se autoavaliem de forma razoavelmente satisfatória.

D. Atuação da gestão para melhoria do acesso e do cuidado

A dimensão “atuação da gestão” foi expressa pelos trabalhadores das EQSFs, nos CECGFs, por meio de considerações relacionadas ao modo como gestores concebem a ESF: alvo de ingerências políticas e instância para a qual não se requer, necessariamente, a observância dos preceitos estabelecidos pela PNAB.

Os discursos fizeram menção a elementos fundamentais à qualificação do processo de trabalho das EQSFs. Ênfase foi colocada sobre o cumprimento, estabelecido em portarias e decretos, relativo à organização da ESF do ponto de vista estrutural, logístico e processual, no âmbito municipal. Seguiram-se manifestações relacionadas com a garantia de condições de trabalho, respaldada pelos preceitos de vínculos protegidos.

Ao considerar as perspectivas/desafios para o enfrentamento das fragilidades relativas ao cuidado ofertado pela APS, Rodrigues et al. (2014) apontam para a/o: vontade política traduzida por maiores investimentos na APS; ruptura com o modelo hegemônico de oferta de cuidado; incorporação dos preceitos da interdisciplinaridade; fortalecimento do papel do generalista e adoção de práticas incentivadoras do agir comunicativo.

Neste contexto, “o papel dos gestores deve ser afirmado em seu potencial de permear, sustentar e estimular a integração dos trabalhadores, avançando em relação aos dispositivos de gestão participativa” (UFMG, 2009).

Não se pode ignorar, contudo, que a gestão também se encontra comprometida com o modo como se oferta o cuidado, conforme assinalam Franco e Merhy (2007) que, ao analisarem as contradições do PSF, enquanto proposta de mudança do modelo tecnoassistencial, chamam a atenção para um aspecto de grande relevância, qual seja: a “desconfiança” com que a clínica, enquanto campo de conhecimento e de práticas específicas, é vista pelo aparato governamental.

Em estudo em que analisam a implementação do SUS, no âmbito municipal, Cecílio et al. (2007) expressam que a gestão vem se caracterizando por apresentar experiências exitosas, mas, também, se vê diante de limitações e contradições em relação à assunção de responsabilidades e ao gerenciamento de recursos. Neste contexto, portanto, há que serem reconhecidas as sérias dificuldades por que passam as gestões municipais, as quais têm claros reflexos sobre a qualidade do cuidado ofertado na ESF.

Evidências deste cenário foram assinaladas por Garnelo et al. (2014) que, em estudo em que descreveram a organização do cuidado às condições crônicas por equipes da ESF no Estado do Amazonas e Região Amazônica, Brasil, constataram fragilidades em relação à integralidade e longitudinalidade do cuidado, às quais atribuíram, como causas: a alta rotatividade de profissionais, fruto de precarização de vínculos e de insuficiente qualificação da força de trabalho; a carência de infraestrutura e de insumos indispensáveis ao atendimento; a organização fragmentária do cuidado, voltado para o cumprimento de tarefas mecânicas e quantificação de atendimentos realizados, e o limitado uso de protocolos e de ações de planejamento e programação baseados em critérios de risco e vulnerabilidade, com claras implicações sobre a ordenação da demanda programada e sobre o monitoramento e territorialização da população.

Reconhece-se que referidos fatores configuram um trabalho baseado na demanda espontânea, no atendimento clínico centrado na cura, no enfoque individual e orientado por queixas, com evidentes prejuízos em relação ao acesso, qualidade e efetividade no trabalho das equipes.

Almeida et al. (2010), ao realizarem estudo destinado a avaliar os desafios apresentados à coordenação do cuidado, utilizando-se de amostras intencionais de grandes centros urbanos com experiências consolidadas em implantação da ESF, enfatizaram os avanços por parte dos municípios avaliados, ressaltando, porém, que deficiências no processo de integração da rede assistencial colocavam sob ameaça a integralidade do cuidado, impondo riscos à sustentabilidade deste princípio do SUS.

Giovanella et al. (2009), em artigo em que analisam a integração da ESF à rede assistencial e a atuação intersetorial, em municípios com elevada cobertura pela estratégia, referem que, a despeito de se constatar elevado número de ações caracterizadas como de natureza intersetorial, desenvolvida no âmbito do executivo municipal, referidas ações careciam de maior protagonismo no seio das equipes.

Ainda com referência à intersetorialidade, relatório sobre avaliação da implementação da Saúde da Família em dez grandes centros urbanos faz recomendações ao incentivo da atuação intersetorial, convocando gestores e executivo para atuarem na articulação de intervenções favorecedoras da solução de problemas complexos (BRASIL, 2005b).

Do exposto, infere-se, com base nos discursos apresentados pelos trabalhadores, que, no contexto do PMAQ, EQSFs têm sido visto como carentes em termos de organização de seus processos de trabalho, ao mesmo tempo em que julgam de importância o apoio da gestão, de modo a garantir o exercício satisfatório de suas funções.

No contexto das relações entre gestão do sistema e trabalho em saúde e dos pactos estabelecidos entre os entes governamentais reconhece-se

“a necessidade imperativa de um pacto ético/político entre gestores e trabalhadores. Nesse pacto, a gestão do sistema deve assumir a perspectiva cotidiana da produção do cuidado e nela reconhecer o protagonismo do ator essencial que são os trabalhadores de saúde” (ACIOLE, 2012, p. 684).

Várias das demandas expressas pelos trabalhadores nas discussões ocorridas nos GFs guardaram aproximações com as avaliações feitas pelos profissionais das EQSFs – nos questionários –, conforme assinalado por ocasião das discussões sobre fragilidades das equipes.

Independentemente de sob quais perspectivas o acesso/cuidado – produção pelos trabalhadores, gestão pela equipe ou gestão de sistema – e suas dimensões – acolhimento, integralidade, intersetorialidade, equidade e/ou universalidade, etc., – foram avaliados pelos sujeitos da pesquisa ao emitirem seus juízos, cabe indagações, cujo caráter é menos o de nortear por uma discussão filiada ao aspecto quantitativo, mas o de se inquirir sobre as razões pelas quais trabalhadores se julgam ofertando acesso/cuidado de qualidade razoável, apenas.

De outra maneira, cabe questionar porque referidos trabalhadores não se julgam ofertando acesso/cuidado de alta qualidade, de excelência, acesso/cuidado “nota dez”. Não seria de se esperar que esta fosse a expectativa dos usuários, dos trabalhadores – tanto na condição de ofertantes quanto na condição de possíveis usuários do sistema – e dos gestores?

Ao se referir à dimensão profissional do cuidado, Cecílio (2011, p. 593) menciona que este se dá no nível do privado, enucleando o território da micropolítica, no qual se coloca, habitualmente, de modo protegido e pouco afetado pelo controle externo. Dita dimensão, no entender do autor, é regida pela competência técnica, pela postura ética e pela capacidade de estabelecimento de vínculos. Estas, porém, se veem alicerçadas por “valores, projetos e interesses, num campo marcado por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos. Um campo atravessado e constituído por relações de poder”.

Diante dos resultados apresentados e considerando os referenciais expostos, cabe colocar em questionamento as avaliações, em relação à qualidade do acesso e cuidado que vem sendo ofertada pelas EQSFs, quando, num movimento de inúmeras indagações levadas a efeito por meio dos questionários e discussões travadas nos GFs, trabalhadores das equipes e coordenadores da ESF apontaram, de forma significativa, uma série de inobservâncias, deficiências e fragilidades, tanto do ponto de vista pessoal/profissional, quanto estrutural e gerencial, de forma a comprometer o cotidiano de trabalho. Poder-se-ia supor, portanto, que estariam residindo naquelas as razões pelas quais acesso e cuidado não se mostraram mais bem avaliados?

O processo de construção da qualidade do acesso/cuidado, com toda a sua desafiadora dinamicidade e complexidade, se apresenta, com as devidas especificidades, para trabalhadores, gestores e usuários envolvidos com a ESF.

Franco e Merhy (2007) expressam que no seio da frágil potência do PSF em responder aos desafios a serem enfrentados para a mudança do modelo tecnoassistencial há uma contradição entre a “capacidade de sedução” do PSF, por parte de amplas camadas da população e gestores, e sua ainda limitada resposta às necessidades de saúde da população. Justificam, assim, que: a) há uma grande carência por assistência à saúde, por parte de significativo contingente populacional; b) ideários comuns são compartilhados por parcela significativa dos reformistas e de setores engajados nos movimentos de cuidados primários e da medicina comunitária; c) o processo de adesão ao PSF ainda se constitui em forte atrativo financeiro para os municípios, vez que contam com certa facilitação de acesso aos recursos [muitas vezes ampliados pelos incentivos que se encontram atrelados ao programa].

Diante do cenário a que se aludiu brevemente neste texto e ao se considerarem as avaliações de trabalhadores das EQSFs e coordenadores da ESF, tendo em conta perfis, processos formativos e qualificatórios, práticas, fragilidades endereçadas às equipes, gerências e gestões, posicionamentos diante do PMAQ e autoavaliações em relação à qualidade do acesso e cuidado ofertados, coloca-se em discussão como, dentro de um panorama preponderantemente frágil, no tocante à significativa parcela da força de trabalho da ESF – ao se tomar como referência os dados da pesquisa efetuada –, se pode adequar e ressignificar o quadro atual, para que referidos trabalhadores possam atuar na ESF, guardadas as necessárias qualificações e condições de trabalho, dentro de um referencial de compromisso e competência no enfrentamento das necessidades de saúde individual e coletiva das comunidades a que servem.

Ainda que se promovam mudanças substanciais na estrutura e nos recursos das USFs, estas não são suficientes para imprimir modificações nos modelos tecnoassistenciais e em suas micropolíticas instituintes que, por sua vez, carecem de um novo formato, de um novo padrão, assentados em valores e comportamentos de parte dos profissionais [e gestores] de saúde. A referência territorial e a construção de vínculos são elementos nucleares na ESF; contudo, são reconhecidas como ferramentas incapazes de mudarem o perfil do serviço, por agirem sobre a arquitetura e não sobre o modo como se dispensa cuidados. De outra forma, a

mitificação em torno do profissional **generalista** também não é suficiente para gerar novas práticas de saúde, devendo ser reconhecida a importância de dispositivos com capacidade para intervir sobre a micropolítica do processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2007, grifo nosso).

Em face da crise paradigmática experimentada pelo setor, diante das demandas apontadas pela sociedade e perante o quadro que se configura em relação à acessibilidade e atenção, no âmbito da ESF, reforça-se a convicção de que usuários, trabalhadores de saúde, gestores e sociedade necessitam reafirmar e empenhar-se na busca por acesso e cuidado que sejam efetivamente qualificados. Para tanto, há que se assumir, de forma objetiva e traduzida na cotidianidade do fazer atenção primária, os princípios e práticas que fundam, estruturam e emolduram a ESF – orientados pela universalidade, integralidade e resolubilidade –, os quais se encontram sustentados pelos pilares dos campos disciplinar, interdisciplinar, intersetorial e de vigilância à saúde, e apoiados por diretrizes, dispositivos e ações apregoados pelas políticas públicas nacionais; tudo isto de forma a possibilitar que se ordene, articule e se ofereça acesso e cuidado qualificados aos indivíduos, famílias e comunidades.

Não se trata, contudo, de ocultar o que, por detrás deste cenário, se impõe como determinante deste processo: as mediações e mediações pautadas em conhecimentos, poderes e interesses distintos, sob os quais se assentam as relações e os movimentos que se dão no espaço institucional de decisão (PINHEIRO, 2009; CECÍLIO, 2011).

Adicionalmente, cumpre enfatizar que não se considera pertinente responsabilizar única e exclusivamente profissionais e/ou gestores pelo atual quadro que se revela nas EQSFs estudadas e sobre o qual se julga guardar certa analogia com ESQFs do país que compartilham de condições estruturais e organizacionais semelhantes. Há que se convocar, para uma força-tarefa de análise, a representatividade dos órgãos formadores, formuladores de políticas e de execução, tanto da área de saúde quanto de educação, de modo que se tenha como pauta um contundente diagnóstico, uma discussão profícua e, sobretudo, a elaboração de um plano de intervenção que possa promover uma rápida e eficiente mudança nos rumos da ESF no país.

Conforme assinala Ayres (2011, p. 37),

“a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude ‘cuidadora’ precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde”.

De outra maneira, assim como se esboçou nesta pesquisa, urge considerar a necessidade de se construir novos modelos de avaliação que deem conta do território nuclear da micropolítica do trabalho; deste lugar que “recusa a normalização” (CECÍLIO, 2011, p. 596).

Reforça-se, portanto, a tese, a ser assumida pelos formuladores de políticas e pela academia, de que a mudança do modelo pretendida pela ESF se dará, de forma mais contundente, a partir da reorganização do processo de trabalho das EQSFs e da determinação política dos gestores. Estas, pressupondo capacidade analisadora da micro e macropolítica, dos núcleos epistêmicos e dos pressupostos éticos que embasam a prática dos trabalhadores e da gestão no campo da ESF.

8. CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

Este estudo se insere no campo das tecnologias e do processo de trabalho na ESF – enquanto território de produção de atos cuidadores –, de modo a desvelar os cenários em que as práticas trabalhadoras se fazem acontecer.

Estudaram-se avaliações e percepções de trabalhadores de EQSFs e de gerentes da ESF, em relação a elementos contextuais, estruturais e organizacionais do trabalho, ante um programa de indução e avaliação da melhoria do acesso e do cuidado na atenção básica: o PMAQ.

Estudos envolvendo concepção, estruturação, desenvolvimento e implementação do PMAQ, bem como os decorrentes da realização do processo avaliativo externo, têm sido objeto de inúmeras publicações e análises, tanto por parte dos órgãos executores quanto da academia. Contudo, pesquisas avaliativas, de natureza quantitativa e/ou qualitativa, que retratem a experiência de trabalhadores de EQSFs e gerentes da ESF, diante da adoção do PMAQ, enquanto programa de indução e avaliação do acesso e cuidado, ainda inexistem na literatura, não somente por se tratar de um programa instituído recentemente, mas, e sobretudo, pelo fato deste se apresentar como um fenômeno de complexa natureza avaliativa.

Em relação às EQSFs estudadas, a amostra revelou perfil composto por profissionais – médicos e enfermeiros –, predominantemente: a) em faixa etária jovem; b) representado pelo sexo feminino, na categoria enfermagem, e pelo sexo masculino, na categoria médica; c) em período inicial do exercício profissional – exceção seja feita para cerca de um terço de médicos; d) com curto tempo de atuação na ESF e nas EQSFs, particularmente em relação aos médicos; e) trabalhando em equipes completas, embora cerca de um quarto das mesmas estivesse atuando de forma incompleta; f) com vínculos protegidos, mas, ainda, com expressivo contingente de profissionais submetidos a vínculos precários, particularmente médicos; g) especializados na área Saúde da Família – ambas as categorias – e em especialidades clínicas, como residência – categoria médica; e h) com baixo grau de titulação sentido estrito.

Referido perfil, quando comparado com o de profissionais no exercício da gerência na ESF revelou-se semelhante, exceção seja feita para tempo de atuação na ESF e vínculo empregatício, os quais apontaram maior tempo e estabilidade, respectivamente, para a função gerencial.

Os processos de contratualização, autoavaliação e avaliação externa propostos pelo MS, através do PMAQ, mostraram-se amplamente aceitáveis entre profissionais de EQSFs e gerentes da ESF; contudo, conhecimento de seus indicadores foi revelado por menos da metade destes, com manifestação de maior desconhecimento por parte dos médicos.

O grau de engajamento das equipes no processo de contratualização, autoavaliação e avaliação externa foi qualificado pelos profissionais de EQSFs e de gerências da ESF como sendo apenas razoável, com avaliação mais positiva sendo referida pelos profissionais em AR.

Profissionais das EQSFs e das gerências da ESF avaliaram como amplamente aceitável a proposta do MS de realizar avaliação externa como forma de avaliar a gerência da ESF e a gestão municipal, imputando-lhes avaliação regular em relação ao apoio proporcionado.

Princípios qualificadores da AB e ferramentas do PMAQ não têm sido incorporados, de forma satisfatória, pelos profissionais das EQSFs e gerências da ESF, expressando, estes, demandas significativas relacionadas às competências nucleares e de campo, bem como as voltadas à organização do trabalho.

Numa perspectiva mais abrangente, a pesquisa permitiu o desvelamento de cenários, a partir das avaliações e relatos de percepções dos trabalhadores, e a revelação de encontros e desencontros na forma como médicos, enfermeiros e gerentes da ESF explicitaram ou manifestaram operar sobre a organização do trabalho, no cotidiano das práticas assistenciais e gerenciais em saúde da família. De outro modo, revelou aceitabilidade das equipes em relação ao PMAQ, porém, com apontamentos de restrições em relação à sua concepção e operacionalização, deixando transparecer, nos discursos apresentados, a reafirmação de posições tradicionais e hegemônicas, em que o instituído parece não ceder lugar a um novo modo de conceber o modelo tecnoassistencial de saúde, salvo, em grande parte, quando se inclina ao desenvolvimento de ações que, geralmente, não se revestem de poder suficiente para gerar mudanças. Questiona-se, portanto, se o PMAQ vem

sendo capaz de induzir transformações nas práticas dos trabalhadores ou se o mesmo vem promovendo mudanças, porém ainda pouco evidenciadas, tendo em vista tratar-se de um processo de natureza lenta.

A despeito de apontarem significativas fragilidades – ora em concordância, ora em discordância entre eles – em relação a aspectos qualificatórios e a elementos organizacionais e estruturais envolvendo condições e processo de trabalho das EQSFs e gerências da ESF, de forma contraditória, os trabalhadores da ESF julgaram ofertar acesso e cuidado de qualidade razoável, embora tenham revelado, entre eles, discordâncias quanto ao julgamento que faziam desta oferta.

Coloca-se em questionamento, portanto, a forma e os elementos/construtos que estão sendo avaliados pelo PMAQ para inferir sobre a qualidade do acesso e do cuidado. A forma como se encontra estruturado o processo avaliativo, particularmente a avaliação externa, de acordo com os trabalhadores das EQSFs, está imbuída de uma natureza ainda densamente cartorial, normativa, documental, pouco observacional e interativa com a prática, não talhada por um perscrutamento dos itinerários do acesso e do cuidado, os quais, convenha-se, carregam consigo uma enorme carga de complexidade avaliativa, demandando, por conseguinte, necessária macrocompetência por parte dos avaliadores.

Ressalta-se que, a despeito do PMAQ dever e poder ser visto para além de suas dimensões endereçadas única e exclusivamente aos indicadores e/ou processos avaliativos, estes, por sua vez, não têm sido suficientes para evidenciar a apropriação do programa pelos trabalhadores da ESF e, por conseguinte, para estabelecer um julgamento sobre o processo de trabalho das EQSFs.

Ainda que assumido pelos trabalhadores como um programa aceitável, com facetas que apontam significativos potenciais para organização do trabalho das equipes, o PMAQ é, também, alvo de críticas e demanda aperfeiçoamentos.

Advoga-se a tese de que a experiência com o PMAQ, retratada pelos trabalhadores da ESF nesta pesquisa, não se mantém em sintonia com a informada pelas EQSFs no processo avaliativo externo. Provavelmente, vários fatores apontam para uma manifestação mais favorável ao processo avaliativo institucional, tais como: a) a potencial possibilidade de certificação remuneratória; b) o atrativo pelo ranqueamento; c) a normatização – ainda que pautada em bases fortemente quantitativistas – acatada pelas equipes, o que as leva, em significativo número de

casos, a considerar o trabalho como adequadamente desenvolvido, necessitando, na maior parte das vezes, apenas, documentá-los, registrá-los, etc.

As avaliações dos profissionais e gestores da ESF e os relatos de percepções dos trabalhadores das EQSFs permitiram análises sob pelo menos dois ângulos. Primeiramente, o que se revela nas avaliações dos profissionais e na constatação de concordâncias e discordâncias entre eles. Avaliações distintas, regra geral, estão vinculadas a diferentes concepções sobre as quais se assentam diferentes visões de mundo. Neste sentido, avaliações divergentes ousam decorrer do desencontro de objetivos e/ou proposições e/ou competências, o que, por consequência, resultam em ações/contra-ações diversas, com evidentes implicações sobre os territórios micropolíticos e sobre os espaços de gestão, em que âmbito seja. Tais determinações implicam, por conseguinte, se não bem negociadas/articuladas, em ações e serviços sob risco permanente de conflitos, com tendência à cristalização de processos. Secundariamente, mas sem que haja qualquer juízo de valor quanto à precedência com que estes argumentos são expostos, há que se atentar para o aspecto da concordância de avaliações que, num primeiro esboço de análise, poderia estar representando, caso seja de natureza positiva, uma condição favorecedora de desenvolvimento “adequado” do processo de trabalho, com impacto mais favorável sobre as práticas. Poderia também, sob outro contexto, caso seja de natureza negativa, estar expressando, quando apresentadas como queixas, contraponto e/ou questionamento, etc., uma mensagem/sinalização ou reivindicação dirigida aos níveis hierárquicos superiores, no sentido de se fazer ouvir ou, então, refletindo dificuldades por parte das EQSFs e/ou da gerência, expressando demandas por melhorias.

Cada uma destas posturas possui seu contexto e referencial próprio de interpretação e de proposição de intervenções, de forma que não se almeje a concordância ingênua ou acrítica por parte de trabalhadores da ESF, mas que se busque a construção de consensos e a crítica ao instituído, num espaço em que, a despeito de ser marcado pela divisão técnica do trabalho, pela hierarquia de poder e pela diferença social, se clama por um nível de organização que resulte, sempre, dentro dos pressupostos da APS e do SUS, na oferta de acesso e cuidado qualificados.

Os resultados desta pesquisa não contrariam ou se opõem ao PMAQ; pelo contrário, buscam uma ação de complementaridade – ao apontar potencialidades, fragilidades e ineficiências –, com o propósito de aperfeiçoar os mecanismos de avaliação e indução, rumo à melhoria da qualidade do acesso e do cuidado na ESF, e de enfatizar a necessidade de reorientação do programa, em relação ao caráter, muitas vezes normatizador, burocratizante, frágil – atestado pelos mecanismos de avaliação – e algo distante do trabalho vivo experienciado pelas EQSFs. Não se julga pertinente, portanto, colocar em dúvida a necessidade de se proceder à avaliação da qualidade do acesso e do cuidado ofertados na ESF que, no atual cenário do SUS, tem requerido atenção.

Esta pesquisa teve a intencionalidade de interrogar, conhecer e analisar, em profundidade, a realidade do cotidiano das EQSFs e da gestão da ESF, no contexto do PMAQ. Tratou-se, portanto, de um processo analítico que confrontou duas perspectivas, a da complexidade e a do pragmatismo, que não necessariamente são opostas, mas, no seio das quais se buscou pela construção de um arcabouço sintético que pudesse contribuir não somente para as reflexões do mundo acadêmico, mas, e também, de forma importante, para a gestão, gestão do cuidado e cuidado que se materializam na ESF.

No tocante à validade externa do estudo, cabe considerar sua limitação em função de ter sido amostrado, apenas, municípios de pequeno e médio portes – que, de outro modo, podem, em alguns aspectos, apresentar-se com realidades distintas daqueles de grande porte –, embora se reconheça, naqueles, o retrato da maioria dos municípios do país.

Assinala-se como de fundamental importância o fato de que, diferentemente do banco de dados nacional do PMAQ, este estudo envolveu, como pesquisados, trabalhadores das EQSFs e gerências da ESF, e não apenas o coordenador da equipe como fornecedor de informações – como levado a efeito pelo PMAQ –, e, em tese, não sofreu influência da gestão e não se vinculou ao processo de certificação – por se tratar de pesquisa acadêmica, amparada pelo sigilo –, incorrendo, portanto, em menor potencial de viés, em relação à coleta dos dados.

Em que pese as conclusões e considerações assinaladas, cabe reconhecer que o PMAQ se coloca como uma estratégia potencialmente robusta e eficaz, na medida em que trabalhadores se qualifiquem para se engajarem no programa e este

contemple, em suas dimensões avaliativas, além de aspectos normativos, também e fundamentalmente processos que levem em conta análises processuais e de impactos/resultados que apontem para a eficácia, eficiência e efetividade em relação ao fazer cotidiano das EQSFs e gestão da ESF. Recomenda-se, portanto, que, tomando por base o PMAQ e os resultados decorrentes da investigação em tela, se adeque este importante instrumento avaliativo e analítico, que, em função de sua própria natureza – como se espera em relação a um processo dinâmico, flexível, democrático e complexo de avaliação – deverá merecer atenção das autoridades sanitárias do país e da academia.

A considerar as avaliações e percepções dos trabalhadores da ESF, tomando por base a pesquisa apresentada, cabe-nos um questionamento: até que ponto, no imaginário – com reflexos sobre a praxe cotidiana dos serviços – de parcela significativa de gestores, profissionais e, talvez, até de acadêmicos envolvidos com a área de saúde, a APS não vem se afigurando como uma atenção à saúde de baixa complexidade, pouco resolutiva, que dispõe de tecnologias de baixa densidade e oferta serviços simplificados.

A modo de síntese, e como proposta para reflexões, cabe considerar:

- a) como o PMAQ vem se inscrevendo, no cenário nacional, num contexto como o da ESF, que se encontra atravessado por uma realidade que envolve questões de ordem estrutural, organizacional, política, econômica, ética e estética?
- b) de que forma gestores, profissionais, usuários e sociedade, em geral, deverão intervir sobre esta realidade?
- c) embora ostente potencialidades, o PMAQ tem, diante de fragilidades como as apontadas, o vigor, a robustez, a aceitabilidade e a sustentabilidade necessários para imprimir as mudanças almejadas?
- d) como estarão sendo abordadas as fragilidades/demandas – identificadas ou não – das equipes e gerências da ESF, de modo que se possa,

coletivamente, garantir a “sustentação do barco na difícil travessia” do modelo tradicional para a ESF?

Evidenciaram-se, nesta pesquisa, portanto, encontros e desencontros nas avaliações e percepções de trabalhadores de EQSFs e de gerências da ESF, em relação ao perfil, condições e processo de trabalho, no contexto de um programa de melhoria do acesso e do cuidado na atenção básica, de modo que se pôde dimensionar, aprofundar e sistematizar a compreensão sobre problemas, posturas, conflitos e vivências destes trabalhadores, pressupondo que referidas contribuições possam (re)orientar ações no âmbito da gestão setorial e da micropolítica das equipes e gerências, concorrendo para a assunção das intervenções urgentes e necessárias, diante de um modelo de atenção que vem mostrando sinais de fragilidade e que se encontra marcado pela insatisfação de significativa parcela de trabalhadores da ESF.

Os resultados e as análises realizadas nesta pesquisa permitiram colocar em evidência um panorama/cartografia do cenário de organização do trabalho na ESF, no âmbito do PMAQ. Novos campos de interrogações e de investigações se abrem a partir das questões e análises levadas a efeito neste estudo. Contudo, sem que se reflita, com profundidade e seriedade, sobre a natureza da APS/ABS no âmbito do SUS, e se assegure, nos planos orçamentário, estratégico e operacional, um papel qualificado em relação ao acesso, ao cuidado e à sua função ordenadora na RAS, não se poderá vislumbrar mudanças e avanços efetivos na ESF. É preciso que se assuma que uma atenção básica qualificada torna o sistema mais eficiente e efetivo.

Qualificar a ESF pressupõe, da parte da gestão – em todos os níveis – e da academia, reflexões sobre formação, especialização, carreira, educação permanente, monitoramento e avaliação de estrutura, processos e resultados, de modo que, em meio às fragilidades apontadas, aos reclamos dos trabalhadores, aos sinais de conformismo, alienação, prepotência, indiferença e desconhecimento se possa reconhecer a germinação de forças, esperanças, crenças, sonhos e compromissos em busca de uma atenção primária que possa primar pela oferta de acesso e cuidado de qualidade.

9. BENEFÍCIOS E RISCOS

Além da contribuição relacionada à avaliação da adoção de um programa vinculado a uma política pública, com impacto sobre a gestão, gestão do cuidado e cuidado na ESF, os resultados da referida pesquisa poderão possibilitar a/o:

- a) definição de estratégias de qualificação de equipes, a partir de demandas/necessidades identificadas;
- b) reorientação de políticas emanadas da gestão e gerências municipais, no que se refere à gestão do trabalho e da educação na saúde;
- c) adoção de políticas favorecedoras da adequação de perfis ao processo de trabalho na ESF;
- d) delineamento de processos de trabalho favorecedores de bom desempenho por parte de equipes.

A pesquisa, em sua vertente quantitativa, não pressupôs identificação dos pesquisados. Em sua dimensão qualitativa, foi mantido sigilo absoluto em relação aos participantes dos grupos focais. Neste sentido, a pesquisa não implicou em riscos para os participantes, uma vez que tratou de avaliação de ações vinculadas ao processo de trabalho na ESF.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. Falta um pacto na saúde: elementos para a construção de um pacto ético-político entre gestores e trabalhadores do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 684-694, out./dez. 2012.

AGRESTI, A. **Categorical data analysis**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2002. 710 p.

ALENCAR, B.; PEREIRA, M.; RAMOS, N. **Curso de Autoaprendizado - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)** – Apostila completa. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição e Universidade de Brasília. Brasília, 2012. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=149>. Acesso em: 22 out. 2014.

ALELUIA, I. R. S. **Avaliação da coordenação do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso**. 2014. 115 f. Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação da gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 816-830, jul./set. 2012.

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, 2, 3, p. 75-80, jan./dez. 2010.

ALMEIDA, F. C. M. et al. Avaliação da inserção do estudante na Unidade Básica de Saúde: visão do usuário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 33-39, 2012. Suplemento 1.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.

ALVES, C. K. A. et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 10, S145-S156. nov., 2010. Suplemento 1.

ALVES e SILVA, A. C. M. et al. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.159-169, 2010.

ARAÚJO, M. F. S.; VERAS, K F. O. Processo e Precarização do Trabalho no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 14, p. 41-56, set. 2009.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003 / fev. 2004.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2011. 284 p.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 11-23, 2009. Suplemento 2.

AZEVEDO, A. L. M.; BARBOSA, M. G. M. M.; SANTOS, J. S. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB - resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira**

de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 93-99, jul./set. 2006.

BARBOSA, A. C. Q.; RODRIGUES, J. M.; SAMPAIO, L. F. R. De programa à estratégia: a Saúde da Família no Brasil em perspectiva. Um comparativo da década de 2000. **Seminários...** Disponível em: <http://cedeplar.ufmg.br/seminários/seminário_diamantina/2010/D10A043.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BARBOSA, V. B. A. **Educação permanente na Estratégia Saúde da Família: uma proposta a ser construída**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Reto, L. A.; Pinheiro, A. (Trad.). São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.

BELLO, F. M. A.; CARVALHO, E. F.; FARIAS, S. F. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife - PE. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 706-719, out./dez. 2014.

BICUDO, M. A. V. (Org). **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011. 150 p.

BITTAR, T. O. et al. O sistema de informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Piracicaba, v. 14, n. 1, p. 77-81, jan./abr. 2009.

BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. Aplicação da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 1, p. 74-80, jan./jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 1994. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana da Saúde. **PROMED**: Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina. Brasília, DF, 2002. (Edital de Convocação).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2003. 228 p. il. - (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Documenta 7. Brasília: CONASS, 2004a. 75 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético-político no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004b. 48 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004c. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, DF, 2005a. 77 p. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. - 2. ed. atual. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 210 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF, 2005c. 36 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras**

providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 19 fev. 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.** 2008c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em: 18 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56p.: color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 49 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 56p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. **Competências dos profissionais de nível superior na estratégia saúde da família.** Brasília: UNASUS, 2011b. 88 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Cegonha.** 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 134 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Documento Síntese para Avaliação Externa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. 55 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. **Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).** 2013a. Disponível em: <<http://gegap.blogspot.com.br/2013/07/portaria-n-1412-institui-o-sisab.html>>. Acesso em: 02 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. **Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.** 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 05 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) – **Tratamento do Tabagismo.** 2013c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pnct_tabagismo.pdf>. Acesso em: 31 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 11p.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014. 208 p.: il., gráfs., mapas color. 2014b. Relatório Nacional de Acompanhamento.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014. 103 p. : il. – (Tecnologia em serviços de saúde). 2014c.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/nota_metodologica_2014.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica**. 2014d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_prorrogacao_SUS-AB.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 04 mar. 2015b.

CAMPOS, C. V. A; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar./abr. 2008.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In:_____. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 51-67.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 238 p.

CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In:_____. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. p. 122-149.

CANESQUI, A. M; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 22, n. 9, p. 1881-1892, set. 2006.

CANTO, R. B. B. **Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes**: a contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos movimentos de mudança da gestão. Monografia (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

CAPAZZOLO, A. A. **Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico**: um estudo em unidades básicas do município de Diadema - SP. Tese (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1997.

_____. **No olho do furacão**: Trabalho médico e o Programa Saúde da Família. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 48-51, 2009. Suplemento I.

CARVALHO, C.R.S. **O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo**: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. Dissertação de (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: experiência do Programa TEIAS - Escola de Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 84-88, 2009. Suplemento 2.

CASTRO FILHO, E. D. et al. A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização, em larga escala, via educação a distância. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, out./dez. 2007.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004 / fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. et al. The city manager in the present phase of the SUS implementation: characteristics and challenges. **Electronic Journal of Communication, Information & Innovation in Health**. Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 198-205, July/Dec. 2007.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). 8. ed. **Os sentidos da integralidade na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, p. 117-130.

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 199-212.

CHAVES, A. C. C.; SILVA, V. L. A. Processo de trabalho e produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a realidade de enfermeiras. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 249-264, 2011.

CORDEIRO, H. et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009.

CORDONI Jr., L. et al. Análise da percepção do monitoramento da atenção primária de uma regional de saúde do Paraná. **Revista Terra e Cultura: cadernos de ensino e pesquisa**. Londrina: Unifil, v. 1, n. 1, p. 11-17, jan./ jun. 2012

CORRÊA, A. B. et al. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: diferença entre suas portarias instituintes. In: 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2013, Natal. **Anais...**, Natal, 2013. p. 02219-02221.

CORRÊA, B. F. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: conhecer para desenvolver. 2012. 27 f. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde EAD) – Escola de Administração da UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr./jul. 2013.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

CUBAS, M. R. Desafios para a enfermagem no alcance das metas de Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p.1758-1762, 2011. Número especial 2.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, mar., 2011.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde** [versão online], 2011, p.180-198. Disponível em: < www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 06 jun. 2015.

CRUZ, M. M.; REIS, A. C. Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: **Qualificação de gestores do SUS**. GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). 2.ed. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2011. p. 415-426.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 145-150, abr./jun. 2011.

DEMARZO, M. M. P.; OLIVEIRA, C. A.; GONÇALVES, D. A. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro**. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf>. Acesso em: 01 maio 2015. p. 01-11.

DOS-SANTOS, E. M.; FREITAS, P. G. S. **Humanização na Atenção Primária à Saúde: percepção de trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52177.E12.T9333.D8AP.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007a. Não paginado.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, set./out. 2007b.

DUARTE, T. **A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica)**. 2009, Lisboa, Portugal. e-WORKING PAPER n. ° 60/2009... Lisboa: Centro de Investigação e estudos em sociologia, 2009. p. 3.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, S 159-172, 2008. Suplemento 1.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 1, p. 07-22, jan./fev. 2009.

FARAH, B.F. Educação em serviços, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista de Atenção Primária em Saúde**, v. 6, n. 2, p. 123-125, jul./dez. 2003.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, out. 2005

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO Jr., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FEKETE M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: SANTANA, J. P. (Org). Brasil. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir do problema:**

uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS, 2000. p. 51-57.

FELISBERTO, E. et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2091-2102, set. 2008.

FELISBERTO, E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.9, n.3, p. 339-357, jul./set. 2009.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1085, jun. 2010.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da Saúde da Família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p. 101-108, jul./dez. 2005.

FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012.

FERREIRA, I. R. C. et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**, v.1 9, n. 56, p. 61-76, jan./mar. 2014.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUER; C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na Atenção básica em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 52-59, 2007.

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**, v. 12, n. 2, p. 5-11, 2010.

FONSECA, J. M. V. **O generalista na Estratégia de Saúde da Família: um Hércules entre a rotatividade e a utopia.** 2011. 122 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2012.

FORTE, E. C. N. **A satisfação no trabalho de enfermeiros/as em dois modelos assistenciais na atenção básica no Brasil.** 141f. Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2013.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. 96 p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125-133.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-112, jul./set. 2000.

FREITAS, M. C. M. C; NUNES, B. M. V. T. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v. 3, n. 3, p. 39-43, jul./ago./set. 2010.

FURTADO, T. R. et al. **Controle social na atenção primária: experiência da criação de um conselho local de saúde em Teresina - PI.** Disponível em: <<http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscrições/arquivosTrabalhos/145488.E11.T857>>. Acesso em: 8 mar. 2015. Não paginado.

GAÍVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. A prática da visita domiciliar pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Ciências, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 697-704, 2011.

GALASSI, C. V. et al. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 39, n. 3, p. 177-185, 2014.

GARCIA, A. B.; PAPA, M. A. F.; CARVALHO JÚNIOR, P. M. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Revista Nursing**, v. 14, n. 167, p. 215-220, 2012.

GARNELO, L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 158-172, out. 2014. Número especial

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. 80 p.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIRARDI, S. et. al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 45, n. 45, p. 11-23, maio. 2010.

GOMES, K. V. **Tratamento do tabagismo: uma parceria entre uma instituição pública de saúde e a universidade**. In: XV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/622.%20tratamento%20do%20tabagismo.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GUANAIS, C. F. Healthy equity in Brazil. **British Medical Journal**, v. 341, p. 1-4, 2010.

GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; TAVARES, R. A. W. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Pan-Amaz**, v. 3. n. 2, p. 17-24, 2012.

GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.; BARROS, M. E. B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.93-101, 2012.

GUEDES, S. A. G. et al. Análise da satisfação dos profissionais de saúde da família com as condições de trabalho. **Ciências, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 121-130, jan./mar. 2013.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 29-35, dez. 2000.

HILARIO, M. A. S. **Gestão por resultados na administração pública**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Planejamento Governamental e Orçamento Público) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2009.

HOLLANDER, M.; DOUGLAS A. W. **Nonparametric Statistical Methods**. New York: John Wiley & Sons, 1999. 787 p.

HÜBNER, P. F. **Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiras no trabalho em Estratégia Saúde da Família**. 2014. 124f. Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2014.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p.1533-1541, 2010. Suplemento 1.

KLITZKE, D. D. **Apoio institucional na gestão da atenção básica no Brasil: um caminho possível?** 2013. 79 f. Dissertação (Pós-graduação) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

KRUG, S. B. F. et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77- 88, jan./jun. 2010.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p.17-24, jan./mar. 2014.

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

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 , S42-S57, 2008. Suplemento 1.

MACHADO, G. A. B. **Organização do processo de trabalho vivenciada pelas Equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. 2013. TCC (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MACHADO, L. **O apoio institucional nos processos de trabalho: ferramenta para o fortalecimento da atenção primária à saúde**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2014.

MACINKO, J. et al. The influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory, Care-Sensitive Hospitalizations Among adults in Brazil, 1999-2007. **American Journal of Public Health**, v. 1101, n.10, 2011.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, jul./set. 2013.

MARSIGLIA, R. M. G. **Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**. Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE%20E%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20EM%20SA%C3%9ADE/Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2015.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de Pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008. 106 p.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. Disponível em: <www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2015.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, p. 43-68.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009. 848p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, E. V. **A complexidade da demanda na atenção primária à saúde.** CONASS. Brasília, jul. 2014. No prelo.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 2355-2365, 2010.

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

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 15-35.

MESQUITA, D. T.; MOREIRA, A. C. A.; NETO, F. R. G. X. Satisfação profissional do gerente na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Administração em Saúde**, v. 15, n. 59, p. 63-70, abr./jun. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

MIRANDA, G. R.; OLIVEIRA, G. G. L.; GONÇALVES, M. C. **Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família.** Belém: UFPA, 2008. Disponível em: <
<http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I2238.E1.T329.D1.doc>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MONTENEGRO, L. C.; BRITO, M. J. M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atenção primária à saúde. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 29, n. 2, p. 1-12, jul./dic. 2011.

MORAIS, C. M. **Escalas de Medida, Estatística Descritiva e Inferência Estatística**. Bragança – Portugal: Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico 2005. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7325/1/estdescr.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, S 69-S81, nov. 2010. Suplemento 1.

NASCIMENTO, A. P. S.; SANTOS, L. F.; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **Journal of Managing and Primary Health Care**, v. 2, n. 1, p. 18-24, 2011.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-826, 2010.

NEVES JUNIOR, O.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C. Estratégia da Saúde da Família em Manaus: uma avaliação dos aspectos administrativos e operacionais. **Odonto**, v. 20, n.3 9, p. 99-109, 2012.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NICKEL, D. A. et al. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 839-850, abr. 2014.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, out. 2000.

OLIVEIRA, C. L. **Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características**. 4. ed. Educação, Cultura, Linguagem e Arte. Travessias. 1982. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/um_apanhado_teorico_conceitual_sobre_a_pesquisa_qualitativa_tipos_tecnicas_e_caracteristicas.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014. Não paginado.

OLIVEIRA, J. A. S.; ROSA, G. F. S.; PEREIRA, F. W. A. Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado: uma ferramenta do apoiador institucional/FESF-SUS às Equipes de Gestão da Atenção Básica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, ago. 2012. Disponível em: < <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/539>>. Acesso em: 22 abr. 2015. Suplemento.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. et al. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013.

OLIVEIRA, T. A.; MESQUITA, G. V. Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 128-136, abr./maio/jun. 2013.

OMS. UNICEF. **Cuidados Primários em Saúde**. Alma-Ata, 1978. UNICEF. Brasil. 1979. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Washington, D.C: OPAS, 2007. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS).

PAIM, J. S. **Gestão da atenção básica nas cidades**. 2003. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/.../Paim%20JS.%20Gestão%20da%20atenção%...>>. Acesso em 25 fev. 2015.

PAULINO, V. C. P.; SOUZA, P. R.; BORGES, C. J. Contribuições da educação permanente em serviço no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí**, UFG, v. 2, n. 9, p. 1-11, 2010. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/ritref/article/view/20365>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1998. 254p.

PERES, C. M. et al. Aprendizado eletrônico na formação multiprofissional em saúde: avaliação inicial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 134-141, 2012. Suplemento 1.

PEREZ, L. G. et al. Professional and community satisfaction with Brazilian Family Health Strategy. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 403-413, 2013.

PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 895-908, 2014. Suplemento 1.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, 2009, v. 18, n. 2, p. 223-240, abr./jun. 2009.

PESSÔA, L.R. e t. al. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. _____. (ORG.). Rio de Janeiro, ENSP, 2011. 208 p.

PIANCASTELLI, C. H. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001. P. 121-140. [Série: Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), n.1].

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O. Trabalho em equipe. In: SANTANA, J.P. (Org.). **Organização do Cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Colaboração do Ministério da Saúde e Polo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG: NESCON – Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / Representação no Brasil, 2000. p. 45-50.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 69-115.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 65-664, 2010.

PINTO, H. A.; FERLA, A. A. Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 81-94, 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, ago. 2012. Suplemento. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/artigo_pmaq_revista.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2015. Não paginado.

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

PÔRTO, K. F. **Elementos para uma política de avaliação de ações de saúde mental na atenção primária**: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa. 2012. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2012.

PRUESSNER, H. T.; HENSEL, W. A.; RASCO, T. L. The scientific basis of generalist medicine. **Academic Medicine**, v. 67, n. 4, p. 232-235, 1992.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2014. Disponível em: <<http://www.r-project.org/>>. Acesso em: 11 jul. 2014.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p 779-786, out./dez. 2008.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação Saúde em Debate**, Londrina, v. 12, p. 39-44, jul. 1996.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Discutindo o cotidiano das equipes de saúde da família: a experiência da III Oficina de Atenção Básica da UFPB. **Caderno FNEPAS**, v. 1, p. 51-63, dez. 2011.

RIMOLI, J. Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência e na gestão. In: MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 199-296.

RIZZOTTO, M. L. F. et. al. 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, P. M. Avaliando a qualidade da Atenção Primária em Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 4, jan./mar. 2006.

RODRIGUES, F. **Condições de trabalho e saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família: o olhar dos trabalhadores da saúde**. 2014. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Ciências Ambientais e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Rondonópolis/MT, 2014.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-452, 2014.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família**. Natal: UFRN/UFPE. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em 12 jun. 2015.

RODRIGUES, R. D. Estratégia Saúde da Família: bode expiatório? **Revista Brasileira de Medicina de Família**, Florianópolis, v. 6, n. 18, p. 25-26, jan./mar. 2011.

ROMANHOLI, R. M. Z.; CYRINO, E. G. A visita domiciliar na formação do médico: da concepção ao desafio de fazer. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p. 693-705, jul./set. 2012.

ROVERE, M. R. Gestión Estrategica de la Educación Permanente en Salud. In: HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educacion Permanente de Personal de Salud**. Washington, DC: OPS, 1994. p. 63-106.

SALES, M. L. H. et al. Qualidade da atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 2, p. 151-156, 2013.

SALLES, T. C. S. **Informação nas Equipes de Saúde da Família: um exercício de planejamento local a partir de uma matriz de indicadores de saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado). - Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2010.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza – CE: atuação de equipes da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, nov./dez. 2012.

SANTOS, B. R. L. et al. A formação dos profissionais para a atenção primária à saúde: a participação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 5-10, 1998.

SANTOS, D. P. **Apoio**: um ensaio cartográfico na gestão federal do SUS. Especialização. 2014. - Faculdade de Educação, Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica Educasaúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10183/114757> >. Acesso em: 06 fev. 2015.

SANTOS-FILHO, S. B. **Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizaSus**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhar_sobre_trabalho.pdf >. Acesso em: 20 maio 2015.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2009.

SARTI, T. D. et al. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Revista de Odontologia**, v. 19, n. 1, p. 63-69, 2008.

SEIDL, H. 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.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do Adulto** - Programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 29-47.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p.368-77, jun. 2011.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SILVA, C. C. S. et al. **Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba**. Revista Eletrônica de Enfermagem v. 15, n. 1, p. 205-214, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15074>>. Acesso em 27 abr. 2015.

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, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-321, mar./abr. 2011.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014.

SILVA, T. A. M.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. Trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família: em foco a contribuição dos cursos de especialização. **Revista Latino-Americana**, v. 16, n. 1, jan./fev. 2011.

SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e da comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, set. 2010.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, mar./abr. 2008.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A .C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007.

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

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quaterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TAMAKI, E. M. et al. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 10, p. S201-S208, nov. 2010. Suplemento 1.

TEIXEIRA, E. et al. Trajetória e tendências dos Cursos de Enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 379-487, jul./ago. 2006.

TEIXEIRA, R. M. V. **Indicadores de saúde materno-infantil: uma análise a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2012. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2010. p. 91-113.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde na regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, S193-S201, 2008. Suplemento 1.

TORRES, A. A. P.; SANTANA, B. P. Enfrentamento das emergências pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas, RS, v. 1, n. 1, p. 107-112, jan./mar. 2011.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de auditoria TC-032.411/2011-1**. Disponível em: <www.tcu.gov.br/consultas/juris/docs/judoc/.../ac_1472_22_12_p.doc_>. Acesso em: 12 mar. 2015.

TRINDADE, L. L. et al. Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 528-535, jul./set. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Observatório de Recursos Humanos. **Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade**. Germano, R. M. (coord.). Natal, 2005. 32p. disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Capacitacao_equipas_PSF.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). **Avaliação da Atenção Básica em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços**. Belo Horizonte, 2009. 166 p. Disponível em: <pesquisa_avaliao3a7ao_ab_bh_textocompleto_final_14_fev2010_leila>. Acesso em: maio 2015.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2011.

VALLIM, S.; VIEIRA, A. M. L.; OSIANO, V. L. L. R. **A Estratégia Saúde da Família – Qualis – em 101 municípios do estado de São Paulo**. Planejamento de Saúde: conhecimento e ações. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/Coordenação de Planejamento de Saúde. 2006. p. 189-205. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/ESFQualisSP.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão.** 245f. Tese (Doutoramento) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, 2005.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S148-S158, 2008. Suplemento 1.

VECCHIA, M. D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos históricos/políticos.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. 134 p.

VENÂNCIO, S. I. et al. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 112 p. (Temas em Saúde Coletiva, 7).

VERGARA, S. C.; CALDAS, M. P. Paradigma interpretacionista: a busca da superação do objetivismo funcionalista nos anos 1980 e 1990. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 4, p. 66-72, out./dez. 2005.

VIEIRA, A. G. R. Educação permanente: (re)vendo conceitos. **Revista Educação, Cultura e Sociedade**, Sinop/MT, v. 3, n. 2, p.179-193, jul./dez. 2013.

VIEIRA, D. S. et al. **Dificuldades de uma unidade de saúde da família relativas à composição de equipe mínima.** Disponível em: <apps.cofen.gov.br/cbcentf/.../I41382.E10.T6970.D6AP.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2015.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. O conceito de cuidado e a utilização dos protocolos em serviços de saúde. In: _____. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. p. 21-26.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Doctors for health. A WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all.** Geneva. 1996. 22p.

ZANETTTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. V. 9, n. 3, p. 448-455, jul./set. 2010

ZAR J. H. **Biostatistical Analysis**. New Jersey: Prentice Hall, 1999. 663 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Declaração de anuência do gestor municipal de saúde

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E APOIO A PROJETO DE PESQUISA

Barretos, 24 de Julho de 2013.

Eu, _____,
Secretário (a) de Saúde do Município de _____,
declaro ter conhecimento do conteúdo e autorizar a execução, neste
município, de projeto de pesquisa referente a processo de trabalho na
Estratégia Saúde da Família.

Atenciosamente,

Assinatura

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar sua participação na Pesquisa sobre Processo de trabalho de equipes de saúde da família.

Trata-se de pesquisa a ser realizada com os trabalhadores de equipes que aderiram e realizaram contratualização com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Este projeto será conduzido por Carlos Haroldo Piancastelli, pós-graduando do Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Para tanto, o pesquisador encontra-se disponível através do e-mail: chpiancastelli@gmail.com ou através do telefone: xxx (17) 98191-2204.

Por intermédio deste Termo lhe são garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar a identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

“Poderei, a qualquer tempo, pedir esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar-me a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que cópia deste termo permanecerá arquivada com o Pesquisador Carlos Haroldo Piancastelli, responsável por esta Pesquisa.”

“Declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa.”

Participante:

Contato: _____

Assinatura: _____

Pesquisador: Carlos Haroldo Piancastelli

Contato: xxx (17) 98191-2204

Assinatura: _____

Barretos, ____ de _____ de 2013.

Cabe esclarecer que esta pesquisa não implica em danos de ordem física e/ou psíquica, razão pela qual não se encontra amparada por qualquer tipo de indenização e/ou seguro. Também não se encontra previsto qualquer tipo de ressarcimento, vez que tal projeto não pressupõe gasto por parte do sujeito participante da pesquisa. Em caso de dúvidas, você poderá contatar o pesquisador ou o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto: (16) 3602-2228.

APÊNDICE C - PMAQ no contexto da Estratégia Saúde da Família: questionário aplicado aos profissionais das equipes de saúde da família

A - COMPONENTE PERFIL:

1 – Idade: [] anos

2 – Sexo: feminino [] masculino []

3 – Graduação: medicina [] enfermagem []

4 – Tempo de formado: até 1 ano [] maior que 1 ano até 2 anos []
 maior que 2 anos até 5 anos [] maior que 5 anos até 10 anos []
 maior que 10 anos até 20 anos [] maior que 20 anos []

5 – Curso de Especialização/não residência : não [] completo [] em curso []
 Caso completo ou em curso, assinale qual área (aceita mais de uma indicação):
 Saúde da Família/Atenção Básica [] Saúde Pública []
 Área de especialidade [] Outra área []

6 – Residência: não [] completa [] em curso []
 Caso completo ou em curso, assinale qual área (aceita mais de uma indicação):
 Saúde da Família/Atenção Básica [] Medicina de Família e Comunidade []
 Área básica: clínica médica [] pediatria [] ginecologia e obstetrícia []
 Área de especialidade [] Outra área []

7 – Mestrado: não [] completo [] em curso []
 Caso completo ou em curso, assinale qual área (aceita mais de uma indicação):
 Área clínica [] Saúde pública [] Saúde da família/Atenção Primária []
 Outra []

8 – Doutorado: não [] completo [] em curso []
 Caso completo ou em curso, assinale qual área (aceita mais de uma indicação):
 Área clínica [] Saúde pública [] Saúde da família/Atenção Primária []
 Outra []

9 – Tempo total de atuação no Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família:
 até 1 ano [] maior que 1 ano até 2 anos [] maior que 2 anos até 5 anos []
 maior que 5 anos até 10 anos [] maior que 10 anos até 20 anos []

10 – Tempo de atuação na Equipe de Saúde da Família atual:
 até 1 ano [] maior que 1 ano até 2 anos [] maior que 2 anos até 5 anos []
 maior que 5 anos até 10 anos [] maior que 10 anos até 20 anos []

11 – Vínculo empregatício:

Consolidação das leis do trabalho – CLT []

Estatutário(a) []

Autônomo []

Outro []

12 – Composição de sua equipe, desde seu ingresso [médico(a), enfermeira(o), técnico(a) ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde].

Completa desde meu ingresso []

Incompleta desde meu ingresso []

Incompleta grande parte do período []

Incompleta parte do período []

B - COMPONENTE CONTRATUALIZAÇÃO:

1 – Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de pactuação/contratualização de metas, entre gestão municipal e equipes de Saúde da Família, em relação a indicadores de desempenho e monitoramento?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
-------------	-----------------	-------------	-----------	-----------------

2 – Antes de proceder à próxima questão, lhe indagamos a respeito de seu conhecimento sobre os indicadores de contratualização do PMAQ, propostos pelo Ministério da Saúde.

2- 1: Não os conheço para avaliar: []

2- 2: Conheço-os apenas parcialmente, para avaliar: []

2-3: Conheço-os suficientemente: []

3 - Somente responda as questões 3- 1 e 3- 2, caso você tenha assinalado como resposta o item 2- 3 da questão anterior.

3- 1: Como você avalia a pertinência dos indicadores de pactuação/contratualização do PMAQ, propostos pelo Ministério da Saúde, como padrões para avaliação do desempenho das equipes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3-2: Que avaliação você faz em relação às áreas selecionadas pelo Ministério da Saúde para comporem os indicadores de pactuação/contratualização do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4 – Considerando as competências específicas de cada membro, como você avalia o grau de participação/engajamento de sua equipe em relação ao processo de discussão/elaboração/definição das metas em relação à contratualização/pactuação dos indicadores do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

C- COMPONENTE AUTOAVALIAÇÃO:

1 – Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de estimular a autoavaliação feita pelas equipes de Saúde da Família?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
-------------	-----------------	-------------	-----------	-----------------

2 - Antes de proceder à próxima questão, lhe indagamos a respeito de seu conhecimento sobre os padrões/indicadores de qualidade da autoavaliação (conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, processo e resultados de ações) proposta pelo Ministério da Saúde.

2- 1: Não os conheço para avaliar: []

2- 2: Conheço-os apenas parcialmente, para avaliar: []

2-3: Conheço-os suficientemente: []

3- Somente responda as questões 3-1 e 3-2, caso você tenha assinalado como resposta o item 2- 3 da questão anterior.

3-1: Como você avalia a pertinência dos padrões/indicadores de qualidade propostos pelo Ministério da Saúde para que as equipes possam realizar sua autoavaliação?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3-2: Que avaliação você faz em relação à adequação das dimensões selecionadas pelo Ministério da Saúde para compor os padrões/indicadores de qualidade da autoavaliação do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4 – Considerando as competências específicas de cada membro, como você avalia o grau de participação/engajamento de sua equipe em relação ao processo de discussão/elaboração/definição do plano de intervenção previsto na autoavaliação do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

D - COMPONENTE AVALIAÇÃO EXTERNA:

1 – Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de realizar avaliação externa como forma de se averiguar as condições de acesso e de qualidade envolvendo as equipes de saúde da família?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
-------------	-----------------	-------------	-----------	-----------------

2 - Antes de proceder à próxima questão, lhe indagamos a respeito de seu conhecimento sobre os padrões/indicadores de qualidade da avaliação externa do PMAQ, proposto pelo Ministério da Saúde.

2- 1: Não os conheço para avaliar: []

2- 2: Conheço-os apenas parcialmente, para avaliar: []

2-3: Conheço-os suficientemente: []

3- Somente responda às questões 3-1 e 3-2, caso você tenha assinalado como resposta o item 2- 3 da questão anterior.

3-1: Em que medida você avalia a pertinência dos padrões/indicadores de qualidade propostos pelo Ministério da Saúde para orientar a avaliação externa do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3-2: Que avaliação você faz em relação às dimensões selecionadas pelo Ministério da Saúde para compor os padrões/indicadores de qualidade da avaliação externa do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4 – Considerando as competências específicas de cada membro, como você avalia o grau de participação/engajamento de sua equipe em relação ao processo de discussão e preparação para a avaliação externa do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5 – Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de realizar avaliação externa como forma de se averiguar a gestão empreendida pela Direção/Coordenação de Atenção Básica/Saúde da Família do município?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
-------------	-----------------	-------------	-----------	-----------------

6- Como você avalia a Direção/Coordenação de Atenção Básica/Saúde da Família ou equivalente de seu município em relação ao apoio/suporte/atenção à sua equipe de saúde da família (considere todo o período em que você se encontra inserido(a) no Saúde da Família do município)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7 – Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de realizar avaliação externa como forma de se averiguar a gestão municipal em relação à estratégia saúde da família de seu município?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
-------------	-----------------	-------------	-----------	-----------------

8 - Como você avaliaria a gestão municipal em relação ao apoio/suporte/atenção à sua equipe de saúde da família (considere todo o período em que você se encontra inserido(a) no Saúde da Família do município)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

E - COMPONENTE GERAL:

1 – Em relação às áreas indicadas abaixo, assinale as que você considera que sua equipe mais necessita qualificar-se (obviamente você encontra-se incluído). Entende-se que os itens não assinalados por você representam adequada qualificação por parte de sua equipe.

- 1-1 Pré-natal e puerpério []
- 1-2 Saúde da criança []
- 1-3 Saúde do adolescente []
- 1-4 Saúde do adulto []
- 1-5 Saúde do idoso []
- 1-6 Saúde mental []
- 1-7 Gestão do cuidado []
- 1-8 Atenção domiciliar []
- 1-9 Sistema de informação em saúde []
- 1-10 Educação em saúde []
- 1-11 Abordagem familiar []
- 1-12 Abordagem da comunidade []
- 1-13 Avaliação e monitoramento em Unidade de Saúde da Família []
- 1-14 Trabalho em equipe []
- 1-15 Educação permanente []
- 1-16 Intersetorialidade []
- 1-17 Trabalho em rede []
- 1-18 Práticas integrativas e complementares []
- 1-19 Vigilância em saúde []

1-20 Participação e controle social []
 1-21 Humanização []
 1-22 Urgência e Emergência []
 1-23 Acolhimento []
 1-24 Classificação de risco []
 1-26 Trabalho com grupos []
 1-26 Não sei informar []

2- Como você avalia o grau de preparação que você obteve em sua formação (graduação) para atuar diante das necessidades demandadas pelo trabalho de equipe de Saúde da Família?

Insatisfatório	pouco satisfatório	Razoavelmente satisfatório	Bastante satisfatório
----------------	--------------------	----------------------------	-----------------------

3- Caso tenha cursado (se negativo, não responda à esta questão), como você avalia o grau de preparação que você obteve em sua pós-graduação para atuar diante das necessidades demandadas pelo trabalho de equipes de Saúde da Família?

Insatisfatório	pouco satisfatório	Razoavelmente satisfatório	Bastante satisfatório
----------------	--------------------	----------------------------	-----------------------

4- Em relação ao processo de implantação do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) / e-SUS por parte de sua equipe, informe:

<u>Não</u> sei informar	Implantado <u>totalmente</u>	Implantado <u>parcialmente</u>	<u>Não</u> implantado ou implantado de forma <u>incipiente</u>
-------------------------	------------------------------	--------------------------------	--

5- Em relação ao processo de implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) por parte de sua equipe, informe:

<u>Não</u> sei informar	Implantado na <u>totalidade</u> do território	Implantado em <u>parte</u> do território	<u>Não</u> implantado ou implantado de forma <u>incipiente</u>
-------------------------	---	--	--

6- Em relação ao processo de implantação do Programa Rede Cegonha por parte de sua equipe, informe:

<u>Não</u> sei informar	Implantado <u>totalmente</u>	Implantado <u>parcialmente</u>	<u>Não</u> implantado ou implantado de forma <u>incipiente</u>
-------------------------	------------------------------	--------------------------------	--

7- Em relação ao processo de implantação do Programa de Controle de Tabagismo por parte de sua equipe, informe:

<u>Não</u> sei informar	Implantado <u>totalmente</u>	Implantado <u>parcialmente</u>	<u>Não</u> implantado ou implantado de forma <u>incipiente</u>
-------------------------	------------------------------	--------------------------------	--

8- Em relação a processos de qualificação/capacitação para desenvolvimento do PMAQ, informe:

Tive qualificação satisfatória	Tive qualificação parcial	Não tive qualificação ou a tive de forma incipiente
--------------------------------	---------------------------	---

9- Em relação a processos de educação continuada/capacitações/cursos que lhe auxiliem no desenvolvimento do processo de trabalho da equipe, informe:

Venho obtendo qualificação, de forma satisfatória	Venho obtendo qualificação, de forma insatisfatória	Não venho obtendo qualificação
---	---	--------------------------------

10- Em relação a processos de monitoramento/acompanhamento de indicadores para o desenvolvimento do PMAQ, por parte de sua equipe, informe:

Vimos realizando, de forma satisfatória	Vimos realizando, de forma insatisfatória	Não vimos realizando	Não sei informar
---	---	----------------------	------------------

11- Em relação à solicitação por apoio institucional (apoio regional, estadual, federal) para o PMAQ, por parte de sua equipe, informe:

Temos feito demanda regularmente	Temos feito demanda ocasionalmente	Não temos feito demanda	Não sei informar
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------

12- Avalie a qualidade do acesso e cuidado prestado por sua equipe de saúde da família, tendo em vista os mecanismos de indução (contratualização, autoavaliação e avaliação externa) do PMAQ ao qual sua equipe aderiu:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13- Em relação aos itens abaixo relacionados, qual/quais poderiam ser apontados como fragilidades de sua equipe, diante da qualidade do cuidado prestado, após a adesão da mesma ao PMAQ:

A - deficiências de conhecimentos/habilidades por parte de profissional/profissionais de sua equipe []

B - insuficiência de compromisso / comprometimento / atitudes por parte de profissional/profissionais de sua equipe []

C - inadequação da Unidade de Saúde da Família para a prestação do cuidado integral aos usuários pelos trabalhadores da equipe []

D - deficiência no reconhecimento / valorização / segurança do(s) trabalhador(s) / profissional(s) da equipe []

E – Nenhum deles []

14- Em relação a processos de educação permanente avalie como, no geral, esta ferramenta vem sendo colocada em prática por sua equipe de saúde da família.

Não sei informar	Utilização incipiente	Utilização razoável	Utilização satisfatória
------------------	-----------------------	---------------------	-------------------------

F - COMPONENTE EXPERIÊNCIA COM O PMAQ:

1 – Como você avalia a experiência vivenciada por você e sua equipe de trabalho envolvendo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)?

Não sei avaliar	Pouco satisfatória	Satisfatória	Muito satisfatória
-----------------	--------------------	--------------	--------------------

APÊNDICE D - PMAQ no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF):
questionário aplicado aos Coordenadores da ESF

A - COMPONENTE PERFIL:

1 – Idade: [] anos

2 – Sexo: feminino [] masculino []

3 – Graduação: medicina [] enfermagem [] outras da saúde [] []
outras áreas

4 – Tempo de formado: até 1 ano [] maior que 1 ano até 2 anos []
maior que 2 anos até 5 anos [] maior que 5 anos até 10 anos []
maior que 10 anos até 20 anos [] maior que 20 anos []

5 – Curso de Especialização/não residência: não [] completo [] em curso []

Caso completo ou em curso, assinale qual área(aceita mais de uma indicação):

Saúde da Família/Atenção Básica [] Saúde Pública []

Área de especialidade [] Outra área []

6 – Residência: não [] completa [] em curso []

Caso completo ou em curso, assinale qual área (aceita mais de uma indicação):

Saúde da Família/Atenção Básica [] Medicina de Família e Comunidade []

Área básica: clínica médica [] pediatria [] ginecologia e obstetrícia []

Área de especialidade [] Outra área []

7 – Mestrado: não [] completo [] em curso []

Caso completo ou em curso, assinale qual área(aceita mais de uma indicação):

Área clínica [] Saúde pública [] Saúde da família/Atenção Primária []

Outra []

8 – Doutorado: não ☐ completo ☐ em curso ☐

Caso completo ou em curso, assinale qual área(aceita mais de uma indicação):

Área clínica ☐ Saúde pública ☐ Saúde da família/Atenção Primária ☐
Outra ☐

9 – Tempo total de atuação no Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família (considere período como coordenação, direção e trabalho na equipe):

até 1 ano ☐ maior que 1 ano até 2 anos ☐ maior que 2 anos até 5 anos ☐
maior que 5 anos até 10 anos ☐ maior que 10 anos até 20 anos ☐

10 – Tempo de atuação na Direção/Coordenação da Atenção Básica/Coordenação da Estratégia Saúde da Família:

até 1 ano ☐ maior que 1 ano até 2 anos ☐ maior que 2 anos até 5 anos ☐
maior que 5 anos até 10 anos ☐ maior que 10 anos até 20 anos ☐

11 – Vínculo empregatício:

Consolidação das leis do trabalho – CLT ☐ Estatutário(a) ☐
Autônomo ☐ Outro ☐

12 – Composição de sua equipe de trabalho, no cargo exercido de coordenação/direção:

Completa a maior parte do tempo ☐ Incompleta grande período do tempo ☐
Incompleta ☐

B - COMPONENTE CONTRATUALIZAÇÃO:

1- Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de **pactuação/contratualização** de metas, entre gestão municipal e equipes de Saúde da Família, em relação a indicadores de desempenho e monitoramento?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
--------------------	------------------------	--------------------	------------------	------------------------

2 – Antes de proceder à próxima questão, lhe indagamos a respeito de seu conhecimento sobre os **indicadores de pactuação/contratualização** do PMAQ, propostos pelo Ministério da Saúde.

2- 1: Não os conheço para avaliar: []

2- 2: Conheço-os apenas parcialmente, para avaliar: []

2-3: Conheço-os suficientemente: []

3 - Somente responda as questões 3- 1 e 3- 2, caso você tenha assinalado como resposta o item 2- 3 da questão anterior.

3- 1: Como você avalia a pertinência dos **indicadores de contratualização** do PMAQ, propostos pelo Ministério da Saúde, como padrões para **avaliação do desempenho** das equipes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3-2: Que avaliação você faz em relação à adequação das **áreas** selecionadas pelo Ministério da Saúde para compor os **indicadores de contratualização** do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

4 – Considerando as competências específicas de cada membro, como você avalia o grau de **participação/engajamento** das equipes de seu município (aderidas ao PMAQ) em relação ao processo de discussão/elaboração/definição de metas em relação à contratualização dos indicadores do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

C- COMPONENTE AUTOAVALIAÇÃO:

1 – Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de estimular a **autoavaliação** feita pelas equipes de Saúde da Família?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
--------------------	----------------------------	--------------------	------------------	----------------------------

2 - Antes de proceder à próxima questão, lhe indagamos a respeito de seu conhecimento sobre os **padrões/indicadores de qualidade da autoavaliação (conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, processo e resultados de ações)** proposta pelo Ministério da Saúde.

2- 1: Não os conheço para avaliar: []

2- 2: Conheço-os apenas parcialmente, para avaliar: []

2-3: Conheço-os suficientemente: []

3- Somente responda as questões 3-1 e 3-2, caso você tenha assinalado como resposta o item 2- 3 da questão anterior.

3-1: Como você avalia a pertinência dos **padrões/indicadores de qualidade** propostos pelo Ministério da Saúde para que as equipes possam realizar sua **autoavaliação**?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3-2: Que avaliação você faz em relação à adequação das **dimensões** selecionadas pelo Ministério da Saúde para compor os **padrões/indicadores de qualidade da autoavaliação** do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4 – Considerando as competências específicas de cada membro, como você avalia o grau de **participação/engajamento** das equipes de seu município (aderidas ao PMAQ) em relação ao processo de discussão/elaboração/definição do **plano de intervenção previsto na autoavaliação do PMAQ**?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

D - COMPONENTE AVALIAÇÃO EXTERNA:

1 – Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de realizar **avaliação externa** como forma de se averiguar as **condições de acesso e de qualidade** envolvendo as equipes de saúde da família?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
--------------------	------------------------	--------------------	------------------	------------------------

2 - Antes de proceder à próxima questão, lhe indagamos a respeito de seu conhecimento sobre os **padrões/indicadores de qualidade** da avaliação externa do PMAQ, proposto pelo Ministério da Saúde.

2- 1: Não os conheço para avaliar: []

2- 2: Conheço-os apenas parcialmente, para avaliar: []

2-3: Conheço-os suficientemente: []

3- Somente responda as questões 3-1 e 3-2, caso você tenha assinalado como resposta o item 2- 3 da questão anterior.

3-1: Em que medida você avalia a pertinência dos **padrões/indicadores de qualidade** propostos pelo Ministério da Saúde para orientar a avaliação externa do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3-2: Que avaliação você faz em relação às **dimensões** selecionadas pelo Ministério da Saúde para compor os **padrões/indicadores de qualidade da avaliação externa** do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4 – Considerando as competências específicas de cada membro, como você avalia o grau de **participação/engajamento** das equipes de seu município (aderidas ao PMAQ) em relação ao processo de discussão e preparação para a **avaliação externa** do PMAQ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5 – Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de realizar **avaliação externa** como forma de se averiguar a **gestão** empreendida pela Direção/Coordenação de Atenção Básica/Saúde da Família do município?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
--------------------	------------------------	--------------------	------------------	------------------------

6- Como você avalia a **Direção/Coordenação de Atenção Básica/Saúde da Família** ou equivalente de seu município em relação ao apoio/suporte/atenção às equipes de saúde da família (considere todo o período em que você se encontra inserido(a) na Atenção Básica/ Saúde da Família do município)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7 – Como você avalia a proposta do Ministério da Saúde de realizar **avaliação externa** como forma de se averiguar a **gestão municipal** em relação à estratégia saúde da família de seu município?

inaceitável	pouco aceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
--------------------	------------------------	--------------------	------------------	------------------------

8 - Como você avalia a **gestão municipal** em relação ao apoio/suporte/atenção às equipes de saúde da família (considere todo o período em que você se encontra inserido(a) no Saúde da Família do município)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

E - COMPONENTE GERAL:

1 – Em relação às áreas indicadas abaixo, assinale as que você considera que suas equipes mais necessitam qualificar-se (entende-se que os itens não assinalados por você representam adequada qualificação por parte das equipes).

- 1-1 Pré-natal e puerpério []
- 1-2 Saúde da criança []
- 1-3 Saúde do adolescente []
- 1-4 Saúde do adulto []
- 1-5 Saúde do idoso []
- 1-6 Saúde mental []
- 1-7 Gestão do cuidado []
- 1-8 Atenção domiciliar []
- 1-9 Sistema de informação em saúde []
- 1-10 Educação em saúde []
- 1-11 Abordagem familiar []
- 1-12 Abordagem da comunidade []
- 1-13 Avaliação e monitoramento em Unidade de Saúde da Família []
- 1-14 Trabalho em equipe []
- 1-15 Educação permanente []
- 1-16 Intersetorialidade []
- 1-17 Trabalho em rede []
- 1-18 Práticas integrativas e complementares []
- 1-19 Vigilância em saúde []
- 1-20 Participação e controle social []
- 1-21 Humanização []
- 1-22 Urgência e Emergência []
- 1-23 Acolhimento []
- 1-24 Classificação de risco []
- 1-25 Trabalho com grupos []
- 1-26 Não sei informar []

2- Como você avalia o grau de preparação que você obteve em sua formação (graduação) para atuar antes necessidades demandadas pelo trabalho de equipes de Saúde da Família?

Insatisfatório	pouco satisfatório	Razoavelmente satisfatório	Bastante satisfatório
----------------	--------------------	----------------------------	-----------------------

3- Caso tenha cursado (se negativo, não responda à esta questão), como você avalia o grau de preparação que você obteve em sua pós-graduação para atuar antes necessidades demandadas pelo trabalho de equipes de Saúde da Família?

Insatisfatório	pouco satisfatório	Razoavelmente satisfatório	Bastante satisfatório
----------------	--------------------	----------------------------	-----------------------

4- Em relação ao processo de implantação do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) / e-SUS nas unidades de saúde da família de seu município (aderidas ao PMAQ) informe:

Implantado por todas as equipes	Implantado por algumas equipes	Implantação incipiente ou inexistente
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

5- Em relação ao processo de implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) nas unidades de saúde da família de seu município (aderidas ao PMAQ) informe:

Implantado por <u>todas</u> as equipes, na <u>totalidade</u> dos territórios	Implantado por <u>todas</u> as equipes, em <u>parte</u> dos territórios	Implantado por <u>algumas</u> equipes, na <u>totalidade</u> de seus territórios	Implantado por <u>algumas</u> equipes, em parte de seus territórios	Implantação muito <u>incipiente</u> ou <u>não</u> implantado	Não sei informar
--	---	---	---	--	------------------

6- Em relação ao processo de implantação do Programa Rede Cegonha nas unidades de saúde da família de seu município (aderidas ao PMAQ) informe:

Implantado por todas as equipes	Implantado por algumas equipes	Implantação incipiente ou inexistente	Não sei informar
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	------------------

7- Em relação ao processo de implantação do Programa de Controle de Tabagismo nas unidades de saúde da família de seu município (aderidas ao PMAQ) informe:

Implantado por todas as equipes	Implantado por algumas equipes	Implantação incipiente ou inexistente	Não sei informar
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	------------------

8- Em relação a processos de qualificação/capacitação para desenvolvimento do PMAQ, informe:

Tive qualificação satisfatória	Tive qualificação parcial	Não tive qualificação
--------------------------------	---------------------------	-----------------------

9- Em relação a processos de educação continuada/capacitações/cursos que lhe auxiliem no desenvolvimento do processo de trabalho de equipes de saúde da família, informe:

Venho obtendo qualificação, de forma satisfatória	Venho obtendo qualificação, de forma insatisfatória	Não venho obtendo qualificação
---	---	--------------------------------

10- Em relação a processos de monitoramento/acompanhamento de indicadores para o desenvolvimento do PMAQ, por parte das equipes do município, informe:

Vimos realizando, de forma satisfatória	Vimos realizando, de forma insatisfatória	Não vimos realizando	Não sei informar
---	---	----------------------	------------------

11- Em relação à solicitação por apoio institucional (apoio regional, estadual, federal) para o PMAQ, por parte de sua equipe, informe:

Temos feito demanda regularmente	Temos feito demanda ocasionalmente	Não temos feito demanda	Não sei informar
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------

12- Avalie a qualidade do acesso e cuidado prestado pelas equipes de saúde da família do município, tendo em vista os mecanismos de indução (contratualização, autoavaliação e avaliação externa) do PMAQ, ao qual seu município aderiu:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13- Em relação aos itens abaixo relacionados, qual/ quais poderiam ser apontados como fragilidades das equipes de saúde da família do município, diante da qualidade do cuidado prestado, após a adesão das mesmas ao PMAQ:

A - deficiências de conhecimentos / habilidades por parte de profissional / profissionais de equipe []
--

B - insuficiência de compromisso / comprometimento / atitudes por parte de profissional/profissionais de equipe []
--

C - inadequação de Unidade de Saúde da Família para a prestação do cuidado integral aos usuários pelos trabalhadores de equipe []

D - deficiência no reconhecimento / valorização / segurança do(s) trabalhador(s) / profissional(s) de equipe []

E – Nenhum deles []

14- Em relação a processos de educação permanente avalie como, no geral, esta ferramenta vem sendo colocada em prática pelas equipes de saúde da família de seu município.

Não sei informar	Utilização incipiente	Utilização razoável	Utilização satisfatória
------------------	-----------------------	---------------------	-------------------------

F – COMPONENTE EXPERIÊNCIA COM O PMAQ:

1 – Como você avalia a experiência vivenciada por você e sua equipe de trabalho envolvendo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)?

Não sei avaliar	Pouco satisfatória	Satisfatória	Muito satisfatória
-----------------	--------------------	--------------	--------------------

APÊNDICE E - PMAQ no contexto da Estratégia Saúde da Família: questões norteadoras do Grupo focal realizado com trabalhadores das Equipes de Saúde da Família

GRUPO FOCAL **Questões norteadoras**

1- Aproximação racional ou conceitual do tema:

1.1 – Vamos falar sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ. O que é PMAQ para você? Como você define o PMAQ?

1.2 – Agora, vamos conversar um pouco sobre processo de trabalho em saúde. Como você define processo de trabalho em saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família?

2- Aproximação intuitiva ou afetiva com o tema:

2.1 - Como tem sido, para você, vivenciar o processo de trabalho de sua equipe, no contexto do PMAQ? Para você, que significado tem tido a experiência com o PMAQ no processo de trabalho de sua equipe?

3- Aproximação avaliativa do tema:

3.1 - O PMAQ ajudou você a identificar fortalezas (pontos fortes) e / ou fragilidades (pontos fracos) no processo de trabalho de sua equipe?

✓ Quais são / foram estas?

3.2 - O PMAQ tem exercido / exerceu / promoveu alguma(s) influência(s) / mudança(s) no processo de trabalho de sua equipe?

✓ Quais?

✓ Como isto deu?

✓ Que fatores / condições têm favorecido / favoreceram estas influências/mudanças?

3.3 - Há fatores envolvidos no processo de trabalho de sua equipe que não vêm sendo corrigidos e/ou aperfeiçoados pela adoção do PMAQ?

✓ Quais?

✓ Por quê?

4- Aproximação imaginativa ou projetiva do tema:

4.1 - Se você fosse realizar uma avaliação sobre acesso e qualidade da atenção/ cuidado/ assistência/ do cuidado dispensados/proporcionados por equipes de saúde família você faria uso do processo avaliativo do PMAQ? (20m)

✓ Se sim, por que faria?

✓ Se não, por que não faria?

Extra:

1- Em que aspectos você acha que sua equipe ainda pode aperfeiçoar de forma a poder ofertar acesso e cuidado qualificados à população de sua área de abrangência?

2- Como é de nosso conhecimento, o Ministério da Saúde, em breve estará fazendo visitas ao município para verificar as condições de acesso e de qualidade da atenção ofertadas pelas equipes. Considerando tudo o que foi colocado por você e sua equipe, nesta nossa conversa, se você fosse fazer uma avaliação, numa escala de 0 (zero) a 10 (dez), em quanto você avaliaria a qualidade tanto do acesso quanto do cuidado/assistência/atenção dispensado/ofertado/oferecido por sua equipe?