

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

CRISTIANA PASSOS DE OLIVEIRA

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE: FERRAMENTA
NORTEADORA PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

RECIFE

2018

CRISTIANA PASSOS DE OLIVEIRA

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE: FERRAMENTA
NORTEADORA PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Prof. Drº Sidney Feitoza Farias

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

O46p Oliveira, Cristiana Passos de.
Programa de melhoria do acesso e da qualidade: ferramenta norteadora para as equipes de saúde da família/ Cristiana Passos de Oliveira. — Recife: [s. n.], 2018.

103 p.: il.

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

Orientador: Sidney Feitoza Farias.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Qualidade da Assistência à SAÚDE.
I. Farias, Sidney Feitoza. II. Título.

CDU 614.2

CRISTIANA PASSOS DE OLIVEIRA

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE: FERRAMENTA
NORTEADORA PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Aprovado em 22 / 02 / 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias
Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Prof.ª Dr.ª Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

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

A Jesus Cristo que é a minha força e me conduz pelos caminhos onde eu encontro a paz.

Ao meu amado pai Evandro Passos de Lucena. (In memoriam), minha referência de sabedoria, pureza e honestidade. DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Jesus Cristo, por me manter firme nos momentos de tribulações, me dando forças para continuar;

Aos meus pais, a quem tanto amo, por me ensinarem a lutar pela concretização dos sonhos, e por todo esforço por eles dispensados, na busca incondicional de nos oferecer uma vida digna e alicerçada na honestidade, no respeito e no amor;

Ao meu esposo, por me apoiar em todos os momentos. Seu companheirismo e compreensão é imensurável;

A minha amada filha que por tantas vezes teve que renunciar meu colo para que eu pudesse me dedicar à construção deste trabalho;

As minhas irmãs, verdadeiras amigas por compartilharem e serem um grande apoio nos diversos momentos de minha vida;

Aos meus sogros, Inácio Enéas Câmara (In memoriam) e Anaídes Galdino Câmara (In memoriam), por todo carinho com que sempre me trataram. Pelas palavras de estímulo, confiantes que tudo daria certo;

As queridas amigas Margarida e Lizete Xavier, pelo carinho com que sempre me acolheram, me proporcionando estadia na cidade do Recife;

Ao meu orientador Sidney Feitosa Farias, por ser essa pessoa humana. Suas palavras de motivação me fazia seguir e perseverar diante das dificuldades;

A todos os professores que contribuíram imensamente com a sua experiência e conhecimento;

Aos meus colegas de turma, por estarem sempre buscando uma forma de ajudar, seja com palavras ou atitudes, me estimulando a continuar, diante dos percalços do caminho;

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, expresso meus sinceros agradecimentos.

OLIVEIRA, Cristiana Passos. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: ferramenta norteadora para as Equipes de Saúde da Família**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo avaliar como os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), estão sendo utilizados pelas Equipes de Saúde da Família (eSF). Trata-se de um estudo de caso avaliativo com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido em um município de pequeno porte na Paraíba. A população do estudo foram as onze eSF participantes do PMAQ/AB. A pesquisa foi composta por dados primários e secundários. Sendo que os dados primários foram obtidos através da aplicação de questionários e entrevistas semiestruturada. Os dados secundários foram coletados através do banco de dados do 2º ciclo PMAQ/AB e através de análise documental. Na análise dos dados primários foi utilizado a técnica de análise de conteúdo. Quanto aos dados secundários, foram analisados através de tratamento estatístico, sendo expostos em frequências simples, somado a análise de conteúdo, no caso da análise documental. Utilizou-se ainda a técnica de triangulação de métodos, com o objetivo de abranger a máxima amplitude na descrição das informações. A análise dos dados revelou que as eSF utilizam as informações referentes aos resultados das avaliações PMAQ/AB de modo incipiente. Os resultados apontam para uma priorização do monitoramento de indicadores em suas rotinas de trabalho, porém revelam que a utilização das informações produzidas tanto na avaliação de indicadores, como as que constam nos relatórios de avaliação dos resultados PMAQ/AB, ainda são pouco exploradas pelas eSF participantes neste estudo. Esta pesquisa contribuirá para reflexão em relação ao modo de desenvolvimento do programa e do cumprimento de seus objetivos. Visto que, o PMAQ/AB encontra-se no seu terceiro ciclo e verifica-se ainda, limitações por parte dos profissionais em acessar e utilizar informações disponibilizadas pelo programa, como também em implementar a prática da avaliação em saúde, em seus processos de trabalho.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Acesso aos serviços de saúde. Qualidade da assistência à Saúde.

OLIVEIRA, Cristiana Passos. **Program for Improving Access and Quality: guiding tool for Family Health Teams.** 2018. Dissertation (Professional Masters in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate how the results of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ / AB) are being used by Family Health Teams (eSF). It is an evaluative case study with quantitative-qualitative approach, developed in a small municipality in Paraíba. The study population was the eleven CFs participating in the PMAQ / AB. The survey consisted of primary and secondary data. Being that the primary data were obtained through the application of questionnaires and semi-structured interviews. The secondary data were collected through the PMAQ / AB database and through documentary analysis. In the analysis of the primary data the technique of content analysis was used. As for the secondary data, they were analyzed through statistical treatment, being exposed in simple frequencies, in addition to content analysis, in the case of documentary analysis. The technique of method triangulation was also used, with the aim of covering the maximum amplitude in the description of the information. Data analysis revealed that FSEs use information on the results of PMAQ / AB evaluations in an incipient way. The results point to a prioritization of the monitoring of indicators in their work routines, but they reveal that the use of information produced both in the evaluation of indicators and those included in the PMAQ / AB results evaluation reports are still little explored by the eSF participants in this study. This research will contribute to reflection on the way in which the program is developed and its goals achieved. Since PMAQ / AB is in its third cycle and there are also limitations on the part of professionals in accessing and using information provided by the program, as well as in implementing the practice of health assessment in their work processes

Key Words: Primary Health Care. Family Health Strategy. Access to health services. Quality of health care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Acima da Média
APS	Atenção Primária à Saúde
COFEN	Conselho Federal de enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
MAM	Muito Acima da Média
MDAM	Mediano ou Abaixo da Média
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OCDE	Organização do Crescimento e Desenvolvimento Econômico
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ/AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	15
3 HIPÓTESE/PERGUNTA CONDUTORA	16
4 MARCO TEÓRICO	17
4.1 Atenção Primária à Saúde	17
4.2 Estratégia Saúde da Família	20
4.3 Avaliação em Saúde	22
4.4 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB)	23
5 OBJETIVOS	28
5.1 Objetivo Geral	28
5.2 Objetivos Específicos	28
6 PERCURSO METODOLÓGICO	29
6.1 Desenho do Estudo	29
6.2 Local do Estudo	29
6.3 Período do Estudo	30
6.4 Fonte de Dados	30
6.5 População do Estudo	31
6.6 Coleta de Dados	31
6.7 Análise dos Dados	33
6.7.1 Análise dos dados colhidos através do Instrumento Estruturado	33
6.7.2 Análise das Entrevistas	34
6.7.3 Análise Documental	35
6.8 Elaboração da Nota Técnica	35
6.9 Considerações Éticas	36
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
7.1 Perfil dos profissionais responsáveis pelo PMAQ/AB nas Esf	37
7.2 Descrição do resultado da Avaliação Externa PMAQ/AB – Aspectos de Organização do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família (Dimensão – IV)	40
7.3 Apropriação pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família dos Resultados das Avaliações PMAQ/AB	43

<i>7.3.1 Análise dos dados coletados através do Instrumento Estruturado</i> -----	43
<i>7.3.2 Análise Documental</i> -----	51
<i>7.3.3 Análise das Entrevistas</i> -----	53
<i>7.3.4 Aspectos Gerais do Estudo</i> -----	61
7.4 Elaboração de Nota Técnica -----	63
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	64
REFERÊNCIAS -----	67
APÊNDICE A – INSTRUMENTO ESTRUTURADO -----	76
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA -----	81
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL -----	82
APÊNDICE D – NOTA TÉCNICA -----	84
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) -----	96
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA / CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES (CEP/CPqAM) -----	98
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA -----	102

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada na Rede Assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). É responsável por prestar uma assistência resolutiva aos problemas básicos ou de direcionar ações que podem alcançar os demais níveis de assistência (STARFIELD, 2002).

A APS é compreendida como atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. Trazendo como característica o fácil acesso e o foco em cobrir as afecções e condições mais comuns. Resolvendo a maioria dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

“Considera o sujeito em sua singularidade [...] e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

No entanto, instituir a APS como ordenadora do cuidado, tem sido um desafio. Levando-se em consideração as especificidades regionais quanto à carga de doenças e condições socioeconômicas (TURA; SOARES; CASARTELLI, 2014).

Outra condição desafiadora para o cuidado integral é a forma de organização do trabalho, apresentando-se em algumas situações de forma fragmentada, de modo que cada trabalhador é responsável apenas pela realização de uma de suas partes, sem participação e compreensão do todo. Desta forma, a produção do cuidado dificilmente ocorre de maneira integral e resolutiva (REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014).

Diante deste fato, a atenção primária à saúde, também chamada no Brasil como Atenção Básica, tem como vertente a Estratégia Saúde da Família (ESF), que objetiva à reorganização da atenção, tomando por base os princípios do SUS. “Suas ações devem ser desenvolvidas por meio de exercícios de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe” (BRASIL, 2012).

A reflexão sobre o processo de trabalho e sua transformação é um tema marcante. Existe um grau de dificuldade em refletir sobre o processo de trabalho, à medida que ele se torna mais complexo e indeterminado. Por tanto, quanto mais complexo e menos sistematizado ele for mais complicado será sua reflexão. Diante disto, ressalta-se a peculiaridade do processo de trabalho dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (eSF), que traz essa característica de complexidade (FARIA *et al.*, 2009).

As Equipes de Saúde da Família (eSF), empenham-se em compreender sua atuação/ação de promover saúde, buscando a mudança de práticas tradicionais com ações que possam contribuir com a qualidade de vida daqueles que moram na área sob sua responsabilidade. Mobilizando esforços em busca da reestruturação do sistema. Para tanto, enfrenta os problemas identificados, atendendo as demandas organizadas de forma integrada, resolutiva e com qualidade. Articulando-se a outros setores quando as necessidades ultrapassam o campo da saúde (SOUZA, 2014).

Logo, torna-se indispensável à inserção no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, diversos saberes e recursos, que “proporcione o desenvolvimento de suas ações por meio do trabalho interdisciplinar, [...] através do acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, buscando a readequação do seu processo de trabalho” (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Contudo, para que o processo de trabalho ocorra, oferecendo ações de qualidade à comunidade, se faz necessário existir na prática do trabalho das equipes de saúde da família a instituição de processos avaliativos. Visto que, Avaliar é uma ação imprescindível para o fortalecimento dos serviços de saúde no que diz respeito à qualidade de sua assistência. No campo da Saúde Pública, “a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade” (DESLANDES, 1997).

Considerando a avaliação como uma ferramenta capaz de desencadear estratégias que visam à melhoria de indicadores ou ações, e diante do contexto de expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família e ampliação do acesso, o Ministério da Saúde, despendeu esforços na busca de melhoria da qualidade das ações e do processo de trabalho, criando, através da Portaria Nº 1.654 de 9 de Julho de 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (BRASIL, 2015) .

O PMAQ surge com o intuito de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, buscando nivelar o padrão de qualidade das ações ofertadas pelas equipes. É composto por quatro fases, nelas estão incluídos contratualização de compromissos e indicadores, desenvolvimento de ações com o intuito de promover mudanças na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, avaliações que levam a um conjunto de aspectos que caracteriza a realidade do serviço e a recontratualização de compromissos (BRASIL, 2015).

É considerado um “componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação [...]” (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

O programa oferece para as equipes um ciclo de avaliações que detalham o nível de qualidade das ações, expondo as potencialidades e fragilidades do serviço. Proporcionando desta forma, subsídios para o planejamento de ações que venham aprimorar o processo de trabalho. E assim, alcançar o objetivo do programa que é a melhoria do acesso, da qualidade das ações ofertadas e a institucionalização de uma cultura de avaliação (BRASIL, 2015).

Portanto, se faz necessário ter clareza na identificação dos pontos de fragilidade da assistência, que só serão conhecidos a partir de uma avaliação eficaz do serviço. “Por isso, é fundamental que os profissionais, desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação de seu processo de trabalho” (FARIA *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, o PMAQ/AB configura-se como um mecanismo de estímulo à implantação de dispositivos que tem por objetivo provocar mudanças no processo de trabalho cotidiano, estimulando o desenvolvimento de ferramentas de gestão do cuidado e uma dinâmica cotidiana de planejamento e avaliação, entre outros dispositivos de qualificação do processo de trabalho (SILVA, *et al.*, 2016).

Tendo em vista que o PMAQ/AB oferta através de seus instrumentos, orientações que visam a readequação das práticas das eSF. Como também, através de seus processos avaliativos, disponibiliza informações que demonstram como estão sendo desenvolvidas as ações em nível local, fazendo comparativos com padrões de qualidade estabelecidos pelo programa. Buscou-se com a realização deste estudo, avaliar de que maneira os profissionais das ESF que aderiram ao PMAQ/AB, se apropriam e utilizam as informações constantes nas ferramentas e avaliações do programa.

Logo, o estudo foi desenvolvido em município de pequeno porte do estado da Paraíba, obtendo como população de estudo, as eSF que aderiram ao programa. Nele, consta análise de dados coletados através do banco de dados PMAQ/AB 2º ciclo, questionários, análise documental e entrevista semiestruturada. Os achados neste estudo contribuirão para reflexão dos objetivos do programa.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a realização deste estudo, por considerar a existência de um programa (PMAQ/AB), o qual se propõe a adesão espontânea das eSF. Trazendo em sua estrutura avaliações e ferramentas que proporcionam informações detalhadas em relação ao nível de qualidade das ações ofertadas. Que apresenta entre seus objetivos, institucionalizar uma cultura de avaliação de processos e resultados. Entendendo que a “avaliação é uma área de extrema relevância, pois viabiliza escolhas e proporciona tomada de decisões” (DESLANDES, 1997), compreende-se que o programa tem o potencial para conseguir impactar as ações ofertadas pelas Equipes de Saúde da Família e pode como consequência melhorar a qualidade de vida da população. Nesse sentido, entende-se que os achados deste estudo, contribuirão para a reflexão e avaliação dos objetivos proposto pelo programa.

3 HIPÓTESE/ PERGUNTA CONDUTORA

Entende-se que mesmo diante de um programa, que apresenta em seu formato um alto investimento do Governo Federal, e que oferece informações acessíveis orientando a organização da oferta de ações com padrões de qualidade, sendo considerado um instrumento potente para mudanças, as Equipes de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ/AB, podem estar tendendo a desenvolver uma apropriação incipiente quanto as informações e resultados das avaliações do programa. O que poderá dificultar sua utilização no planejamento e organização do processo de trabalho.

Diante destes fatores, surgiu à necessidade de desenvolver um estudo que busque avaliar, como os resultados do PMAQ/AB estão sendo utilizados pelas Equipes de Saúde da Família?

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva internacional, é considerada a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA et al., 2009).

No entanto, nos países latino-americanos, a APS foi implementada em várias perspectivas, mas muitas vezes com formato seletivo, caracterizado por cesta mínima, com serviços de baixa qualidade e destinados a alguns grupos populacionais de baixa renda sem integração com os outros níveis de atenção (CONILL; FAUSTO, 2007).

Da mesma forma, Lavras (2011), ressalta que o termo Atenção Primária à Saúde, comumente reporta ao entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada. Caracterizada pelo desenvolvimento de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica. Atividades estas, desenvolvidas em unidades, que se compreende por espaços onde acontece, ou deveria acontecer, o primeiro contato com o sistema de saúde.

Nos países europeus, a atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Entretanto, mesmo sendo apontada em alguns momentos, como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, voltada a população pobre, e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Existem os que defendem que a APS tem um sentido mais amplo, que possibilita articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações (FAUSTO; MATTA, 2007).

É considerada a base que determina as ações dos demais níveis do sistema de saúde. As ações desenvolvidas na APS buscam minimizar os problemas da comunidade, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Integrando a atenção aos diversos problemas de saúde e observando o contexto onde a doença emerge e pelo qual influenciará a resposta das pessoas aos problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

No entanto, não existe um entendimento uniforme em relação à APS e a sua implementação, acompanha a diversidade dos sistemas de proteção social e da organização

dos serviços. Do ponto de vista conceitual, tem como um de seus propósitos o pensamento de uma medicina preventiva, combinando a atenção que é feita no início e aquela que está mais próxima da vida cotidiana, do ambiente sociocultural de indivíduos e famílias (CANILL; FAUSTO, 2007).

As ações desenvolvidas na Atenção primária à Saúde estão alicerçadas em quatro atributos:

- a) **atenção ao primeiro contato:** “envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (uma característica do processo ou desempenho da atenção)” (STARFIELD, 2002.). “Espera-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013);
- b) **longitudinalidade:** No contexto da atenção primária, a longitudinalidade se caracteriza em uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Está associada a diversos benefícios, como por exemplo, diminuição na utilização dos serviços, favorecendo melhor atenção preventiva, o que proporcionará diminuição de doenças preveníveis. Conduzindo a uma atenção mais oportuna e adequada, melhorando o reconhecimento dos problemas dos pacientes, que implica em diminuição das hospitalizações e do custo total das ações ofertadas (STARFIELD, 2002.). “Tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013);
- c) **integralidade:** “A integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para aborda-las” (STARFIELD, 2002). Para tanto, se faz necessário [...] redefinição das práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, valorizando as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos,[...]” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013);
- d) **coordenação:** “Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). “Essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade

perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa” (STARFIELD,2002).

No Brasil, “atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de atenção básica à saúde” (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica de Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007). A APS seguiu ciclos onde a incorporação de saberes e o contexto político-institucional definiram prioridades e deram ênfases distintas a seus princípios constituintes. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Segundo Souza (2014), a Atenção Básica é definida como o fornecimento de ações no âmbito individual e coletivo, com o intuito de promover, proteger, prevenir, tratar e reabilitar de acordo com as necessidades das famílias e comunidades. Ações estas, situadas no primeiro nível atenção.

O modelo brasileiro atual de Atenção Básica à Saúde é orientado pela Política Nacional de Atenção Básica (2017), que a retrata da seguinte maneira:

é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância sanitária, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Diante de sua especificidade, a atenção básica é entendida como responsável pela coordenação da rede assistencial do SUS. Miranda (2014) justifica que este fato ocorre “principalmente porque seus valores, princípios de ação e atributos são coerentes e compatíveis com o contexto normativo e estratégico do SUS”. Sendo eles:

Valores: universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social;

Princípios de ação: Territorialização, intersetorialidade, trabalho multiprofissional e interdisciplinar, foco em pessoas, ênfase em necessidades e expectativas populacionais, ênfase na qualidade de vida;

Atributos: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, enfoques em pessoas e famílias, orientação comunitária, valorização de aspectos culturais, defesa dos usuários, qualidade clínica e competência comunicativa (MIRANDA, 2014, grifo do autor).

Para que a atenção básica consiga resolver os problemas de saúde e ser implementada na forma que se é proposto, ela utiliza da Estratégia Saúde da Família, como eixo estruturante do processo de reorganização do Sistema de Saúde, como tentativa de superar os problemas oriundos do modelo biomédico e a implementação dos princípios do SUS (FERTONANI et al. , 2015).

4.2 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada como forma prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, com o objetivo principal de viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015).

Constituiu-se em uma proposta contra hegemônica no sentido de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde (SCHERER; PIRES; SORRATO, 2014). Visto que, por várias décadas, a atenção à saúde no Brasil, estava fundamentada no modelo de assistência biomédico, priorizando as ações curativas e individuais, que privilegiam as tecnologias duras e reconheciam a saúde como simples ausência de doença. A proposta de mudança deste modelo de assistência convergiu para a criação do SUS (MOTTA; BATISTA, 2015).

Dentre as estratégias para a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, na Atenção Básica, está a ESF, que traz como proposta a transformação da realidade, utilizando-se de mecanismos como planejamento territorial, participação social, desenvolvimento da oferta de ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis (SOUZA, 2014).

No entanto, segundo Machado, Lima e Viana (2008), há uma provável discrepância entre a concepção da Atenção Básica no desenho da política nacional e suas expressões nas realidades locais, sendo necessário compreender as condições de implementação e organização dos sistemas municipais de saúde. Costa et al. (2009), entram em consonância quando dizem que há uma ação contraditória muito forte dentro dos serviços, que ele chama de “ação "sanguessuga", pois o modelo que necessita ser alterado suga as forças desta estratégia de reformulação em sua arma mais poderosa que são as práticas de saúde.”

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, 2017, para que a Estratégia Saúde da Família consiga atender ao que se propõe, ela necessita esta estruturada com uma equipe multiprofissional, composta no mínimo por um profissional médico, um enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podendo ser acrescido nesta equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, aux. ou técnico em saúde bucal). O número de agentes comunitários de saúde (ACS) deverá ser definido de acordo com a base populacional, dados demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos do local. No entanto, em áreas de risco, grande dispersão territorial e vulnerabilidade é recomendado cobertura de 100% da população. Sendo que, não se deva ultrapassar a quantia de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017). “Trata-se, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, ACS e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades.” (COSTA *et al.*, 2009)

Para tanto, a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, tem entre seus membros, a divisão de responsabilidades do cuidado, de modo que todos são envolvidos, utilizando seus saberes profissionais, contribuindo para a qualidade das ações ofertadas e consequentemente da qualidade de vida das pessoas, através de uma visão integral das mesmas (SCHERER; PIRES; SORRATO, 2014).

A territorialização é uma das diretrizes estabelecidas pela PNAB 2017, com o objetivo de realizar o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, o que favorece o impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que vivem na área adstrita (BRASIL, 2017). A importância da definição de território se dá em virtude de ser o local onde, “no âmbito municipal, a atuação intersetorial se processa na ação comunitária, articulação na Secretaria Municipal de saúde e articulação de políticas públicas municipais” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família mobiliza esforços para reestruturar o SUS, enfrentando e equacionando os problemas identificados, atendendo as demandas organizadas de forma integrada e articuladas a outros setores para a realização de ações que extrapolam o campo da saúde para o desenvolvimento de políticas públicas, em especial voltadas à população na área adscrita (SOUZA, 2014).

4.3 Avaliação em Saúde

A avaliação vem ganhando espaço cada vez maior nos serviços e organizações. Este interesse crescente sobre a avaliação em saúde está relacionado às mudanças na gestão do SUS, sendo traduzida especificamente pelo processo de descentralização de responsabilidades, complexidade do perfil epidemiológico, exigência de controle dos gastos com saúde, entre outros (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Em detrimento a essa necessidade cada vez maior de avaliação de serviços, torna-se necessário compreender a importância do ato de avaliar. Para tanto, Champagne *et al.* (2011), propõe uma união de opiniões consensuais de diversos autores da literatura especializada, traduzindo o seguinte conceito:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possa construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Entretanto, existem outros conceitos sobre o ato de avaliar, dos quais destacamos também o de Minayo (2005), que diz: “avaliar significa julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou algo”. O autor ressalta que uma boa avaliação objetiva, reduzir incertezas, melhorar a efetividade e orientar a tomada de decisões.

Em se tratando dos objetivos da avaliação, Contandriopoulos *et al.* (1997), cita quatro, como sendo os objetivos oficiais. São eles:

- ajudar 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).

Existem outros autores que citam objetivos da avaliação, a exemplo de Minayo (2005), que também descreve quatro objetivos:

- oferecer respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo sobre emprego dos recursos públicos;
- orientar os investidores sobre os frutos de sua aplicação;
- responder aos interesses das instituições, de seus gestores e de seus técnicos;
- buscar sempre uma melhor adequação de suas atividades.

Segundo Contandriopoulos (2006), a crescente tensão entre a procura de assistência da população em detrimento ao desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, de um lado, e a necessidade de controlar os gastos públicos do outro, nos levam a sensação de que o sistema de saúde não está correspondendo às necessidades reais da população, e de ter sua efetividade comprometida.

Assim sendo, surge uma grande necessidade de institucionalização da avaliação nos serviços de saúde, como forma de contribuir com a qualidade das ações ofertadas. Entretanto, Contandriopoulos (2006), traz a seguinte reflexão: “Não basta institucionalizar a avaliação. É preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS.”

Esse entendimento já era afirmado por Deslandes (1997), quando dizia que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser unicamente um processo técnico, que poderia medir com precisão a efetividade de determinado serviço ou programa. O autor acrescenta que, “a análise de serviços envolve também a análise da “consciência histórica” de seus agentes e de suas representações sociais, que por sua vez estarão objetivadas em suas práticas” (DESLANDES, 1997).

O processo avaliativo deve levar em consideração as necessidades da população, as metas pactuadas pelos serviços e a participação dos interessados, para que assim consigam tomar decisões viáveis, e desta forma consigam implementá-las (TANAKA; TAMAKI, 2012).

4.4 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB)

O PMAQ/AB, foi instituído através da Portaria Nº 1.654 de 9 de Julho de 2011, surgiu em um cenário no qual o Ministério da Saúde, vinha expandindo e consolidando a Atenção Básica, através de sua estratégia prioritária que é o Saúde da Família. Momento este, em que há um crescente comprometimento do Governo Federal em desenvolver ações direcionadas a melhoria do acesso e da qualidade no SUS (BRASIL, 2015).

O PMAQ tem como objetivo principal “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” (BRASIL, 2015). Diante dos objetivos propostos pelo programa é notório o interesse do Ministério da Saúde em provocar mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, melhorar a situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e direcionar os serviços para prestar assistência em função das necessidades e satisfação dos usuários (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

Contudo, existe outro ponto crucial que o programa busca trabalhar que é estimular o desenvolvimento de uma cultura de avaliação. A partir dos processos de gestão e cuidados realizados pela equipe multiprofissional, de forma compartilhada, objetivando o aprimoramento e adequação de suas ações (FIGUEIREDO, 2011).

No entanto, o processo de planejamento e implementação de uma avaliação de serviço é sempre uma questão delicada e exige um esforço importante para sensibilizar os gestores, profissionais e usuários do Sistema. Isso se deve a dois fatores: a necessidade de implementar as mudanças necessárias no serviço e a dificuldade de estabelecer um padrão de qualidade que fosse minimamente uniforme diante da diversidade social, econômica e demográfica do Brasil (RODRIGUES; SANTOS; PEREIRA, 2014).

Nesse entendimento, o PMAQ aponta alguns desafios para qualificar a atenção básica, tais como (BRASIL, 2015):

- a) a precariedade das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), revelando uma ambiência pouco acolhedora, o que transmite a impressão de serviço de baixa qualidade;
- b) condições de trabalho inadequadas, o que repercute na capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;
- c) qualificação dos processos de trabalho das equipes incipiente, trazendo consequências no acolhimento dos casos agudo de saúde, problemas de integração com os membros da equipe, falta de orientação do trabalho quanto a prioridades, metas e resultados;
- d) comprometimento do vínculo, da continuidade do cuidado e da integração da equipe em detrimento da instabilidade da equipe e rotatividade de profissionais;
- e) incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;
- f) número excessivo de pessoas sob reponsabilidade das equipes, causando sobrecarga;

- g) dificuldade de integração das equipes com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- h) baixa integralidade e resolutividade das práticas e por fim financiamento insuficiente, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente do resultado e da melhoria da qualidade.

Atualmente o programa encontra-se em seu 3º ciclo, para tanto houveram algumas mudanças estruturais nas fases de implantação, entre o 3º ciclo e as relacionadas ao 1º e 2º ciclos. Nos dois primeiros ciclos o PMAQ estava organizado em quatro fases distintas, que formam um ciclo (BRASIL, 2012; 2013b, 2015). Conforme descrito abaixo:

- a) a **primeira fase** está relacionada à formalização da adesão ao programa, através de contrato de compromissos e indicadores firmados entre o Ministério da Saúde e gestores municipais, que por sua vez contratualizam com as Equipes de Atenção Básica.
- b) a **segunda fase** diz respeito ao desenvolvimento de ações, visando promover mudanças na gestão e no cuidado prestado pelas equipes. Sendo esta uma responsabilidade das três esferas de gestão. A mesma está organizada em quatro etapas: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional.
- c) a **terceira fase** consiste na avaliação externa, que busca analisar um conjunto de aspectos como infraestrutura, insumos, processo de trabalho, acesso e satisfação do usuário. Sendo esta, realizada através de uma parceria entre o Ministério da Saúde e Instituições de Ensino Superior (IES). As IES contribuíram para a avaliação externa, desde a construção do instrumento de avaliação, a definição de estratégias, a organização do trabalho de campo em nível nacional até a aplicação dos questionários [...] (FAUSTO *et al.*, 2014).
- d) a **quarta fase**, é constituída por um processo de recontratualização (BRASIL, 2015).

Em se tratando do terceiro ciclo, encontra-se estruturado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que é realizado durante todas as fases do programa. São elas (BRASIL, 2015):

- a) **primeira fase:** Gestão Municipal e Equipe pactuam os compromissos. O Município faz a adesão e (re)contratualização das equipes com o Ministério da Saúde e o Ministério da Saúde homologa a adesão e (re)contratualização dos municípios e equipes;
- b) **segunda fase:** Verificação in loco de padrões de acesso e qualidade (gestão, Unidades Básicas de Saúde e equipe). Certificação das Equipes e Ofertas de Informação para a ação de gestores e equipes;
- c) **terceira fase:** Recontratualização com incremento de padrões de qualidade;
- d) **eixo estratégico transversal de desenvolvimento:** momento onde ocorre o desenvolvimento do conjunto de ações para a qualificação da Atenção Básica envolvendo: Autoavaliação, Monitoramento de Indicadores de Saúde, Apoio Institucional, Educação Permanente e Cooperação Horizontal.

A autoavaliação “é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação” (BRASIL, 2015). Utiliza-se de instrumento que estimula o coletivo a analisar seu processo de trabalho, elencar prioridades, elaborar estratégias para superação dos problemas e alcance de metas e objetivos (BRASIL, 2013a).

Sobretudo, a avaliação no contexto do PMAQ vai além da identificação de problemas e propostas de soluções. O alvo principal deve ser a mudança no processo de trabalho, proporcionando melhoria na qualidade dos cuidados ofertados (LOPES; SCHERER; COSTA, 2015).

Outra ação desenvolvida no PMAQ/AB diz respeito ao monitoramento de indicadores. Busca orientar o processo de negociação e contratualização de metas; Orientar a definição de prioridades e planejamento de ações; Diagnosticar os resultados alcançados, sua efetividade ou necessidade de aprimoramento; Promover a democratização e transparência da gestão da Atenção Básica e estímulo a participação do usuário; Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores (BRASIL, 2015).

Para tanto o monitoramento e análise dos indicadores instituídos pelo PMAQ devem ocorrer constantemente para cumprir seu objetivo de norteador de intervenções no desenvolvimento das ações e atividades da atenção básica (SILVA *et al.*, 2016).

Em se tratando do apoio institucional, “este deve ser pensado como função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde.” (BRASIL, 2015). Contudo, “a atuação do apoiador

institucional envolve sua inserção em espaços coletivos, de maneira a permitir às equipes o exercício de autoanálise e uma análise aprofundada dos aspectos que interferem na atuação dos profissionais.” (SANTOS *et al.*, 2015).

No que se refere à educação permanente “deve-se pressupor um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho” (BRASIL, 2015). Sendo entendida como “uma ferramenta potente de gestão do trabalho, contribuindo não apenas para valorização e satisfação do trabalhador como também para maior qualificação do processo de trabalho” (SEIDL *et al.*, 2014).

Em relação à cooperação horizontal, traz a proposta de que “as equipes compartilhem suas experiências e possibilitem o aprimoramento de suas práticas, entrando em contato com experiências de outras equipes” (BRASIL, 2015).

As equipes participantes do PMAQ, são certificadas a medida que são avaliados: os seus desempenhos de acordo com padrões de qualidade estabelecidos pelo programa, durante a avaliação externa, realizada por Instituição de Ensino superior; Verificação da realização da autoavaliação; e Avaliação do conjunto de indicadores contratualizados na adesão ao programa. Esta classificação será expressa pelo desempenho Ótimo, Muito bom, Bom, Regular e Ruim no 3º ciclo. Já no 1º e 2º ciclo esta classificação de aconteceu através do desempenho Muito Acima da Média, Acima da Média, Mediano ou abaixo da Média e Insatisfatório. (BRASIL, 2013b, 2015).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Avaliar como os resultados do PMAQ/AB, estão sendo utilizados pelas Equipes de Saúde da Família no município de Esperança/PB.

5.2 Objetivos Específicos

- a) Traçar o perfil dos profissionais responsáveis pelo PMAQ/AB nas Equipes de Saúde da Família do município de Esperança/PB;
- b) Descrever o resultado da avaliação externa PMAQ/AB, no tocante ao planejamento da Equipe de Atenção Básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes;
- c) Verificar a apropriação pelos profissionais das equipes de Saúde da Família, dos resultados das avaliações PMAQ/AB, identificando de que maneira as ferramentas e informações disponibilizadas pelo programa, estão sendo utilizadas pelas eSF;
- d) Elaborar uma nota técnica com informações que busquem orientar o monitoramento e avaliação dos indicadores das Equipes de Saúde da Família utilizados pelo PMAQ/AB.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de caso avaliativo com abordagem quanti-qualitativa. O Estudo de Caso reúne o maior número de informações detalhadas, valendo-se de diferentes técnicas de pesquisa, visando apreender uma determinada situação e descrever a complexidade de um fato (LAKATUS; MARCONI 2011). A abordagem qualitativa foi utilizada no estudo por ser “aquela que focaliza as dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, uma vez que se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas no âmbito da saúde, no caso, os programas” (BOSI; UCHIMURA, 2010). Quanto a abordagem quantitativa, torna-se necessária sua utilização neste estudo. Uma vez que, quando bem trabalhado as duas abordagens (quanti e qualitativa) se produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa (MINAYO, 2007).

6.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Esperança/PB, o qual teve uma população estimada em 2017 de 33.266 habitantes (IBGE). Encontra-se localizado no Agreste Paraibano e na Região Metropolitana de Campina Grande. A Sede do Município fica a 159 km da capital. O acesso é feito a partir de João Pessoa, pelas rodovias BR 230/ BR 104. Fica bem localizada na Regional de Saúde em que está inserida, distante 26 km do município Sede Campina Grande (ESPERANÇA, 2016).

O desenvolvimento econômico do município tem no comércio sua principal atividade, sendo composto de lojas de diversos setores da economia formal do Estado; empresas de ônibus, grupos empresariais, redes de supermercados, comércio informal muito desenvolvido, extração de minérios para a construção civil (ESPERANÇA, 2016).

Em se tratando de assistência à saúde, a cidade conta atualmente com uma rede composta por diversos serviços de Atenção Básica e de média Complexidade. Sendo estes pertencentes ao Sistema Único de Saúde, Privados e Filantrópicos, conforme quadro (Quadro 1) a seguir.

Quadro 1- Rede Assistencial de Saúde do município de Esperança / PB.

Estabelecimento	Quantidades
Posto de saúde	08 (SUS)
Centro de saúde	01 (SUS)
Unidade Básica de Saúde	11 (SUS)
Policlínica	01 (SUS)
Hospital Geral	01 (SUS)
Consultório Isolado	11 (privados)
Clínica Especializada	11 (02 SUS, 08 privados e 01 filantrópica)
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	09 (04 SUS, 05 privados)
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	02 (SUS)
Farmácia	01 (SUS)
Centro de Atenção Psicossocial	01 (SUS)
Unidade de Vigilância em Saúde	02 (SUS)
Central de Regulação de serviços	01 (SUS)
Secretaria de Saúde	01 (SUS)

Fonte: Esperança (2016).

O município tem referência com hospitais da rede de saúde de Campina Grande e João Pessoa para os casos de média e alta complexidade. Como também é referência para os municípios da microrregião.

6.3 Período do Estudo

Os Dados primários tiveram como referência o ano de 2017. Os dados secundários tiveram como referência o ano de 2014, que corresponde ao período da divulgação do banco de dados do 2º ciclo PMAQ/AB.

6.4 Fonte de Dados

O referido estudo utilizou como fonte de dados primários instrumento estruturado e entrevistas semiestruturadas com profissionais das Equipes de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ/AB. Em relação aos dados secundários foi utilizado o banco de dados do PMAQ/AB 2º Ciclo e análise documental em atas de reuniões, planilhas de monitoramento e planejamento de ações, como outros documentos que subsidiaram informações relacionadas à utilização dos resultados do PMAQ/AB na organização e aprimoramento do trabalho das eSF.

6.5 População do Estudo

A população do estudo correspondeu às onze Equipes de Saúde da Família do município de Esperança/PB. Nelas, foram aplicados os instrumentos estruturados para a coleta de dados, aos responsáveis pelo PMAQ/AB na Equipe de Saúde da Família, obtendo um total de onze participantes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas através de uma amostragem por conveniência, que segundo Texeira, Zamberlan e Rasia (2009), “procura obter uma amostra de elementos convenientes [...]. De todas as técnicas de amostragem, esta é a que menos tempo consome e a menos dispendiosa”. Contudo, a amostra para a entrevista semiestruturadas correspondeu a três profissionais. Sendo um profissional de três Equipes de Saúde da Família participantes do PMAQ/AB, com as seguintes certificações: muito acima da média, acima da média, mediana ou abaixo da média. No município estudado, não houve a certificação Insatisfatória.

6.6 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de Maio à Junho de 2017. Os dados primários foram obtidos através da aplicação de instrumentos estruturados (Apêndice A) e de entrevista semiestruturadas (Apêndice B), aos profissionais das Equipes de Saúde da Família que estavam como responsáveis pelo PMAQ/AB nas Unidades Básicas de Saúde.

O instrumento estruturado (Apêndice A), foi respondido por um profissional de cada EqSF do município de Esperança/PB. Somando um total de onze profissionais. Nele constavam vinte e nove questões, que envolviam aspectos de identificação pessoal e relacionados às informações da avaliação PMAQ/AB.

Para a realização da entrevista semiestruturada (Apêndice B), foi elaborado um roteiro constituído de duas partes. A primeira com dados de identificação do participante. E a segunda parte com cinco perguntas, que norteiam o objetivo deste estudo. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com três profissionais responsáveis pelo PMAQ/AB nas Equipes de Saúde da Família, através de uma amostragem por conveniência. Sendo estas, com as seguintes certificações: muito acima da média (MAM), acima da média (AM) e mediana ou abaixo da média (MDAM). No município não houve equipes com certificação insatisfatória.

Os dados secundários foram trabalhados a partir dos registros contidos no relatório descritivo, na sua dimensão IV, provenientes da base de dado da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB e análise documental nas UBS.

Em relação aos relatórios descritivos do PMAQ/AB, foi solicitado a Secretaria Municipal de Saúde de Esperança, a qual autorizou e permitiu o acesso. Quanto aos documentos, foram adquiridos, mediante autorização do responsável pela eSF, nas onze UBS. No entanto, houveram equipes que tiveram dificuldade em localizar esses registros. Fato que levou algumas eSF a encontrarem poucos documentos. Sendo que em uma equipe, nenhum documento foi encontrado. Foram coletados um total de 94 documentos nas onze eSF. Os tipos e quantidade de documentos encontrados estão expostos na tabela (Tabela 1) a seguir.

Tabela 1- Tipos e quantidade de documentos encontrados nas onze UBS do município.

Tipos de documentos analisados	Quantidade encontrada
Atas de reuniões em equipe	62
Registro de monitoramento de indicadores	14
Registro de planejamento anual ou mensal	16
Registros de Educação em Saúde	02
Total de documentos	94

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à elaboração da nota técnica, utilizou-se informações contidas no Manual Instrutivo para as EAB e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - PMAQ/AB, 2017.

Para melhor compreensão sobre a origem dos dados, foi elaborado um quadro descritivo (Quadro 2), no qual está relacionado os objetivos do estudo e a origem dos dados.

Quadro 2- Descrição sobre a origem dos dados e sua relação por objetivo do estudo.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ORIGEM DOS DADOS
Traçar perfil dos profissionais responsáveis pelo PMAQ/AB nas Equipes de Saúde da Família do Município de Esperança/PB.	Instrumento estruturado, respondido por onze participantes. Sendo um representante de cada Equipe Saúde da Família do município de Esperança/PB.
Descrever o resultado da avaliação externa PMAQ/AB, no tocante ao planejamento da Equipe de Atenção Básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes.	Relatório Descritivo, na sua dimensão IV, provenientes da base de dados da avaliação externa (2º ciclo) do PMAQ/AB.
Verificar a apropriação pelos profissionais das equipes de Saúde da Família, dos resultados das avaliações PMAQ/AB, identificando de que maneira as ferramentas e informações disponibilizadas pelo programa, estão sendo utilizadas pelas eSF.	* Instrumento Estruturado; * Análise Documental; * Entrevista semiestruturada.
Elaborar uma nota técnica com informações que busquem orientar o monitoramento e avaliação dos indicadores das Equipes de Saúde da Família utilizados pelo PMAQ/AB.	Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF – PMAQ/AB, 2017.

Fonte: Elaborado pelo autor

6.7 Análise dos Dados

Para análise dos dados primários foi utilizado o método de análise de conteúdo. Destacando como passos metodológicos utilizados na análise de conteúdo: Categorização, inferência, descrição e interpretação (MINAYO, 2007).

Quanto aos dados secundários foram analisados através de tratamento estatístico, sendo expostos de maneira descritiva em frequências simples, somado a análise de conteúdo, no caso da análise documental.

Após a análise dos dados realizamos a triangulação de métodos. Compreendendo que, segundo Minayo (2005), “a triangulação não é um método em si. É uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares”.

6.7.1 Análise dos dados colhidos através do Instrumento Estruturado

Os dados referentes a esse instrumento (Apêndice A), passaram por tratamento estatístico, sendo expostos em frequências simples. Foram analisadas as variáveis de idade, sexo, profissão, escolaridade, experiência profissional na Estratégia Saúde da Família, tempo de atuação na Equipe Saúde da Família a qual é responsável pelo PMAQ/AB, tipo de

contratação e carga horária semanal. Como também, foi realizado a consolidação destes em seis categorias de análise, sendo elas: autoavaliação realizada pela equipe, acesso e conhecimento sobre os relatórios da avaliação PMAQ/AB, domínio sobre os resultados da autoavaliação e avaliação externa, existência de planejamento tomando por base os pontos de fragilidade constantes na avaliação do PMAQ/AB, existência de monitoramento e avaliação de indicadores utilizados pelo PMAQ/AB e presença de ações implementadas a partir do planejamento baseado nos pontos de fragilidade das avaliações PMAQ/AB.

6.7.2 Análise das Entrevistas

Iniciamos a análise das entrevistas (Apêndice B) com a transcrição na íntegra do seu conteúdo. Depois foi realizada a leitura minuciosa e aplicação do método de análise de conteúdo.

Seguindo as etapas da análise do conteúdo, foi realizada a categorização das informações, sendo as mesmas agrupadas em subcategorias e posteriormente incluídas nas três categorias de análise: 1- Conhecimento e Domínio sobre as informações das avaliações PMAQ/AB; 2- Existência de monitoramento de indicadores, avaliação e planejamento de ações norteando-se pelas informações das avaliações PMAQ/AB; 3- Informações relevantes sobre o PMAQ/AB. Em seguida fizemos a inferência, descrição e interpretação das informações. Para melhor compreensão sobre a etapa de categorização das informações, ver Quadro 3.

Quadro 3- Categorias e subcategorias de análise das entrevistas

Categorias de Análise	Subcategorias de Análise
1-Conhecimento e Domínio sobre as informações das avaliações PMAQ/AB	*Identificação de pontos de fragilidade na organização do processo de trabalho a partir das avaliações do PMAQ/AB;
	*Ações implementadas a partir das informações do PMAQ/AB.
2-Existência de monitoramento de indicadores, avaliação e planejamento de ações norteando-se pelas informações das avaliações PMAQ/AB	*Formas de utilização das informações do PMAQ/AB
3-Informações relevantes sobre o PMAQ/AB	*Opiniões dos profissionais sobre o PMAQ/AB

Fonte: Elaborado pelo autor.

6.7.3 Análise Documental

A análise foi realizada em 94 documentos. No primeiro momento, realizou-se leitura minuciosa, seguido da utilização do roteiro de orientação para análise documental (Apêndice C), na busca por informações relevantes, direcionadas a utilização das ferramentas e/ou informações disponibilizadas pelo PMAQ/AB pelas Equipes de Saúde da Família.

Em seguida, utilizou-se o método de análise de conteúdo, que tem como objetivo central, segundo Tobar e Yalour (2001), “traduzir fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento quantitativo ou qualitativo, organizando-os de modo tal que adquiram significação para teoria, podendo generalizar-se e ordenar-se em um sistema de hipóteses.” As informações foram sendo agrupadas em 15 categorias, sendo 13, as mesmas categorias utilizadas neste estudo, durante a descrição do resultado do PMAQ/AB no tocante aos aspectos de organização do processo de trabalho das eSF – Dimensão IV, 2º Ciclo (2º objetivo). São elas: Planejamento das ações da EAB; Organização da agenda da EAB; Organização de prontuários; Coordenação do cuidado na rede de atenção; Acolhimento à demanda espontânea; Saúde da Mulher e da Criança; Saúde Mental; Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose, Hanseníase); Visita domiciliar e cuidado no domicílio; Promoção da Saúde; Participação e controle Social; Saúde na Escola; Práticas Integrativas e Complementares. Sendo acrescido: Registro de utilização das ferramentas e/ou informações disponibilizadas pelo PMAQ/AB; Informações relacionadas à gestão da unidade de saúde.

Diante das informações coletadas, foram realizadas inferências e interpretações. O que resultou na construção de dados que permitiram a análise para identificação de que maneira as ferramentas e informações disponibilizadas pelo programa estão sendo utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família.

6.8 Elaboração da Nota Técnica

Atualmente as Equipes que aderiram ao PMAQ/AB, encontram-se no 3º ciclo. Diante desse fato, a nota técnica foi elaborada tendo como referência o Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF – PMAQ/AB, 2017. No mais, foi realizada uma síntese das informações contidas no Manual Instrutivo, 2017, sobre o monitoramento e avaliação dos indicadores PMAQ/AB. Construiu-se um quadro com informações concisas e necessárias ao monitoramento e avaliação dos indicadores, tais como: Indicador, fórmula de cálculo, fonte de

dados, parâmetro, periodicidade e informações relevantes para cada indicador. Estando o mesmo na referida Nota Técnica, Apêndice D, deste estudo.

6.9 Considerações Éticas

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Sendo aprovado sob o Parecer de nº-2.043.230 em 3 de Maio de 2017. Conforme anexo A. A Secretaria Municipal de Esperança, local de realização da pesquisa, concordou com a realização da mesma a partir da assinatura da carta de anuência, constando em anexo B. Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos da pesquisa, como também foi garantido o sigilo com as informações pessoais. Aconteceu a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice E), onde constava todas as informações pertinentes ao estudo, baseado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Como forma de garantir o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por códigos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados está organizada em três partes. A primeira está relacionada à caracterização do perfil dos participantes da pesquisa. A segunda refere-se à descrição do resultado da Avaliação Externa PMAQ/AB – Aspectos de Organização do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família (Dimensão – IV). A terceira parte expõem as informações referentes à apropriação pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família dos resultados das avaliações PMAQ/AB, identificando de que maneira as ferramentas e informações disponibilizadas pelo programa estão sendo utilizadas pelas eSF. Nesta última, foram utilizados três métodos de coleta de dados: instrumento estruturado, análise documental e entrevista.

7.1 Perfil dos profissionais responsáveis pelo PMAQ/AB nas eSF

Iniciamos a descrição dos resultados expondo os dados que nos proporcionaram traçar o perfil dos profissionais responsáveis pelo PMAQ/AB nas Equipes de eSF do município de Esperança/PB. Os resultados estão expostos a seguir na Tabela (Tabela 2).

Tabela 2- Perfil dos profissionais responsáveis pelo PMAQ/AB nas eSF do município de Esperança/PB

(Continua)		
Variável	Nº	%
Idade		
25 a 40 anos	06	54,5%
40 a 50 anos	02	18,1%
> 50 anos	03	27,3%
Sexo		
Feminino	11	100 %
Profissão		
Enfermeira	11	100 %
Escolaridade		
Graduação	08	72,7%
Pós Graduação	03	27,3%
Experiência profissional na ESF		
Até 1 ano	05	45,45%
1 a 3 anos	00	0 %
3 a 5 anos	00	0 %
> 5 anos	06	54,5%

Tabela 2. Perfil dos profissionais responsáveis pelo PMAQ/AB nas eSF do município de Esperança/PB

Variável	Nº	%
(Conclusão)		
Tempo de atuação na Unidade/eSF		
Até 6 meses	09	81,8%
6 meses a 1ano	00	0%
1 a 3 anos	00	0 %
3 a 5 anos	02	18,1 %
> 5 anos	00	0%
Tipo de Contratação		
Estatutário	03	27,3%
Celetista	01	9,1%
Contrato de Trabalho	07	63,6%
Carga Horária		
40 h/semanais	11	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante dos dados expostos acima (Tabela 2), podemos avaliar que a faixa etária predominante dos responsáveis pelo PMAQ/AB nas eSF é de 25 a 40 anos (54,5%), seguida pela faixa etária de maiores de 50 anos (27,3%). Todos os participantes são do sexo feminino e Enfermeiras (100%). Em relação à formação profissional, a maioria tem apenas graduação (72,7%). Grande parte dos profissionais tem sua contratação por Contrato de Trabalho (63,6%) e estatutário (27,3%). Todos os profissionais (100%) relatam trabalhar 40 horas semanais. Em se tratando do tempo de atuação na unidade / equipe na qual são responsáveis pelo PMAQ/AB, à maioria está atuando a até 6 meses (81,8%), os demais estão entre 3 a 5 anos na equipe (18%). Outro fato interessante é que mais de 50% dos profissionais tem experiência profissional na ESF há mais 5 anos.

Destaca-se o fato da predominância do sexo feminino e da categoria de enfermagem como responsáveis pelo PMAQ/AB nas Unidades Básicas de Saúde. A predominância do sexo feminino na profissão de enfermagem pode está refletindo a influência dos primórdios da criação da profissão, onde se tinha a imagem feminina como símbolo. A enfermagem tem como figura de destaque Florence Nightingale, que é considerada a precursora da enfermagem moderna e criadora de uma nova profissão feminina (COSTA et al., 2009). No entanto, mesmo diante dessa predominância do sexo feminino na profissão de Enfermagem, atualmente já se observa a presença de pessoas do sexo masculino desempenhando as funções de enfermeiro. Conforme pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), percebe-se que mesmo tratando-se de uma categoria feminina, registra-se a presença de 15% de homens, exercendo a profissão. Fato que indica está se firmando uma

tendência à masculinização da categoria, de acordo com o crescente aumento do contingente masculino na composição desta categoria profissional (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

Em se tratando da predominância dos enfermeiros como responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde, Seidl et al. (2014), constatou em seu estudo que “dentre os profissionais respondentes do PMAQ-AB, 92,3% são enfermeiros. E que esse resultado pode ser explicado pela maior proporção de enfermeiros que assumem a coordenação das equipes de Atenção Básica em relação aos demais profissionais”. Cabe aqui ressaltar que a competência para prática gerencial do enfermeiro é oferecida desde a sua formação. Como também é regulamentada pela legislação, através da Lei nº 7.498/1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências. A referida lei, traz em um de seus artigos, como atribuições privativas do enfermeiro, a “direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviços e de unidade de enfermagem” (BRASIL, 1986).

Embora a legislação especifique a direção privativa do enfermeiro em órgão de enfermagem, isso não o impede de dirigir demais serviços de saúde. De acordo Política Nacional de Atenção Básica, 2017, o enfermeiro já responde pela gerência dos serviços de enfermagem e pela supervisão do trabalho dos Técnicos/auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Certamente, pela sua experiência e formação em Saúde Pública e em detrimento ao desempenho de atividade gerencial frente a estas categorias profissionais nas UBS, o enfermeiro seja visto como um profissional com perfil adequado para gerenciar o serviço em seu aspecto mais abrangente (BRASIL, 2017).

No tocante a carga horária, todos referiram exercer suas funções por 40 horas de trabalho semanais, conforme orientado pela PNAB, 2017. Outro dado que teve destaque, foi em relação ao tempo de trabalho na unidade atual, em que nove (81,81%) dos profissionais, afirmaram atuar há menos de 6 meses (81,8%) na unidade. Informação que se contrapõem ao estudo de Seidl *et al.* (2014), onde observa-se um percentual bem menor de profissionais atuantes a menos de 1 ano na equipe. Pois, a autora relata que “na média nacional, 27,6% dos entrevistados informaram ter menos de um ano de atuação na equipe”.

Somado a este fato, verificou-se que os vínculos trabalhistas identificados neste estudo, apresenta sete (63,6%) dos profissionais atuando por contrato de trabalho. Entretanto, a maioria tem mais de 5 anos de experiência na Estratégia Saúde da Família, o que nos leva a refletir sobre a existência de rotatividade de profissionais nestas unidades, embasada no fato da precarização do trabalho.

Em conformidade com as entidades sindicais, a precarização do trabalho “está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS” (PIRES, 2009). De acordo com a pesquisa realizada por Medeiros *et al.* (2010), “a maioria dos enfermeiros e dos médicos evidenciou que o regime de trabalho e a remuneração são motivos de rotatividade frequente, fazendo-os migrar de um município para outro”.

Assim sendo, a precarização do trabalho poderá estar influenciando na rotatividade de profissionais. “Pois, os profissionais da eSF enfrentam o desafio de ter ou não seu contrato de trabalho anual renovado, tendo em vista que, para isso, dependem de seu desempenho profissional e dos interesses político-eleitorais” (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). Fato que induz a quebra do vínculo com a comunidade, algo complexo que é construído ao longo do tempo, pois “as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa forma, essenciais à plena implementação do SUS” (SCHIMITH *et al.*, 2012).

De acordo com estudo realizado por Viegas e Penna (2012), o vínculo é traduzido no trabalho das ESF, como diretriz essencial à consolidação da integralidade em saúde. Pois, permitiu a participação do usuário como sujeito autônomo na produção da sua saúde. No entanto, a construção deste vínculo com as famílias é dificultada mediante a rotatividade de profissionais, o que implica diretamente na consolidação da Estratégia.

7.2- Descrição do resultado da Avaliação Externa PMAQ/AB – Aspectos de Organização do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família (Dimensão – IV)

Inicialmente descreveremos os resultados das certificações PMAQ/AB - 2º ciclo, das eSF participantes deste estudo. Para tanto, as informações foram organizadas em uma tabela (Tabela 3), apresentada a seguir.

Tabela 3. Certificação das Equipes de Saúde da Família do município de Esperança/PB, segundo o PMAQ/AB, 2014

Certificação	Nº de eSF	Percentual
Muito acima da média	4	36,4%
Acima da média	3	27,3%
Mediano ou abaixo da média	4	36,4%
Insatisfatório	—	—

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Base de dados PMAQ/AB (2º ciclo).

Diante do exposto, observa-se que nenhuma eSF teve certificação insatisfatória. No entanto, as certificações foram predominantes entre os desempenhos muito acima da média e mediano ou abaixo da média.

Este processo de certificação, no 2º ciclo PMAQ/AB, foi realizado mediante a avaliação do desempenho das eSF, de acordo com padrões de qualidade estabelecidos pelo programa. Esses padrões são avaliados a partir de três momentos: avaliação externa, realizada por Instituição de Ensino Superior (IES), somado a realização da autoavaliação pela eSF, comprovada *in loco*, e a avaliação do conjunto de indicadores (BRASIL, 2013b).

Em relação aos resultados da avaliação externa PMAQ/AB, no tocante aos aspectos de organização do processo de trabalho das eSF – Dimensão IV, realizou-se a coleta de dados utilizando os relatórios descritivos da avaliação externa, constantes no banco de dados do PMAQ/AB (2º ciclo). Foram utilizados os mesmos parâmetros do programa (Muito acima da média, acima da média e mediano ou abaixo da média).

Ao analisar os dados expostos no Quadro 3, consegue-se visualizar quais os pontos com maior fragilidade no processo de trabalho das eSF, identificados pelo programa. Observa-se que as eSF, em seu contexto municipal, estão muito acima da média no que diz respeito a Organização da Agenda da Equipe e Organização dos Prontuários. Considera-se que estão acima da média em relação ao Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica, no Acolhimento à Demanda Espontânea, na Saúde Mental, na Promoção da Saúde, na Participação do Usuário e Controle Social e na Saúde na Escola. No entanto, encontram-se com desempenho mediano ou abaixo da média em relação à Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade, na Saúde da Mulher e da Criança, nas Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase), nas Visitas Domiciliares e Cuidado realizado no Domicílio e nas Práticas Integrativas e Complementares.

Quadro 3. Resultado da avaliação externa PMAQ/AB, no tocante aos aspectos de organização do processo de trabalho das eSF (Dimensão IV) do município de Esperança/PB

Categorias de análise / Variáveis	Certificação			
	Muito acima da média	Acima da média	Mediana ou abaixo da média	Insatisf.
Planejamento das ações da Equipe de A. Básica	0%	81,8%	18,1%	-----
Organização da agenda da Equipe de A. Básica	36,4 %	36,4%	27,3%	-----
Organização dos prontuários na Unidade Básica de Saúde	45,5%	27,3%	27,3%	-----
Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	0%	27,3%	72,7%	-----
Acolhimento à demanda espontânea	0,1%	53,6%	27,3%	-----
Saúde da mulher e da criança	0%	18,2%	81,8%	-----
Saúde Mental	27,3%	53,6%	0,1%	-----
Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)	0%	45,5%	54,5%	-----
Visita Domiciliar e Cuidado realizado no domicílio	27,27%	36,4%	36,4%	-----
Promoção da Saúde	0,09%	54,5%	36,4%	-----
Participação do Usuário e Controle Social	0%	54,5%	45,5%	-----
Saúde na Escola	0%	53,6%	36,4%	-----
Práticas Integrativas e Complementares	0%	0%	0,1%	-----

Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados PMAQ/AB, 2º ciclo.

Tendo em vista os pontos considerados mediano ou abaixo da média pelo PMAQ/AB, expressa-se a necessidade de ressaltar que entre eles constam diretrizes e programas prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sendo estes utilizados como forma de nortear a organização da assistência das eSF. Neste contexto, destacamos as variáveis Saúde da mulher e da criança e Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade, pelos altos percentuais de equipes com conceito mediano ou abaixo da média (81,8% e 72,3% respectivamente).

Os dados em relação à Saúde da mulher e da criança citados acima, refletem condição contrária ao relato do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), quando diz que “nos últimos anos as ações voltadas para a prevenção primária, como mudanças de hábitos de vida e detecção precoce de doenças, passaram a ser protagonistas e aumentaram sua participação no número de ações do sistema de saúde.” Os achados em relação à Saúde da mulher corroboram com Brasil (2016), quando relata que mesmo existindo ações tradicionais e priorizadas para o cuidado da mulher, na Atenção Básica, o atendimento integral, ainda está em processo de consolidação, no que se refere ao acolhimento de suas demandas e necessidades, garantia do acesso e resposta a contento.

Em relação à coordenação dos cuidados, o estudo desenvolvido por Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007), ressalta que as questões que envolvem a coordenação de cuidados, estão recebendo maior atenção, pois segundo os autores, há uma fragmentação na saúde. Fato constatado pela existência de uma fragmentação considerável da provisão de cuidados de saúde nos países que compõe a Organização do Crescimento e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Refletindo em parte na crescente especialização médica, em que um indivíduo pode ver uma série de provedores diferentes em um único episódio de cuidados. Resultando em fracos vínculos entre diferentes pontos de atenção. Os autores supra citados, relatam que estes problemas são generalizados e existem em algum grau em todos os países.

Santos e Giovanella (2016), relatam algumas condições que interferem no cuidado continuado, e também citam críticas que envolvem a gestão do trabalho médico no SUS. Sendo elas: insuficiência de médicos em relação ao total da população, sua distribuição desigual no território regionalizado e a inadequada formação para atuação na eSF. Outro ponto citado pelos autores está relacionado aos fluxos comunicacionais incipientes entre os diferentes pontos da rede. Como também a regulação do acesso aos serviços especializados, realizado pelas eSF, visto que a priorização é fruto de uma contingência de oferta. Essas situações conduzem a criação de uma rede fragmentada e equipes com restrições para coordenar o cuidado.

7.3 Apropriação pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família dos resultados das avaliações PMAQ/AB

Para verificar a apropriação dos profissionais, iniciaremos a descrição dos resultados obtidos através do instrumento estruturado, sendo os mesmos consolidados em seis categorias de análise. Prosseguiremos com as informações coletadas na análise documental e por fim a descrição das informações resultantes da entrevista, que será explicitada em três categorias de análise.

7.3.1 Análise dos dados coletados através do Instrumento Estruturado

Iniciaremos a exposição dos resultados, abordando a princípio o conhecimento dos profissionais responsáveis pelo PMAQ/AB, sobre a certificação das eSF onde atuam. Para tanto, consolidou-se as respostas dos profissionais e em seguida foram comparadas com a

certificação do programa. Dessa forma, construiu-se uma tabela (Tabela 4) para melhor compreensão das referidas informações.

Tabela 4. Certificação das Equipes de Saúde da Família do município de Esperança/PB, segundo o PMAQ/AB e segundo os participantes da pesquisa, responsáveis pelo PMAQ/AB nas eSF

Certificação PMAQ/AB	Nº de eSF certificadas segundo o PMAQ/AB	Nº de eSF certificadas segundo os profissionais
Muito acima da média	4	1
Acima da média	3	3
Mediano ou abaixo da média	4	1
Insatisfatório	–	–
Não sabe Informar	–	6
Total	11	11

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com as informações do programa, das onze eSF participantes do PMAQ/AB no município de Esperança/PB, quatro estão muito acima da média, três acima da média e quatro mediano ou abaixo da média. Baseado nas respostas dos profissionais a certificação se mostra da seguinte maneira: uma eSF muito acima da média, três acima da média, uma mediano ou abaixo da média e seis não sabem informar.

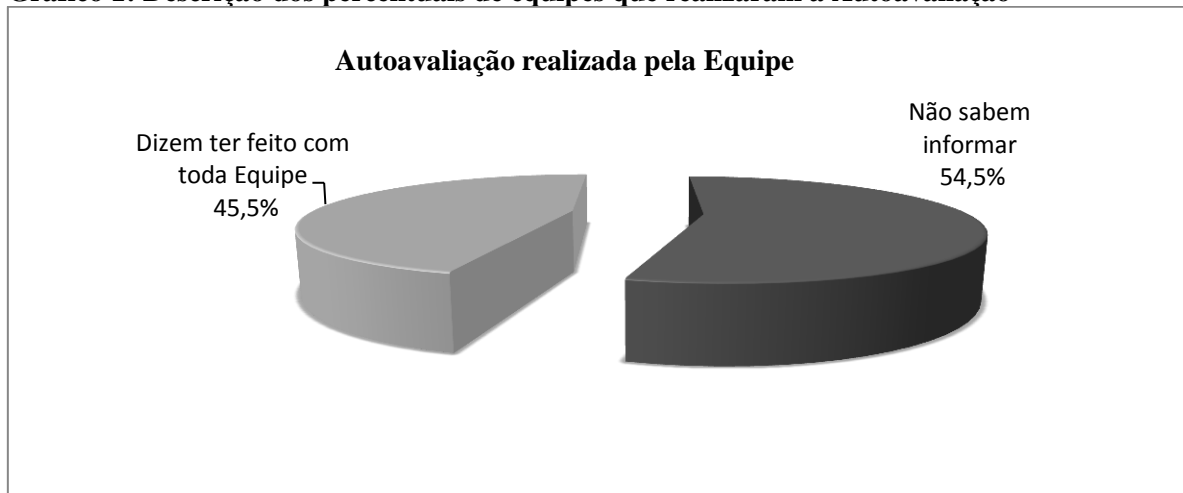
Esta constatação nos revela que seis (54,5%) dos profissionais que estão como responsáveis pelo desenvolvimento do programa nas UBS, não sabem informar a certificação da equipe na avaliação do PMAQ/AB. Essa informação chama bastante atenção, em virtude dos prejuízos que a falta de conhecimento por parte dos profissionais, responsáveis pelo programa, podem trazer ao desenvolvimento do mesmo. Observa-se neste estudo, que podemos estar diante de prejuízos causados pela rotatividade de profissionais em virtude dos vínculos precários, já exposto e discutido durante a descrição do perfil dos responsáveis pelo PMAQ/AB no município estudado.

No entanto, sendo este um programa com compromissos pactuados e com características que buscam reorientar as práticas dos profissionais da Atenção Básica, os gestores precisam trabalhar e estimular o pleno desenvolvimento do mesmo, junto aos profissionais. Visto que, entre os vários compromissos firmados pelas eSF na adesão voluntária ao programa, está o de “organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)”(BRASIL,2013b).

O programa aposta na implementação de uma cultura de análise, avaliação e intervenção. Tornando as eSF e o sistema local, capazes de produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para atenção básica e as potencialidades loco regionais. Para que isso ocorra, o programa tem como fundamento o compromisso com a transparência do processo e socialização das informações, na perspectiva de estimular e fortalecer a utilização destas (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

A categoria de análise autoavaliação realizada pela eSF, também revela que seis (54,5%) dos participantes da pesquisa, não sabem informar se foi realizada a autoavaliação na equipe. Porém, cinco (45,5%) profissionais afirmam ter sido realizada com toda a equipe. Conforme demonstrado em gráfico a seguir (Gráfico 1):

Gráfico 1: Descrição dos percentuais de equipes que realizaram a Autoavaliação



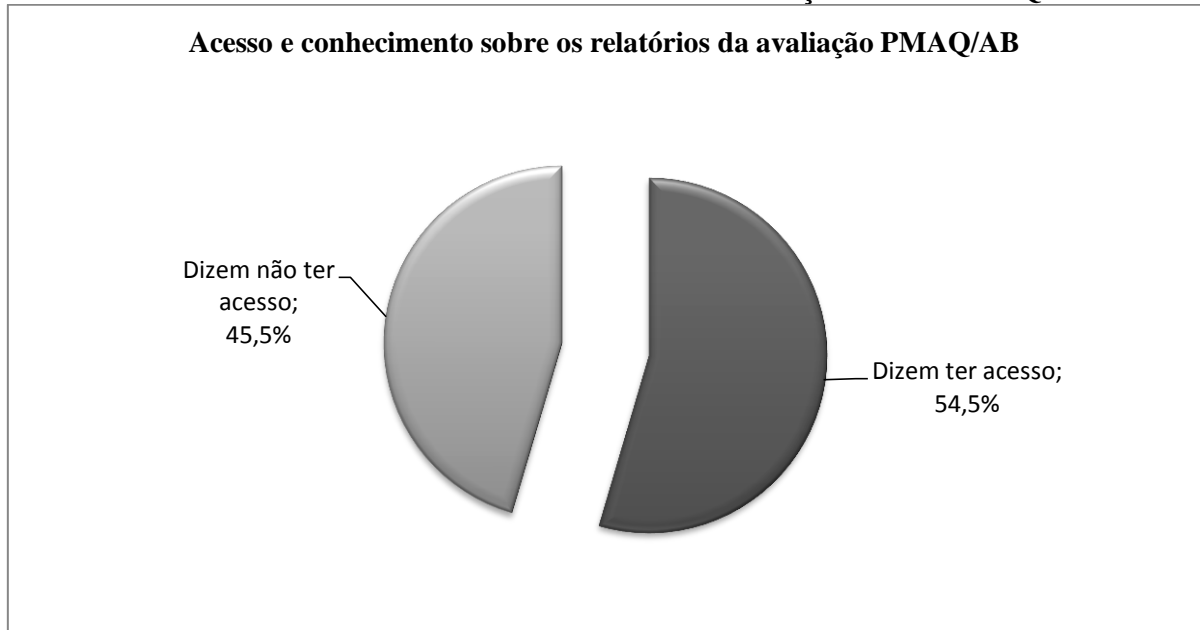
Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados acima descritos se contrapõem ao estudo de Cruz, *et al.* (2014), quando relata que “em todas as regiões do país, a ocorrência da autoavaliação foi mencionada por mais de 80% das equipes avaliadas, com exceção da região Centro-Oeste, onde esse percentual foi de 69,5%.” Sendo descrito no mesmo estudo que “Em todas as regiões, a grande maioria das equipes (90%) afirmou que os resultados da autoavaliação foram utilizados para organização do processo de trabalho”.

A autoavaliação vem sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É o momento em que os profissionais da eSF e gestão, avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, e na formulação das estratégias que possam melhorar os serviços, as relações e o processo de trabalho. É um processo contínuo e permanente (BRASIL, 2013a).

Dando continuidade sobre o processo de apropriação do conhecimento das avaliações PMAQ/AB, pelos profissionais das eSF, abordaremos a terceira categoria que é referente ao acesso e conhecimento sobre os relatórios da avaliação PMAQ/AB. Nesta categoria, a maioria dos profissionais (54,5%) responderam ter acesso aos relatórios PMAQ/AB e 45,5% dizem não ter acesso aos relatórios. Os dados estão representados no gráfico (Gráfico 2) a seguir.

Gráfico 2 - Acesso e Conhecimento sobre os relatórios da avaliação externa PMAQ/AB.



Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com os dados apresentados, o número de profissionais que não tem acesso e conhecimento aos relatórios PMAQ/AB é considerável. Nesse sentido, os dados se contrapõem a uma das diretrizes na qual o PMAQ/AB foi estruturado. No tocante a “Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados[...]pode ser acompanhado[...]por meio do Departamento de Atenção Básica no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/dab”(BRASIL, 2015).

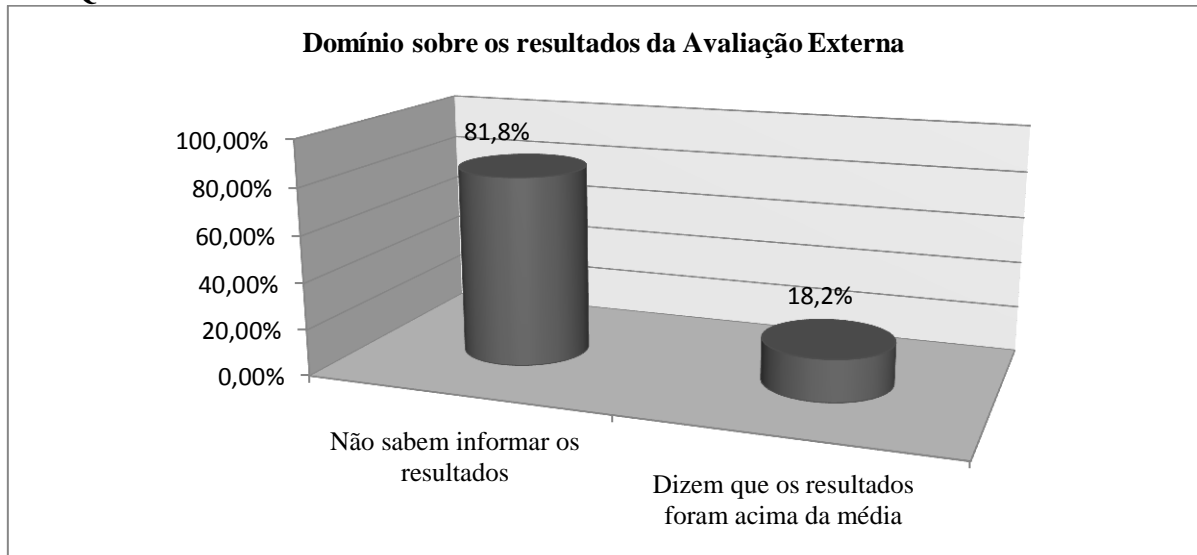
Contudo, ao analisarmos a categoria domínio sobre os resultados da autoavaliação e avaliação externa, onde os profissionais foram questionados a respeito dos conceitos dados pelo PMAQ/AB em relação às variáveis (subdimensões) utilizadas pelo programa para avaliar os aspectos de organização do processo de trabalho das ESF, obteve-se como resultado que nove (81,8%) não sabem informar quais os conceitos e dois (18,2%) dizem ter sido acima da média.

A mesma situação foi verificada na identificação se existe domínio sobre a autoavaliação. Procurou-se saber, se houve na avaliação externa algum conceito que divergiu

significativamente da autoavaliação. E o resultado foi que nove (81,8%) não sabem informar, um (9,1%) dizem que sim e um (9,1%) dizem que não.

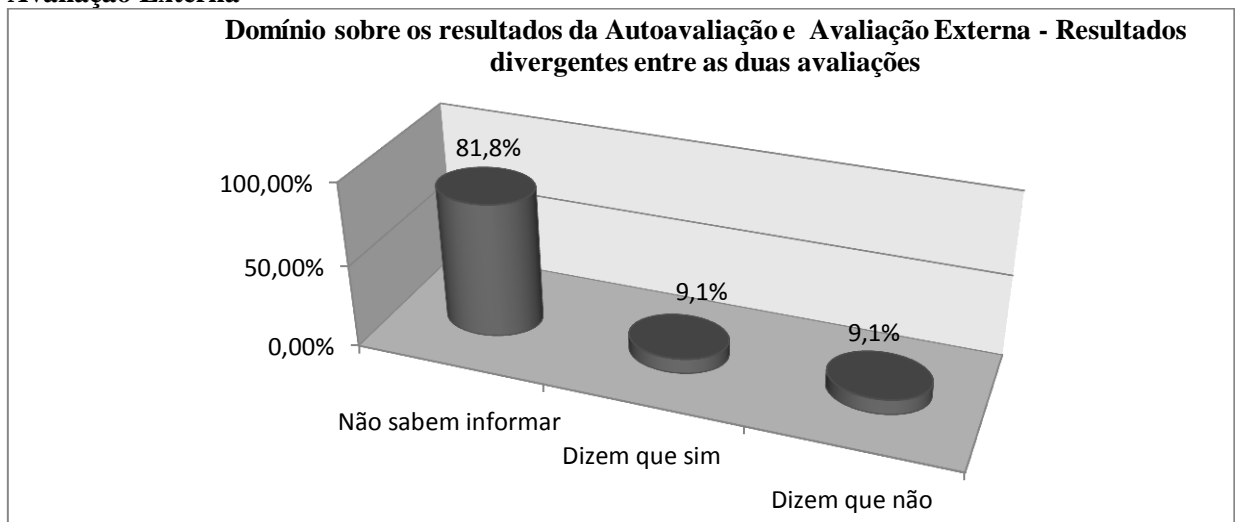
Os gráficos a seguir apresentam os dados referentes aos percentuais de equipes que tem domínio sobre os resultados da Avaliação Externa PMAQ/AB (Gráfico 3) e percentuais de Equipes que tem domínio sobre a Autoavaliação e os resultados da Avaliação Externa, no tocante aos resultados divergentes entre as duas avaliações (Gráfico 4).

Gráfico 3- Percentuais de Equipes que tem domínio sobre os resultados da Avaliação Externa PMAQ/AB



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 4 - Percentuais de Equipes que tem domínio sobre a Autoavaliação e os resultados da Avaliação Externa



Fonte: Elaborado pela autora.

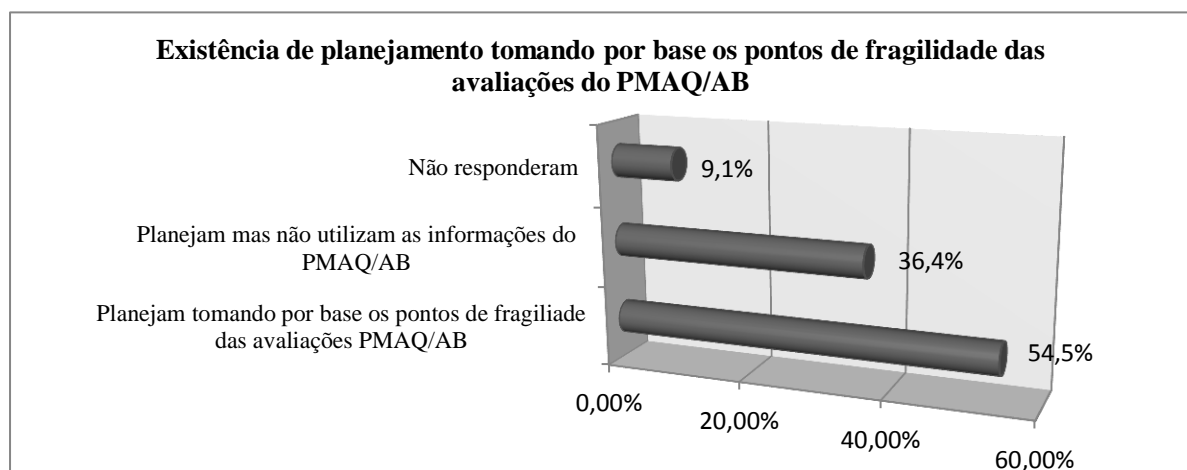
Ao analisarmos os dados referentes a essas três categorias, (Autoavaliação realizada pela eSF; Acesso e conhecimento sobre os relatórios da avaliação PMAQ; Domínio sobre os

resultados da avaliação e avaliação externa.) é notória a incipiente apropriação pelos profissionais das eSF, em relação às informações das avaliações e ferramentas do PMAQ/AB. Demonstram que ainda há um longo caminho a percorrer até alcançar um dos objetivos específicos do programa que é “Institucionalizar uma cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados” (BRASIL, 2015). Logo, torna-se fundamental que a gestão e as equipes, busquem nos momentos autoavaliativos, impulsionar os processos de mudança. Fazendo com que as ferramentas, informações e os investimentos garantidos pelo programa, resultem em transformações mais concretas nos serviços de saúde (SAMPAIO *et al*, 2016).

No entanto, “para que se aprenda com a avaliação, esta deve fazer sentido na perspectiva dos atores envolvidos. Suas interpretações e interações têm papel relevante na produção dos resultados, e no desenvolvimento de processos de aprendizado decorrentes da avaliação” (FELISBERTO; BEZERRA; ALBUQUERQUE, 2014).

Abordaremos a seguir as informações relacionadas à categoria Existência de Planejamento tomando por base os pontos de fragilidade das avaliações PMAQ/AB. Observa-se que em relação a esta categoria, seis dos profissionais (54,5%), referem fazer planejamento mensal e utilizam as informações proporcionadas pelo PMAQ/AB, somadas as informações de avaliação de metas e indicadores e /ou as necessidades surgidas no dia-a-dia do trabalho. No entanto, quatro (36,4%) dizem planejar as ações, mas não utilizam as informações das avaliações do PMAQ/AB, utilizam as avaliações de metas e indicadores e/ou necessidades surgidas no dia-a-dia do trabalho. Um (9,09%) não respondeu. As informações estão expostas no gráfico (Gráfico 5) a seguir:

Gráfico 5 - Percentual de Equipes que planejam tomando por base os pontos de fragilidades identificados pelas avaliações PMAQ/AB



Fonte: Elaborado pela autora.

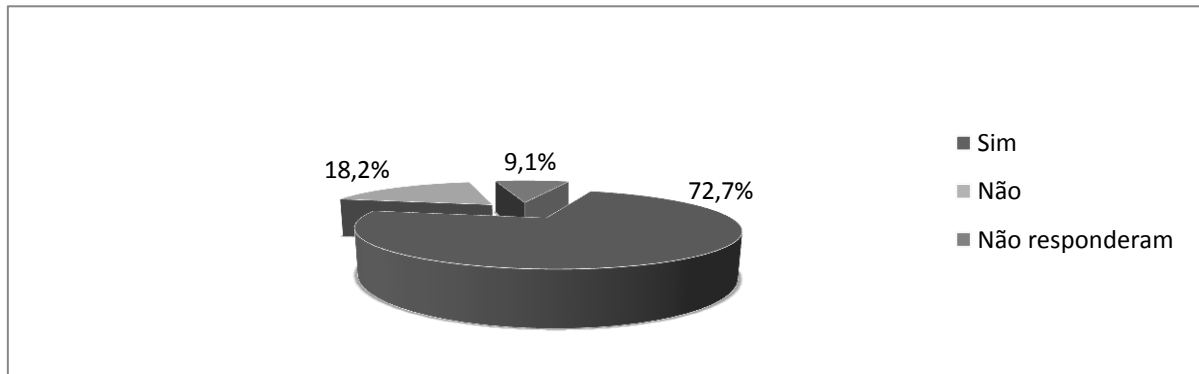
Ainda sobre o planejamento, coletou-se a informação de que este é realizado em sete (63,6%) eSF, sendo realizado com toda a equipe e que em três eSF (27,3%) é realizado pela gerente responsável pela unidade. E um (9,1%) não respondeu.

Os dados acima mencionados, corroboram com o estudo realizado por Cruz, *et al.* (2014), onde a maior parte das eSF avaliadas em todas as regiões do país declarou realizar atividades de planejamento. E que as atividades relacionadas ao planejamento envolve variados atores sendo realizadas pelas equipes em todos os estratos populacionais das regiões. No entanto, ao referir-se a utilização das informações das avaliações PMAQ/AB no planejamento, observa-se um considerável percentual de profissionais, que não utilizam estas informações para nortear o planejamento de suas ações. Fato que pode ser justificado pela incipiente apropriação dos resultados das avaliações do programa, conforme observado acima nas categorias, Autoavaliação realizada pela eSF; Acesso e conhecimento sobre os relatórios da avaliação externa PMAQ/AB; Domínio sobre os resultados da autoavaliação e avaliação externa PMAQ/AB.

O estudo de Medrado, Casanova e Oliveira (2015), reforça as informações acima descritas, quando constatou em sua pesquisa que as eSF realizam o planejamento e programação das atividades, levando em consideração a construção de agenda para organização do processo de trabalho, cujo percentual total é de 94,5%, seguido do uso das informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), com 91,2%, e, em terceiro lugar, das informações locais, com 88,7% (diagnóstico da área). Não sendo mencionada utilização das informações das avaliações PMAQ/AB.

Em se tratando da categoria Existência de monitoramento e avaliação de ações e indicadores utilizados pelo PMAQ/AB, os dados demonstram que o monitoramento e avaliação das ações e indicadores tem sua existência confirmada por oito (72,7%) participantes, sendo que sete (63,6%) dos participantes do estudo, afirmam fazerem mensalmente e um (9,1%) disse fazer trimestralmente. Entretanto, dois (18,2%) participantes referem não realizar o monitoramento em suas equipes. E um (9,1%) não respondeu. Conforme representado no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Percentual de Equipes que realizam monitoramento e avaliação de ações e indicadores utilizados pelo PMAQ/AB

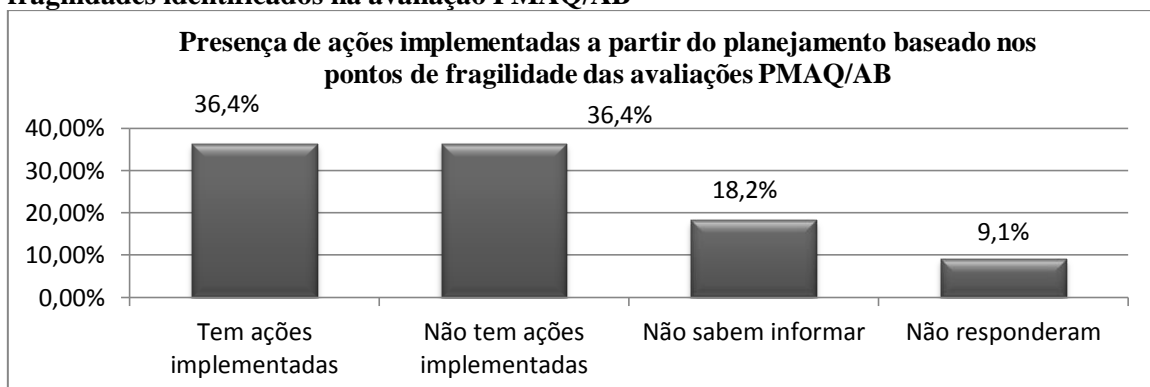


Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta categoria, verificamos que os profissionais das eSF, utilizam na sua rotina o monitoramento e avaliação de indicadores PMAQ/AB. Entendendo-se que “os indicadores pactuados no PMAQ tem como objetivo induzir mudanças em ações estratégicas para a atenção básica, priorizadas pelo Ministério da Saúde. (SAMPAIO, *et al.*, 2014). Para tanto, o Ministério da Saúde, objetiva através dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), identificar as situações de saúde individuais e coletivas de uma população norteando as ações dos profissionais e dos sistemas locais na perspectiva de se tornarem mais efetivos, minimizando desigualdades (NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014).

Por fim, apresentaremos os dados referentes à categoria Presença de ações implementadas a partir do planejamento, baseado nos pontos de fragilidade das avaliações PMAQ/AB. De acordo com os participantes do estudo, quatro (36,4%) referem ter ações implementadas a partir do planejamento, o qual foi norteado pelos pontos de fragilidade das avaliações PMAQ/AB. Do contrário, quatro (36,4%) relatam não terem ações implementadas, dois (18,2%) não sabem informar e um (9,1%) não respondeu. Conforme Gráfico 8.

Gráfico 8 - Percentual de equipes que implementam as ações planejadas a partir dos pontos de fragilidades identificados na avaliação PMAQ/AB



Fonte: Instrumento estruturado, 2017.

Diante destas informações, se faz necessário voltar e observar os dados referentes à categoria existência de planejamento tomando por base os pontos de fragilidade das avaliações PMAQ/AB. Nela existe a informação de que seis (54,5%) das eSF, planejam tomando por base as informações do programa. No entanto, verifica-se nesta categoria que o número de eSF que implementam as ações planejadas com base nas informações do PMAQ/AB é de apenas quatro (36,4%). Fato que revela que duas (18,2%) das eSF que dizem planejar as ações baseadas nas informações do programa, não põe em prática o planejado.

7.3.2 Análise Documental

No decorrer da análise documental foram observados registros de informações, orientações e ações desenvolvidas pelas eSF, que envolviam diversos assuntos. Para tanto, os registros contidos nos documentos, foram analisados e agrupados em 15 categorias, para que assim, fossem identificadas com clareza as informações que os mesmos apresentavam. No entanto, o foco principal era identificar a utilização pelas eSF de ferramentas ou informações disponibilizadas pelo PMAQ/AB.

Deste modo, as categorias foram organizadas em uma tabela (Tabela 5), para melhor compreensão dos assuntos encontrados e a quantidade de eSF que abordaram essas categorias.

Tabela 5: Categorias identificadas nos registros das eSF durante a análise documental.

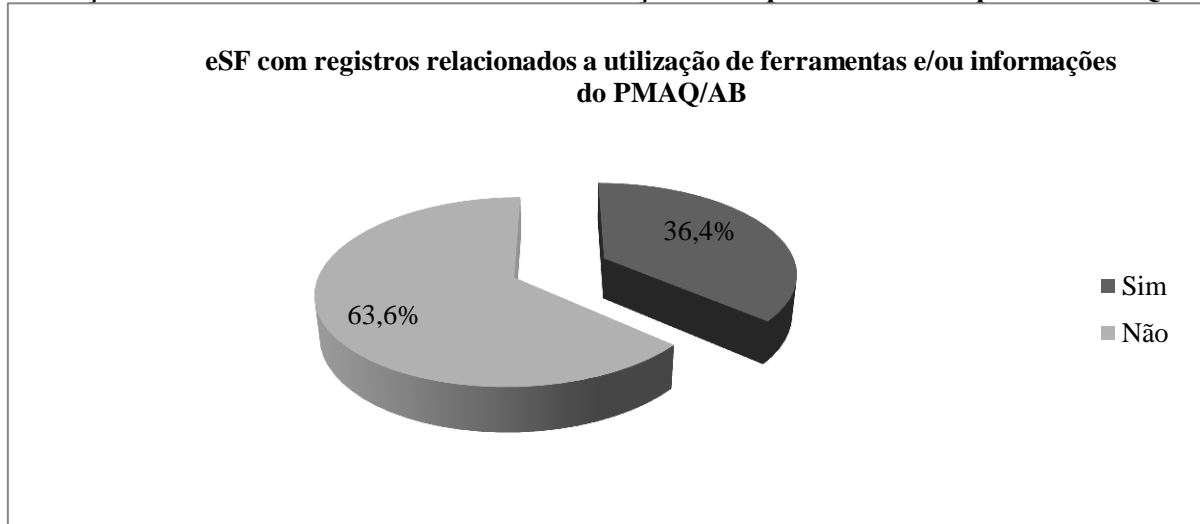
Categoria com registro	Quant. de eSF
Planejamento das ações da EAB	06
Organização da agenda da EAB	07
Organização dos Prontuários	01
Coord. do cuidado na Rede de Atenção	01
Acolhimento à demanda espontânea	00
Saúde da Mulher e da Criança	08
Saúde Mental	02
Condições Crônicas(Obesidade, Tb, Hans.)	01
Visita domiciliar e cuidado no domicílio	03
Promoção da Saúde	07
Participação do usuário e controle social	01
Saúde na Escola	03
Práticas Integrativas e Complementares	00
Informações relacionadas à gestão da Unidade	05
Reg. de utilização das ferramentas e/ou Informações disponibilizadas pelo PMAQ/AB	04

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante das categorias descritas na tabela (Tabela 5), percebe-se que nos registros das eSF o foco prioritário está entre a Saúde da Mulher e da Criança, Organização da agenda da

EAB, Promoção da Saúde e Planejamento de ações da EAB. Entretanto, os registros de utilização de ferramentas e/ ou informações disponibilizadas pelo PMAQ/AB, são identificados em apenas quatro das onze equipes estudadas. De modo que, o percentual de equipes, que de alguma forma, registraram informações sobre o programa foi de apenas 36,4% delas. Conforme demonstra o gráfico 8.

Gráfico 8 - Percentual de eSF que apresentaram registro em documentos, relacionados a utilização de ferramentas e/ou informações disponibilizadas pelo PMAQ/AB.



Fonte: Elaborado pela autora.

Em face dessa constatação, cabe ressaltar que das quatro equipes que utilizaram informações do PMAQ/AB, duas delas apresentaram monitoramento e avaliação de indicadores PMAQ/AB em seus registros documentais. As demais mencionaram em seus registros, em ata de reunião em equipe, uma reunião que foi chamada de “organização do PMAQ”, sem que houvesse nenhuma descrição do que se tratava. A outra mencionou que a equipe necessitava continuar alimentado o sistema e manter os cadernos com informações atualizadas, em virtude da avaliação PMAQ/AB.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ/AB) traz entre os seus objetivos, o estímulo a institucionalização de uma cultura de avaliação na Atenção Básica, na perspectiva de promover a indução e acompanhamento de processos e resultados (Brasil, 2013b). Fato que, segundo Felisberto, Alves e Bezerra (2010), “é uma prática ainda incipiente no sistema de saúde brasileiro, embora venha ocorrendo e crescendo em importância nas ações individuais e coletivas e na definição de políticas, permeando os programas e fortalecendo profissionais e gestores em seus atos e decisões”.

De acordo com a ideia dos autores supracitados e diante dos dados apresentados, verifica-se a fragilidade na institucionalização da cultura de avaliação. Circunstância que nos

leva a refletir em que medida as ferramentas e informações do programa estão servindo para uma reestruturação na oferta de serviços e ações das eSF, que possam gerar melhoria no acesso e na qualidade da assistência. Autores como Gomes e Mehry (2016), trazem a reflexão de que o PMAQ/AB, “deve servir de alavanca e facilitador, mas não de agente central definidor[...] praticamente apagando os modos próprios como em cada região-local os jogos institucionais são operados. Querer substituir o protagonismo dos jogos no local é pura ilusão e fadada à insuficiência”.

Portanto, diante de resultados obtidos através da análise documental, compreende-se que as eSF, aqui estudadas, utilizam em uma minoria, e de forma incipiente, as informações disponibilizadas pelo programa. Visto que, o PMAQ/AB oferece em seus relatórios de avaliação e ferramentas, informações diversas, capazes de orientar a organização dos processos de trabalho visando à melhoria do Acesso e da Qualidade das ações ofertadas (BRASIL, 2013a). Ainda assim, seguem moldando seus processos de trabalho, focando em ações que entendem ser necessárias a realidade local.

7.3.3 Análise das Entrevistas

As entrevistas foram analisadas a partir do método de análise de conteúdo, conforme descrito nos procedimentos metodológicos. As etapas da análise de conteúdo foram seguidas, e, portanto, as informações foram categorizadas, descrito as unidades de análise, realizado as inferências e interpretação das mesmas.

Desta forma, iniciaremos a exposição e discussão dos resultados pela categoria Conhecimento e domínio sobre as informações das avaliações PMAQ/AB. Nela, foram analisadas informações referentes à identificação de pontos de fragilidades na organização do processo de trabalho, a partir das avaliações do PMAQ/AB e ações implementadas a partir das informações do programa. Cabe ressaltar que a avaliação externa promovida pelo Ministério da Saúde, possibilitou “conhecer em escala de profundidade, inédita, as singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de melhoria em todos os níveis”(BRASIL, 2015).

Para ajudar na compreensão dos resultados, foi construída uma tabela (Tabela. 6) através do banco de dados PMAQ/AB 2º ciclo, no tocante a dimensão IV- Acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho, com o objetivo de elencar as variáveis que tiveram conceito mediano ou abaixo da média (considerados pontos

de fragilidade). Nela é apresentado apenas o número de equipes participantes da entrevista (3 eSF) e suas respectivas certificações no PMAQ/AB. Sendo que as certificações estão com as seguintes siglas: Muito acima da média – MAM, Acima da média – AM, Mediano ou abaixo da média – MDAM.

Tabela 6 - Pontos de fragilidades identificados pelo PMAQ/AB no 2º ciclo, no tocante aos aspectos de organização do processo de trabalho das eSF (Dimensão IV). Relacionado as três eSF participantes da entrevista neste estudo.

Ponto de fragilidade	Nº de equipes	Certificação no PMAQ/AB
Saúde da Mulher e da criança	02	MAM , MDAM
Condições crônicas (Obesid., Tb. e Hans.)	03	MAM, AM, MDAM
Programa Saúde na Escola	02	MAM, MDAM
Práticas Integrativas e Complementares	03	MAM, AM, MDAM
Coord. do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	02	AM, MDAM
Organiz. dos prontuários na Unidade Básica de Saúde	01	MDAM
Acolhimento à demanda espontânea	01	MDAM
Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio	01	MDAM
Promoção da Saúde	01	MDAM

Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados PMAQ/AB 2º ciclo, 2014.

Ao observarmos as informações constantes na tabela (Tabela 6), podemos constatar que o programa identificou nove pontos de fragilidade, existentes nas três equipes que participaram da entrevista. Sendo que dois pontos de fragilidade estão presentes nas três eSF representadas na entrevista (100%), três pontos estão presentes em duas eSF (66,7%) e quatro estão presentes em apenas uma eSF. (33,3%).

Em se tratando das informações adquiridas pelas respostas dos participantes da entrevista nesta categoria, construiu-se uma tabela (Tabela. 7), buscando melhor compreensão das mesmas.

Tabela 7. Especificação numérica e percentual das unidades de registro, presente no discurso dos participantes deste estudo. Referente à categoria: Conhecimento e domínio sobre as informações das avaliações PMAQ/AB.

Unidade de Registro	Nº	%
Pontos de fragilidade na org. do processo de trabalho de acordo com as avaliações PMAQ/AB		
Resolutividade prejudicada (insuficiência de vagas para Especialista). Responsabilidade da gestão.	01	33,3%
Problemas com a organização dos registros	01	33,3%
Insatisfação dos usuários com o atendimento médico	01	33,3%
Não sabe informar	01	33,3%
Ações implementadas a partir das informações do PMAQ/AB		
Organização das visitas domiciliares	01	33,3%
Organização dos registros	01	33,33%
Ação junto ao médico para melhora do atendimento aos usuários	01	33,33%
Não sabe informar	01	33,33%

Fonte: Elaborado pela autora.

No decorrer da análise, observou-se que poucos são os pontos de fragilidade indicados pelos entrevistados em comparação aos identificados pelo programa, já mencionados anteriormente. O que pode caracterizar falta de conhecimento a respeito das informações das avaliações PMAQ/AB.

Outro fato importante é que eles não se repetem nas falas dos profissionais entrevistados. Embora, deva-se levar em consideração a singularidade de cada região, as realidades locais, o que chamamos de territorialização. Sendo esta uma das diretrizes para organização do processo de trabalho das eSF, segundo a PNAB, 2017. A territorialização é compreendida como uma ferramenta que “engloba a teia de relações humanas que se constroem sobre uma base geográfica, influenciada por fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Ainda assim, foram citadas algumas informações a respeito dos pontos de fragilidade da eSF que diferem das identificadas, ou não foram mencionadas pelos participantes, mas que haviam sido identificadas pelo programa.

Diante do exposto, indicam como pontos de fragilidade na organização do trabalho da equipe: a resolutividade, alegando ser de responsabilidade da gestão, ao mencionar insuficiência de vagas para especialistas. Entende-se que, “a resolutividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, mediante responsabilização das equipes, com atitudes criativas e flexíveis, a partir das tecnologias disponíveis em cada nível de atenção” (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Fato que nos leva a refletir em que medida existe a necessidade de maior número de vagas para especialistas, em detrimento ao nível de resolutividade da eSF. Segundo, Graever, Soares e Alves (2012), “A eSF tem como um de seus pilares a alta resolutividade, pois grande parte das demandas da população (80 a 90%) pode ser resolvida nesse âmbito. Apenas 10 a 20% dos usuários atendidos necessitam de encaminhamento a serviços especializados [...]”. No entanto, Almeida, Fausto e Giovanella (2011), afirmam que “o acolhimento, o suporte de especialistas e o apoio matricial podem contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de SF para atender às diversas necessidades de saúde da população e para ampliar a resolutividade”.

Outro ponto indicado como frágil, está relacionado aos registros de informações. Com efeito, esta fragilidade reflete diretamente na organização do processo de trabalho. Pois “a informação em saúde deve ser entendida como um instrumento de apoio à decisão para o planejamento, gestão, organização e avaliação, nos diferentes níveis que constituem o Sistema Único de Saúde [...]”(BRASIL,2005).

Essa fragilidade de registros poderá interferir também, na coordenação do cuidado, em detrimento da informação ser considerada a essência da coordenação. Sendo vista desta maneira, pois quando se tem disponível as informações e a utilização desta, através de registros facilmente disponíveis, por reconhecimento de informações prévias, por mecanismos de referência e contra referência e recomendações escritas aos pacientes, o cuidado se torna qualificado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

O terceiro ponto de fragilidade é compreendido como outro foco de análise. Visto que, foi mencionado à insatisfação dos usuários com o atendimento do profissional médico.

“[...] a entrevista dos usuários, que alguns reclamaram um pouco do atendimento do médico, que também na época contava para avaliação” (AM).

Cabe aqui destacar, que a satisfação do usuário foi avaliada no PMAQ/AB 2º ciclo, porém ele está inserido em outra dimensão (Dimensão V- acesso, utilização e participação e satisfação do usuário), o qual não é objeto do estudo, que contempla a Dimensão IV – acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho,

conforme descrito nos relatórios descritivos do banco de dados PMAQ/AB 2º ciclo. Desta forma, esse ponto referido como frágil na organização do processo de trabalho da equipe não será analisado, por não estar inserido no contexto desta categoria em estudo.

Um dos participantes da entrevista, declarou não saber informar os pontos de fragilidade na organização do processo de trabalho da equipe e se houve alguma ação implementada tomando por base essas fragilidades.

“Bom, eu não estava aqui na época, né? Não posso afirmar o que houve. [...] eu estou aqui de fevereiro pra cá, eu não posso afirmar.” “É esse ponto...(silenciou)”(MDAM)).

No tocante as ações implementadas a partir das informações do PMAQ/AB, foram citadas apenas duas ações. Sendo uma, em relação à organização de visitas domiciliares, fragilidade que não foi citada quando questionado e que teve como justificativa exigência do COREN. Conforme descrito nas palavras da entrevistada:

“Foi porque, assim, a gente fazia por profissional. Um dia só a enfermeira, outro dia só o médico, outro dia só a técnica em enfermagem. Aí como o COREN quer que agora a enfermeira trabalhe junto com a técnica, então a gente resolveu ir a equipe completa.” (MAM)

Outra ação foi à realização de um trabalho junto ao médico da equipe, o qual, segundo a participante do estudo, apresentou melhoras na conduta para com a comunidade. (situação já discutida anteriormente).

Portanto, diante dos dados apresentados, interpreta-se que as eSF demonstram pouco domínio e conhecimento sobre as informações das avaliações PMAQ/AB, no tocante aos pontos de fragilidade na organização do processo de trabalho.

Dando seguimento a análise dos resultados, abordaremos a categoria existência de monitoramento de indicadores, avaliação e planejamento de ações, norteando-se pelas informações das avaliações PMAQ/AB. Nesta categoria foram incluídas as informações referentes às formas de utilização das informações do programa pelas eSF. Logo, as informações foram expostas em forma de tabela (Tabela 8), para melhor observação e compreensão das mesmas.

Tabela 8 - Descrição numérica e percentual das unidades de registro, presente no discurso dos participantes desta entrevista. Referente à categoria: Existência de monitoramento de indicadores, avaliação e planejamento de ações, norteando-se pelas informações das avaliações PMAQ/AB.

Unidade de Registro	Nº	%
Formas de utilização das informações PMAQ/AB		
Monitoramento e avaliação dos indicadores	03	100%
Planejamento mensal com base nos pontos de fragilidade da avaliação PMAQ/AB.	01	33,33%
Periodicidade		
Mensalmente	03	100%

Fonte: Elaborado pela autora

Os dados apresentados nesta categoria nos mostram que há uma tendência das eSF, priorizarem o monitoramento e avaliação dos indicadores, em detrimento a análise das demais informações presentes nos instrumentos e relatórios da avaliação PMAQ/AB. Observa-se também, que as eSF, mesmo monitorando e avaliando os indicadores mensalmente, expressam em sua minoria a utilização dessas informações como base para planejar estratégias que visem a melhoria das ações prestadas aos usuários.

Reis, Oliveira e Sellera (2012), relatam que “já é pratica frequente o uso de dados, indicadores, assim como análises e divulgação desses. No entanto, as informações geradas pouco orientam a tomada das decisões, assim como pouco se prestam para a qualificação dos serviços e ações [...]”

Contudo, em relação às informações oferecidas pelo PMAQ/AB, é ressaltado por uma participante, que estas serviram para ampliar a compreensão de programas já desenvolvidos pelas Equipes de Saúde da Família, referindo como consequência melhora no atendimento.

“[...] foram aplicadas pra gente na orientação de como era realizado o PMAQ, na questão do acolhimento, melhorou mais. Entendeu? Os programas que a gente trabalhava, através do PMAQ a gente teve um acesso, uma visão melhor e gerou um melhor atendimento ao público[...] (MDAB).

Como também foi mencionado à importância da gestão na divulgação das informações PMAQ/AB, estimulando a apropriação desse conhecimento por parte das eSF.

“A gente fazia essas reuniões mensais, mas pra si tratar do assunto PMAQ, em relação à avaliação passada, a gente só pôde trabalhar quando a gestão realmente mostrou quais os pontos que a unidade estaria frágil.” (AM)

Fato que é traduzido como estratégia do programa (PMAQ/AB), que “fomenta espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança, entre equipes, gestores e usuários, que tenham potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços” (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

No tocante a categoria de análise informações relevantes sobre o PMAQ/AB, foram inseridas informações relacionadas aos pontos de vista dos profissionais sobre o programa. Neste sentido, destacou-se que o PMAQ/AB é um programa muito bom. Porque é um incentivo, para o desenvolvimento de ações e metas que já faziam parte do processo de trabalho das eSF.

Porque apesar de ter coisas que a gente sabe que tem que fazer no nosso dia - a- dia, de certa forma ele incentiva, né? A vigilância da gente em relação aos dados. É aos indicadores que a gente tem que atingir. É de está mantendo esses indicadores atualizados. De está procurando soluções para melhorar esses indicadores e de qualquer forma, também a parte financeira que é repassada para os funcionários também é uma forma de incentivo. (AM).

No entanto, há profissional que acha não ser necessário um programa para organizar. O trabalho deve existir independente do recurso financeiro.

Porque metas, tudo isso sempre existiu. Não precisava de PMAQ pra precisar se organizar. Está com seus hipertensos em dia. Está com a sua puericultura em dia. Seus materiais gráficos, seus registros, tudo isso a gente trabalhava em cima disso [...] eu sempre vou trabalhar independente de ter esse recurso ou não. (MDAB).

Outro fato mencionado é que mesmo tendo um incentivo financeiro, existe insatisfação em alguns profissionais, pois segundo eles, há um empenho para realização de ações exigidas pelo programa e não são recompensados como deveriam. Ainda relatam que o mesmo estimulou um caráter de competitividade e comparação entre as equipes.

“Porque o que a gente vê é todas as unidades comparando que cada unidade recebeu, porque foi tão baixo. É agente de saúde, dizem que não vão mais trabalhar, que não vão fazer mais nada. Porque trabalharam demais e no final não são recompensados” (MDAB).

Relataram ainda que o programa aparenta caráter punitivo, mas que veio para alcançar o objetivo de melhorar a qualidade da assistência. E que para ter maior resolutividade tem que ter o apoio da gestão no tocante aos encaminhamentos para especialistas.

“Porque tem algumas pessoas que acham que na realidade ele veio para punir. É, mas que na realidade não é. Eu acho que ele, ele está tentando atingir o objetivo dele que é a melhoria da qualidade da assistência” (AM).

Com relação ao programa é mais apoio da gestão, entendeu? Porque a gente, assim, tá difícil né? Porque a gente trabalhar sem esse apoio, entendeu? Aí é como eu disse a resolutividade da gente fica emperrada, né? Porque a gente quer resolver, liga e até encaminhamento de urgência não tem. (MAM).

Portanto, de acordo com as inferências realizadas, interpreta-se como informações relevantes para o PMAQ/AB, do ponto de vista dos participantes do estudo, que o programa é tido como bom, e essa afirmação é reforçada no estudo de Freitas, *et al.* (2017), quando relata que os participantes “ao serem questionados sobre sua experiência geral com o PMAQ, vinte profissionais (83,3%) declararam que sua experiência foi positiva e quatro (16,7%) relataram experiência negativa.”

Constatou-se ainda que o seu diferencial é o incentivo financeiro. Apesar de gerar competitividade e comparações. Apontam ainda insatisfação por parte de alguns profissionais que dizem empenhar-se no desenvolvimento de suas atividades, mas financeiramente não são recompensados. Corroboram com os achados do estudo de Freitas, *et al.* (2017), quando refere-se aos “pontos negativos: aplicação insatisfatória dos recursos, repasse irregular do Ministério da Saúde e disparidade nas gratificações.”

Contudo, há profissional que menciona não ser necessário a criação de um programa para a organização e o desenvolvimento de ações e cumprimento de metas que já faziam parte do processo de trabalho das eSF. O estudo de Jesus *et al.* (2015), fundamenta essa colocação quando diz que o PMAQ “ainda é um programa novo, porém com objetivos antigos os quais visam melhorar a qualidade e o acesso no SUS, por meio de metas que sempre foram delineadas e almejadas na Atenção Básica [...]”

Por fim, foi ressaltado a aparência de caráter punitivo e estímulo a comparações e competitividade entre as equipes. Essa imagem pode estar sendo criada em virtude dos processos avaliativos do programa estar pautado em avaliações por desempenho. O caráter competitivo do PMAQ-AB fica explícito em seu modo de configuração do pagamento em função do desempenho obtido pelas EAB. A forma de concorrência estabelecida, não é individual, mas sim por equipes (MORAES; IGUTI, 2013).

7.3.4 Aspectos Gerais do Estudo

Diante do estudo das informações coletadas através do instrumento estruturado, análise documental e entrevistas, no qual buscou-se verificar a apropriação dos resultados das avaliações PMAQ/AB, pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família, e identificar de que maneira as ferramentas e informações disponibilizadas pelo programa estão sendo utilizadas. Compreende-se que os profissionais ainda demonstram uma apropriação incipiente das informações.

Os resultados revelam fragilidade no conhecimento até mesmo da certificação da equipe no programa. Onde seis (54,5%) dos participantes da pesquisa, não sabem informar a certificação da eSF na qual são tidos como responsáveis. Nessa mesma proporção (54,5%) os profissionais afirmam ter acesso aos relatórios do PMAQ/AB, porém a grande maioria (81,8%), não sabem informar os conceitos dados pelas avaliações, emitidos nos relatórios da avaliação externa na dimensão IV, referente ao acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho. Fato reafirmado pelo percentual de 81,8% dos participantes do estudo, não saberem informar se houve algum ponto divergente entre os resultados da autoavaliação e avaliação externa.

Em se tratando do planejamento realizado pela equipe, 54,5% dos participantes da pesquisa, afirmam realizar planejamento mensal, baseado nos resultados das avaliações PMAQ/AB. Sendo que desses, apenas 36,4% tem ações implementadas, norteadas pelo planejamento realizado. Entretanto, 72,7% dos participantes, afirmam fazer monitoramento de indicadores PMAQ/AB. Revelando que os profissionais utilizam prioritariamente as informações obtidas pelo monitoramento e avaliação de indicadores PMAQ/AB para realizarem seu planejamento. No entanto, as informações referentes aos padrões de qualidade avaliados pelo programa, e seus resultados existentes nos relatórios da avaliação externa são pouco conhecidos. Fato que foi constatado nas análises dos documentos.

Os documentos analisados foram em número de 94, estando entre eles atas de reuniões, registro de monitoramento de indicadores e registros de planejamento mensal ou anual, encontrados em dez UBS, pois em uma unidade não foram encontrados nenhum documento. Ao analisar os documentos observou-se que dentre eles, apenas quatro eSF tinham em seus registros menções ao PMAQ/AB. Sendo que duas relatavam monitoramentos de indicadores PMAQ/AB e as outras duas falavam em uma reunião na qual chamaram de “organização do PMAQ/AB”, não especificando o que se tratava e a outra mencionou que a equipe necessitava continuar alimentado o sistema e manter os cadernos com informações

atualizadas, em virtude da avaliação PMAQ/AB. Comprovando mais uma vez a apropriação incipiente das informações do PMAQ/AB pelos profissionais das eSF, em decorrência da pouca utilização das ferramentas que o programa proporciona.

No apanhado das entrevistas, quando referem-se ao conhecimento e domínio sobre as informações das avaliações PMAQ/AB, foram apontados três pontos de fragilidade indicados pelos entrevistados em comparação aos identificados pelo programa, que teve um número de nove. Os pontos de fragilidades indicados pelos participantes foram: Resolutividade prejudicada (insuficiência de vagas para especialista)/ reponsabilidade da gestão; Problemas com a organização dos registros; Insatisfação dos usuários com o atendimento médico. E um participante não soube informar.

No tocante as ações implementadas a partir das informações do PMAQ/AB, foram citadas apenas duas ações. Sendo uma, em relação à organização de visitas domiciliares, fragilidade que não foi citada quando questionado e que teve como justificativa exigência do COREN. Outra ação foi à realização de um trabalho junto ao médico da equipe, o qual, segundo a participante do estudo, apresentou melhoras na conduta para com a comunidade.

Interpreta-se que as eSF demonstram pouco domínio e conhecimento sobre as informações das avaliações PMAQ/AB, no tocante aos pontos de fragilidade na organização do processo de trabalho.

Em se tratando da existência de monitoramento de indicadores, avaliação e planejamento de ações norteando-se pelas informações do PMAQ/AB, identificou-se que há um predomínio, da utilização das informações do PMAQ/AB para avaliação mensal de indicadores em detrimento da análise das demais informações presentes nos instrumentos e relatórios da avaliação PMAQ/AB. Confirmando o que já se tinha mencionado na análise das informações oriundas do instrumento estruturado, sendo verificado também na análise documental. Observa-se ainda, que as eSF, mesmo monitorando e avaliando os indicadores mensalmente, é expressa em sua minoria, a utilização dessas informações como base para planejar estratégias que visem a melhoria das ações prestadas aos usuários. Entrando em contradição com os dados do instrumento estruturado onde 54,5% dos participantes relatam utilizar as informações das avaliações PMAQ/AB para o planejamento de suas ações.

Na perspectiva de informações relevantes sobre o PMAQ/AB, concluiu-se que para os participantes, o PMAQ/AB é um bom programa. E que seu diferencial é o incentivo financeiro. Apesar de apontarem insatisfação por parte de alguns profissionais que dizem empenhar-se no desenvolvimento de suas atividades, mas financeiramente não são recompensados. Em se tratando ainda do programa, foi mencionado não ser necessário à

criação de um programa para a organização e o desenvolvimento de ações e cumprimento de metas que já faziam parte do processo de trabalho das eSF. E para que se tenha maior resolutividade, ressaltando os encaminhamentos para especialistas, necessitam de maior apoio da gestão.

7.4 Elaboração de Nota Técnica

A Nota Técnica com o objetivo de fornecer informações que busquem orientar o monitoramento e avaliação dos indicadores das ESF utilizados pelo PMAQ/AB, descrito no 4º objetivo deste estudo, foi elaborada e consta no Apêndice A deste.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou avaliar como os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), estão sendo utilizados pelas ESF no município de Esperança/ PB. Para que este objetivo fosse cumprido, foi necessária a busca por informações que servissem de aporte para a análise e conclusão do mesmo.

Assim sendo, iniciamos com a descrição do perfil do público participante desta pesquisa, o qual foi predominantemente do sexo feminino e com formação em Enfermagem. Entretanto, o que chamou a atenção foi o fato de mais de 80% dos profissionais está há menos de seis meses atuando na eSF, e destes 54,5% são contratados, demonstrando precarização dos vínculos empregatícios e conseqüentemente alta rotatividade de profissionais. O que poderá repercutir na criação dos vínculos junto à comunidade, implicando diretamente na consolidação da ESF.

Tendo em vista que o PMAQ/AB oferece informações aos profissionais de saúde e gestores de saúde, com o intuito de estabelecer um padrão de qualidade nas equipes participantes do programa. Buscou-se descrever a avaliação do mesmo em relação às ESF estudadas, como forma de compreendermos os pontos frágeis do processo de trabalho identificados pelo programa. Com efeito, foi observado que dos nove pontos elencados com certificação mediana ou abaixo da média, dois se destacaram pelo percentual de equipes incluídas. Sendo eles: Saúde da mulher e da Criança (81,8%) e Coordenação do cuidado e Resolutividade (72,7%).

De posse das informações constantes nas avaliações do programa, verificou-se a apropriação pelos profissionais das eSF dos resultados das avaliações PMAQ/AB, identificando como estão sendo utilizadas pelas eSF. Para tanto, analisou-se dados coletados através de instrumento estruturado, análise documental e entrevista semiestruturada.

A princípio foram analisados os dados referentes ao instrumento estruturado. Ressalta-se como achados consideráveis nesta análise, que a maioria dos participantes do estudo (54,5%), não sabiam informar a certificação da eSF no PMAQ/AB. Em relação as categorias autoavaliação realizada pela eSF, Acesso e conhecimento sobre os relatórios da avaliação PMAQ/AB e Domínio sobre os resultados da autoavaliação e avaliação externa, é notório a incipiente apropriação pelos profissionais das eSF das informações do programa. Visto que 54,5% dos participantes não sabem informar se houve autoavaliação na eSF; apenas 54,5% tem acesso e conhecimento sobre os relatórios do PMAQ/AB e ainda assim 81,8% dos participantes não sabem informar os resultados da avaliação externa, no tocante aos conceitos

dados as variáveis avaliadas pelo programa, em relação aos aspectos de organização do processo de trabalho das eSF e se houve algum ponto divergente entre a avaliação externa e a autoavaliação realizada na eSF.

Em relação à utilização das informações disponibilizadas pelo programa, foi observado que as ESF em sua maioria (72,7%) relatam utilizar o monitoramento e avaliação de indicadores PMAQ/AB na sua rotina. No entanto, a utilização das informações do PMAQ/AB para o planejamento é confirmado por apenas 54,5% das eSF, sendo que destas, apenas 36,4% implementam as ações baseadas neste planejamento.

Ao analisarmos os documentos verificamos que existem poucos registros que mencionem a utilização de informações das avaliações PMAQ/AB. Sendo observados registros em apenas quatro eSF. Dentre eles foram encontrados registros de monitoramento de indicadores, porém não na proporção apontada pelos dados coletados através do instrumento estruturado. Estes foram encontrados em apenas duas eSF. As demais tiveram registros de reuniões nas quais citaram o PMAQ/AB. É importante considerar o fato da dificuldade em localizar os documentos por parte das eSF.

Os achados da entrevista, no que diz respeito ao conhecimento e domínio sobre as informações das avaliações PMAQ/AB e ações implementadas a partir das informações do programa, confirmam os dados anteriormente apresentados através de outros métodos de coleta. No que se refere a pouca apropriação e utilização das informações resultantes das avaliações do programa.

A entrevista também contribuiu para conhecermos um pouco o entendimento dos profissionais sobre o programa. Neste sentido, foram elencados que o PMAQ/AB é um bom programa. E que seu diferencial é o incentivo financeiro. Entretanto, relatam insatisfação por parte de alguns profissionais que dizem empenhar-se no desenvolvimento de suas atividades, mas financeiramente não são recompensados. Foi mencionado não ser necessário a criação de um programa para a organização e o desenvolvimento de ações e cumprimento de metas que já faziam parte do processo de trabalho das eSF. Ainda sobre o programa, ressaltaram a aparência de caráter punitivo e estímulo a comparações e competitividade entre as equipes. E relatam necessidade de maior apoio da gestão, como forma de melhorar a resolutividade, ressaltando os encaminhamentos para especialistas. Sendo este um fator relacionado à coordenação do cuidado, mencionado como ponto de fragilidade pela avaliação do PMAQ/AB, conforme descrito anteriormente.

Diante das informações apresentadas neste estudo, conclui-se que as eSF utilizam as informações referentes aos resultados das avaliações PMAQ/AB de modo incipiente. Os

resultados apontam para uma priorização do monitoramento de indicadores em suas rotinas de trabalho, porém a utilização das informações produzidas tanto na avaliação de indicadores, como as que constam nos relatórios de avaliação dos resultados PMAQ/AB, presentes no banco de dados do programa, ainda são pouco exploradas pelas eSF, participantes neste estudo, no tocante ao planejamento e implementação de ações baseadas nos achados da avaliação.

Esta pesquisa contribuirá para reflexão em relação ao modo de desenvolvimento do programa e do cumprimento de seus objetivos. Visto que, o PMAQ/AB encontra-se no seu terceiro ciclo e verifica-se ainda, limitações por parte dos profissionais em acessar e utilizar informações disponibilizadas pelo programa, como também em implementar a prática da avaliação em saúde, em seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washigton, p.84-95, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de Julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica PAB variável. Brasília, 2011. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 18 de ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: manual instrutivo. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade (AMAQ). Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: manual instrutivo. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436/GM de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (PB). **Legislação para o exercício profissional da enfermagem**. João Pessoa, 2011. p. 59-65.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F.J. **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis. Vozes, 2010. p. 87–117.

CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CONILL, E.M. et al. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual**: causas que inciden em la fragmentación de serviços y sus efectos em la cohesión social. Rio de Janeiro: Intercâmbio Eurosocial Salud, 2007. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/Documento_Tecnico_APSFinal12set2007.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Pesquisa sobre o perfil da Enfermagem**. Brasília, 2015. Disponível em:< http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 705 – 711, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

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. cap. 2. p. 28-47. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

COSTA, G. D. et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p.113-118, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017>. Acesso em: 29 out. 2016.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 4, p.661-669, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CRUZ, M. M. et al. Usos do Planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das Equipe de Saúde da Família na Atenção Básica. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p.124-139, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>>. Acesso em: 17 jan.2018.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.103-107, 1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13n1/0228.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

ESPERANÇA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Esperança, 2017.

FARIA, H. P. et al. Componentes do Processo de Trabalho. In: _____. **Processo de Trabalho em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. cap. 1, p. 21-27. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3933.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ - AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p.13-33, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectiva. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. cap. 2. p. 11-240. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/Livro-Modelos-de-Atencao.pdf#page=43>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da Avaliação. In: SAMICO, I. et al. (Org.) **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 11. p. 143-160.

FELISBERTO, E.; BEZERRA, L. C. A.; ALBUQUERQUE, A. C. Avaliação na Estratégia Saúde da Família: Os Sentidos da Institucionalização Dessa Prática. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro**. Campinas: Saberes, 2014. cap. 6. p. 811-843.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1869-1878, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 1. p. 1-13.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. São Paulo: Una-sus, Unifesp, 2011. 12 p. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

FREITAS, P. S. et al. Avaliação de um programa de melhoria da atenção básica na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem Universidade Federal de**

Pernambuco, Recife, v. 11, n. 5, p.1926-1935, 2017. Disponível em:
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23342/18947>>.
Acesso em: 26 jan. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: Limites e Possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p.783-794, 2009. Disponível em:
<http://www.institutoconscienciago.com.br/pdf/saude/limites_possibilidades.pdf>. Acesso em: 29 out. 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Política e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. cap. 16. p. 575-628. Disponível em:
<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ES_F_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde: conceitos e abordagens. In: _____. **Atenção Primária à Saúde: Seletiva ou Coordenadora dos Cuidados?**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. p. 8-10. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATENÇÃO-PRIMÁRIA-À-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise política do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Org.). **Atenção Básica: Olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. cap. 3. p. 49-73. Disponível em:
<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141070/000992879.pdf?sequence=1>>.
Acesso em: 9 jan. 2017.

GRAEVER, L.; SOARES, M. S.; ALVES, B. L. **Avaliação da resolutividade entre médicos da Atenção Primária à Saúde**. 2012. Resumo de artigo. Disponível em:
<<https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/6/6>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Coordination of Care: Issues, Objectives and Practice. In: _____. **Improved Health System Performance Through Better Care Coordination**. 30. ed. Paris: Ocde, 2007. cap. 1. p. 15-25. Disponível em:
<<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/246446201766.pdf?expires=1526061288&id=id&accname=guest&checksum=2A0ECD9FBB CABACF9DC632EFC38544B9>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

IBGE. **Esperança**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/esperanca/panorama>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

JESUS, A. S. et al. O enfermeiro no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Relato de experiência. **Revista Saúde. Com**,

Salvador, v. 11, n. 2, p. 1-8, 2015. Disponível em:
<<http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a010.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

JESUS, R. L.; ENGSTROM, E.; BRANDÃO, A. L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/975/740>>. Acesso em: 17 out. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Metodologia Qualitativa e Quantitativa. In: _____. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011. cap. 8. p. 269-291.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

LOPES, E.A.A.; SCHERER, M.D.A.; COSTA, A.M. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de Trabalho. **Tempus actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 237-250, 2015. Disponível em: <www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1757/1441>. Acesso em: 31 out. 2016.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; VIANA, L.S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 42-57, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/10.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064>. Acesso em 16 jan. 2018.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das equipes de atenção básica a partir do PMAQ/AB. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01031-1042015000401033&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 fev. 2018.

MINAYO, M. C. S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. cap. 1. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.(Og.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-51.

- MIRANDA, A. S. A Gestão de Equipes da Estratégia de Saúde da Família. In: SOUZA, M.F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Og.). **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p. 323 -354.
- MORAES, P. N. ; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar do do trabalho: uma análise do PMAQ/AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300005&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em 28 jan. 2018.
- MOTTA, L. C. S. BATISTA, R. S. Estratégia Saúde da família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 2, p. 196-201, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0196.pdf> >. Acesso em: 18 out. 2016.
- NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0756.pdf> >. Acesso em: 24 jan. 2018.
- OLIVEIRA, M. A.C., PEREIRA, I. C., Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/html/2670/267028669020/>>. Acesso em: 26 dez. 2017.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2052>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G., Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2016.
- PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>>. Acesso em: 9 jan. 2018.
- PINTO, H. A.; SOUZA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica: Várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 358-372, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf> >. Acesso em: 17 jan. 2018.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 1-19, 2012. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>>. Acesso em 30 jan. 2018.

PIRES, D.E. Precarização do Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 317-320. Disponível em: <<http://www.epsvjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>>. Acesso em: 8 jan. 18.

REIS, A. A. C.; BERTUSSI, D. C.; FUENTES, I. C. P. A Gestão do Cuidado na Rede de Saúde em São Bernardo do Campo: Enfrentando Desafios e Tecendo Novos Arranjos. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p.206-242.

REIS, A. T.; OLIVEIRA, P.T.R.; SELLERA, P. E. Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 1-11, 2012. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17264/2/8.pdf> >. Acesso em: 26 jan. 2018.

RODRIGUES, V.; SANTOS, C.R.I.; PEREIRA, M. N. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ/AB no estado do Acre. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 173-181, 2014. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2014.v38nspe/173-181/pt> >. Acesso em 30 jan. 2018.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.345-351, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200019 >. Acesso em 15 jan. 2018.

SAMPAIO, J. et al. PMAQ-AB : A experiência local para a qualificação do programa nacional. **Revista de Enfermagem**, Recife, v.10, n. 5, p.4318-4328. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11179/12720>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

SANTOS, A. F. et al. Apoio Institucional e Matricial e sua relação com o cuidado na atenção básica à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p.49-54, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005519.pdf>. Acesso em: 30 jan. 18.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na Coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.108, p. 48-63, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00048.pdf>>. Acesso em 30 jan. 2018.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.E. P.; SORATTO, J. O Trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: SOUZA, M.F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (org.). **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p. 521-571.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas de saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 470-503, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

SEIDL, H. et al. Gestão do Trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ/AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 94-108, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 dez. 2017.

SILVA, P. S. et al. Análise dos indicadores de desempenho de uma equipe de Atenção Básica à Saúde. **Revista Saúde.Com**, Salvador, v. 12, n. 1, p 470-476, 2016. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/321>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

SOUZA, M. F. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: diversidade e Incompletude. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p. 41-76.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua Relação com a Saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002. cap. 1, p. 19-42. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

TANAKA,O.Y.; TAMAKI,E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.821-828, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

TEIXEIRA, E. B.; ZAMBERLAN, L.; RASIA, P. C. Coleta de Dados: Amostragem. In: _____. **Pesquisa em Administração**. Ijuí: Unijuí, 2009. p. 158-165. Disponível em: <[http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/164/Pesquisa em administração.pdf?sequence=1](http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/164/Pesquisa%20em%20administracao.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 14 maio 2018.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. A Caixa de Ferramenta do Pesquisador. In: TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. cap. 5. p. 95-109.

TURA, L. M. T.; SOARES, K.; CASARTELLI, C. H. Atenção Primária em Saúde. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p. 178-205.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O Vínculo como Diretriz para a Construção da Integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p.375-385, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027981014>>. Acesso em: 8 jan. 2018.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO ESTRUTURADO

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

INSTRUMENTO ESTRUTURADO

Instrumento elaborado para fins de realização da pesquisa intitulada: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: ferramenta norteadora para as Equipes de Saúde da Família. A ser aplicado com profissionais das Equipes de Saúde da Família.

Parte I: Identificação do participante

1º) Identificação do profissional: _____

2º) Código de Identificação: _____

3º) Unidade de Saúde que atua: _____

4º) Código da Unidade que atua: _____

5º) Idade: _____

6º) Sexo: _____

7º) Profissão: _____

8º) Escolaridade: _____

9º) Tempo de experiência profissional na Estratégia Saúde da Família:

a) () até 1 ano b) () 1 a 3 anos c) () 3 a 5 anos d) () mais de 5 anos

10º) Tempo de atuação nesta Equipe de Saúde da Família:

a) () até 6 meses b) () de 6 meses a 1 ano c) () de 1 a 3

d) () de 3 a 5 anos e) () mais de 5 anos

11º) Tipo de contratação:

- a) Estatutário b) Celetista c) Contrato de trabalho d) Outros

12º) Carga horária semanal de trabalho na Equipe de Saúde da Família:

- a) 20h b) 30h c) 40h d) Outra: _____

13º) Cadastrado como responsável pelo PMAQ/AB Na Unidade:

- a) Sim b) Não

14º) Qual a certificação (PMAQ) desta equipe?

- a) Muito acima da média b) Acima da média
c) Mediana ou abaixo da média d) Insatisfatória e) não sei informar

15º) Esta equipe participou de qual/quais ciclo(s) PMAQ?

- a) 1º Ciclo b) 2º Ciclo c) Não participou do 1º e 2º, está participando
d) 3º Ciclo e) 1º e 2º Ciclos f) 1º, 2º e está participando do 3º ciclo
e) Não sei informar

16º) Como você tomou conhecimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de seus compromissos e de suas etapas?

- a) Através da gestão b) por profissionais das equipes de saúde da família
c) Redes sociais d) outro: _____

17º) A adesão da equipe foi voluntária?

- a) Sim b) Não c) Não sei informar

18º) Toda equipe participou da adesão?

- a) Sim b) Não c) Não sei informar

19º) A equipe realizou a autoavaliação?

- a) Sim b) Não c) Não sei informar

20º) Quem participou da autoavaliação?

- a) Toda a equipe; b) Enfermeira, ACS e Técnicos de enfermagem;
c) Toda equipe com exceção do médico; d) Toda equipe com exceção do médico e cirurgião dentista. d) Outra opção_____

21º) Você tem acesso aos relatórios analíticos e descritivos da avaliação externa PMAQ?

- a) Sim b) Não

22º) Você poderia me descrever quais foram os conceitos dados a sua equipe na avaliação externa sobre:

a) Organização de prontuários na Unidade Básica de Saúde;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média Não sei informar

b) Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média Não sei informar

c) Acolhimento à demanda espontânea;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média Não sei informar

d) Saúde da Mulher e da Criança;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média

Não sei informar

e) Saúde Mental;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média

Não sei informar

f) Doenças crônicas;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média

Não sei informar

g) Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média

Não sei informar

h) Promoção à Saúde;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média

Não sei informar

i) Participação do usuário e controle social;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média

Não sei informar

j) Saúde na Escola;

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média

Não sei informar

k) Práticas Integrativas e Complementares.

muito acima da média acima da média mediano ou abaixo da média

Não sei informar

23º) Existiu algum conceito da avaliação externa que divergiu significativamente da autoavaliação da equipe?

a) Sim b) Não c) Não sei informar

24º) A equipe realiza algum tipo de monitoramento e avaliação dos indicadores e metas?

a) Sim b) Não

25º) Se a resposta for afirmativa, qual a periodicidade ?

- a) () Mensal b) () Trimestral c) () Semestral d) () Anual

26º) A equipe realiza algum tipo de planejamento?

- a) () Sim b) () Não

27º) Qual a periodicidade do planejamento?

- a) () Semanal b) () Quinzenal c) () Mensal d) () Trimestral
e) () Semestral f) () Anual

28º) De que maneira o planejamento é realizado?

- a) () com toda a equipe, norteando-se pelas informações do PMAQ e avaliações das metas e indicadores;
b) () com toda a equipe, norteando-se pelas avaliações das metas e indicadores;
c) () com toda a equipe, tomando por base necessidades surgidas no dia-a-dia do trabalho;
d) () Realizado pela gerente/ responsável pela ESF, norteando-se pelas informações do PMAQ e avaliações das metas e indicadores;
e) () Realizado pela gerente/responsável pela ESF, norteando-se pelas avaliações das metas e indicadores;
f) () Realizado pela gerente/responsável pela ESF, tomando por base necessidades surgidas no dia-a-dia do trabalho;

29º) Houve alguma ação implementada a partir do planejamento, tomando por base as avaliações PMAQ/AB?

- a) () Sim b) () Não

Qual? _____

Observações: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Parte I: Identificação do participante

1º) Identificação do profissional: _____

2º) Código de Identificação: _____

3º) Unidade de Saúde que atua: _____

4º) Código da Unidade que atua: _____

Parte II: Entrevista

5º) Qual a certificação (PMAQ), desta equipe?

6º) Esta equipe participou de qual/quais ciclo(s) PMAQ?

7º) De que maneira as ferramentas e informações do PMAQ tem sido utilizadas para o aprimoramento do trabalho da equipe?

8º) Você poderia descrever se houve no resultado do PMAQ a identificação de algum ponto de fragilidade no processo de trabalho da equipe? E se houve, este ponto foi trabalhado e melhorado? Poderia dizer qual?

9º) Existe algo que queira acrescentar em relação ao PMAQ/AB?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

Roteiro de orientação para análise documental

1-Unidade Básica/Equipe de Saúde da Família:

2- Código da Unidade Básica/ Equipe de Saúde da

Família: _____

3-Código de identificação do profissional participante da pesquisa na

unidade: _____

4-Tipos de documentos existentes na Unidade Básica de Saúde da Família, que contemplam registro de monitoramento, planejamento, execução e avaliação de ações, tomando por base os resultados do

PMAQ/AB? _____

5- Documento analisado: _____

6- Responsáveis pela produção do

documento: _____

7- Qual o objetivo do

documento? _____

8-De que maneira este documento é utilizado? Quem os utiliza? _____

9-Foram encontradas informações relevantes no documento? _____

10-Que informações relevantes foram encontradas neste documento: _____

APÊNDICE D - NOTA TÉCNICA

Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Mestrado Profissional em Saúde Pública

Nota Técnica: Informações sobre o monitoramento e avaliação dos indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ/AB

Recife, 24 de Janeiro de 2018

A criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ/AB), teve como principal objetivo “*induzir ampliação do acesso e melhoria da qualidade na Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações*”[...] (BRASIL, 2017).

Atualmente o PMAQ/AB encontra-se no desenvolvimento do seu terceiro ciclo, no qual são contempladas três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento, que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. As fases são: Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, consiste em um conjunto de ações, com o intuito de promover mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, fatos que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Está organizado em cinco dimensões: Autoavaliação, Monitoramento de indicadores, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal. (BRASIL, 2017). Neste documento estaremos explorando a dimensão monitoramento de indicadores.

Nesse sentido, é importante considerar que o programa traz como um dos objetivos específicos “*institucionalizar uma cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS e da gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados*”. (BRASIL, 2017). Para tanto, é fundamental ressaltar que ao abordarmos o tema avaliação, se faz necessário compreender que “*avaliar consiste em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção [...] com o objetivo de que os diferentes atores envolvidos possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações*”. (CHAMPAGNE, 2011).

Entretanto, para a superação dos desafios da institucionalização de uma cultura avaliativa na rotina de trabalho, é imprescindível a qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde. Os profissionais de saúde precisam estar aptos para

avaliar e usar os resultados da avaliação na melhoria do processo de trabalho. Os usuários devem ser capazes de compreender como a avaliação resulta na melhoria da qualidade dos serviços ofertados e os gestores devem utilizar a avaliação como uma das principais ferramentas de trabalho. (OLIVEIRA; REIS, 2016)

Em consonância com o objetivo específico de institucionalizar uma cultura de avaliação ao qual o PMAQ/AB se propõe, buscamos através desta nota técnica, fornecer informações concisas, com exposição clara e prática, possibilitando, melhor entendimento e apropriação por parte dos envolvidos neste processo de avaliação, referente ao monitoramento e avaliação dos indicadores PMAQ/AB. Contudo, a apresentação das informações mencionadas, foram de certo, retiradas do Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF (PMAQ/AB. 3º ciclo, 2017), disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, através do site: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf

Os indicadores pactuados pelas equipes participantes e pelas gestões municipais, foram definidos visando aqueles que tem maior relação com os elementos que compõem a fase de desenvolvimento, considerando os princípios da Atenção Básica presentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e sua relevância para melhoria e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no Brasil. Os indicadores do PMAQ/AB estão sendo avaliados através do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB/ e-SUS). Sobretudo, essa avaliação de indicadores contratualizados está vinculado ao processo de certificação, compondo uma parte do desempenho final da equipe. (BRASIL, 2017).

De acordo com o Manual Instrutivo PMAQ/AB, 2017, foram contratualizados neste terceiro ciclo, onze indicadores de desempenhos relacionados às Equipes de Atenção Básica e as Equipes de Saúde Bucal, dos quais estão organizados em cinco categorias: Acesso e continuidade do cuidado, Coordenação do cuidado, Resolutividade das Equipes de Atenção Básica e Abrangência da oferta de serviços. Os indicadores, métodos de cálculo, fontes de dados, parâmetros e metas, periodicidade e informações relevantes estão organizadas no Anexo I desta nota técnica.

Esta nota técnica será destinada a Secretaria Municipal de Saúde do município de Esperança/PB, para que cheguem até os profissionais da Atenção Básica como forma de contribuir na qualificação dos processos avaliativos referentes ao PMAQ/AB, do referido município. Em virtude de ter sido um dos objetivos da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Pública, oferecido pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CpqAM)/ Fundação

Oswaldo Cruz(FIOCRUZ). Como forma de contra partida ao município, pela liberação dos profissionais para qualificação.

Cristiana Passos de Oliveira
Mestranda em Saúde Pública
CPqAM/ FIOCRUZ

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB):** manual instrutivo. Brasília, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 23 de jan. 2018.

CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação Conceitos e Métodos.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

OLIVEIRA, Ana Emilia Figueiredo de; REIS, Regimarina Soares. A avaliação para a qualificação do SUS. In: OLIVEIRA, Ana Emilia Figueiredo de; REIS, Regimarina Soares. **Gestão Pública em Saúde: Os desafios da avaliação em saúde.** São Luís: Edufma, 2016. Cap. 2. p. 10-14. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp14.pdf>. Acesso em: 23 jan. 18.

ANEXO I

INDICADORES DE DESEMPENHO- 3º CICLO. PMAQ/AB.

Grupo	Indicador de desempenho	Método de cálculo	Fonte dos dados	Parâmetro/ Meta	Periodicidade
Acesso e continuidade e do cuidado	1.1-Média de atendimento de médicos e enfermeiros por habitante.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ médio de atend. de médicos e enfermeiros}}{\text{População Cadastrada}}$	-Ficha de atend. individual. (SISAB/MS) -Ficha de cadastro individual (SISAB/MS)	1,8 consultas/hab./a no. 0,15 consultas/hab./mês.	Mensal
	1.2-Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas no dia e atend. de urgência}}{\text{N}^\circ \text{ total de atendimentos}} \times 100$	-Ficha de atendimento individual. (SISAB/MS)	40% dos atendimentos	Mensal
	1.3-Percentual de atendimentos de consulta agendada;	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atend. de consulta agendada}}{\text{N}^\circ \text{ total de atendimentos}} \times 100$	-Ficha de atendimento individual. (SISAB/MS)	25 a 35% das consultas de médicos e enfermeiros /mês.	Mensal
	1.4-Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada;	$\frac{(\text{Atend. HAS}) + (\text{Atend. DM}) + (\text{Atend. Obes.})}{(\text{Pop} * \text{Coef Prev HAS}) + (\text{Pop} * \text{Coef Prev DM}) + (\text{Pop} * \text{Coef Prev Obes})}$	-Ficha de atend. Individual. (SISAB/MS) -Pesquisa Nacional de saúde (IBGE,2013); -Ficha de cadastro individual. (SISAB/MS)	0,30 / mês	Mensal
	1.5-Razão de coleta de material	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de proced. de coleta de mat. Citop. do colo útero}}{\text{Pop. Feminina cadastrada entre 25 a 64 anos de idade}}$	-Ficha de procedimentos.	0,3 exame/pop. /ano.	Mensal

	citopatológico do colo do útero;		(SISAB/MS) -Ficha de cadastro individual. (SISAB/MS)	0,025 exame/pop. /mês.	
	1.6-Cobertura de primeira consulta odontológica;	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atend. de 1}^\text{a} \text{ consulta odont. program.} * 100}{\text{População cadastrada}}$	-Ficha de atend. odontológico Individual. (SISAB/MS) -Ficha de cadastro individual. (SISAB/MS)	15% atend. de primeira consulta odont. programática /ano 1,25% atend. de primeira consulta odont. programática/mês	Mensal
Coordenação do cuidado	2.1-Média de atendimentos de recém-nascidos na primeira semana de vida.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atend. a RN na 1}^\text{a} \text{ semana de vida no município} * 100}{\text{Total de RN a serem acompanhados no município}}$	-Ficha de atend. individual; (SISAB/AB) -SINASC; -SIM.	1,0 atend./RN, exclusivamente na primeira semana de vida.	Mensal (Cálculo municipal)
Resolutividade	3.1-Percentual de encaminhamentos para serviço especializado;	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enc. médicos para serviço especializ.} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total de atend. médicos individuais}}$	-Ficha de atend. individual (SISAB/MS)	5 a 20% encamin. médicos para serviço especializ./mês.	Mensal
	3.2- Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de tratamentos concluído pelo cirurg. dentista}}{\text{N}^\circ \text{ de primeiras consultas odontol. programáticas}}$	-Ficha de atend. odontolog. Individual. (SISAB/MS)	0,5 - 1,0 tratamento concluído/mês.	Mensal
Abrangência da oferta de serviços	4.1- Percentual de serviços ofertados pela Equipe de	$\frac{\text{Quantitativo de ações e serviços realiz. pela equipe}}{\text{Total de ações e serviços esperados pela EAB}}$	-Ficha de atend. individual (SISAB/MS)	70% / mês	Mensal

	Atenção Básica		- Ficha de Procedimento (SISAB/MS) -Ficha de Atividade Coletiva. (SISAB/AB)		
	4.2- Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal	<u>Quantitativo de ações e serviços realiz. pela ESB</u> Total de ações e serviços esperados pela ESB	-Ficha de atend. odontolog. Individual; (SISABMS) -Ficha de atividade Coletiva (SISAB/MS).	70% / mês	Mensal

INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE OS INDICADORES PMAQ/AB (3º CICLO)

- **Indicador 1.1 – Média de atendimento de médicos e enfermeiros por habitante.**

Existe a necessidade de manter a consistência das informações a respeito dos cadastros das pessoas residentes no território e dos atendimentos individuais realizados por médicos e enfermeiros. (BRASIL, 2017).

- **Indicador 1.2 – Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea.**

O atendimento da demanda espontânea consiste no atendimento ao usuário com necessidade de saúde que exige atenção imediata, no mesmo dia. Sendo eles:

- Consulta no dia: realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço.

- Atendimento de Urgência: Quando há possibilidade de agravamento do quadro ou risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento.

(BRASIL, 2017)

A demanda espontânea tem como parâmetro 40%. Os outros 60% serão distribuídos entre demanda agendada e cuidados continuados, de acordo com as necessidades de saúde e o perfil epidemiológico da população adscrita.(BRASIL, 2017).

- **Indicador 1.3 – Percentual de atendimentos de consulta agendada.**

O atendimento a consulta agendada, consiste em agendamento prévio, está relacionado ao atendimento de usuários com necessidade de saúde que não se enquadram no atendimento de cuidado continuado e não exige atenção imediata ou no mesmo dia, podendo ocorrer no prazo máximo de 30 dias. (BRASIL, 2017).

- **Indicador 1.4 – Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada.**

Legenda:

Pop. = População cadastrada vinculada à equipe (INE).

Coef. Prev. = Coeficiente de prevalência da condição de saúde referente à UF de lotação da equipe (INE).

Atend.= Número de atendimentos na condição avaliada.

Segue informações referentes ao coeficiente de prevalência por condição de saúde, na Paraíba de acordo com BRASIL, 2017:

Condição de Saúde	HAS	DM	OBESIDADE
Coef. de Prevalência			
Paraíba	0,216	0,045	0,173

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p (adaptado).

- **Indicador 1.5 – Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero**

A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano. No Brasil, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual. (BRASIL, 2017).

- **Indicador 1.6 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática**

Comumente ocorrem registro do código “consulta odontológica”(1ª consulta) em qualquer tipo de consulta, seja de urgência, consultas de atendimento a demanda espontânea, ou consulta subsequente (retorno). Sendo que a descrição do procedimento na tabela SIA/SUS define como “exame do paciente com finalidade de diagnóstico e /ou tratamento, e condicionamento do paciente”. Não existe código para os outros tipos de consulta odontológica. Portanto, os outros casos devem ser registrados somente como procedimentos realizados. Ex: Registrar como uma restauração ou exodontia, por exemplo, e não “primeira consulta odontológica”. (BRASIL, 2017).

- **Indicador 2.1 – Média de atendimentos a Recém-Nascidos na primeira semana de vida**

O cálculo desse indicador será municipal e o resultado será replicado para todas as equipes do município, independente da adesão ao PMAQ. (BRASIL, 2017).

- **Indicador 3.1 – Percentual de encaminhamentos para serviço especializado**

Numerador: total de atendimentos individuais realizados por médicos vinculados à equipe (INE), onde o conduta/desfecho for registrado como “encaminhamento para serviço especializado”.

Denominador: Total de atendimentos individuais realizados por médico vinculados à equipe (INE), exceto “Escuta inicial/ orientação.

Esse indicador permite verificar o nível de resolutividade na Atenção Básica. (BRASIL, 2017).

• **Indicador 3.2 – Razão entre Tratamentos concluídos e primeira consulta programáticas**

Permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (nº de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (nº de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados.

• **Indicador 4.1 – Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica**

Numerador: Total de ações e serviços realizados pela equipe de Atenção Básica, conforme “Quadro de ações e serviços a serem realizados na Atenção Básica”.

Denominador: Total de ações e serviços ofertados pelas Equipes de Atenção Básica, conforme “Quadro de ações e serviços a serem realizados pela Equipe de Atenção Básica”.

Rol de serviços e ações de saúde considerados importantes para oferta na Atenção Básica. Segue quadro com as informações de acordo com BRASIL, 2017:

Quadro de ações e serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica
Administração de medicamentos endovenoso
Administração de medicamentos via intramuscular
Administração de medicamentos via oral
Administração de Penicilina para tratamento da Sífilis
Aferição de pressão arterial
Atendimento de urgência em Atenção Básica
Atendimento individual em domicílio
Atividade coletiva – Educação em Saúde
Atividade Coletiva – Atendimento em grupo
Atividade Coletiva – Avaliação/Procedimento coletivo
Avaliação antropométrica
Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino
Coleta de material para exame laboratorial
Consulta médica em atenção básica
Curativo especial

Curativo simples
Drenagem de abscesso
Exame do pé diabético
Glicemia capilar
Nebulização/ inalação
Retirada cerume
Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal
Retirada de corpo estranho subcutâneo
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)
Sutura simples
Tamponamento nasal anterior e/ou posterior
Terapia de Reidratação Oral
Teste do pezinho
Triagem oftalmológica

- **Indicador 4.2 – Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal**

Numerador: Total de ações e serviços realizados pela equipe de Saúde Bucal, conforme “Quadro de ações e serviços a serem realizados pela Equipe de Saúde Bucal”.

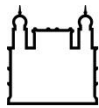
Denominador: Total de ações e serviços ofertados (que devem ser oferecidos à população) pelas Equipes de Saúde Bucal, conforme “Quadro de ações e serviços a serem realizados pela Equipe de Saúde Bucal”.

Rol de serviços e ações de saúde considerados importantes para oferta na Atenção Básica, realizados pela Equipe de saúde Bucal. Segue quadro com as informações de acordo com BRASIL, 2017:

Quadro de ações e serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica
Ação coletiva de aplicação de flúor gel
Ação coletiva de escovação dental supervisionada
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)
Assistência domiciliar por equipe multiprofissional
Atendimento à gestante
Atendimento de urgência

Avaliação dos itens de vigilância em saúde bucal
Consulta agendada
Consulta de conclusão do tratamento em odontologia
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico
Exodontia de dente decíduo
Exodontia de dente permanente
Orientação de higiene bucal
Primeira consulta odontológica programática
Profilaxia/ remoção de placa bacteriana
Pulpotomia dentária
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
Restauração de dente decíduo
Restauração de dente permanente anterior
Restauração de dente permanente posterior
Selamento provisório de cavidade dentária
Tratamento de alveolite
Ultomia/ulectomia

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Convido o Sr^o ou Sr^a a participar da pesquisa intitulada “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: ferramenta norteadora para as Equipes de Saúde da Família”.

Compreendendo que o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ/AB), se propõe a adesão espontânea das Equipes de Saúde da Família e traz em sua estrutura avaliações que proporcionam informações detalhadas em relação ao nível de qualidade das ações ofertadas, desenvolve-se neste estudo o objetivo de avaliar como os resultados do PMAQ/AB estão sendo utilizados pelas Equipes de Saúde da Família.

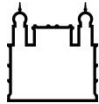
Sua participação na pesquisa consistirá em responder a um questionário e em uma entrevista semiestruturada, onde serão abordados temas referentes ao PMAQ/AB e a organização do trabalho das equipes. Será necessário também por parte do pesquisador, a observação, na unidade de trabalho, de alguns documentos que contenham informações sobre planejamento e avaliação de metas e indicadores (caso tenha).

Será assegurado a privacidade e a omissão dos dados pessoais e das unidades onde atuam os participantes. As informações fornecidas serão de caráter confidencial. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação do mesmo. A análise e avaliação das informações coletadas se darão por meios acadêmicos e científicos e os resultados poderão ser publicados em artigos, livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos. O referente estudo estará em consonância com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Ressalta - se que a participação na pesquisa é voluntária e que poderá ser recusada ou retirado seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes da pesquisa e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao mesmo, e portanto não haveria necessidade de indenização financeira por parte do pesquisador e/ou da instituição responsável.

Sua participação contribuirá para a reflexão dos objetivos propostos pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade e sobre a utilidade das informações por ele fornecida.

Caso o participante queira tirar alguma dúvida que possa surgir, poderá entrar em contato com o pesquisador, cujo os dados pessoais e meios para contato, estarão na cópia deste termo, que será entregue ao participante. Como também, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, S/N – Campus UFPE – Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 / 13:00 – 15:00h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O participante poderá ter acesso ao resultado final da pesquisa, caso haja interesse.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e os benefícios que ela trará eu _____,

em pleno exercício dos meus direitos, me disponho a participar da pesquisa supra citada. Autorizo a utilização dos dados coletados na realização da mesma, desde que respeitadas às condições acima relatadas.

Esperança, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

Cristiana Passos de Oliveira
Pesquisadora

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA/ CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES (CEP/CPqAM)



**FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: ferramenta norteadora para as Equipes de Saúde da Família

Pesquisador: CRISTIANA PASSOS DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63957617.0.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.043.230

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado, em sua segunda versão, enquadra-se na categoria de pesquisa acadêmica (Mestrado Profissional em Saúde Pública), sob orientação do prof. Sidney Farias. Tem por objetivo avaliar como os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) estão sendo utilizados pelas Equipes de Saúde da Família no município de Esperança/PB. Para tanto, irá realizar um estudo de caso avaliativa com abordagem quanti-qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Avaliar como os resultados do PMAQ/AB, estão sendo utilizados pelas Equipes de Saúde da Família no município de Esperança/PB.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Traçar o perfil dos profissionais cadastrados como responsáveis pelo PMAQ/AB nas Equipes de Saúde da Família do município de Esperança/PB;

Descrever o resultado da avaliação externa PMAQ/AB, no tocante ao planejamento da Equipe de Atenção Básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho das equipes;

Verificar a apropriação pelos profissionais das equipes de Saúde da Família, dos resultados das

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.043.230

avaliações PMAQ/AB, identificando de que maneira as ferramentas e informações disponibilizadas pelo programa, estão sendo utilizadas pelas ESF;

Elaborar uma nota técnica com informações que busquem orientar o monitoramento e avaliação dos indicadores das Equipes de Saúde da Família utilizados pelo PMAQ/AB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora declara o seguinte compromisso com os riscos: "Considerando a preocupação em desenvolver formas de minimizar os riscos de constrangimento ao participante da pesquisa, garante-se a omissão da identidade do participante e da unidade de saúde onde atua. Como também, que os dados fornecidos serão avaliados por meios acadêmicos e científicos. O participante será esclarecido sobre os objetivos do projeto de pesquisa e de como se dará a sua participação. Para tanto, todas essas informações constarão no Termo de consentimento Livre Esclarecido – TCLE. Documento que será entregue ao participante, para que tome ciência dessas informações e pelo qual poderá autorizar ou não sua participação na pesquisa".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de caso avaliativo com abordagem quanti-qualitativa, a ser realizado no município de Esperança/PB. Utilizará como fonte de dados primários questionários e entrevistas semiestruturadas com profissionais das Equipes de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ/AB.

Em relação aos dados secundários será utilizado o banco de dados do PMAQ/AB 2º Ciclo e análise documental em atas de reuniões, planilhas de monitoramento e planejamento de ações, como outros documentos existentes na unidade que possa subsidiar informações relacionadas à utilização dos resultados do PMAQ/AB na organização e aprimoramento do trabalho das ESF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos e declarações considerados obrigatórios pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresentada todas as informações necessárias para execução do projeto.

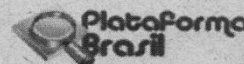
Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.043.230

condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Cronograma	Cronograma_novaversao.pdf	03/05/2017 09:58:28	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	CARTA_novaversao_CEP.pdf	03/05/2017 09:56:42	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_novaversao.pdf	03/05/2017 09:56:15	Janaina Campos de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novaversao.doc	03/05/2017 09:54:29	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_848880.pdf	16/03/2017 15:03:51		Aceito
Outros	Cronograma_corrigido.pdf	15/03/2017 08:34:48	CRISTIANA PASSOS DE	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.pdf	15/03/2017 08:33:34	CRISTIANA PASSOS DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Corrigido.pdf	15/03/2017 08:32:01	CRISTIANA PASSOS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	15/03/2017 08:05:31	CRISTIANA PASSOS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_compromisso.pdf	19/01/2017 13:05:44	CRISTIANA PASSOS DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	19/01/2017 13:01:49	CRISTIANA PASSOS DE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Cristiana.pdf	19/01/2017 12:46:48	CRISTIANA PASSOS DE	Aceito
Outros	Curriculo_lattes.pdf	31/12/2016 12:14:08	CRISTIANA PASSOS DE	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	31/12/2016 11:24:40	CRISTIANA PASSOS DE	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.043.230

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 03 de Maio de 2017

Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA**TERMO DE ANUÊNCIA**

A Secretaria de Saúde de Esperança autoriza e está de acordo com a execução do projeto intitulado: “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: ferramenta norteadora para as Equipes de Saúde da Família”. Que tem por objetivo avaliar como os resultados do PMAQ/AB, estão sendo utilizados pelas Equipes de Saúde da Família no município de Esperança/PB. O mesmo será desenvolvido pela pesquisadora/ mestranda em Saúde Pública, Cristiana Passos de Oliveira, em conjunto com o orientador Sidney Feitoza Farias, ambos discente e docente da Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Pernambuco (CPqAM/FIOCRUZ). Esta instituição assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa, durante a realização da mesma. Estando ciente que será resguardado o cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esperança, 21 de Novembro de 2016.

Rosete Bezerra C. Arcoverde
SECRETÁRIA DE SAÚDE
CPF: 37.403.534-49 MAT: 29563

Rosete Bezerra Cavalcante Arcoverde

Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Manoel Henrique, 217 - Centro - Esperança - PB
Fone: (83) 3361-2865