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

HELIO SOUZA PORTO

**Avanços e dificuldades para melhoria do acesso e
qualidade na Atenção Básica: uma avaliação a partir
das próprias equipes**

**RIBEIRÃO PRETO
2018**

HELIO SOUZA PORTO

**Avanços e dificuldades para melhoria do acesso e
qualidade na Atenção Básica: uma avaliação a partir
das próprias equipes**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do Título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: **Políticas, Planejamento
e Gestão em Saúde.**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria do
Carmo G. G. Caccia-Bava**

RIBEIRÃO PRETO

2018

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Porto, Helio Souza

Avanços e dificuldades para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica: uma avaliação a partir das próprias equipes. / Helio Souza Porto; Orientadora: Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava. Ribeirão Preto, 2018.

121p.: 6il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção Básica. 3. Acesso. 4. Qualidade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: Hélio Souza Porto

Título: Avanços e dificuldades para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica: uma avaliação a partir das próprias equipes.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.**

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus amados pais Anesita Barbosa e Durvalino Porto, a quem devo minha existência e grande parte da formação, contribuindo para que eu chegasse até aqui e para que eu tenha folego e ânimo para continuar.

À minha querida tia e educadora Ednalva Porto (tia Nalva), pelo incentivo e empenho na minha educação, desde a infância.

Aos usuários do SUS, para quem estudamos e trabalhamos diariamente na empreitada de tornar nosso sistema de saúde mais universal, equânime e integral.

Aos trabalhadores do SUS, que estão na linha de frente e o viabilizam diariamente, para quem também pesquisamos em busca de qualificar nossa assistência e configurar o SUS efetivo diariamente.

Agradecimentos

À minha querida orientadora Prof^a Dr^a Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava, que sempre esteve disposta a acolher as demandas que eu trouxe e me conduziu por esta pesquisa com leveza e carinho. Uma das pessoas mais perseverantes e inspiradoras que tenho a honra de conviver.

À Prof^a Dr^a Silvana M. Mishima, por ter me guiado durante a graduação pelos caminhos da pesquisa, demonstrando a importância da construção do conhecimento com rigor científico.

Aos amigos colegas de pesquisa Guilherme Vinícius Catanante e Lucila Brandão Hirooka, por compartilharem conhecimentos, experiências e aflições na área da pesquisa, e por serem parceiros da caminhada.

À Daiane Roza, Tatiana Icuma, Karen Yukari e Renata Stackfleth, pelos esclarecimentos e ajuda.

Aos familiares e amigos que sempre acreditaram em mim e com isso me impulsionaram a seguir em frente, e que entenderam as minhas ausências.

Ao Programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade, ao Departamento de Medicina Social e à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP/USP, por permitir e possibilitar o aperfeiçoamento dos meus conhecimentos.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, responsável por me graduar Enfermeiro Bacharel e Licenciado e onde aprendi as bases da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão.

A todas as demais instituições de ensino, aos professores e colegas de estudos por onde transitei até chegar à universidade: Cursinho Popular Prestes Vestibulares; Escola Média de Agropecuária Regional da CEPLAC – Itapetinga/Ba; Centro Educacional Municipal Natanael Souza Silveira e Escola Rural Baixa Grande.

Ao Sr. Antônio M. Oliveira, Diretor do DRS III - Araraquara e às articuladoras da Atenção Básica pela ajuda na aprovação e articulação na coleta de dados.

Aos secretários municipais de saúde que autorizaram e a todos os profissionais de saúde que aceitaram participar deste estudo.

À Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), pelo apoio financeiro na fase de coleta de dados.

Resumo

PORTO, H. S. **Avanços e dificuldades para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica: uma avaliação a partir das próprias equipes**. 2018. 121f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Ribeirão Preto-SP. 2018.

A autoavaliação por parte das Equipes de Atenção Básica à Saúde (EAB) é um dos componentes da fase de desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Motivado pela experiência de participação como pesquisador no processo de avaliação externa do programa, este estudo buscou identificar avanços e dificuldades auto referidos pelas EAB do DRS III - Araraquara que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal no tempo, que se valeu de dados primários obtidos a partir de um questionário construído pelo pesquisador similar à matriz de intervenção do instrumento Auto Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ), a fim de identificar os Objetivos/Metas (O/M) alcançados, considerados como avanços, e os não alcançados ou parcialmente alcançados, tomados como dificuldades. As entrevistas foram feitas com profissionais componentes das EAB que participaram da autoavaliação e da construção da Matriz de Intervenção. Participaram do estudo 47 equipes de 16 municípios distribuídos pelas quatro regiões de saúde do DRS III. Os O/M relatados pelos entrevistados foram avaliados segundo o número de avanços e dificuldades, por região de saúde, por município e pelas subdimensões existentes nas dimensões 3 – Unidade Básica de Saúde e 4 - Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. Constatou-se a existência de 236 O/M definidas nas matrizes de intervenção das equipes participantes. Destes, 156 (66%) foram avanços e 80 (34%) foram dificuldades – sete (3%) parcialmente alcançados e 73 (31%) não alcançados. Dos 156 O/M alcançados, 83% correspondem a duas subdimensões da dimensão 4: Atenção Integral à Saúde, com 67 (43%) e Organização do Processo de Trabalho com 63 O/M alcançados (40%). Considerando que os achados evidenciam o predomínio de avanços na melhoria do acesso e da qualidade, reforça-se a importância da auto avaliação das equipes, da ampliação e consolidação da cultura avaliativa no sentido do aprimoramento dos processos de produção do cuidado em saúde e do PMAQ como parte de uma política indutora de mudanças nas práticas na Atenção Básica, contribuindo para a melhor assistência e ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Atenção Básica. Acesso. Qualidade.

Abstract

PORTO, H. S. **Advances and difficulties to improve access and quality in Primary Care**. 2018. 121f. Dissertation (Masters). Ribeirao Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirao Preto-SP, 2018.

Self-assessment by the Primary Care Teams is one of the components of the development phase of the Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). Motivated by the experience of the researcher's participation in the external evaluation process of the program, this study sought to identify advances and self-reported difficulties by the Basic Attention Teams-EAB of DRS III - Araraquara who joined the cycle one of PMAQ-AB. From a descriptive and cross-sectional approach in time, we used primary data obtained from a questionnaire previously constructed by the researcher, based on the intervention matrix of the instrument Self-Assessment for Improving Access and Quality (AMAQ), in order to capture Objectives / Targets -O / M achieved (advances) and not achieved or partially achieved (difficulties), according to answers from a professional of the team that represented it. A total of 47 teams from 16 municipalities of the four health regions of DRS III participated in the study. The O / M reported by the interviewees were evaluated according to the number and percentage of advances and difficulties, by health region, by municipality and by subdimension of dimensions 3 - Basic Health Unit and 4 - Permanent Education, Work Process and Comprehensive Care. 236 O/M were elaborated by the participating teams. Of these, 156 (66%) were reached; seven (3%) partially achieved, and 73 (31%) of all O / M elaborated were not reached. Of the 156 O / M achieved, 83% of them correspond to two subdimensions of dimension 4: Comprehensive Health Care with 67 O / M (43%) and Work Process Organization with 63 achieved (40%). Considering the findings, the importance of PMAQ-AB as an initiative that promotes changes in health practice in AB is reinforced, reflecting better care and broadening access to health services by its users.

Keywords: Health assessment. Primary Care. Access. Quality.

Lista de Figuras

Figura 1 -	Fases do 2º Ciclo do PMAQ, Ribeirão Preto 2018.....	31
Figura 2 -	Mapa do DRS III com suas respectivas Regiões de Saúde e municípios, Ribeirão Preto, 2017	54
Figura 3 -	Mapa do Estado de São Paulo segundo Departamentos Regionais de Saúde, Ribeirão Preto 2017	55
Figura 4 -	Planilha utilizada para a organização dos dados, Ribeirão Preto, 2018.....	60
Figura 5 -	Quantidade de EAB por RS que não participou do estudo justificado pela rotatividade de profissionais, Ribeirão Preto, 2017	69
Figura 6 -	Expansão da ESF no estado de São Paulo e no Brasil, de janeiro de 1998 a maio de 2017	72

Lista de Quadros

Quadro 1 -	Adesão e investimentos no 1º, 2º e 3º ciclos do PMAQ no Brasil. Ribeirão Preto, 2017	33
Quadro 2 -	Estrutura do Instrumento do AMAQ-AB, Ribeirão Preto, 2017	34
Quadro 3 -	Avanços em diferentes áreas de saúde no Brasil, segundo a série temática The Lancet, 2011	41
Quadro 4 -	História da avaliação de serviços e programas de saúde, Ribeirão Preto, 2017	43
Quadro 5 -	Alocação dos municípios de acordo os critérios de estratificação no 2º ciclo do PMAQ	61
Quadro 6 -	Dados demográficos e socioeconômicos DRS III, Ribeirão Preto, 2017	64
Quadro 7 -	Distribuição dos motivos para não adesão ao estudo, Ribeirão Preto, 2017	65
Quadro 8 -	Distribuição dos tipos de serviços de saúde por RS do DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017	71
Quadro 9 -	Percentual de O/M alcançados em relação às elaboradas, por subdimensão do AMAQ, nas RS do DRS III. Ribeirão Preto, 2017	83
Quadro 10 -	Número e percentual de O/M alcançadas por município e RS, Ribeirão Preto, 2018	83
Quadro 11 -	Principais causas de internação (segundo os Capítulos do CID-10) em 2011. Número de internações e taxa por 10 mil, no DRS III e RRAS 13	90
Quadro 12 -	Fatores que influenciaram no alcance O/M por dimensão do PMAQ nas RS do DRS III, Ribeirão Preto, 2017	94
Quadro 13 -	Fatores que influenciaram no alcance parcial de O/M por dimensão do PMAQ nas RS do DRS III, Ribeirão Preto, 2017	96
Quadro 14 -	Número de O/M não alcançadas por município e RS, Ribeirão Preto, 2018	97
Quadro 15 -	Percentual de O/M não alcançadas por subdimensão nas RS do DRS III - Araraquara. Ribeirão Preto, 2017	101
Quadro 16 -	Fatores que influenciaram no não alcance de O/M por dimensão do PMAQ nas RS do DRS III, Ribeirão Preto 2017	103

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Distribuição em relação à coleta de dados, por município da RS I, Ribeirão Preto, 2017	66
Tabela 2 -	Distribuição em relação à coleta de dados por município na RS II, Ribeirão Preto, 2017	67
Tabela 3 -	Distribuição da coleta de dados por município na RS III, Ribeirão Preto, 2017	68
Tabela 4 -	Distribuição em relação à coleta de dados por município na RS IV, Ribeirão Preto, 2017	68
Tabela 5 -	Distribuição das categorias profissionais por RS do DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017	75
Tabela 6 -	Distribuição dos entrevistados segundo idade por RS da DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017	77
Tabela 7 -	Distribuição dos entrevistados segundo sexo por RS da DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017	77
Tabela 8 -	Distribuição dos entrevistados segundo tempo de trabalho na equipe por RS da DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017	79
Tabela 9 -	Distribuição de tipos de vínculo trabalhista por RS da DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017	80
Tabela 10 -	Descrição numérica dos avanços e dificuldades para melhoria do acesso e qualidade na AB por RS do DRS - III Araraquara, Ribeirão Preto, 2017	81
Tabela 11 -	Distribuição de metas alcançadas da subdimensão Atenção Integral à Saúde, segundo linhas de cuidados mais prevalentes nas O/M, por RS. Ribeirão Preto, 2017	89
Tabela 12 -	Número de O/M alcançados por RS segundo classificações da subdimensão Organização do processo de trabalho, Ribeirão Preto, 2017	92

Lista de Siglas e Abreviaturas

AB-	Atenção Básica
ABS-	Atenção Básica à Saúde
AMQ-	Avaliação para Melhoria da Qualidade
AMAQ-	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
APS-	Atenção Primária à Saúde
CNES-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEn-	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB-	Departamento de Atenção Básica
DRS-	Departamento Regional de Saúde
EAB-	Equipe de Atenção Básica
EaD-	Educação a Distância
EE-USP-	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EERP-USP-	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ENSP-	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF-	Estratégia Saúde da Família
EP-	Educação Permanente
FAMERP-	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FIOCRUZ-	Fundação Osvaldo Cruz
FMRP-USP-	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IA-	Investigação Apreciativa
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES-	Instituição de Ensino Superior
MI-	Matriz de Intervenção
MS-	Ministério da Saúde
OPAS-	Organização Pan-Americana da Saúde
O/M-	Objetivo/Meta
PMAQ-AB-	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PET-Educação-	Programa de Educação Tutorial
PET-Saúde-	Programa de Educação pelo Trabalho-Saúde
PNAB-	Política Nacional de Atenção Básica
PSF-	Programa de Saúde da Família
RS-	Região de Saúde
RRAS-	Rede Regional de Atenção à Saúde
SAS-	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
TE-	Técnico de Enfermagem
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCSPA-	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UNA-SUS-	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF-	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1- INTRODUÇÃO	28
1.1. Avaliação da AB no Brasil.....	29
1.1.1. O PMAQ e a autoavaliação	29
1.2. Breve histórico da Atenção Básica à Saúde	36
1.3. Do surgimento da avaliação até os dias de hoje	41
2- JUSTIFICATIVA	48
3- OBJETIVOS.....	50
3.1. Objetivo geral	51
3.2. Objetivos específicos.....	51
4- MÉTODO	52
4.1. Delineamento do estudo	53
4.2. Campo e local.....	54
4.2.1. Caracterização do DRS III - Araraquara	56
4.3. Participantes	56
4.4. Coleta de dados.....	57
4.4.1. Procedimentos para coleta	57
4.5. Organização e análise dos dados	69
4.6. Aspectos éticos.....	62
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1. Caracterização da amostra.....	64
5.1.1. Rotatividade de profissionais	68
5.1.2. Matriz de Intervenção não localizada.....	70
5.1.2.1. Caracterização dos serviços e entrevistados	71
5.1.2.2. Categoria profissional	74
5.1.2.3. Idade e sexo	77
5.1.2.4. Tempo de atuação na equipe.....	78
5.1.2.5. Avanços e dificuldades para a melhoria do acesso e qualidade na AB..	80
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
8- APÊNDICES	115
9- ANEXO	120

Apresentação

Por onde andei...

“Onde as necessidades do mundo e os seus talentos se cruzam, aí está a sua vocação”.

(Aristóteles)

É por mover-me em direção ao encontro da minha vocação e acreditando que a pesquisa só faz sentido quando pode contribuir para melhorar a vida das pessoas;

É entendendo a saúde no seu sentido mais amplo como sendo a mais relevante das necessidades humanas;

É por acreditar que saúde é um direito e que precisa ser defendido como tal, numa luta constante por garantia, valorização e reafirmação de uma saúde pública de qualidade;

É pelo gosto e modesta capacidade em cuidar e promover cuidado que me movi em direção desta proposta de investigação.

Para promover cuidado em saúde se faz necessário conhecer e considerar aspectos relacionados ao local onde vivem as pessoas e o contexto de vida em que estão inseridos, fatos que podem influenciar para o sucesso ou fracasso dessa empreitada.

Sendo assim apostado no modelo da Atenção Básica (AB), bem como suas premissas e vertentes que abrangem o indivíduo, a família e a comunidade, propostas que colocam os usuários do serviço de saúde como protagonistas do seu cuidado, ativos no controle social e ocupando demais espaços que lhes cabe, como sendo o caminho mais viável para a efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para isso foi projetada minha atuação profissional desde a graduação, inclusive desenvolvendo Trabalho de Conclusão de Curso na área temática da Saúde Coletiva.

A característica do currículo de graduação do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, onde me graduei em 2012, facilitou a aproximação com a saúde pública logo no início, uma vez que colocava o aluno precocemente em campo, ainda numa abordagem muito inicial sobre saúde e território, desenvolvendo visitas domiciliares, mas que já possibilitava o processo de

construção do conhecimento sobre o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e que ao longo da formação foi se incorporando o desenvolvimento de técnicas, habilidades e atitudes desenvolvidas no decorrer do curso, necessárias à prática profissional do enfermeiro.

Naquele primeiro momento de imersão à realidade, muita coisa não fazia sentido, mas hoje percebo o quanto esse processo subsidiou os próximos passos para uma formação profissional mais humanizada e consistente. A proposta do curso de dupla formação profissional (bacharelado e licenciatura) foi outra importante contribuição para o desenvolvimento da crítica e da reflexão. As disciplinas de educação possibilitaram importantes discussões sobre a Educação em Saúde no contexto da Educação Básica e de maneira mais enfática sobre a formação do Profissional de Nível Médio em Enfermagem no Brasil, uma vertente da formação de pessoal para a saúde por vezes renegada e que por isso precisa de bons professores para que se tenham bons profissionais.

O pessoal de nível médio contempla 80% da força de trabalho dentro da enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem), sendo a equipe de enfermagem como um todo (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) responsável por metade de todos os trabalhadores de saúde no Brasil. Nesse sentido, e considerando que os usuários dos serviços de saúde, em geral serão assistidos por auxiliares e técnicos de enfermagem durante a maior parte do tempo, se faz necessária uma formação profissional consistente e humana.

A Iniciação Científica por dois anos, a participação como bolsista no Programa de Educação Tutorial – PET-Educação por três anos, as discussões e organização de eventos da Liga de Atenção Primária à Saúde – LAPS e alguns encontros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida – NUPESCO, a atuação em duas gestões como membro da diretoria no Centro Acadêmico Marina de Andrade Rezende (CAMAR), a Representação Discente na congregação durante todo o curso (após formado também atuei como Representante dos Egressos da EERP por um ano) e o voluntariado no Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde e no Projeto Rondon, foram diferentes espaços de discussões e decisões que além de contribuírem enfaticamente na formação profissional, me aproximaram de questões

que iam para além de conteúdos propostos no currículo, possibilitando acesso a uma infinidade de questões, situações, profissionais e oportunidades que ampliaram e contribuíram para uma visão ampliada de mundo, pessoa, humanidade, cultura, política, sociedade, bem como do conceito de saúde, e as relações que a implicam.

Logo após a formatura, fui aprovado para o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, porém não foi possível efetivar matrícula por questões burocráticas de documentação. Pouco tempo depois dessa experiência desapontadora à época, fui convidado para participar na coleta de dados de um projeto de pesquisa de doutorado desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP, em parceria com outras instituições e financiado pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e Ministério da Saúde do Brasil.

O estudo propunha pesquisar um Método de dimensionamento da força de trabalho na Atenção Primária à Saúde, através da técnica de amostragem do trabalho, com observação das 40 horas semanais de atuação de equipes da ESF com saúde bucal, cujo critério de seleção das equipes e municípios foi o desempenho alcançado por estratos na avaliação do 1º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB. A proposta da coleta era multicêntrica e se deu em 12 municípios de todas as regiões do Brasil: Guarulhos-SP, Pomerode-SC, Curitiba-PR, Borba-AM, Ceres-GO, Campo Grande-MS, Cassilândia-MS, Carnaubal-CE, Recife-PE, Sobral-CE, Porto Velho-RO e Paula Cândido-MG.

Trabalhar com um número de ESF tão vasto e diversificado foi uma experiência rica e marcante. Pude perceber que mesmo realizando suas ações sob as mesmas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fatores culturais, econômicos, sociais, micro e macro políticos determinam muitas características no processo de trabalho da equipe de saúde, prática profissional individual e consequentemente na produção do cuidado.

Percebi que trabalhar com a ESF na região Sul do país, por exemplo, é diferente em relação à região Nordeste, e essas diferenças podem estar relacionadas, à estrutura ou aos processos de trabalho das equipes. Não

necessariamente ter uma classificação excelente em um desses itens repercute um melhor resultado na qualidade e no acesso da Atenção Básica (AB). É necessário haver um equilíbrio de diferentes fatores, afinal uma unidade de saúde pode ter estrutura física invejável, mas faltar insumos, ou ter uma equipe completa, porém sem uma educação permanente eficiente. Enfim, foi possível perceber que a prática da produção do cuidado em saúde está condicionada a diferentes ferramentas que podem ser usadas de diferentes maneiras, por diferentes equipes, e alcançar diferentes resultados, se revelando, portanto, como uma decisão ético-política.

Foi preciso serenidade e autoconfiança para perceber que a vivência como pesquisador de campo também era capaz de possibilitar aprendizados e experiências tão enriquecedoras e diversas, que a residência multiprofissional naquele momento talvez não possibilitaria com os mesmos sentidos.

Num momento seguinte dessa trajetória pela busca de colocação profissional no mercado de trabalho, tive a oportunidade de trabalhar na assistência, supervisão e gestão da dimensão do cuidado domiciliar, o Home Care. Com essa vivência, tive percepções que certamente contribuíram para evidenciar complexidades do trabalho em saúde. Destacaria duas características desse modelo de assistência: Primeiro – é um setor bastante amplo e que precisa ser melhor observado e acompanhado por órgãos regulatórios, carente de investimentos em educação permanente dos profissionais que atuam na assistência direta à saúde; Segundo – o desafio das famílias em adaptar a dinâmica e estrutura física dos seus lares com todo um aparato na busca de oferecer cuidado aos seus entes.

No início de 2014, fui selecionado para participar como avaliador externo do PMAQ. Uma experiência que proporcionou uma visão da realidade de saúde na AB de vários municípios do estado de São Paulo. Foram visitadas 80 cidades pertencentes à Rede Regional de Atenção à Saúde XIII – RRAS XIII, composta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, e seis municípios da DRS de Registro (Região do Vale da Ribeira) totalizando 411 serviços de saúde avaliados pela equipe da qual fiz parte num período de quatro meses.

Durante a atuação como avaliador externo algo em especial me despertou atenção. Era perceptível o empenho das Equipes de Atenção Básica (EAB) para o

processo avaliativo, e até certo “medo” da avaliação externa. Vem à memória a imagem de uma agenda semanal fixada num quadro na sala dos ACS em uma dessas equipes, em que descreviam as atividades da semana e no dia reservado para a avaliação externa estava escrito: “Avaliação do PMAQ – que Deus nos ajude!”, indicando aí uma visão do processo de avaliação externa e da avaliação de serviços de saúde com característica punitiva.

No momento da análise de documentos em relação à autoavaliação, as equipes precisavam comprovar que desenvolveram a Matriz de Intervenção (MI), com propostas para melhoria dos indicadores mal avaliados pela própria equipe. À medida em que visitávamos diferentes equipes comecei a me questionar se conseguiam colocar em prática aquelas propostas da MI, mesmo por que só seriam revisitadas no próximo ciclo, onde já deveriam ter uma nova.

A oportunidade de ter visitado diferentes serviços de AB no estado de São Paulo e no Brasil possibilitou uma percepção muito próxima da realidade da ESF e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos seus problemas comuns, da diversidade e dos avanços. Isso despertou meu interesse pelo PMAQ, afinal sua proposta antes de tudo direciona um olhar mais atento sobre a AB no Brasil, avaliando suas ações, e ao fazê-lo considera suas diferenças, marcas de um país de dimensões continentais como o nosso e que precisam ser relevadas para não correr o risco de considerar características diferentes como sendo iguais!

Paralelamente ao trabalho de avaliador externo do PMAQ foi oferecido pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA em conjunto com a Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS um curso de especialização EaD em Avaliação de Serviços de Saúde. Foi um passo importante na minha trajetória, pois além de uma vivência rica e extremamente gratificante, tive uma formação de pós graduação *latu sensu*, possibilitando prática e teoria dentro da temática.

Experenciar as diferentes posições de um processo avaliativo certamente é a melhor maneira de entendê-lo melhor. Finalizada a participação na avaliação externa do PMAQ fui atuar na assistência como enfermeiro da ESF, o que me colocou do outro lado do processo avaliativo. Foi uma realização profissional e pessoal marcante, pois é a lida diária e a assistência que nos coloca diante das situações reais de necessidades de saúde da população, do quão grandioso é o trabalho da

AB, dos desafios da promoção da saúde e prevenção de agravos, dos diversos problemas resolvidos envolvendo trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dos conflitos a serem manejados dentro do processo de trabalho da equipe.

Com dois meses de atuação, fui convidado pelo Secretário Municipal de Saúde para coordenar a AB do município (paralelamente com a assistência), oportunidade desafiadora. Apesar de ser um município de pequeno porte, em que o sistema de saúde estava todo centrado na AB, pude ter acesso a uma série de situações da gestão, o que ampliou ainda mais o meu olhar sobre o setor saúde.

Em fevereiro de 2015, ao mesmo tempo em que entrei para o mestrado do programa de Pós Graduação Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP fui convocado no concurso público do Hospital das Clínicas desta mesma faculdade, e uma nova etapa se iniciou. Precisei sair da assistência no contexto da AB para atuar no setor de urgência e emergência de um hospital de grande porte, uma mudança intensa na prática profissional.

Certamente atuar num serviço de saúde de nível terciário do SUS tem me possibilitado crescimento pessoal e profissional inegáveis, mas também se faz importante apontar o desafio para um pesquisador desenvolver atividades profissionais paralelas aos estudos e pesquisas. Foi uma escolha, mas também é uma necessidade. Mesmo trabalhando numa área diversa da área de pesquisa, possibilita ver a AB a partir de outra perspectiva, pois atuo num setor que recebe usuários do SUS principalmente com doenças crônicas agudizadas, por tanto, condições que podem ser minimizadas a partir da garantia do acesso a uma AB mais resolutiva.

Enfim, essa curta, porém rica caminhada profissional tem me indicado que mudanças e melhorias precisam ser feitas nessa estrada (AB), e a avaliação de serviços de saúde, começando internamente com as equipes no processo de autoavaliação, parece ser um caminho possível.

Assim, considerando o despertar curioso para descobrir a real implantação dos O/M, questiona-se: as MI tem potência para mobilizar trabalhadores em busca de mudanças que apontem para a melhoria do acesso e qualidade na ABS? Os O/M elaborados tem sido implementados?

1- Introdução

Este estudo está estruturado de maneira a descrever e elucidar questões relacionadas à efetivação ou não de O/M elaboradas nas MI em processo de autoavaliação de EAB que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ.

1.1 Avaliação da AB no Brasil

1.1.1 O PMAQ e a autoavaliação

Num movimento crescente de valorização SUS e de afirmação da AB como setor organizador da assistência à saúde dos brasileiros, o Ministério da Saúde (MS), através do Departamento de Atenção Básica (DAB) desenvolve a estratégia “Saúde mais perto de você”, que se configura como um conjunto de iniciativas para cuidar da população no ambiente em que vive. Nela estão incluídos, dentre outros programas, a ESF (que compõe a PNAB), e o PMAQ-AB. O principal objetivo desse último, lançado em 2011, é

induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012a p. 7).

Nesse contexto, o PMAQ vem como um programa com potencial para auxiliar as equipes de saúde, gerentes e gestores a olharem para a forma como estão trabalhando, através de autoavaliação de suas ações, propostas e análises da estrutura física das unidades de saúde.

Apesar das EAB terem direito a um repasse financeiro de acordo com o conceito que receberem na avaliação de todo o processo, a adesão é voluntária por parte das equipes e gestores de saúde, logo não acarreta perdas àquelas que não se interessarem. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito (BRASIL, 2013a).

Ao aderir ao programa as equipes devem se organizar em quatro fases para fazer parte do ciclo completo. A primeira fase consiste na etapa formal de adesão ao

programa, ocorre mediante a contratualização de compromissos a serem firmados entre as EAB e os gestores municipais, e destes com o MS. Após a homologação da adesão realizada pelo MS, o município receberá, mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por EAB participante, considerando a competência do mês em que a homologação foi publicada (BRASIL, 2012a).

Os municípios tem livre arbítrio para utilizar os recursos, o que coloca diferentes situações perante gestores municipais e equipes participantes, já que o entendimento e a necessidade de utilização do recurso podem variar muito. Há relatos de muitas profissionais se sentirem injustiçadas por não serem contemplados no repasse financeiro. Para além disso, e mesmo com diretrizes do programa para aplicação dos recursos financeiros, falta melhor articulação e discussão sobre a aplicação do mesmo.

Na segunda fase, chamada de “fase de desenvolvimento”, equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do MS, desenvolvem um conjunto de ações com o intuito de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente e apoio institucional. A fase de desenvolvimento constitui uma importante etapa do processo, considerando que é o momento em que a equipe consegue olhar para a sua prática profissional diária e perceber o que está sendo desenvolvido e o que falta implantar para melhoraria de suas práticas na prestação de serviços de saúde à população.

A terceira fase consiste na avaliação externa das condições de acesso e de qualidade. O MS em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa, por meio de avaliadores externos, realiza visita às equipes para a avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos, até questões ligadas ao processo de trabalho. A avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da AB (BRASIL, 2012a).

A quarta e última fase de um ciclo é constituída por um processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação, por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de

qualidade, “de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB” (BRASIL, 2012b, p. 59).

Segue quadro ilustrativo das fases do 2º ciclo do PMAQ (Figura 1).

Figura 1 - Fases do 2º Ciclo do PMAQ, Ribeirão Preto, 2018.

Fonte: Adaptado de Brasil (2012c).

A devolução desse processo com a avaliação externa é feita através da atribuição de categorias de desempenho, sendo descritas como I - Desempenho insatisfatório: quando o resultado alcançado for menor do que -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato; II -

Desempenho regular: quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; III - Desempenho bom: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e IV - Desempenho ótimo: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato (BRASIL, 2012a).

CACCIA-BAVA et al. (2015), fazem uma análise desse modelo de devolutiva a partir da demanda das EAB de uma região do estado de São Paulo, evidenciada no trabalho de campo da avaliação externa no 2º ciclo do PMAQ. Uma das questões se refere aos resultados do primeiro ciclo e a explicitação clara de sua expectativa de que, por ocasião do segundo ciclo, esses resultados apresentados pudessem ser discutidos e talvez superados em algumas das dificuldades mais urgentes, de forma pontual e não generalizada. Havendo também questionamentos quanto à ausência de teor qualitativo na devolução dos resultados, de maneira que os problemas e dificuldades pudessem ser analisados contextualizados.

Considerando que a reflexão crítica sobre os dados colhidos pode permitir mais do que auferir os benefícios imediatos de bons resultados do processo avaliativo, que, se descontextualizado, pode ser equivocado, defendeu que os Colegiados Intergestores Regionais (CIR) - correspondente às Regiões de Saúde - seriam os espaços mais adequados para se fazer essas devolutivas, para serem fortalecidos politicamente e por serem estratégicos na configuração da região onde há fluxos assistenciais importantes e onde questões relevantes apontadas pelos indicadores poderiam ser trabalhadas e mesmo resolvidas naquele âmbito (CACCIA-BAVA et al., 2015). Reforçou-se que nesse processo seria possível resgatar a singularidade de cada situação apresentada pelas respectivas regiões, permitindo superar a análise centrada exclusivamente nas medidas estatísticas centrais (CACCIA-BAVA et al., 2015). Urge ainda uma estratégia eficaz de acompanhamento às EAB, após o processo de avaliação externa, especialmente no que diz respeito às devolutivas dos desempenhos no PMAQ-AB, com estratégias que valorizem também qualitativamente as experiências bem sucedidas e se solidarizem com as equipes com desempenho aquém, a fim de considerar dados contextualizados e

auxiliar na tomada de decisão para estratégias resolutivas, atendendo assim, ao caráter participativo e a dimensão formativa da Avaliação de Quarta Geração, possibilitando aos grupos de interesse uma capacidade de análise e de intervenção mais qualificada para a melhoria do serviço (KANTORSKI, 2009).

Em vias de acontecer a avaliação externa do 3º ciclo na região (em outras partes do Brasil esse processo já está em andamento), o programa teve uma boa aceitação por parte dos gestores municipais e pelas equipes de AB em todo o país desde o primeiro ciclo, constatada tanto pela crescente adesão dos municípios, quanto em investimentos financeiros por parte do MS, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Adesão e investimentos no 1º, 2º e 3º ciclos do PMAQ no Brasil. Ribeirão Preto, 2017.

Descritor	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nº de Municípios que aderiram	3.965	5.213	5.324
Nº de Equipes de Atenção Básica que aderiram	14.482	30.523	38.865
Investimentos em reais	770 mi	4,2 bi	--
Percentual de municípios que aderiram	71,13%	93,6%	95,6%

Fonte: (BRASIL, 2016; PORTO et al., 2015).

No Estado de São Paulo, dos 645 municípios, 542 (84%) aderiram ao segundo ciclo do PMAQ. Das 4.678 EAB de todo o estado, 3.610 (77,2%) participaram do segundo ciclo e de suas 2.018 equipes de saúde bucal, 1.703 (84,4%) aderiram ao programa neste mesmo ciclo (BRASL, 2014).

Com base no número de equipes participantes e os mais de 100 milhões de usuários envolvidos, o PMAQ é considerado em publicação internacional como o maior programa do mundo para o pagamento de desempenho em atenção primária. Até agora, tem sido fundamental para aumentar investimento em atenção primária no Brasil (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

No processo de institucionalização da avaliação em saúde no Brasil, vem-se valorizando a autoavaliação como fator importante. Nesse sentido, o DAB lança o Instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) em 2005, e mais recentemente sugere o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da

Qualidade na Atenção Básica (AMAQ) como ferramenta integrada ao PMAQ. A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Dentro da “Fase de Desenvolvimento” no PMAQ, a Gestão Municipal e as EAB devem realizar atividades de autoavaliação para apontar dificuldades e problemas a serem melhorados/resolvidos. Para as EAB esse processo é dividido em duas dimensões: 3- Unidade Básica de Saúde e 4- Educação Permanente, processo de trabalho e atenção integral a saúde e as respectivas subdimensões, conforme descritos no quadro 2.

Quadro 2 - Estrutura do Instrumento do AMAQ-AB, Ribeirão Preto, 2017.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	1- 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
	2- Gestão da Atenção Básica	E - Apoio institucional
		F - Educação permanente
		G - Monitoramento e avaliação
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	3- Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e equipamentos
		I - Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	4- Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J - Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		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, 2013).

A partir da autoavaliação, que visa mudanças na prática e na estrutura física das unidades, as EAB devem elaborar a MI por meio do AMAQ. Nesse instrumento devem sinalizar as propostas (O/M) para atingir as melhorias a partir das dificuldades apontadas.

Sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão, é no momento de autoavaliação que os participantes e grupos implicados, avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho (BRASIL, 2013b).

Percebe-se, por tanto, que a autoavaliação se caracterizaria como um tipo de Avaliação para a Gestão, que de acordo com Novaes (2000), tem objetivo principal de produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. A informação produzida é prioritariamente voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores, como partes que representam um todo, e o resultado desejado para essa avaliação é a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento.

Em estudo sobre o AMQ, instrumento de 2005, portanto anterior ao AMAQ de 2011, porém muito similar, em que foi pesquisada a autoavaliação da ESF a partir dos enfermeiros, os pesquisadores evidenciaram que sua utilização possibilita a identificação dos aspectos críticos e conduz os profissionais à reflexão acerca de sua função, para que estes programem suas ações baseadas nas necessidades reais dos serviços, da equipe e da população (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011).

Considerando os aspectos do programa e as características da autoavaliação, espera-se que o PMAQ-AB incorpore mais características da Investigação Apreciativa (IA), mas que não se limite a isso, afim de também dar ênfase na linha solidária às EAB com dificuldades, buscando assim um equilíbrio entre avanços e dificuldades.

A IA é entendida como um método centrado na detecção dos pontos fortes e capacidades presentes nos processos gerenciais, em lugar da busca exclusiva de suas fragilidades. Pressupõe a existência de potências a serem conhecidas e desenvolvidas a partir do diálogo e da existência de espaços onde ideias e projetos

possam ser expostos de forma verdadeira, induzindo ao sucesso pelo comprometimento coletivo. Igualmente não descarta os indicadores de natureza quantitativa, mas defende a superação dos limites de considerá-los isoladamente (CACCIA-BAVA et al., 2015).

1.2 Breve histórico da Atenção Básica à Saúde

Para fins dessa dissertação considera-se ABS e APS como termos semelhantes, conforme adotado pelo MS. (BRASIL, 2012b)

Historicamente, a ideia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTA; MOROSINI, 2008b).

A proposta distinguia três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram propostos vínculos formais entre os três níveis e foram descritas as funções de cada um. Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população (STARFIELD, 2002).

Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Depois conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”, esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária (STARFIELD, 2002).

Com esse percurso, aconteceu na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão (Ex-República Socialista Soviética), entre 06 e 12 de setembro de 1978

o primeiro grande evento mundial que discutiu o tema, a chamada Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

Como produto desta conferência foi elaborada a Declaração de Alma Ata, sendo considerado como documento disparador para a organização de um sistema de saúde baseado a partir da APS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). Nesta Declaração a APS está descrita de modo mais abrangente como sendo:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis [...] 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 pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

A declaração de Alma-Ata coloca cuidados primários como a chave para que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que permita levar uma vida social e economicamente ativa. Refletem e evoluem as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Para Giovanella, 2015, a Alma-Ata difundiu uma concepção de APS integral, que a interpreta como parte de um sistema integrado de cuidados da saúde e do desenvolvimento econômico e social de uma sociedade, que envolve a cooperação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais da saúde e da própria participação social (GIOVANELLA, 2015).

Em 1981, durante a “Primeira Conferência Nacional de Saúde” no Canadá, reforçou-se a ideia difundida em ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, ao considerar que o contexto social em que vivem as pessoas é importante determinante de saúde, por que molda o comportamento individual, admitindo-se que um estilo de vida dependia da classe social. Com essa nova visão, os fatores sociais e ambientais se tornaram a base para a promoção da saúde, antes pautada apenas no estilo de vida (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, em que são consideradas cuidado em saúde não apenas ações pontuais na área, criou-se uma nova compreensão dos problemas de saúde,

onde uma nova ordem de prioridades seria apresentada: o estilo de vida, o ambiente e o sistema de saúde, e os fatores biológicos (ROCHA, 2011).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) considera um sistema de saúde com base na APS como sendo composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universais a serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção da saúde e assegura o cuidado no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Com o advento do SUS no Brasil assegurado na Constituição Federal de 1988, e promulgada pela Lei 8080/90, se fez necessário uma organização da rede de serviços de saúde de maneira regionalizada e hierárquica para atender ao princípio da descentralização político administrativa (BRASIL, 1990). A partir da necessidade de instituir um nível de assistência à saúde que organizasse o acesso aos demais, o MS adotou o modelo de APS, que através da PNAB convencionou-se chamar ABS como já citado.

A PNAB (2011), prevê descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Propõe ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012a). A principal estratégia da política de AB adotada pelo Brasil para assegurar essa lógica da assistência em saúde está pautada na ESF.

Desde 1994, o incentivo econômico dado aos Municípios para a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) – rebatizado em 2006 como ESF - no contexto da cooperação federativa, alterou a oferta municipal de serviços de saúde e converteu o modelo assistencial tradicionalmente pautado na assistência hospitalar (COSTA, 2016; VIANA; POZ, 2005).

A efetivação do modelo de assistência à saúde a partir da ABS necessita de arcabouços organizativos. Dentre eles se destacam as RAS, considerada como uma importante estratégia de organização, gestão e assistência e tem ganhado cada vez mais notoriedade e importantes esforços com várias iniciativas dos diferentes níveis de gestão do SUS.

Para Mendes (2011), “as propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente adotadas, a partir da década de 90, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público”. Nesse sentido, a ideia da organização regionalizada em redes está presente desde a criação do SUS e faz parte da sua Lei Orgânica 8080/90 ao considerar em seu CAPÍTULO III, Art. 8º que “As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente” (BRASIL, 1990).

O tema foi objetivo da PORTARIA Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 do MS, fruto de discussões com a Comissão Intergestora Tripartite, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse documento traz importantes conceitos (BRASIL, 2014b):

- A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado;
- O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica;
- Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos;
- Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

No processo de implantação das RAS, considera-se importante que sejam observados os seguintes aspectos: Definição clara da população e território; Diagnóstico situacional; Criação de uma imagem objetivo para a superação dos vazios assistenciais; Articulação do público privado; Planejamento pela efetiva necessidade; Criação de um sistema logístico e de suporte; Investimento nas

pessoas/equipes; Criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados (BRASIL, 2014b).

Os temas e problemas do sistema de saúde no Brasil foram fontes de um número especial da conceituada revista médica *The Lancet* em 2011. Como fruto desta publicação, Victora et al. (2011), adaptaram o número temático para um livro com o objetivo de aumentar o acesso do conteúdo da publicação ao público brasileiro. Constata-se que embora permaneçam grandes desafios do sistema de saúde brasileiro, houveram avanços inegáveis nas últimas três décadas, atribuídos principalmente dentre outras políticas e determinantes sociais na saúde, à criação do SUS e a expansão da sua cobertura, principalmente para regiões mais pobres através da ESF (VICTORA et al., 2011). No Quadro 3 estão resumidos alguns desses avanços.

Quadro 3 - Avanços em diferentes áreas de saúde no Brasil, segundo a série temática The Lancet, 2011

Temas em saúde	Características
Saúde Reprodutiva e Materna	Em 2006 78,5% das mulheres unidas informaram utilizar métodos modernos de contracepção, em 1986 eram 57%; A taxa total de fecundidade reduziu de 6,3 filhos/mulher no início dos anos 60 para 1,8/mulher em 2002-2006.
Saúde Infantil	O índice de mortalidade infantil no Brasil era de 83 mortes por 1.000 nascidos vivos em 1980. Em 1990 esse índice foi de 47 mortes; 27 em 2000 chegando a 19 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2007. Os maiores decréscimos na mortalidade infantil por causa específica foram observados para diarreia e infecções respiratórias, com redução de 92% e 82%, respectivamente em 1990 e 2007.
Nutrição Infantil	A duração mediana da amamentação em 1974-1975 era de somente 2,5 meses, uma das mais curtas para países em desenvolvimento. O indicador aumentou para 5,5 meses em 1990, sete meses em 1996 e 14 meses em 2006-2007. A prevalência de amamentação exclusiva em menores de quatro meses aumentou de 3,6% em 1986 para 48,1% em 2006-2007.
Tuberculose	A incidência da tuberculose em 1990 era de 51,4 casos por 100.000 pessoas-ano, caindo para 38,2 casos por 100.000 pessoas-ano em 2007 (uma redução de 26%). A mortalidade por tuberculose também caiu nesse mesmo período em 32%.
Hanseníase	Após a introdução da terapia multidrogas, que é ofertada pelo SUS a pacientes com hanseníase, a prevalência dessa doença caiu substancialmente de 180 casos por 100.000 habitantes, em 1988, para 26 casos por 100.000 em 2008, com grande queda também nas deficiências associadas à hanseníase.
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Apesar de a mortalidade bruta causada pelas DCNT ter aumentado 5% entre 1996 e 2007, a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%. A diminuição ocorreu particularmente em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, em associação com a implementação bem-sucedida de políticas de saúde que levaram à redução do tabagismo e à expansão do acesso à atenção básica em saúde.

Fonte: Adaptado de Victora et al. (2011).

1.3 Do surgimento da avaliação até os dias de hoje

Avaliar é o ato de calcular ou determinar o valor, o preço ou o merecimento; Reconhecer a grandeza, a intensidade, a força. Apreciar: Avaliar a força, os costumes. Computar, orçar: Avaliar a riqueza de um povo (AVALIAR, 2014). Avaliar é uma palavra utilizada em várias áreas do conhecimento e em diferentes situações, não havendo por tanto uma limitação da aplicação desse conceito. Mesmo dentro de cada linha de estudo há diferentes modelos de avaliação. Em educação, por exemplo, a avaliação é utilizada para verificar o aprendizado do estudante e um dos

modelos é a avaliação somativa, caracterizada por uma avaliação pontual que ocorre ao fim de um processo educacional com a finalidade de verificar os resultados da aprendizagem (CAED, 2014). Stufflebeam, citado por Alkin (2004), defende a ideia de avaliação como sendo:

proposta de julgar o valor, e uma vez atribuído o valor, aperfeiçoar essa técnica. Deve ser entendida como um estudo orientado para a tomada de decisões. Seu uso deve ser proativo (para aperfeiçoar um programa) e também retroativo (para julgar seu valor). Implica em estudos para avaliar se uma dada instituição e seus autores estão aptos a desempenhar as funções sociais para as quais foram designados. (Stufflebeam 1983 apud ALKIN, 2004).

A avaliação serve para identificar pontos fortes e fracos, destacar o que é bom e expor defeitos, mas não pode, sozinha, corrigir problemas, pois esse é o papel da administração e de outros responsáveis, que podem usar as conclusões da avaliação como instrumento de ajuda nesse processo (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004, p. 57).

Há uma divisão histórica que detalha a evolução do processo avaliativo, classificado por Brousselle et al. (2011) em quatro gerações conforme Quadro 4.

Quadro 4 - História da avaliação de serviços e programas de saúde, Ribeirão Preto, 2017.

Geração	Conceito	Período/Características
I	A avaliação é tida como MEDIDA, dividida em dois períodos.	1800 a 1900 - O Reformismo: as atividades de avaliação se dão na elaboração de teses padronizadas e de mecanismos de coletas sistemáticas de dados. Na educação e na saúde a pesquisa empregada é utilizada para testar a utilidade de diversas intervenções, identificarem causas relacionadas a problemas, elaborar novas ferramentas de intervenções e análise, comparar e classificar indivíduos e grupos populacionais.
		1900 a 1930 - Eficiência e Testagem: a avaliação ainda se limita a um conjunto de atividades de medida, coleta sistemática de dados e análises quantitativas. Há uma ampla utilização de métodos científicos de maneira rigorosa, inventando novas ferramentas e com a contribuição multiprofissional de especialistas. A coleta de estatísticas sanitárias, a comparação de grupos da população e a medida da carga social das doenças e das consequências das más condições ambientais são meios de avaliação utilizados na área da saúde.
II	Avaliação como característica principal de DESCRIÇÃO	1930 a 1960 - Idade da Inocência. A atividade do avaliador ganha mais importância e significados. Ele não mais apenas deve coletar dados sistematicamente, mas também descrever os programas, compreender sua estrutura e conteúdo, identificar suas forças e fragilidades e fazer recomendações para favorecer sua melhoria. A “medida” e a “avaliação” se tornam conceitos distintos, e se considera que a medida está a serviço da avaliação. Os pesquisadores em ciências sociais desempenham um papel cada vez mais importante na condução das avaliações.
III	Avaliação tem característica principal de JULGAMENTO e se divide em dois momentos	1960 a 1973 - Expansão: expansão do quadro conceitual e das funções da avaliação. Considera-se que a avaliação deve permitir emitir um julgamento sobre uma intervenção e ao avaliador é atribuído o papel do juiz que continua a utilizar a informação descritiva e a medida para fundamentar seu julgamento. Nesses anos a avaliação passa por uma importante expansão e a ser mais bem reconhecida e utilizada, inclusive ganhando investimentos, sendo utilizada por poderes públicos para avaliar efeitos de programas. É o início da institucionalização da avaliação.
		1973 a 1990 – Profissionalização e Institucionalização: avaliação como uma prática profissionalizada. Os métodos ainda correspondem à abordagem da terceira geração da avaliação, e enfatizam a função de juiz do avaliador, mas os critérios de julgamento têm foco, preferencialmente, nos aspectos econômicos dos programas, principalmente as limitações de recursos.
IV	Avaliação como NEGOCIAÇÃO	1990 até nossos dias - Dúvidas: caracterizado por iniciativas de ampliar a diversidade concomitante dos agentes produtores de avaliação e das abordagens metodológicas. O avaliador passa a ter um papel de moderador, para além das funções de técnico, juiz e descritor até então.

Fonte: Adaptado de Brousselle et al. (2011).

Interessante perceber a evolução da história da avaliação de serviços e programas para o entendimento da dificuldade de institucionalização dessa prática no setor saúde.

Para Contandriopoulos et al. (1997), o conceito de Avaliar, que também é o mais aceito entre os estudiosos, é definido fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Com isso, os autores entendem que uma intervenção no sentido de julgar valor segue em duas vertentes: Avaliação Normativa e Pesquisa Avaliativa, descrevendo “intervenção como sendo constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (HARTZ, 1997).

No setor saúde, o cenário de divergências a respeito do modelo a ser adotado, a escassez de recursos, associado ao aumento dos custos em saúde contribuiu para o crescimento da necessidade de avaliação da assistência prestada, e da qualidade dos serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

De acordo Hartz (1997) os objetivos oficiais de uma avaliação podem ser de quatro tipos:

- auxiliar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);
- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);
- contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental) (HARTZ, 1997).

Para Silva 2012, boa parte das avaliações conduzidas atualmente apostam na produção de um relatório final extenso, detalhado e que apresente o conjunto de análises e recomendações depois de meses de trabalho avaliativo. O que as organizações têm nos ensinado é que, em muitos casos, a espera por um documento final não combina com as oportunidades de aprendizagem e decisão que costumam emergir da dinâmica de sua produção (SILVA, 2012).

Entre os estudiosos de avaliação, há uma proposição criada por Donabedian (1990 apud MACEDO, 2013), os denominados sete pilares da qualidade, também conhecidos como atributos ou dimensões, que se tornaram uma referência para a temática, sendo eles: eficácia – efeito potencial, ou o efeito em condições ideais; efetividade – efeito real num sistema operacional; eficiência – o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo; otimização – cuidado efetivo possível de ser obtido, através da relação custo-benefício mais favorável; aceitabilidade – fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial; legitimidade – grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo e equidade – justiça social, propõe a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população.

Pensando na organização da avaliação e em adotar um modelo metodológico, Donabedian a categorizou num modelo sistêmico, com a famosa tríade de Estrutura, Processo e Resultado. A estrutura diz respeito aos elementos estáveis (recursos materiais, humanos e organizacionais). Os processos referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo que medeia a relação profissional-usuário. Já os resultados seriam as modificações no estado de saúde dos indivíduos, em se tratando da assistência médica, por exemplo (Donabedian (1980) apud SILVA, 2009).

Para Furtado e Silva (2015), a constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil ocorreu como produto do encontro de agentes (com trajetórias diferenciadas nos campos burocrático, político e científico) estimulados e financiados por instituições internacionais ligadas ao campo econômico, mas vinculadas à organização do SUS. Esse movimento se deu no interior do espaço da Saúde Coletiva, por sua vez um universo de saberes e práticas composto por sub-espços científico, burocrático e político por onde os agentes, em boa parte, transitam.

Hartz (1997) descreve que a implantação e utilização da avaliação no Brasil se deu principal e inicialmente no decorrer dos anos 70, período em que estava terminando a implantação de grandes programas baseados no seguro médico, por uma necessidade iminente do controle dos custos dos sistemas de saúde, motivado pelo papel do estado no financiamento dos serviços de saúde e pela diminuição do crescimento econômico.

Propõe-se então que o “desempenho do sistema de saúde brasileiro seja analisado no contexto político, social e econômico que traduz sua história e conformação atual, levando-se em consideração seus objetivos e prioridades” (HARTZ, 1997). Sendo assim seriam identificados os determinantes de saúde (primeira dimensão) associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. Sua apreciação deveria ser feita considerando-se o seu impacto em diferentes grupos sociais (HARTZ, 1997).

A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada, conformaria uma segunda dimensão da avaliação, que permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbimortalidade, que expressa as necessidades de saúde, deveria orientar a definição de elementos que compõem a terceira dimensão da avaliação, ou seja, a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), que por sua vez condicionaria as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde, objeto principal da avaliação (VIACAVA, 2004).

No Brasil, a avaliação em saúde tem se constituído com propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, devendo subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

A partir disso, e ainda com o propósito da institucionalização da Avaliação no país, o MS implementou em 2000, junto ao DAB, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CCA/DAB), que nasceu com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível

de atenção, compreendendo-se seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país (BRASIL, 2005).

A APS, como primeiro nível de atenção à saúde do SUS, com maior capilaridade de ações destinadas à maioria da população, passa a ser o principal espaço para a aplicação de processos avaliativos em saúde (PINTO Jr. et al., 2015).

2. Justificativa

De acordo com as características dos estudos de avaliação de quarta geração (momento mais atual da história da avaliação), que implicam o sujeito no processo avaliativo, com ampla participação, e que segundo Campos e Furtado (2011), são fundamentados no referencial teórico construtivista, esse estudo poderá contribuir para a produção de conhecimento sobre o processo autoavaliativo e avaliativo das EAB, suas implicações na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população, bem como os avanços e dificuldades para se alcançar esse objetivo. Poderá ser utilizado tanto pelas EAB, quanto por gestores de todas as instâncias, principalmente as regionais.

Acredita-se também que esse estudo contribua para o incremento da produção científica da temática no Brasil, considerando que o número ainda é inexpressivo. Em levantamento realizado por Pinto Junior e colaboradores, considerando apenas publicações em periódicos nacionais Qualis A1, A2 e B1, no período de 2003 a 2012 constatarem apenas 20 publicações sobre a temática avaliação da atenção básica, mais especificamente da ESF. Oitenta por cento dessas publicações aconteceram nos últimos quatro anos do período considerado, indicando uma crescente ao ponto que também se expandia a ESF, bem como a institucionalização da avaliação no país (PINTO Jr., 2015). Porém vale ressaltar a dificuldade de publicação em periódicos de impacto como os citados.

Buscas bibliográficas em plataformas digitais evidenciaram a inexistência de publicações com a temática MI ou autoavaliação, de 2012 a 2016, período possível considerando o o lançamento do PMAQ no final de 2011. Também considerando que o programa é nacional, utilizou-se como filtro publicações brasileiras. Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando respectivamente, os descritores “Matriz” (como sinônimo do descritor Técnicas de Planejamento), e Autoavaliação, foram encontradas 28 e 91 publicações. Utilizando os descritores Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde, foram localizadas 37 publicações, porém nenhuma delas se referia à MI, ou à autoavaliação a partir do PMAQ.

Resultados semelhantes foram encontrados na Scientific Electronic Library Online (Scielo), utilizando descritor “Matriz”, e além dos filtros já citados delimitados pela área temática: Saúde Pública, foram encontrados 98 artigos, sem que algum deles estivesse relacionado com o objetivo deste estudo de mestrado.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Analisar avanços e dificuldades em ações para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde a partir da perspectiva das próprias equipes que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ.

3.2 Objetivos Específicos

1. Analisar avanços e dificuldades quanto a objetivos/metast relacionados à Insumos e estrutura física das Unidades Básicas de Saúde;
2. Analisar avanços e dificuldades quanto a objetivos/metast relacionadas à Educação Permanente em Saúde, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde.

4. Método

4.1 Delineamento do estudo

Estudo descritivo de corte transversal no tempo, que utilizou dados primários obtidos a partir de um questionário previamente construído pelo pesquisador, na perspectiva de evidenciar os avanços e dificuldades havidos no processo de autoavaliação das EAB, principalmente no que se refere à implementação ou não de O/M propostos nas MI (Anexo) construídas a partir do AMAQ.

Trata-se de um estudo de avaliação de quarta geração, definida como uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar que informação seja necessária). Nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos a priori e a avaliação responsiva os determina por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse (KANTORSKI, 2009).

Grupo de interesse é um termo que designa organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. Esses grupos têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação - estão, de alguma maneira, envolvidos ou potencialmente afetados pelo serviço e pelas eventuais consequências do processo avaliativo. Guba e Lincoln (1988) apud KANTORSKI, (2009) identificaram três grupos de interesse: os agentes - as pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço; os beneficiários - todas as pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço e as vítimas - as pessoas que são afetadas negativamente pelo serviço (GUBA; LINCON, 1988 apud KANTORSKI, 2009).

De acordo com essa classificação, tem-se que os participantes desta pesquisa são os agentes, ou seja, as EAB do DRS III que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB, composta por seus profissionais de saúde envolvidas em produzir e implementar O/M no seu serviço de saúde.

4.2 Campo e local

Este estudo teve como campo o DRS III - Araraquara e como local as EAB dos municípios dessa região que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ. A escolha deveu-se aos contatos prévios do pesquisador com essa região, tanto como enfermeiro da ESF em um município pertencente a este departamento, quanto pela participação como avaliador externo do 2º ciclo do PMAQ, quando foi possível identificar dificuldades e potencialidades das equipes. A Figura 2 mostra o mapa do DRS III e seus respectivos municípios por Região de Saúde (RS).

Figura 2 - Mapa do DRS III com suas respectivas RS e municípios, Ribeirão Preto, 2017

Fonte: (DIAS et al., 2013).

O DRS III está localizado no Nordeste do Estado de São Paulo e é composto por 24 municípios organizados em quatro RS, sendo sua sede no município de

Araraquara. Está na região Administrativa Central do Estado de São Paulo e pertence à RRAS XIII.

A configuração de organização dos municípios do estado de São Paulo em espaços territoriais de maneira que os colocasse em um agrupamento considerando a proximidade, denominada DRS, foi implementada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para organizar seus municípios numa divisão administrativa, como estrutura facilitadora da gestão estadual atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto, o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (ESTADO DE SÃO PAULO, 2010a). A Figura 3 demonstra o Mapa do Estado de São Paulo segundo os DRS.

Figura 3 - Mapa do Estado de São Paulo segundo Departamentos Regionais de Saúde, Ribeirão Preto 2017

Fonte: (ESTADO DE SÃO PAULO, 2012).

Visando dar maior visibilidade à organização regional e maior sustentação às discussões dos dados encontrados neste estudo, optou-se por uma análise por regiões de saúde.

4.2.1 Caracterização do DRS III - Araraquara

Os 24 municípios que compõem o DRS III são heterogêneos quanto à dimensão populacional, e facilmente identificáveis. Os municípios menores, com poucas equipes, poderiam ser e ter a identificação dos profissionais entrevistados ainda mais facilitada, fato que fere o acordado no TCLE que selou o compromisso mútuo. Assim, para atender ao princípio da confidencialidade garantido, as regiões de saúde e os municípios passam a ser caracterizados conforme descritos a seguir: RS I- foram atribuídos aos municípios participantes as cores Amarelo, Azul e Verde; RS II- substituídos por nome dos pássaros Canário, João de barro e Bem-te-vi; RS III- nomes das flores Rosa, Cravo, Girassol, Lótus, Orquídea, Jasmim e, finalmente, a RS IV pelos nomes dos peixes Pacu, Tambaqui, Merluza e Tilápia.

Participariam deste estudo todas as EAB que aderiram e realizaram a autoavaliação no 2º Ciclo PMAQ-AB. Sendo assim poderiam participar 21 municípios da região. Porém, efetivamente, fizeram parte equipes pertencentes aos 16 municípios do DRS - III já descritos com nomes fictícios a cima. Os municípios e motivos para não participação estão descritos nos resultados no item 5.1 - Caracterização da amostra.

4.3 Participantes

Participaram deste estudo 47 EAB de um universo possível de 102 equipes que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ. Foram todas aquelas em que o contato telefônico anterior à entrevista foi efetivo e que aceitaram participar mediante aprovação do gestor municipal de saúde e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo entrevistado (Apêndice A). O respondente poderia ser de qualquer categoria profissional pertencente à EAB, sendo adotado como critério para participar do estudo que o mesmo tivesse participado do processo

de autoavaliação do 2º ciclo do PMAQ e da construção da MI. Esse profissional foi indicado pela equipe como seu representante.

O estudo foi aprovado pelo diretor do DRS III mediante assinatura de documento de anuência e, posteriormente, submetido à aprovação dos gestores da saúde dos municípios possíveis para coleta de dados, através do recolhimento das assinaturas após apresentação do projeto presencialmente pelo pesquisador em reuniões de cada Comitê Intergestor Regional – CIR, na sede do DRS III em Araraquara.

Anteriormente às reuniões de apresentação do projeto, foi enviado um resumo aos gestores via e-mail, disparado inicialmente para articuladoras da AB do DRS e repassado às Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Finalizada essa etapa de autorizações, o pesquisador entrou em contato telefônico com cada EAB para agendar as entrevistas. No momento da coleta, mais uma vez foi apresentado o projeto aos entrevistados pessoalmente, disponibilizado resumo aos que desejassem, e mediante a compreensão e assinatura do TCLE prosseguiu-se com a entrevista.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Procedimentos para coleta

Os dados foram coletados no período compreendido entre 03 de novembro de 2015 a 04 de outubro de 2016. Portanto as equipes já haviam finalizado o 2º ciclo do PMAQ, e inclusive já tinham acesso às notas de desempenho disponibilizadas pelo DAB.

O instrumento de coleta (Apêndice B), foi elaborado pelo pesquisador tendo como referência o modelo da MI utilizada no AMAQ. O mesmo foi testado para verificação de sua eficácia previamente ao trabalho de campo. O teste teve como objetivo analisar o tempo total da entrevista, a extensão das respostas baseadas na MI – considerando que seriam manuscritas pelo pesquisador – bem como a compreensão das questões pelos entrevistados. Essa etapa foi realizada em duas equipes de ESF pertencentes ao Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão

Preto. Essas equipes tinham características semelhantes às aquelas do estudo, pois participaram do 2º ciclo do PMAQ e construíram a MI, atendendo também aos demais critérios.

A partir da testagem foram feitas pequenas adaptações no instrumento relacionado à estrutura organizacional. Verificou-se que o mesmo estava adequado para captar as informações pretendidas.

Por ocasião de ter participado como avaliador externo, o pesquisador tinha à sua disposição a relação de endereços e telefones das EAB da região em estudo, fonte inicial dos contatos para este trabalho.

Com o instrumento de coleta devidamente testado foi realizada uma consulta às SMS, para verificar quanto aos participantes potenciais da pesquisa, a viabilidade de localizá-los como pertencentes às equipes de saúde no momento da coleta, e assim dimensionar possível perda do público alvo que poderia comprometer a qualidade da pesquisa em relação ao número de participantes. Essa preocupação deveu-se ao reconhecimento de que a rotatividade dos profissionais nos municípios da região poderia ser expressiva.

A etapa de verificação foi realizada mediante contato telefônico no mês de julho de 2015, portanto anteriormente às entrevistas, e mostrou que a continuidade do projeto seria viável, tendo em vista que dos telefonemas realizados às SMS, dos 21 municípios possíveis de participação, foram identificadas 65 EAB, e em aproximadamente 70% delas permanecia algum profissional que participou na construção da MI, o que o classificava como potencial respondente na pesquisa. Sessenta e cinco EAB equivale a 64% das 102 possíveis.

Para a obtenção dos dados, o instrumento de coleta constituiu de duas partes. A primeira relacionada à caracterização do profissional respondente e da unidade de saúde a que pertence.

Foram adotadas, para isso, as seguintes variáveis: CIR (equivalente a Região de Saúde); Município; endereço e telefone da Unidade de Saúde em que trabalha; Tipo de unidade de saúde (ESF ou UBS), Nome do entrevistado; Categoria profissional; Sexo; Idade; Tipo de vínculo contratual; Tempo de atuação na equipe; Função na equipe e se exerce outra função (Apêndice B). As variáveis que identificavam o entrevistado e a equipe de saúde foram utilizadas apenas para

controle no sentido de facilitar a organização dos dados, e caso necessário, possibilitar consulta aos entrevistados, respeitando assim aos aspectos de confidencialidade.

O AMAQ aborda quatro dimensões. Duas delas relacionadas à Gestão (Gestão Municipal e Gestão da Atenção Básica) devendo ser respondido a nível municipal, e outras duas relacionadas à própria EAB (Unidade Básica de Saúde e Educação Permanente em Saúde, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde).

Por isso, a segunda parte do instrumento buscou questões relacionadas ao processo autoavaliativo das equipes. Seu conteúdo aborda a implementação ou não (e as influências para isso) das propostas de intervenção para melhoria de indicadores avaliados pela própria equipe.

As questões são as seguintes: Quais das metas/objetivos da MI a equipe conseguiu implementar? A que você atribui a efetivação/realização dessas intervenções? Fator decisivo (para implementação ou não dos O/M); O que a equipe não conseguiu implementar da MI? A que você atribui a não realização dessas intervenções; Fator decisivo.

4.5 Organização e análise dos dados

A primeira análise foi realizada considerando o quantitativo de EAB que aderiram ao estudo, segundo municípios e RS mediante ao número viável por adesão ao 2º ciclo do PMAQ. Nessa verificação entendeu-se que seria determinante elucidar os motivos para a não participação, considerando que os mesmos indicaram tendências e limitações para os avanços e dificuldades em relação aos processos que visam à melhoria do acesso e qualidade na AB.

Os dados foram digitados e organizados em tabelas simples do soft Microsoft Word 2010 à medida que eram coletados durante o trabalho de campo. Finalizada essa etapa, deu-se início ao processo de organização das informações em planilha no soft Microsoft Excel para analisá-las de maneira descritiva a partir das particularidades de cada variável.

No processo de organização dos dados utilizando o soft Microsoft Excel, foram elaboradas quatro tabelas correspondendo às quatro RS. Estas continham as seguintes colunas: Município; Estrato (segundo PMAQ); USF; UBS; Categoria Profissional/atuação; Sexo; Idade; Vínculo Trabalhista; Tempo de Atuação na equipe; Outra função na equipe; Dimensão 4-metas alcançadas; Dimensão 4-metas parcialmente alcançadas; Atribuído a; Fator Decisivo; Dimensão 4-metas não alcançadas; Atribuído a; Fator decisivo; Observações; Observações; Dimensão 3 (se sim ou se não); Metas Alcançadas; Metas Parcialmente Alcançadas; Atribuído a; Fator Decisivo; Metas não Alcançadas; Atribuído a; Fator Decisivo. A Figura 4 é um exemplo do modelo de planilha utilizado na organização dos dados mais iniciais.

Figura 4 - Planilha utilizada para a organização dos dados, Ribeirão Preto, 2018

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
	CIR	MUNICÍPIO	EXTRATO	USF	UBS	CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO	IDADE	VÍNCULO	TEMPO NA EQUIPE	OUTRA FUNÇÃO NA EQUIPE?	DIMENSÃO 4 - METAS ALCANÇADAS	ATRIBUIDO A	FATOR DECISIVO	METAS NÃO ALCANÇADAS	ATRIBUIDO A	FATOR DECISIVO	OBSERVAÇÃO	DIMENSÃO 3?	METAS AL
1																				

O PMAQ faz uma classificação dos municípios de acordo com seis estratos, utilizado para estabelecer um padrão de equidade na comparação entre as EAB. Aqueles com características similares nas áreas sociais, econômicas e demográficas são alocados em um mesmo grupo, considerando cinco indicadores construídos com índices que variam de zero a dez, sendo eles: 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).

Os dados dos indicadores utilizados pelo MS para classificar os municípios para o PMAQ foram disponibilizados por órgãos governamentais reconhecidos nacionalmente, como IBGE e a Agência Nacional de Saúde.

Procedendo à classificação por estrato dos municípios arrolados no presente estudo, obtém-se a seguinte distribuição apresentada no Quadro 5.

Quadro 5 - Alocação dos municípios de acordo os critérios de estratificação no 2º ciclo do PMAQ.

Estrato	Crítérios de Estratificação	Município
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.	----
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.	----
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.	----
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.	Verde, Tambaqui, Tilápia, Canário, Girassol, Bem-ti-vi, Cravo, Orquídea.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.	Pacu, Rosa, Jasmim, Azul.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.	Merluza, João de Barro, Lótus, Amarelo.

A partir dos primeiros dados obtidos da construção das tabelas, um segundo conjunto foi elaborado a fim de classificar os O/M relacionados a suas respectivas subdimensões dentro das dimensões 3 – Unidade Básica de Saúde e 4 - Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, conforme descrito no quadro 2.

Nesta etapa, analisou-se o quantitativo de cada O/M elaborado considerando os alcançados, parcialmente alcançados e não alcançados. Também nesse momento foram atribuídos códigos numéricos às variáveis da primeira parte do instrumento (caracterização dos participantes), no sentido de possibilitar melhor análise quantitativa, caracterizando-os respectivamente.

Na etapa seguinte fez-se uma análise mais minuciosa através do resultado das temáticas dos O/M mais prevalentes, tanto em relação aos alcançados quanto aos não alcançados. Para isso foi necessário uma nova tabulação que permitisse evidenciar mais claramente o conteúdo de cada proposta, possibilitando conhecer em quais pontos as EAB pretendiam melhorias em relação às suas práticas profissionais e estrutura física de suas unidades.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa contempla os requisitos presentes na resolução 466/2012 na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em sua 416ª Reunião Ordinária realizada em 19 de outubro de 2015, sob o Processo HCRP nº 11905/2015. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi oferecido a todos os entrevistados e somente após seu entendimento e assinatura prosseguiu-se com a entrevista.

Este estudo pretendeu alcançar seu objetivo com possibilidades mínimas de risco a seus participantes. Assegurou que não seria divulgado nos resultados qualquer dado ou informação que identificasse o profissional entrevistado, ou que o conectasse à sua equipe ou município ao qual pertence, sendo facultado ao entrevistado encerrar sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si. Todo o material coletado está e permanecerá sob guarda e responsabilidade do pesquisador principal e será usado exclusivamente para os fins explicitados nesse projeto.

5. Resultados e Discussão

5.1 Caracterização da amostra

Na área de abrangência do DRS III reside pouco mais de 2% da população do estado de São Paulo, sendo o município Jasmim o mais populoso da região com 221.950 habitantes e o município Azul com a menor população, correspondente a 4.290 habitantes (dados estimados a partir do último senso demográfico de 2010). A região teve no ano de 2014 uma taxa de natalidade de 13,30 (Nº de nascidos vivos no total da população residente – em mil), abaixo da média do estado, e uma proporção de idosos na população de 13,99 (% de habitantes na faixa etária maior de 60 anos no total da população estimada), o que significa uma população idosa maior no DRS III em relação aos 12,85 do estado, como demonstrado no quadro 3. Nesse mesmo período foi responsável por um crescimento populacional na faixa de 1,24, pouco acima da média estadual de 1,21. (ESTADO DE SÃO PAULO, 2010b).

O grau de urbanização, verificado pelo percentual da população urbana no total da população residente, foi de 95,25% enquanto no estado foi de 95,94%, indicando um discreto número maior de residentes na zona rural (ESTADO DE SÃO PAULO, 2010b). No Quadro 6 estão descritas mais algumas características demográficas de cada RS e do DRS III, em comparação com a RRAS XIII e o estado de SP.

Quadro 6 - Dados demográficos e socioeconômicos do DRS III, Ribeirão Preto, 2017.

RS	População	Percentual em relação ao estado	Taxa bruta de natalidade (2014)	Proporção de idosos (2014)	Taxa de Crescimento Populacional	Produto Interno Bruto (PIB) (2013)
I	297.580	0,7%	13,65	13,96	1,45	28.659,22
II	136.078	0,3%	12,56	14,33	1,24	21.098,84
III	368.493	0,9%	13,40	13,93	1,34	32.991,40
IV	148.935	0,3%	13,03	13,86	0,61	28.653,15
DRS III	951.086	2,2%	13,30	13,99	1,24	29.254,60
RRAS XIII	3.429.349	8,0%	13,34	13,58	1,34	28.559,42
Estado de SP	42.673.386	100%	14,65	12,85	1,21	39.122,26

Fonte: (ESTADO DE SÃO PAULO, 2010b).

A região em estudo possui um PIB per capita anual de 29.254,60 (em reais correntes) ficando significativamente abaixo do BIP estadual de 39.122,26, segundo dados de 2013. Sua atividade econômica está apoiada principalmente nas atividades de agropecuária avançada e vanguarda científica. A agropecuária se destaca com a produção de cana-de-açúcar, laranja, carne bovina e de frango. Situa-se em Araraquara a maior empresa de sucos cítricos do Brasil e importantes usinas sucroalcooleiras também se localizam na região. Araraquara e seu contorno possuem ainda indústrias relevantes nas áreas metal-mecânica, metalúrgica, aeronáutica, têxtil e de alimentos e bebidas (DIAS, 2013).

Do universo inicial de 102 EAB que receberam avaliação externa do PMAQ no 2º ciclo e realizaram a autoavaliação utilizando o AMAQ, fato que as colocavam como potenciais participantes da pesquisa, entraram para este estudo 47 equipes, de 16 municípios dos 21 possíveis do DRS de Araraquara.

Percebe-se um expressivo quantitativo de equipes que não participaram da pesquisa, correspondendo a aproximadamente 54%, justificado por variados motivos conforme descritos no quadro sete.

Quadro 7 - Distribuição dos motivos para não adesão ao estudo, Ribeirão Preto, 2017.

Motivos para não participação	Frequência	Percentual
Recusou participar	03	2,9%
Mudou profissional	21	20,6%
Não encontrou MI	07	6,8%
Houve mais de três contatos telefônicos sem sucesso	18	17,6%
Outros motivos (não estava presente no dia agendado, condicionado a reunião prévia com a equipe para apresentar a pesquisa, refere não ter elaborado a MI).	06	5,8%
Total	55	53,7%

Dos 24 municípios pertencentes ao DRS III, três deles (um de cada das RS I, II e IV) não aderiram ao 2º ciclo do PMAQ. Justificando o número de municípios possíveis para a pesquisa ser 21. Entretanto outros cinco municípios (quatro da RS I

e um da RS II) mesmo tendo aderido ao programa, não participaram do estudo, justificando o quantitativo final de 16.

Na RS I houve maior número de municípios que não participaram. Em relação às EAB possíveis, foram coletados dados em 51,6% delas. Quatro municípios não participaram. Destaca-se a justificativa de não participação pela “dificuldade em estabelecer contato telefônico efetivo” em sete EAB. Seguem motivos para não participação:

Município Branco - apenas uma EAB aderiu ao 2º ciclo do PMAQ. Foram realizadas mais de três tentativas de contato telefônico em dias diferentes, que mesmo sendo efetivo não se conseguiu ajustar uma data e profissional para entrevista.

Município Preto - Também apenas uma equipe aderiu ao 2º ciclo do PMAQ. Ao contato telefônico informaram mudanças radicais dos profissionais da equipe que pudessem responder ao questionário.

Município Vermelho - Duas equipes aderiram ao 2º ciclo. Em uma delas foram realizadas mais de três tentativas de contato telefônico sem sucesso, e na outra mudaram profissionais da equipe que pudessem responder ao instrumento;

Município Marrom - uma EAB que aderiu ao PMAQ no 2º ciclo, mas foram realizadas mais de três tentativas de contato sem sucesso.

Na Tabela 1 estão expostas informações mais detalhadas da RS e seus municípios em relação à coleta de dados.

Tabela 1 - Distribuição em relação à coleta de dados, por município da RS I, Ribeirão Preto, 2017.

RS	Município	EAB que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ	Coletadas	Não coletadas	Recusou	Mudou profissional	Não encontrou matriz	Mais de 3 tentativas	Mesma matriz	Outros motivos
I	Branco	01	-	01	-	-	-	01	-	-
	Amarelo	23	14	09	-	02	01	04	02	02
	Preto	01	-	01	-	01	-	-	-	-
	Vermelho	02	-	02	-	01	-	01	-	-
	Azul	02	01	01	-	01	-	-	-	-
	Verde	01	01	-	-	-	-	-	-	-
	Marrom	01	-	01	-	-	-	01	-	-
TOTAL		31	16	15	-	05	01	07	02	02

A RS II teve o menor número de equipes coletadas, correspondendo a apenas 33,33% de suas 12 EAB que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB. Um município não participou. No Município Garça, duas equipes aderiram ao 2º ciclo, porém uma não encontrou a MI e com a outra foram realizadas mais de três tentativas de contato sem sucesso. Percebe-se número expressivo de equipes que não participaram em razão da rotatividade de profissionais (33,33%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição em relação à coleta de dados por município na RS II, Ribeirão Preto, 2017.

RS	Município	EAB que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ	Coletadas	Não coletadas	Recusou	Mudou profissional	Não encontrou matriz	Mais de 3 tentativas	Mesma matriz	Outros motivos
II	Canário	04	01	03	-	02	01	-	-	-
	Garça	02	-	02	-	-	01	01	-	-
	João de Barro	03	02	01	-	01	-	-	-	-
	Bem-ti-vi	03	01	02	-	04	02	02	-	-
	TOTAL	12	04	08	-	04	02	02	-	-

A RS III representa o maior número de municípios participantes, porém ainda assim seguiu a tendência observada no estudo em geral de pouca adesão de EAB, em que apenas 41% de suas equipes participaram da pesquisa (19 das 46 possíveis). A justificativa de rotatividade de profissionais novamente chama atenção, já que 10 equipes não participaram por esse motivo. A Tabela 3 descreve a região em relação à coleta de dados.

Tabela 3 - Distribuição da coleta de dados por município na RS III, Ribeirão Preto, 2017.

RS	Município	EAB que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ	Coletadas	Não coletadas	Recusou	Mudou profissional	Não encontrou matriz	Mais de 3 tentativas	Mesma matriz	Outros motivos
III	Rosa	09	03	06	-	05	-	01	02	-
	Cravo	02	02	-	-	-	-	-	-	-
	Girassol	06	03	03	-	01	01	01	-	-
	Lótus	07	03	04	-	02	01	01	-	-
	Orquídea	05	04	01	-	01	-	-	02	-
	Jasmim	17	04	13	02	01	02	04	-	04
TOTAL		46	19	27	02	10	04	07	04	04

Embora apenas 13 EAB tenham aderido ao 2º ciclo do programa na RS IV, esta teve o maior número proporcional de equipes participantes, correspondendo a 61% coletadas. Segue descrição da região na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição em relação à coleta de dados por município na RS IV, Ribeirão Preto, 2017.

RS	Município	EAB que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ	Coletadas	Não coletadas	Recusou	Mudou profissional	Não encontrou matriz	Mais de 3 tentativas	Mesma matriz	Outros motivos
IV	Pacu	01	01	-	-	-	-	-	-	-
	Tambaqui	01	01	-	-	-	-	-	-	-
	Merluza	09	04	05	01	02	-	02	02	-
	Tilápia	02	02	-	-	00	-	-	-	-
TOTAL		13	08	05	01	02	-	02	02	-

5.1.1 Rotatividade de profissionais

Vinte por cento das EAB que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ não participaram desta pesquisa por mudança de profissionais na composição da equipe. Essa justificativa já era esperada, tanto que foi objeto de preocupação e motivação para uma consulta prévia aos municípios, porém o seu percentual chamou atenção. Esse

tipo de rotatividade tem sido uma realidade atual, principalmente em relação ao profissional médico e em municípios de pequeno porte (PIERANTONI et al., 2015), característica do DRS III, já que 58% dos municípios possui população inferior a 10 mil habitantes. Essa rotatividade é especialmente preocupante nas EAB, que tem como atributo a criação de vínculos de confiança entre usuários e equipes, para viabilizar a longitudinalidade do cuidado.

Observou-se uma concentração de EAB com essa característica na RS III. Composta por seis municípios, apenas um tem população abaixo de 10 mil habitantes. Porém é uma RS expressiva no estudo, considerando que 46 EAB (45%) que aderiram ao PMAQ estão nesta região, e dessas, 19 participaram do estudo, (40% da amostra total). Na Figura 5 está descrito o número de EAB que não participou do estudo pela justificativa de rotatividade de profissionais.

Figura 5 - Quantidade de EAB por RS que não participou do estudo justificado pela rotatividade de profissionais, Ribeirão Preto, 2017

A rotatividade define a flutuação de profissionais, expressa pela relação entre as admissões e os desligamentos da mão de obra profissional contratada, ocorridos de forma voluntária ou não, em determinado período. Ela não é causa, mas efeito de

fenômenos internos ou externos à organização que condicionam o comportamento do pessoal (CHIAVENATO apud PIERANTONI *et al.*, 2015).

São diferentes influências para mudança do vínculo de profissionais das EAB ou ESF, que vão desde o aumento da oferta de trabalho com a expansão da ESF (PIERANTONI *et al.*, 2015), até motivos concretos, como o vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor e realização profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dessa política (MEDEIROS *et al.*, 2010).

O MS reconhece esse como sendo um desafio para qualificação da AB, ao descrever a “Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, compromete o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe” como um problema a ser superado (BRASIL, 2013b).

Há de se considerar que a rotatividade de profissionais na ESF, além de romper com o estabelecimento de vínculo ESF x Usuários do serviço, dificulta a continuidade de processos avaliativos e efetividade das suas propostas para melhoria, considerando que o PMAQ é um programa cíclico.

5.1.2 Matriz de intervenção não localizada

Aproximadamente 7% das EAB que não participaram do estudo, não o fizeram por não terem encontrado a MI, mesmo tendo manifestado desejo de participarem. Esse é outro achado que permite discutir o espaço e importância que um instrumento de autoavaliação, indutor de mudanças, tem ocupado no processo de trabalho e gestão das equipes.

A MI é o produto do processo autoavaliativo. É nela que as equipes elencam as metas a serem alcançadas na direção de melhoria da qualidade de suas atividades, a partir da identificação de indicadores de saúde que receberam nota baixa pela avaliação realizada pela própria equipe. O “não saber onde esse documento se encontra” pode ser um indicativo de que as equipes terão dificuldade em implementar as ações de melhoria, já que para além da meta específica, na matriz também são descritas outras informações importantes para implementação, como prazos e responsáveis.

5.1.2.1 Caracterização dos serviços e entrevistados

Em relação ao tipo de serviço que participou do estudo, das 47 EAB avaliadas, 42 (89%) é do tipo ESF. Dentre a categoria profissional respondente, a maioria foi composta por enfermeiras (os), correspondendo a 34 participantes (equivalente a 81%), com média de idade na faixa etária entre 30-34 anos, do sexo feminino (95% dos participantes), com principal vínculo de emprego sendo CLT - concurso e uma média de atuação na equipe de três a cinco anos, 11 meses e 29 dias.

Em relação ao n=47 de equipes participantes, vale ressaltar que os quatro pares de EAB que utilizaram a mesma MI cada, como resultado do processo auto avaliativo, estão aqui sendo consideradas individualmente. Por isso o número de entrevistados é 43, enquanto o número de EAB corresponde a 47. No quadro 8 estão descritos os tipos de serviços do estudo por RS.

Quadro 8 - Distribuição dos tipos de serviços de saúde por RS do DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017

RS	USF/ESF	UBS
I	16	00
II	04	00
III	18	01
IV	04	04
Total	42	05

Apesar de não estarem expostos os nomes das equipes, atendendo aos requisitos éticos, observou-se diferentes denominações dos serviços de Saúde da Família, que variaram entre Unidade de Saúde da Família (USF), ESF e PSF. Essa diversidade está relacionada com os nomes registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e que para fins dessa pesquisa interessava saber apenas o tipo de serviço, e não necessariamente a sua denominação.

Das 47 EAB, 42 se denominaram como ESF. De acordo com a PNAB (2011),

A ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo MS e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012b, p. 54).

A partir do exposto percebe-se a expansão da ESF como tipo de serviço ordenador da assistência em saúde na AB, reafirmada por este estudo. Desde o lançamento em 1994 do então PSF, hoje denominada de ESF, tem se tornado uma realidade em todas as regiões do Brasil. Na Figura 6 está apresentada a expansão da implementação da ESF no estado de São Paulo e no Brasil desde julho de 1998, quando o MS começa a monitorar.

Figura 6 - Expansão da ESF no estado de São Paulo e no Brasil, de janeiro de 1998 a maio de 2017

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Porém, ainda persistem modelos de serviços de saúde configurados como UBS, modelo esse chamado de UBS tradicional, equivalente ao tipo de serviço predominante na AB anteriormente ao surgimento da ESF e que configura uma parte importante da assistência no SUS.

Com o objetivo de qualificar toda a AB do país, o MS considera para o PMAQ as ESF como estratégia prioritária para expansão e fortalecimento da AB no Brasil, mas reconhece a necessidade de incorporar as EAB organizadas em outras modalidades nos processos de qualificação, contanto que cumpram os pressupostos e exigências previstas no programa (BRASIL, 2012b).

Essas exigências são um conjunto de parâmetros construídos considerando núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho. Conforme descrito nas diretrizes do PMAQ, todas as EAB participantes do Programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da AB, tais como a definição do território de atuação das UBS e da população adscrita. (BRASIL, 2012b).

As mudanças na recém-editada PNAB - Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017 - ameaça a expansão e consolidação da ESF, porque dentre outros fatores, deixa de priorizar esse modelo assistencial como central na AB no âmbito do SUS. Tem-se que ao reconhecer outros modelos de AB, que não centrados na ESF, provoque uma dissipação dos recursos disponibilizados para a saúde da família, comprometendo ainda mais o financiamento e enfraquecendo o modelo de ESF.

Diversas entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, o CONASS, o CONASEMS e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade divulgaram nota contrária à iniciativa. Conceituados estudiosos da área também se posicionaram criticando alguns pontos da proposta da nova política:

“há o temor de que recursos que hoje são destinados exclusivamente à Estratégia Saúde da Família sejam divididos com outras modalidades de atendimento, fragilizando essa modalidade bem-sucedida” (Luiz Facchini - coordenador da Rede de Pesquisa em APS na ABRASCO);

Em relação à dimensão seletiva que a APS pode assumir com a lista de serviços essenciais e estratégicos, um dos riscos é que “a lista mínima se

torne, na prática, a lista máxima” (Ligia Giovanella, professora da ENSP-Fiocruz).

Com a nova PNAB (2017), a ESF pode perder seu papel central na organização do sistema de saúde, seu financiamento fica comprometido, funções dos Agentes Comunitários de Saúde são modificadas sem uma discussão com a classe e com os demais profissionais da ESF. A falta de debate mais amplo com a sociedade e com o Conselho Nacional de Saúde na proposta da nova política também comprometeu o Controle Social no SUS - prerrogativa do sistema de saúde no Brasil garantida por lei, e que dá isonomia aos processos decisórios.

5.1.2.2 Categoria profissional

Segundo a PNAB, aqui ainda considerando a publicação de 2011 por ser a vigente no momento da pesquisa, para se configurar como ESF é necessário a “existência de equipe multiprofissional 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”.

Em relação à categoria profissional dos entrevistados, percebe-se uma representação de quase todas as profissões que compõem a ESF conforme descrito acima, estando ausentes profissional médico e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Apesar das atribuições dos profissionais das equipes de AB seguirem as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, há atribuições que são descritas na PANB como comuns a todos os profissionais da ESF. A ação de autoavaliação é uma dessas ao preconizar como responsabilidade de toda a equipe “Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho” (BRASIL, 2012b, p. 42).

O participante que respondeu ao questionário foi indicado pela própria equipe, alguém que fosse reconhecido pelo grupo como porta voz de todos. Nessa indicação, percebe-se uma concentração expressiva na participação do profissional enfermeiro, representando 79% dos entrevistados (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das categorias profissionais por RS do DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017.

RS	Enfermeiro	Dentista	TE	ACS	Outro
I	12	01	01	01	00
II	04	00	00	00	00
III	12	01	00	04	00
IV	06	00	00	00	01
Total	34	02	01	05	01

Em estudo realizado por Seidl et al. (2014), com dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB nacional, obteve-se que dentre os profissionais respondentes, 92,3% eram enfermeiros, indo ao encontro dos achados nesta pesquisa e reafirmando que esse profissional está fortemente envolvido com os processos do PMAQ.

Em outro levantamento realizado com resultados do segundo ciclo do PMAQ nacional obteve-se resultados similares em relação à categoria profissional respondente à avaliação externa. Galavote et al. (2016), identificaram que no estado de São Paulo 92% dos respondentes à avaliação externa do PMAQ eram enfermeiros, mesmo comportamento observado em todas as federações, com menor percentual no Distrito Federal (82%) e a maior no Pará (99%). Desses enfermeiros, a maior parte era coordenador de equipe, com uma variação percentual nesse cargo de 81% (Paraíba) a 97% (Roraima) (GALAVOTE et al., 2016).

Uma das novidades da PNAB, (2017) se refere a instituição do profissional Gerente de Unidade, descrevendo-o como “um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que

o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na AB” (BRASIL, 2017).

Vale ressaltar que para efeitos do PMAQ, o profissional entrevistado na avaliação externa deveria ser de nível superior, e nessa pesquisa não limitou participação do entrevistado em relação à nível de formação, e sim à participação enquanto profissional da equipe mínima, dentre os demais fatores já descritos.

Esses resultados evidenciam o protagonismo do profissional enfermeiro em processos de gestão e avaliação, no contexto da AB. Certamente grande parte dessas atribuições está relacionada ao perfil exigido e proposto para sua formação, como descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001) Art. 4º, a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

IV- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

Ainda em relação às DCN, Art. 5º prevê as seguintes competências e habilidades específicas na formação do enfermeiro, nos Incisos:

XXVI- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XXIII- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

XXX- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

XXXI- assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

Frequentemente, além da coordenação do trabalho da enfermagem e da supervisão dos agentes comunitários de saúde, muitas das atividades de manutenção e controle dos serviços na AB estão sob a gestão desse profissional,

estando a unidade, de forma geral, sob a responsabilidade do enfermeiro quando não há um profissional específico para essa função (GALAVOTE et al., 2016). A nova PNAB, 2017 prevê o cargo de Gerente de Unidade.

5.1.2.3 Idade e sexo

Em relação à idade, foram classificadas sete faixas etárias: 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 55 anos e acima de 55 anos. Obteve-se que 13 profissionais, o equivalente a 30%, estão na faixa etária entre 30 e 34 anos de idade, representando o maior número de participantes. No total do estudo as idades variaram entre idade mínima de 26 e máxima de 56 anos. A tabela 6 apresenta a distribuição dos participantes considerando a idade referida.

Tabela 6 - Distribuição dos entrevistados segundo idade por RS da DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017

RS	N	Média	Desvio Padrão	Min	Mediana	Max
I	15	45,80	8,6	26	48	56
II	04	33,75	5,7	26	35	39
III	17	34,35	7,6	28	31	54
IV	07	37,28	8,9	28	34	53
Total	43	38,76	9,4	26	35	56

Já em relação ao sexo, 95% dos participantes são do sexo feminino (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos entrevistados segundo sexo por RS da DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017.

RS	M	F	Total
I	00	15	15
II	01	03	04
III	00	17	17
IV	01	06	07
Total	02	41	43

Marsiglia (2011) ao pesquisar o perfil de 621 profissionais da AB no município de São Paulo encontrou resultados semelhantes ao deste estudo com 80,7% profissionais do sexo feminino e 50,5% com idade entre 21 e 40 anos.

No estudo de Marsiglia (2011), o perfil estudado foi composto por todas as categorias profissionais da EAB. Vale ressaltar essa informação, já que neste estudo a categoria profissional enfermeiro foi prevalente, mesmo não sendo um fator limitante a participação de profissionais de outra categoria. Em relação à idade se considerarmos as três primeiras categorias de faixa etária deste estudo abrangendo de 25-39 anos de idade obtém-se 58% da amostra, resultado este muito próximo ao evidenciado por Marsiglia (2011).

Considerando o já exposto sobre a maioria expressiva dos participantes pertencerem à categoria profissional enfermeiro, a média de idade encontrado nesse estudo vai de encontro a uma pesquisa de âmbito nacional realizado pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), para traçar o perfil da enfermagem no Brasil. O referido estudo publicado em 2013, e que no estado de São Paulo entrevistou 105.438 enfermeiros, evidenciou que 22,4% desses profissionais estavam na faixa etária entre 31-35 anos, representando a maior faixa etária da categoria (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

Em relação ao sexo, também se faz necessária uma análise considerando a categoria enfermeiro. Dos 41 profissionais do sexo feminino entrevistados, 32 deles se declararam enfermeiras equivalendo, e os dois representantes do sexo masculino em toda a pesquisa, também eram enfermeiros.

No estudo do perfil da enfermagem no Brasil, observou-se que no estado de São Paulo 86,6% dos enfermeiros eram do sexo feminino e 12,8% do sexo masculino, demonstrando que uma profissão historicamente feminina tem agregado cada vez mais profissionais do sexo masculino (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

5.1.2.4 Tempo de atuação na equipe

Em relação ao tempo de atuação na equipe, tem-se que 62% dos profissionais responderam de três a cinco anos, sendo este o recorte mínimo de

atuação possível e previsto, para atender a um dos requisitos necessários de participação: que o profissional respondente tivesse atuado no processo de auto avaliação da equipe e que também, no momento da coleta de dados, ainda fizesse parte da mesma equipe.

Uma das fases finais do segundo ciclo do PMAQ se deu para as equipes com o momento da avaliação externa realizada no início do primeiro semestre de 2014. Nesse momento as equipes já deveriam ter construído suas MI. Considerando o ecposto, o processo de auto avaliação deveria ter sido realizado anteriormente a 2014. O início da coleta de dados para esta pesquisa foi a partir do segundo semestre de 2015, portanto tem-se o intervalo mínimo de três anos para atender aos critérios estabelecidos da pesquisa. A Tabela 8 apresenta a distribuição de tempo de atuação por entrevistado em cada RS.

Tabela 8 - Distribuição dos entrevistados segundo tempo de trabalho na equipe por RS da DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017.

RS	N	Média	Desvio Padrão	Min	Mediana	Max
I	15	6,6	6,03	3,0	5,0	27
II	04	4,6	2,3	2,6	3,9	8,0
III	17	6,5	2,5	3,0	7,0	10
IV	07	6,2	4,4	8,0	3,6	15
Total	43	6,3	4,2	2,6	5,0	27

O tipo de vínculo trabalhista também é um indicador que pode contribuir para a rotatividade de profissionais, para a satisfação pessoal, bem como para a manutenção de vínculo do profissional com os usuários do serviço de saúde. Na Tabela 9 estão descritos os tipos de vínculos trabalhistas encontrados no estudo segundo RS.

Tabela 9 - Distribuição de tipos de vínculo trabalhista por RS da DRS III - Araraquara, Ribeirão Preto, 2017

Tipo de Vínculo	RS I	RS II	RS III	RS IV	Total
CLT Concurso	15	03	09	01	28
Estatutário Concurso	0	01	02	03	06
CLT contrato	0	0	03	0	03
CLT processo seletivo	0	0	01	0	01
CLT terceirizado	0	0	02	03	05

Percebe-se na RS I uma concentração do tipo de vínculo trabalhista CLT concurso, sendo um município de médio porte da região responsável por grande parte dos entrevistados que informaram essa condição. Municípios de médio e grande porte tendem a ter uma política trabalhista mais consistente, por que também tendem a ter maior arrecadação. Porém é preciso considerar as ameaças que a classe trabalhadora vem sofrendo, com a proposta da reforma de previdência, dentre outras.

Apesar de nas RS I e III estarem os maiores municípios do DRS III, portanto os maiores índices do tipo de vínculo trabalhista CLT concursado, foram nessas regiões também onde se evidenciou os maiores números de EAB não participantes do estudo por rotatividade de profissionais (RS I - cinco e RS II - 10). Porém vale ressaltar que essas condições foram identificadas, na sua grande maioria em municípios de pequeno porte.

5.1.2.5 Avanços e dificuldades para a melhoria do acesso e qualidade na AB

Para fins deste estudo, adotam-se como “avanços” O/M alcançados, e como “dificuldades” os parcialmente ou os não alcançados. Na Tabela 10 está demonstrada a descrição total dos avanços e dificuldades e respectivos percentuais, por RS.

Tabela 10 - Descrição numérica dos avanços e dificuldades para melhoria do acesso e qualidade na AB por RS do DRS - III Araraquara, Ribeirão Preto, 2017.

RS	O/M Alcançados	O/M Parc. Alcançados	O/M Não Alcançadas	Total O/M Elaborado
I	46	03	22	71
II	32	0	07	39
III	43	02	30	75
IV	35	02	14	51
Total	156	07	73	236

Como resultado geral, tem-se que foram elaboradas 236 O/M nas MI das equipes participantes do estudo. Destes, 156 (66%) foram alcançados; sete (3%) parcialmente alcançados, e 73 O/M (31%) de todas as metas elaboradas não foram alcançadas. Este resultado possibilita afirmar que olhando para o DRS III - Araraquara houve avanços significativos para a melhoria do acesso e da qualidade na AB a partir da perspectiva das próprias EAB, atendendo assim a primeira parte do objetivo do PMAQ-AB de “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica” e respondendo a uma das perguntas deste estudo.

Ao se fazer uma análise por RS, percebe-se diferenças importantes, tanto em relação aos avanços, quanto às dificuldades, mas também em relação ao quantitativo de O/M elaborados. As RS I e III foram responsáveis pelo maior número de metas elaboradas, representado juntas 62%. Já a RS II elaborou apenas 16% dos O/M do estudo.

Avanços

Buscando entender os legados do PMAQ para a organização do trabalho/assistência das EAB que aderiram ao 2º ciclo, esse estudo voltou o seu olhar para o processo de autoavaliação realizado através do AMAQ e a partir daí a efetivação ou não dos O/M para melhoria do acesso e qualidade na AB, elaborados na MI.

As equipes deveriam descrever na MI a qual dimensão (3 - Unidade Básica de Saúde ou 4 - Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à

Saúde) correspondente à competência das EAB os O/M pertenciam. A partir desse primeiro direcionamento eram divididas novamente em subdimensões, também já pré-estabelecidas pelo programa (Quadro 2). A fim de entender o conteúdo de cada proposta elaborada pelas EAB, os avanços foram agrupados por subdimensão em cada RS conforme Quadro 9.

Quadro 9 - Percentual de O/M alcançados em relação às elaboradas, por subdimensão do AMAQ, nas RS do DRS III. Ribeirão Preto, 2017.

Dimensão 4 Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde						Dimensão 3 Unidade Básica de Saúde		
RS	EP e qualificação das equipes	Org. do processo de trabalho	Atenção Integral à saúde	Part. Controle social e satisfação usuário	Programa saúde na escola	Infra. Equipamentos	Insumos, imunobiológicos e medicamentos	% de alcançadas por RS
I	75% (03 de 04) ¹	75% (12 de 16) ¹	71% (20 de 28) ¹	60% (03 de 05) ¹	70% (07 de 10) ¹	14% (01 de 07) ¹	0% (0 de 01) ¹	64% (46 de 71) ¹
II	100% (01 de 01) ¹	89% (16 de 18) ¹	83% (15 de 18) ¹	0	0% (0 de 01) ¹	0% (0 de 01) ¹	0	82% (32 de 39) ¹
III	25% (02 de 08) ¹	72% (21 de 29) ¹	61% (17 de 28) ¹	0	50% (01 de 02) ¹	67% (02 de 03) ¹	0	57% (43 de 75) ¹
IV	0	70% (14 de 20) ¹	94% (15 de 16) ¹	100% (02 de 02) ¹	50% (01 de 02) ¹	22% (02 de 09) ¹	50% (1 de 2) ¹	69% (35 de 51) ¹
Total de Alcançadas	4% (06) ²	40% (63) ²	43% (67) ²	3% (05) ²	6% (09) ²	3% (05) ²	1% (01) ²	100% (156) ²

(1) (alcançados de elaborados)

(2) (número de alcançados)

Em relação aos avanços, destaca-se a RS II, que apesar de ter elaborado o menor percentual de O/M no DRS, obteve efetivação expressiva de 82% das propostas. Não foi identificado nenhum fator estrutural que justificasse o destaque dessa região no sucesso. A mesma é composta por cinco municípios de pequeno porte, dos quais apenas três participaram do estudo. Aos entrevistados foi perguntado sobre fatores que podem ter influenciado na implementação das metas elaboradas, obtendo-se as seguintes respostas: “esforço da equipe”; “compromisso da equipe”; “envolvimento da equipe”; e “campanha Outubro Rosa”, conforme descrito no quadro 12. A RS III ficou com o menor percentual de alcance com 57%. Esse resultado é explorado mais à frente no item “dificuldades”. Em relação as outras duas regiões percebe-se certo equilíbrio, com 68% de avanços na RS IV e 64% na RS I. Segue quadro com percentual de avanços por município.

Quadro 10 - Número e percentual de O/M alcançadas por município e RS, Ribeirão Preto, 2018

	RS - I			RS - II			RS - III						RS - IV			
Município	Amarelo	Azul	Verde	Canário	João-de-barro	Bem-te-vi	Rosa	Cravo	Girassol	Lótus	Orquídea	Jasmim	Pacu	Tambaqui	Merluza	Tilápia
Nº de O/M elaborados	52	07	12	07	24	08	12	14	14	17	09	09	03	04	19	25
Nº de O/M alcançados	35	03	08	04	24	04	06	04	08	12	07	05	03	04	07	21
% de O/M alcançadas (avanços)	67%	43%	67%	57%	100%	50%	50%	28%	64%	70%	78%	56%	100%	100%	37%	84%

A RS I elaborou 71 O/M e alcançou 46, correspondendo a 64% de avanços. Dessa região entraram no estudo três municípios aqui denominados com as cores Amarelo, Azul e verde. Porém a região é composta por oito municípios, dos quais um não aderiu ao segundo ciclo do PMAQ e quatro não participaram do estudo por motivos já citados anteriormente.

- Amarelo- município onde 23 EAB aderiram ao 2ª ciclo do PMAQ, das quais 14 participaram deste estudo. Só esse município elaborou 52 O/M, (correspondendo a 73% dos O/M elaborados na RS I e 22% dos elaborados por todos os participantes do estudo) destes, alcançou 35, ou seja, 67% de avanço próprio (correspondendo 76% dos avanços da RS I, e 22% dos avanços de todo o estudo). Na dimensão 4 os avanços seguiram a seguinte distribuição por subdimensão: EP e qualificação das equipes = 03; Org. do processo de trabalho = 09; Atenção Integral à saúde = 16; Part. Controle social e satisfação usuário = 01; Programa saúde na escola = 06. Na dimensão 3 não houve avanços.
- Azul- duas EAB aderiram ao PMAQ, porém apenas uma participou do estudo. Essa elaborou 07 O/M (correspondendo a aproximadamente 10% dos elaborados na RS I), dos quais alcançou 03, correspondendo a 43% de avanço próprio e 6,5% dos avanços da região. Os três O/M pertenciam à subdimensão Org. do processo de trabalho, da dimensão 4.
- Verde- A única equipe que aderiu ao PMAQ neste município também aderiu a esse estudo. Foram 12 O/M elaborados, dos quais 08 foram alcançados, aproximadamente 67% de avanço (17% dos O/M alcançados da RS I). Assim distribuídos na dimensão 4: Atenção Integral à saúde = 04; Part. Controle social e satisfação usuário = 02; Programa saúde na escola = 01. Na dimensão 3, o município Verde foi o único da RS I a ter um O/M alcançado (os demais não alcançaram nenhum), este na subdimensão Infraestrutura e equipamentos.

A RS II elaborou 39 O/M, dos quais alcançou 32, correspondendo a 82% de avanços, sendo a RS que apresentou maior índice de avanços proporcionalmente

ao número de O/M elaborados. Nessa região também foram três os municípios que aderiram ao estudo, aqui denominados: Canário, João de Barro e Bem-ti-vi.

- Canário- quatro EAB aderiram ao 2º ciclo do PMAQ, dessas apenas uma participou deste estudo, a qual elaborou 07 O/M, alcançando 04 delas, todas pertencentes à subdimensão Atenção Integral à Saúde da dimensão 3.
- João-de-Barro- foram três as equipes que aderiram ao 2º ciclo e duas participantes aqui. Esse foi um município que se destacou na RS II e no estudo como todo, tanto em relação ao número de elaborados, quanto ao de alcançados, já que alcançou todos os 24 O/M elaborados, representando 100% de avanço interno, 75% dos avanços da RS II e 15% dos avanços de todos os municípios participantes.
- Bem-te-vi- três equipes aderiram ao PMAQ e uma participou da pesquisa. Essa elaborou 08 O/M, e tal qual o município canário também alcançou 04, todas da subdimensão Atenção Integral à Saúde - dimensão 3.

A RS III foi a região com maior número de municípios participantes, representado por Rosa, Cravo, Girassol, Lotus, Orquídea e Jasmim. Esta região foi a que elaborou o maior número de O/M, 75 no total, alcançando 43 delas, correspondendo a 57% de avanço, sendo a região com menor percentual alcançado. Porém é preciso considerar a diversidade dos municípios conforme segue:

- Rosa- nove equipes aderiram ao 2º ciclo do PMAQ e três a este estudo. O município alcançou 50% dos 12 O/M elaborados, com seus avanços nas subdimensões EP e qualificação das equipes = 01; organização do processo de trabalho = 04 e atenção integral à saúde = 01. Não houve O/M alcançados da dimensão 3.
- Cravo- as duas equipes que aderiram ao PMAQ participaram da pesquisa. Elaboram 14 O/M, e desses alcançaram apenas 04, sendo três da dimensão 4 nas subdimensões organização do processo de trabalho = 01; atenção integral à saúde = 02, e um O/M alcançada da dimensão 3, pertencente à subdimensão infraestrutura e equipamentos.

- Girassol- seis EAB aderiram ao 2º ciclo, dessas 50% participaram. Juntas alcançaram 09 O/M das 14 elaboradas, um avanço para o município de 64%. Foram assim distribuídas nas subdimensões da dimensão 4: organização do processo de trabalho = 03; atenção integral à saúde = 05 e Programa Saúde na Escola = 01. Não havendo por tanto O/M alcançadas na dimensão 3.
- Lótus- município com maior número de avanços, alcançando 12 O/M, porém as 17 elaboradas também correspondem ao maior número de O/M elaborados da região. O município representou 28% dos avanços na RS III e aproximadamente 8% de todos os O/M alcançadas do estudo. Em relação ao desempenho interno, foi 70% de avanço. Estão assim distribuídos na dimensão 4: organização do processo de trabalho = 07; atenção integral à saúde = 04 e 01 O/M da subdimensão infraestrutura e equipamentos, representando a dimensão 3.
- Orquídea- foram cinco as EAB que aderiram ao PMAQ. Dessas, quatro contribuíram com esta pesquisa. No município foram elaborados nove e alcançados sete O/M, tendo um avanço interno importante, já que os alcançados representam 78% dos elaborados. Seguindo a tendência dos demais municípios, os avanços foram nas subdimensões organização do processo de trabalho = 05 e atenção integral à saúde = 02.
- Jasmim- das 17 equipes que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ, apenas quatro participaram da pesquisa, 23% das EAB. Elaboraram nove O/M, alcançando apenas cinco, um desempenho de aproximadamente 56%. A Jasmim tem posição estratégica na RS III e possui uma importante capacidade instalada para assistência em saúde, porém passou por sucessivas mudanças de gestão em um curto período de tempo. Todos os profissionais participantes possuem vínculo trabalhista via concurso-CLT. Entre as EAB não participantes, em uma delas houve troca de funcionários, dois recusaram, dois não encontraram matriz, quatro foram realizadas mais de três tentativas de contato e quatro por outros motivos. Os avanços foram nas subdimensões EP e qualificação das equipes = 01, organização

do processo de trabalho = 01 e atenção integral à saúde = 03, todas da dimensão 4.

A RS IV é composta por quatro municípios, aqui chamados de Pacu Tambaqui, Merluza e Tilápia. Dois desses com 100% de avanços. Esta região alcançou 35 O/M, das 51 elaboradas, um avanço interno de 69%, assim distribuídos nos seus municípios:

- Pacu- uma equipe que aderiu ao 2º ciclo e apesar de ter elaborado apenas 03 O/M, o município foi um da RS IV com 100% de avanço ao alcançar todas as elaboradas das subdimensões organização do processo de trabalho = 02 e atenção integral à saúde = 01.
- Tambaqui- também apenas uma equipe aderiu ao PMAQ e ao estudo representando o município que alcançou 100% dos 04 O/M elaborados, todos eles na subdimensão Organização do processo de trabalho.
- Merluza- das 09 EAB que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ, 04 participaram da pesquisa. Elaboraram 19 O/M e alcançaram apenas 07, um desempenho interno de apenas 37%, muito aquém dos demais municípios da região e de todo o estudo, sendo o município com menor percentual de avanço de todo o DRS. Por ter elaborado um grande número de O/M ainda representou 20% dos avanços da RS IV. Entre os motivos para não participação nesse estudo, 01 EAB recusou, em 02 mudou profissionais e outras 02 mais de três tentativas de contato. O tipo de vínculo no município é CLT terceirizado via Organização Social de Saúde (OSS). Os avanços foram na dimensão 4, as subdimensões: organização do processo de trabalho = 02; atenção integral à saúde = 01; Part. Controle social e satisfação usuário = 01; Programa saúde na escola = 01 e infraestrutura e equipamentos = 02, esse último representando a dimensão 3.
- Tilápia- as duas equipes que aderiram ao PMAQ participaram desta pesquisa. No município houve um bom alcance de O/M, chegando a efetivar 21 dos 25 elaborados, um desempenho de 84% de avanço dentro do próprio município. Os O/M alcançados foram nas subdimensões: organização do processo de trabalho = 06; atenção integral à saúde = 13;

Part. Controle social e satisfação usuário = 01, esses da dimensão 4 e na subdimensão Insumos, imunobiológ. e medicamentos = 01, representando a dimensão 3. Com esse resultado, 60% dos avanços da RS IV foi graças ao município Tilápia. Em relação a todo o estudo, ele representou 13% dos avanços.

Dos 156 O/M alcançados, 83% deles correspondem a duas subdimensões: Atenção Integral à Saúde com 67 (43%) e Organização do Processo de Trabalho com 63 alcançadas (40%). Estando o maior número de avanços relacionados a essas subdimensões, pode-se afirmar que eram nelas também onde as EAB identificaram, através do AMAQ, os maiores problemas em sua prática de trabalho.

Ainda na intenção de captar as peculiaridades nos apontamentos de necessidades de melhorias para o acesso e qualidade da AB, os O/M foram reagrupados mais uma vez dentro de cada subdimensão, de maneira a classificar propostas com temáticas similares. Nessa etapa, consideraram-se temas mais prevalentes no conteúdo dos O/M como novas classes.

Em relação à subdimensão Atenção Integral à Saúde, o agrupamento foi em categorias de linhas de cuidados no escopo de competências da Atenção Básica, assim categorizadas: Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Doenças Crônicas; Gestantes; Saúde Mental e Educação/Promoção da Saúde.

Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS (MATTA; MOROSINI, 2008a). A exemplo disso, o MS lançou políticas de atenção à saúde de diferentes grupos populacionais, como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, atenção à hipertensão arterial, diabetes, DST/Aids, entre outras. Na Tabela 11 estão descritos os agrupamentos dentro da subdimensão Atenção Integral à Saúde.

Tabela 11 - Distribuição de metas alcançadas da subdimensão Atenção Integral à Saúde, segundo linhas de cuidados mais prevalentes nas O/M, por RS. Ribeirão Preto, 2017.

Linha de cuidado	RS I	RS II	RS III	RS IV	Total por linha de cuidado
Saúde da criança	03	04	02	02	11
Saúde da Mulher	01	02	02	0	05
Doenças Crônicas	01	03	01	0	05
Gestantes	02	03	03	03	11
Saúde Mental	01	0	01	04	06
Educação/Promoção da Saúde	09	02	04	03	18
Outros	03 (Deficientes, epiléticos e fumantes)	01 (TB)	04 (dengue, acolhimento, homens e tabagistas)	03 (obesos, acolhimento e hanseníase)	11
Total por RS	20	15	17	15	67

Considerando o perfil epidemiológico do DRS III, tem-se uma dimensão da necessidade de ações de saúde na AB que podem influenciar na relação das principais causas de internação considerando que muitas estão relacionadas a hábitos de vida, que inclusive assemelha-se às causas da RRAS XIII sendo do aparelho circulatório, seguida pelo aparelho digestório, causas externas e neoplasias, conforme organizado de maneira mais detalhada no Quadro 11.

Quadro 11 - Principais causas de internação (segundo os Capítulos do CID-10) em 2011. Número de internações e taxa por 10 mil, no DRS III e RRAS 13.

Causa Capítulo CID10	Nº internações	Taxa de Internação	Nº internações	Taxa de Internação
	DRS III		RRAS 13	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.729	18,79	9.835	29,74
II. Neoplasias (tumores)	3.061	33,26	13.705	41,44
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	273	2,97	1.484	4,49
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.132	12,30	5.033	15,22
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.657	18,01	5.443	16,46
VI. Doenças do sistema nervoso	926	10,06	5.693	17,21
VII. Doenças do olho e anexos	293	3,18	2.533	7,66
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	148	1,61	571	1,73
IX. Doenças do aparelho circulatório	5.845	63,51	24.524	74,15
X. Doenças do aparelho respiratório	4.706	51,14	23.795	71,95
XI. Doenças do aparelho digestivo	4.964	53,94	22.522	68,10
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	688	7,48	3.616	10,93
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.564	17,00	5.577	16,86
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.385	36,78	15.919	48,13
XV. Gravidez parto e puerpério	6.132	66,63	28.924	87,45
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	474	5,15	3.428	10,36
XVII. Mal f cong deformid e anomalias cromossômicas	367	3,99	1.744	5,27
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	900	9,78	3.122	9,44
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	4.194	45,57	21.056	63,66
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10	0,11	47	0,14
XXI. Contatos com serviços de saúde	683	7,42	4.121	12,46
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	0	0,00
Total	43.131	468,68	202.692	612,86
População residente	920.257		3.307.320	

Fonte: Plano de Ação Regional: Rede de Atenção Psicossocial. Araraquara: Departamento Regional de Saúde III, 2013.

Percebe-se um expressivo número de avanços relacionados a ações de Educação/Promoção da Saúde, correspondendo a 27% (n=67) dos O/M pertencentes a subdimensão Atenção Integral à Saúde, e um equilíbrio entre Saúde da Criança e Gestantes, ambas com 16,4% cada.

Ações de Educação/Promoção da Saúde são, entre outras, a essência que caracteriza o trabalho em saúde na Atenção Básica. O trecho inicial que apresenta a PNAB, a define como, entre outras coisas, um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012b). Devido sua grande importância e impacto na qualidade de vida das pessoas, se tomou uma política específica, a Política Nacional de Promoção da Saúde, lançada em 2014.

A ideia central na Educação/Promoção da Saúde perpassa pelo protagonismo dos usuários do serviço de saúde, já que o esclarecimento sobre os impactos positivos na qualidade de saúde produzidos por hábitos de vida saudáveis dependem não apenas dessa compreensão, mas também da prática. É nessa perspectiva que Marasca (2013), dá o título a um livro fruto de sua pesquisa de mestrado: Saúde se aprende, educação é que cura.

A insuficiência de ações de promoção à saúde e redução de danos já havia sido evidenciada na região através do Plano de Ação Regional – Rede de Atenção Psicossocial (DIAS, 2013). Nesse sentido, avanços envolvendo essa temática na região demonstram a potencia e importância do PMAQ, que através da autoavaliação reafirmou para as EAB de que, a Educação/Promoção da Saúde, um dos principais eixos de ações na AB estava deficitária, permitindo a partir disso, elaborar O/M para superar essa dificuldade.

Na subdimensão Organização do Processo de Trabalho foram criadas quatro novas subdivisões: Registro/documentação das ações da equipe; Organização de prontuários e da agenda de atendimentos; Busca ativa/vigilância epidemiológica e, finalmente, Classificação de Risco/atenção às vulnerabilidades (Tabela 12).

Tabela 12 - Número de O/M alcançados por RS segundo classificações da subdimensão Organização do Processo de Trabalho, Ribeirão Preto, 2017

RS	Registros/documentação das ações da equipe	Organização de prontuários e da agenda de atendimentos	Busca ativa / vigilância epidemiológica	Classificação de Risco/atenção às vulnerabilidades	Outros	Total O/M alcançadas
I	02	04	01	04	01	12
II	04	05	05	01	01	16
III	01	05	05	08	02	21
IV	01	01	00	04	08	14
Total	08	15	11	17	12	63

Entende-se processo de trabalho como algo que se dá na transformação de algo antes em algo depois através da aplicação de energia e que atenderá a um carecimento, permeado por finalidades e viáveis por um objeto de trabalho (GONÇALVES, 1992).

Há três elementos componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. O conceito “processo de trabalho em saúde”, propriamente dito, diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Neste estudo evidenciou-se na subdimensão Organização do Processo de Trabalho uma concentração de avanços relacionados à Classificação de Risco/atenção às vulnerabilidades, correspondendo a 27% (n=63), seguido de Organização de prontuários e da agenda de atendimentos com 24% (n=63), portanto, essas duas classificações juntas somam 51% dos O/M alcançados na subdimensão Organização do Processo de Trabalho.

Percebe-se mais uma vez, maior número de avanço relacionado a tema que caracteriza a AB, principalmente a ESF, que tem em suas bases de atuação a consideração do território de produção de vida e a classificação de risco e

vulnerabilidades das famílias. A Classificação de Risco diz respeito a uma dimensão matemática de probabilidade de ocorrer um evento, enquanto que a vulnerabilidades diz respeito às condições precárias que cercam os grupos sociais, como moradia, água, saneamento, educação e cultura, além dos meios adversos para sua subsistência, aumentando os riscos de eventos danosos à saúde e à integridade da vida ocorrerem.

Para entender melhor as motivações na implementação dos O/M elaborados, e a potencialidade das equipes nesse processo, foi perguntado ao entrevistado quais fatores eram atribuídos à efetivação dos O/M, e dentre esses, o que consideravam como fator decisivo.

Segue no Quadro 12 descrição das fatores/motivações para os avanços, agrupadas por subdimensões, por considerar que sofrem influências diferentes.

Quadro 12 - Fatores que influenciaram no alcance de O/M por dimensão do PMAQ nas RS do DRS III, Ribeirão Preto, 2017.

	Dimensão 4 - Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. <u>Fatores decisivos</u>	Dimensão 3 - Unidade Básica de Saúde <u>Fatores decisivos</u>
RS I	Aceitação de toda a equipe; A equipe viu a necessidade de retomar as atividades; Comprometimento da equipe; PMAQ que fez melhorar o processo de trabalho; Motivação da equipe; Disponibilização de transporte; Falta de vontade da equipe "força interior"; Trabalho da equipe e dos ACS; Estímulo do PSE; Visualização/reflexão a partir do AMAQ sobre falta de articulação e trabalho inter-setorial junto à escola; Proatividade da equipe; Não exigia recursos materiais Empenho da equipe; Governança da equipe; Certeza que a efetivação da MI melhoraria a saúde da população;	Apoio do departamento de saúde;
RS II	Esforço da equipe; Compromisso da equipe; envolvimento da equipe; Campanha Outubro Rosa, que mobiliza a equipe, o município e tem boa adesão da população;	--
RS III	AMAQ; MI; Esforço da equipe; Ajuda da equipe; Estímulo do PMAQ; Orientação da equipe para conscientização da população; Reuniões de equipe; Envolvimento da população; União da equipe; Colaboração da equipe; Apoio da gestão e participação da equipe; Empenho da equipe; O AMAQ que foi importante para elencar o problema; Aumento de casos de pacientes jovens com exames alterados;	Esforço do secretário de saúde à época; MS que lançou o programa de reforma, ampliação e construção de UBS e USF; Organização e vontade da equipe de adaptar a estrutura para o acolhimento.
RS IV	Reunião de equipe; Gestão por competência; Integração da equipe; Apoio da gestão municipal e repasse do recurso do PMAQ para a equipe;	Apoio da gestão; Necessidade de descentralização do serviço e uso de programas como e-sus; Contratação de novos funcionários; Treinamento dos funcionários.

Dificuldades - O/M Parcialmente Alcançados

A efetivação parcial ou a não efetivação é aqui considerada como dificuldades para a melhoria do acesso e qualidade na AB a partir da perspectiva das próprias equipes. Considerando essas duas classificações juntas, observou-se que as EAB do DRS III - Araraquara enfrentaram dificuldades em 80 O/M elaborados,

correspondendo a 34% (n=236). Considerando-as isoladamente em relação ao total elaborado, 07 foram parcialmente alcançados equivalendo a 3% (n=236).

- RS I- Houve 02 O/M parcialmente alcançados no município Azul, sendo um em cada subdimensão (Infraestrutura Equipamentos e Insumos, imunobiológicos e medicamentos) da dimensão 3.
- RS II- Não foram relatadas metas parcialmente alcançadas, o que para fins deste estudo equivale dizer que não tiveram M/O parcialmente alcançados.
- RS III- No município Cravo, 01 O/M foi parcialmente alcançado na subdimensão atenção integral à saúde, e no município Orquídea também com 01, porém na subdimensão EP e qualificação das equipes.
- RS IV- Nessa região apenas o município Merluza teve O/M não alcançados, um na subdimensão org. do processo de trabalho e um da subdimensão Insumos, imunobiológicos e medicamentos (dimensão 3).

Seguindo a lógica adotada neste estudo para alocação dos O/M por RS e por subdimensão, segue distribuição das dificuldades relacionadas a metas parcialmente alcançadas. O estudo mostrou pequeno número de O/M parcialmente alcançadas, porém, mesmo em número reduzido em relação aos outros estágios, já começa e se destacar a dificuldade para a melhoria do acesso e da qualidade na AB relacionado a propostas da dimensão 3, que com apenas duas subdimensões, teve 60% (n=7) das metas parcialmente alcançadas. Para os entrevistados, o alcance parcial de O/M se justifica pelos motivos descritos no Quadro 13.

Quadro 13 - Fatores que influenciaram no alcance parcial de O/M por dimensão do PMAQ nas RS do DRS III, Ribeirão Preto, 2017

	Dimensão 4 - Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde		Dimensão 3 - Unidade Básica de Saúde	
RS	Fator decisivo	Outros Fatores que influenciaram	Fator decisivo	Outros Fatores que influenciaram
I	--	--	Governabilidade da equipe	1- coisas que não estavam na governabilidade da equipe; 2- as propostas estavam recentes para a equipe; 3- apoio da gestão. (para as partes que a equipe conseguiu implementar).
II	--	--	--	--
III	Necessidade de controle da demanda para especialidades e outros níveis de atenção dos usuários	--	--	--
IV		Falta de vontade dos pontos de referência; Maior cobrança por parte da própria equipe	Falta de verba	Mudança no <i>guidelines</i> - para EU

Dificuldades - O/M Não Alcançados

Em relação às dificuldades para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica, segundo as EAB, o estudo evidenciou 73 O/M não alcançadas, correspondendo a 31% de tudo o que foi elaborado. Mesmo havendo menos dificuldades do que avanços, esse percentual é expressivo, considerando que em muitos casos a efetivação de propostas da MI dependia inteiramente da organização da equipe. Segue descrição numérica e percentual de O/M não alcançados por município. (Quadro 14).

Quadro 14 - Número de O/M não alcançadas por município, Ribeirão Preto, 2018

	RS – I			RS - II			RS - III						RS - IV			
Município	Amarelo	Azul	Verde	Canário	João-de-barro	Bem-te-vi	Rosa	Cravo	Girassol	Lótus	Orquídea	Jasmim	Pacu	Tambaqui	Merluza	Tilápia
Nº de O/M elaborados	52	07	12	07	24	08	12	14	14	17	09	09	03	04	19	25
Nº de O/M não alcançados	17	01	04	03	0	04	06	09	05	05	01	04	0	0	10	04
% de não alcançadas (dificuldades)	33%	14%	33%	43%	-	50%	50%	64%	36%	29%	11%	44%	-	-	53%	16%

Na RS I, dos 71 O/M elaborados não foram alcançados 22, correspondendo a 31% de dificuldades, assim distribuídos entre os municípios:

- Município Amarelo- destacou-se por ter elaborado 52 O/M, sendo que destes, 17 não foram alcançados o que corresponde a 33% de dificuldades no próprio município, e 77% dos não alcançados na RS I. Na dimensão 4 as dificuldades estavam nos O/M Org. do processo de trabalho = 03; Atenção Integral à saúde = 05; Part. Controle social e satisfação usuário = 02; Programa saúde na escola = 03. Na dimensão 3 não foram alcançados 04 O/M na subdimensão infraestrutura e equipamentos.
- Município Azul- elaborou 07 O/M e não conseguiu alcançar 01, da subdimensão Org. do processo de trabalho, pertencente à dimensão 4.
- Município Verde- foram 12 O/M elaborados, sendo 04 não alcançados assim distribuídos na dimensão 4: EP e qualificação das equipes = 01 e Atenção Integral à saúde = 03, por tanto todos da dimensão 4.

A região RS II não alcançou 07 O/M dos 39 que elaborou, portanto com dificuldade em 18% para melhoria do acesso e qualidade na AB. Em relação aos municípios, forma assim distribuídos:

- Canário- elaborou 07 O/M, e dessas não alcançou 03, correspondendo a 43% de dificuldade, pertencentes às subdimensões organização do processo de trabalho = 03 e programa saúde na escola = 01.
- João-de-Barro- conforme descrito nos avanços, esse município alcançou todos os O/M.
- Bem-te-vi- Esse município não alcançou 50% dos 08 O/M que elaborou. As dificuldades estavam nas subdimensões atenção integral à saúde = 03, da dimensão 4 e infraestrutura e equipamentos = 01, da dimensão 3.

Na região RS III, foram 30 O/M não alcançados dos 75 elaborados, por tanto uma dificuldade em 30% das propostas. Com esse resultado, 41% das dificuldades estavam nessa região, porém mais uma vez vale lembrar que foi a região com o

maior numero de municípios participantes. As dificuldades foram assim distribuídas entre os municípios:

- Rosa- elaborou 12 O/M dos quais não alcançou 50% nas subdimensões organização do processo de trabalho = 02 e atenção integral à saúde = 04.
- Cravo- esse município teve um percentual de dificuldade de 64%, já que não alcançou 09 dos 14 O/M elaborados. As dificuldades estavam disseminadas nas seguintes subdimensões da dimensão 4: EP e qualificação das equipes = 02; organização do processo de trabalho = 02 e atenção integral à saúde = 02. Já na dimensão 3 não foram alcançados O/M nas suas duas subdimensões infraestrutura e equipamentos = 01 e Insumos, imunobiológicos e medicamentos = 02.
- Girassol- 05 O/M não foram alcançados, o que equivale a 36% dos 14 elaborados, assim distribuídas nas subdimensões da dimensão 4: organização do processo de trabalho = 01; atenção integral à saúde = 01; Part. Controle social e satisfação usuário = 02 e Programa Saúde na Escola = 01.
- Lotus- foram elaborados 17 O/M sendo apenas 05 não alcançados nas subdimensões dimensão 4: organização do processo de trabalho = 02; atenção integral à saúde = 02 e Controle social e satisfação usuário = 01.
- Orquídea- não alcançou apenas 01 O/M das 09 elaboradas. A dificuldade foi na subdimensão atenção integral à saúde, dimensão 4.
- Jasmim- 04 dos 09 O/M elaboradas no município não foram alcançadas (44% de dificuldades). Estão nas subdimensões EP e qualificação das equipes = 02, atenção integral à saúde = 01 e Controle social e satisfação usuário = 01, todas da dimensão 4.

Como já descrito nos avanços, em dois municípios da região RS IV (Pacu e Tambaqui) não houve O/M que não foram alcançados. Dos 51 elaborados, 14 não foram alcançados (27%), assim distribuídos nos dois municípios que enfrentaram dificuldades para melhoria do acesso e qualidade na atenção básica:

- Merluza- esse município não alcançou 10 dos 19 O/M elaborados, o que representa uma dificuldade interna de mais da metade, 53%. Com esse desempenho, o município de Merluza foi responsável por 71% das dificuldades na RS IV. Os O/M não alcançados estavam assim distribuídos na dimensão 4: organização do processo de trabalho = 01; atenção integral à saúde = 01 e Programa saúde na escola = 01, e na dimensão 3 se destaca com 07 O/M não alcançados na subdimensão infraestrutura e equipamentos. Com esse resultado, dos 20 O/M de todo o estudo não alcançados nessa subdimensão, os 07 não alcançados por Merluza representam 35% das dificuldades.
- Tilápia- Dos 25 O/M elaborados, apenas 04 não foram alcançados, todos estes na subdimensões organização do processo de trabalho.

Fazendo uma análise por subdimensão em relação às dificuldades para a melhoria do acesso e qualidade na atenção básica, obteve-se que 25% dos 90 O/M elaborados na subdimensão Atenção Integral à Saúde – dimensão 4 – não foram alcançados, sendo esse o número mais expressivo. Porém é preciso considerar que também foi nesta mesma subdimensão que houve maior número de elaborações na MI. Já na dimensão 3, destaca-se a subdimensão Infraestrutura e Equipamentos com não alcance de 65% (n=20) de O/M elaborados. Segue no quadro 13 percentual de O/M não alcançados por RS e por subdimensão.

Quadro 15 - Percentual de O/M não alcançadas por subdimensão nas RS do DRS III - Araraquara. Ribeirão Preto, 2017

	Dimensão 4 - Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde					Dimensão 3 – Unidade Básica de Saúde		
Região de Saúde	EP e qualificação das equipes	Org do processo de trabalho	Atenção Integral à saúde	Part. Controle social e satisfação usuário	Programa saúde na escola	Infra. Equipamentos	Insumos, imunobiológicos e medicamentos	Total não alcançado por RS
RS I	25% (01 de 04)	25% (04 de 16)	28% (08 de 28)	40% (02 de 05)	30% (03 de 10)	57% (04 de 07)	00	22
RS II	00	11% (02 de 18)	17% (03 de 18)	00	100% (01 de 01)	100% (01 de 01)	00	07
RS III	62,5% (05 de 08)	24% (07 de 29)	39% (11 de 28)	100% (04 de 04)	50% (01 de 02)	33% (01 de 03)	100% (01 de 01)	30
RS VI	00	25% (05 de 20)	6% (01 de 16)	00	50% (01 de 02)	78% (07 de 09)	00	14
Total por subdimensão	06	18	23	06	06	13	01	73

Considerando os O/M parcialmente alcançadas e não alcançadas, portanto as dificuldades para melhoria do acesso e qualidade na atenção básica, a RS III se destaca e esse resultado surpreendeu, já que é a única região em que todos os municípios aderiram ao 2º ciclo do PMAQ e também a essa pesquisa. É composta por municípios de pequeno e médio porte e elaorou 75 O/M, a maior quantidade identificada nesse estudo.

Uma das características interessantes identificadas nessa região (que não foram captadas no instrumento de coleta de dados por não ser objetivo inicial) foi a rotatividade de gestores municipais da saúde, indicando por tanto, uma possível relação de fragilidade na não implementação de ações da MI por parte das EAB.

Dentro da unidade de análise Equipe de Atenção Básica, na dimensão 3 - Unidade Básica de Saúde as Subdimensões A - Infraestrutura e equipamentos e B - Insumos, imunobiológicos e medicamentos percebe-se um baixo número tanto na elaboração de metas (24) quanto nas efetivamente implementadas (6). Portanto, a maior parte das metas não foram implementadas. Este resultado está relacionado à baixa ou nenhuma governabilidade das EAB em relação a questões envolvendo a estrutura física e aquisição de insumos necessários à assistência, de acordo com o que responderam as equipes quando perguntadas em relação à motivação para a efetivação ou não das metas (Quadro 16).

Quadro 16 - Fatores que influenciaram no não alcance de O/M por dimensão do PMAQ nas RS do DRS III, Ribeirão Preto 2017.

	Dimensão 4 - Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. <u>Fatores decisivos</u>	Dimensão 3 – Unidade Básica de Saúde <u>Fatores decisivos</u>
RS I	Cultura da população; Não dependia da equipe; A equipe não priorizou essa proposta por demandas de outros serviços; Não tem cultura de participação - população idosa; Falta de adesão da população; A diretora da escola de ensino médio não deu resposta/devolutiva; Falta de articulação do PSE no município; Falta de recursos humanos; Cultura da população; Sobrecarga de trabalho da enfermeira que estava sem profissional TE;	Dependia do nível da gestão; Dificuldade para verba chegar até a equipe; Insuficiência de pessoal
RS II	Falta de conscientização da população; Número insuficiente de ACS e equipe de enfermagem para cumprir a periodicidade conforme o Caderno de AB;	Depende do poder executivo. A equipe já repassou a solicitação e está aguardando
RS III	Saída do Médico da equipe; Priorização de outras metas mais importantes; Comunicação precária entre departamento e outras unidades; Falta de equipe multidisciplinar; A não participação do médico (Mais Médicos) nas reuniões de sexta feira; Não depende só da equipe; Abertura de um centro especializado (referência de saúde da mulher) no município; Falta de Recursos Humanos; Falta de tempo; Falta de espaço físico; Falta de adesão da comunidade; Não depende apenas da equipe, necessita de vontade da administração pública;	Falta de capacitação da equipe;
RS IV	Não consegue sensibilizar as outras instâncias da importância dessa proposta; Organização do serviço (a enfermeira não pode se ausentar da unidade por muito tempo); Falta de recursos humanos; Falta de espaço físico na unidade; Falta de adesão da população; Transferências de enfermeiras;	Depende da gestão; Falta de verba;

O próprio manual do AMAQ considera que - “Embora os dois componentes centrais (unidades de análise 1-Gestão e 2-Equipe de Atenção Básica) estejam organizados de maneira equivalentes, deve-se considerar que o componente gestão é corresponsável por parte das condições e oportunidades que permitem o componente equipe acontecer. Porém, procurou-se, no componente equipe, dar destaque às questões que são de considerável autonomia desta. Ressalta-se, ainda,

que os elementos de estrutura, embora possam e devam ser avaliados no âmbito do trabalho das equipes, são de maior responsabilidade dos gestores, devendo, portanto, ser objeto de autoanálise desse ator” (BRASIL, 2013b p. 18).

6. Considerações Finais

Buscando contribuir para a institucionalização da avaliação em saúde no Brasil, bem como para a valorização da AB e do SUS, esse estudo alcançou seu objetivo geral ao analisar avanços e dificuldades havidos em ações para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde a partir da perspectiva das próprias equipes que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ.

Evidenciou que as EAB participantes, em sua maioria, conseguiram avanços nos O/M elaborados, atribuindo o sucesso de um modo geral ao esforço coletivo da equipe. Para as dificuldades houve uma associação expressiva do fator decisivo estar relacionado a questões que fugiam da governabilidade da equipe.

Em relação aos objetivos específicos propostos pelo estudo verificaram-se avanços expressivos na dimensão 4 (Educação Permanente em Saúde, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde), mais especificamente nas subdimensões Atenção Integral à Saúde e Organização do Processo de Trabalho, sendo juntas responsáveis por 83% dos O/M alcançados em todo o estudo. Na dimensão 3 (Insumos e estrutura física das Unidades Básicas de Saúde) destacou-se a dificuldade para melhoria do acesso e qualidade na atenção básica a subdimensão Infraestrutura e Equipamentos com mais da metade dos O/M propostos não alcançados.

Reforça-se a importância do PMAQ-AB como uma iniciativa indutora de mudanças na prática em saúde na AB, refletindo em melhor assistência e ampliação do acesso aos serviços de saúde pelos seus usuários. Emerge também a necessidade de acompanhamento contínuo da gestão local/municipal para fortalecer os processos de auto avaliação das EAB, fornecendo a elas condições e subsídios para aplicarem as propostas elaboradas no sentido de alcançar alto padrão de qualidade na assistência, e ao mesmo tempo conferir maior autonomia para tomadas de decisão.

A MI proposta no instrumento AMAQ se mostrou como uma ferramenta potente no processo auto avaliativo, já que para além da descrição dos O/M a serem alcançados, a mesma estipula as atividades e os recursos necessários, resultados esperados, prazos e os responsáveis pela execução.

Urge ainda uma estratégia eficaz de acompanhamento às EAB, após o processo de avaliação externa, especialmente no que diz respeito às devolutivas

dos desempenhos no PMAQ-AB, com estratégias que valorizem também qualitativamente as experiências bem sucedidas e se solidarizem com as equipes com desempenho aquém, a fim de considerar dados contextualizados e auxiliar na tomada de decisão para estratégias resolutivas, atendendo assim, ao caráter participativo e a dimensão formativa da Avaliação de Quarta Geração, possibilitando aos grupos de interesse uma capacidade de análise e de intervenção mais qualificada para a melhoria do serviço (KANTORSKI, 2009).

Esse estudo apresenta limitações, como o fato de que informações contextualizadas e mais completas da configuração das equipes, da gestão em saúde e dos municípios poderiam justificar melhor alguns achados e contribuir na discussão. Porém devido ao tempo para uma pesquisa de mestrado e o volume de dados isso se tornou inviável.

Certamente algumas informações coletadas poderiam ter sido melhor analisadas considerando singularidades, mas com a diversidade de informações foi necessária uma categorização para permitir a exposição mais concisa dos dados.

Apesar de não se pretender um resultado exclusivamente comparativo entre as RS, esperava-se maior adesão de EAB ao estudo para possibilitar uma discussão mais aproximada da realidade. Nesse sentido a grande rotatividade dos profissionais, o grande número de equipes que já não tinham mais membros participantes dos processos prévios de elaboração das propostas de intervenção para melhoria do trabalho e as equipes que sequer conseguiram identificar essas planilhas de intervenção, sugerem a questionável importância que algumas equipes atribuem aos processos avaliativos, o que não se constitui apenas como fator limitante do presente estudo, mas um aspecto preocupante para todo o processo de aperfeiçoamento e de consolidação do próprio SUS.

7. Referências Bibliográficas¹

¹Elaboradas de acordo com as Diretrizes para Elaboração de Dissertações e Teses da USP: Documento Eletrônico e Impresso - Parte I (ABNT) 3ª Ed. Revisada, Ampliada e Modificada. São Paulo: SIBi/USP, 2016.

ALKIN, M. C. (Ed). **Evaluation Roots: Tracing Theorists'Views and Influences.** Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

AVALIAR In: **Dicionário Michaelis.** Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portuguesaportugues&palavra=avaliar>>. Acesso em: 11 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. **Histórico cobertura SF.** Disponível em <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 15 agosto 2017.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 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, 2012a. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Salvador, 2012c. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/1648531/>. Acesso em: 10 de janeiro de 2018

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, 2013a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade**

(AMAQ): material de apoio a autoavaliação para as equipes de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 157 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do PMAQ.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2014/11/images_smilies_Nota_Tecnica_PMAQ_-_SP.pdf>. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. **Portaria de homologação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ é publicada.** 2016. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2235>. Acesso em 16 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=69&totalArquivos=120>>. Acesso em: 13 out. 2017.

BROUSSELLE, A. et al (Org.). **Avaliação: Conceitos e Métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CACCIA-BAVA, M. C. C. et al. PMAQ: considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos.** Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

CAED. Centro de Políticas Públicas e Avaliação da Educação. **Avaliação Somativa.** Faculdade de Educação, Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <<http://www.portalavaliacao.caedufjf.net/pagina-exemplo/tipos-de-avaliacao/avaliacao-somativa>>. Acesso em: 11 out. 2014.

CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em Saúde.** Campinas: UNICAMP, 2011. 277 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem.** 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 22 set. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.705-710, 2006.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p. 1389-1398, 2016.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estadual da Saúde. Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Saúde. **Atenção Básica**. [2010a]. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estadual da Saúde. Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Saúde. **Matriz de Indicadores de Saúde**: atualizado. [2010b]. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude/matriz-de-indicadores-de-saude-atualizado>>. Acesso em: 13 out. 2017.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estadual da Saúde. Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Saúde. **Regionais de Saúde**. [2012]. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>>. Acesso em: 13 out. 2017.

FITZPATRICK, J. L.; SANDERS, J. R.; WORTHEN, B. R. **Introdução à Avaliação em Saúde. Curso EaD**. Universidade Federal de São Paulo. 2012. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/introducao_avalicao_em_saude>. Acesso em: 13 out. 2017.

FURTADO, J. P.; SILVA, L. M. V. Entre os campos científico e burocrático – a trajetória da avaliação no Brasil. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil –diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016.

GIOVANELLA, L. (Org.). **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. 53p.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132 p.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface**, v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009.

MACEDO, C. L. S. V. **Avaliação da estratégia de saúde da família do município do Cabo de Santo Agostinho – PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado**. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **Journal of Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. S4-S11, 2017.

MARASCA, E. **Saúde se Aprende, Educação é que Cura**: da Pedagogia Waldorf à Salutogênese. 2 ed. São Paulo: Antroposófica, 2013.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à Saúde.. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a, p. 39-44.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b, p. 44-50.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, 2010.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

OLIVEIRA, W. M. A.; BEZERRA, A. L. Q. Autoavaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. **Revsta Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 1, p. 20-25, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata, 6-12 de setembro 1978. Brasília: UNICEF, 1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS, 2007.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. p. 320-328, 2008. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PIERANTONI, C. R. et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 637-647, 2015.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Analysis of scientific production on evaluation, in the context of family health, in Brazilian journals. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 268-278, 2015.

Plano de Ação Regional: Rede de Atenção Psicossocial. Araraquara: Departamento Regional de Saúde III, 2013.

PORTO, H. S. et al. Análise da adesão ao PMAQ em uma região de SP. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 13, 2015, Natal. **Anais...** Natal: SBMFC, 2015. Disponível em: <http://cbmfc2015.websiteseuro.com/trabalhos/trabalho_aprovado.php?id_trabalho=15629&ev=1>. Acesso em: 13 out. 2017.

ROCHA, J. S. Y. Os determinantes sociais da saúde. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

SILVA, L. M. V. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. **Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária**. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p.

SILVA, R. R. **Introdução à Avaliação em Saúde. Curso EaD**. Universidade Federal de São Paulo. 2012. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/introducao_avaliacao_em_saude>. Acesso em: 13 out. 2017.

SEIDL, Helena et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, p. 94-108, 2014.

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

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 15, p. 225-264, 2005.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VICTORA, C. G.; LEAL, M. C.; BARRETO, M. L.; SCHMIDT, M. I.; MONTEIRO, C. A. **Saúde no Brasil**: a série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

8. Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Dificuldades e avanços para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: uma avaliação a partir das próprias equipes

Vimos convidá-lo para participar do presente estudo, intitulado **Dificuldades e avanços para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: uma avaliação a partir das próprias equipes**. Ele tem como objetivo avaliar avanços e retrocessos havidos na implementação de ações no Projeto do Ministério da Saúde de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ AB, a partir da perspectiva das próprias equipes que realizaram processo de auto avaliação, do qual consta a elaboração de uma matriz de intervenção de problemas e necessidades identificadas pela equipe.

Este estudo estará sendo realizado em todas as equipes de atenção básica do DRS III - Araraquara, que contam em sua composição com um profissional da saúde que tenha participado na elaboração das matrizes de intervenção e estejam atualmente na equipe. A indicação do membro da equipe para participar da entrevista será feita pela própria equipe, dentre os elegíveis, ao identificá-lo como melhor porta voz do grupo. A sua participação é voluntária e sigilosa.

A contribuição solicitada ao (à) Senhor (a) será de responder um questionário com questões relacionadas aos avanços e retrocessos identificados na implementação ou não das propostas apontadas na matriz de intervenção. O tempo estimado para isso é de cerca de 30 minutos.

Esclarecemos que este estudo pretende contribuir para a ampliação do acesso e qualificação da Atenção Básica, identificando melhorias ou dificuldades no processo de trabalho da equipe, com possibilidades mínimas de oferecimento de risco a seus participantes. Em hipótese alguma será divulgado qualquer dado que identifique o profissional entrevistado, a sua equipe ou o município ao qual pertence, sendo facultado ao (a) Senhor (a) encerrar sua participação a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo ao seu trabalho. Todo o material coletado ficará sob guarda e responsabilidade do pesquisador principal e será usado exclusivamente para os fins explicitados nesse projeto.

O presente projeto contempla os requisitos presentes na resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e em caso de dúvidas de aspectos éticos entrar em contato pelo tel.: (16) 3602-2228. Em caso de dúvidas relacionadas ao projeto, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o pesquisador principal Helio Souza Porto pelo email helio.porto@usp.br ou pelo celular: (16) 98809-0983, ou ainda com a orientadora do projeto Prof^a Dr^a Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava através do email: mcbava@fmrp.usp.br ou pelo telefone: (16) 3602-2569. Os resultados dessa pesquisa estarão à sua disposição podendo ser solicitada ao pesquisador em qualquer momento a partir da defesa de mestrado.

Declaro estar devidamente esclarecido (a) e ser de livre e espontânea vontade que participe dessa pesquisa, conforme assinatura a baixo.² Este documento é composto por duas vias (uma do pesquisador e a outra do entrevistado), ambas assinadas pelo orientador, pelo pesquisador e pelo entrevistado.

Partecipante: _____

Assinatura	Data
_____	_____

Pesquisador: **Helio Souza Porto**

Assinatura	Data
_____	_____

Orientadora: Profa. Dr.a Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava

Assinatura	Data
------------	------

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dimensão 3: Unidade Básica de Saúde

CIR		Município		Telefone de Trabalho	
Unidade de Saúde com endereço		ESF ()		Unidade Básica ()	
Nome do entrevistado				Categoria Profissional	
Sexo	Idade	Tipo de vínculo contratual		Tempo de atuação na equipe	
Função na equipe					
Quais das metas/objetivos da matriz de intervenção a equipe conseguiu implementar?					
A que você atribui a efetivação/realização dessa(s) intervenção(ões)?					Fator decisivo
O que a equipe não conseguiu implementar da matriz de intervenção?					
A que você atribui a não realização dessa(s) intervenção(ões)?					Fator decisivo

Dimensão 4: Educação Permanente em Saúde, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

CIR		Município		Telefone de Trabalho	
Unidade de Saúde com endereço			ESF ()		Unidade Básica ()
Nome do entrevistado				Categoria Profissional	
Sexo	Idade	Tipo de vínculo contratual		Tempo de atuação na equipe	
Função na equipe					
Quais das metas/objetivos da matriz de intervenção a equipe conseguiu implementar?					
A que você atribui a efetivação/realização dessa(s) intervenção(ões)?					Fator decisivo
O que a equipe não conseguiu implementar da matriz de intervenção?					
A que você atribui a não realização dessa(s) intervenção(ões)?					Fator decisivo

9. Anexo

MODELO DA MATRIZ DE INTERVENÇÃO USADO NO AMAQ

Descrição do padrão:						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/met	Estratégias para alcançar os objetivos/met	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados