

Josiane Aleixo da Silva Siqueira<sup>1</sup>  
Luciane Zanin<sup>1</sup>  
Arlete Maria Gomes Oliveira<sup>1</sup>  
Fabíola Holanda Barbosa Fernandez<sup>1</sup>  
Flávia Martão Flório<sup>1</sup>

**Family health strategy management: evaluation of teams participating in the 3<sup>rd</sup> PMAQ-AB cycle in a mid-sized Brazilian city**

## **| Gestão na estratégia de Saúde da Família: avaliação das equipes participantes do 3<sup>o</sup> ciclo do PMAQ-AB em município de médio porte**

**ABSTRACT | Introduction:** *In 2011, the Ministry of Health (MS) established the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). Objective: analyzing the implementation of the 3<sup>rd</sup> PMAQ-AB cycle in Aracruz City / ES. This event took place between 2015 to 2016. Methods: Qualitative approach based on Content Analysis; the case study method was adopted to investigate the assessed phenomenon. Twenty-two (22) interviews were conducted with Under Secretary for Health members, PMAQ-AB Coordinators, Municipal Health Advisors, State Health Supporters, managers, dentists and FHS nurses. Interviews and official documents were analyzed through Condensation of Meanings in two categories used as guiding axes: PMAQ formulation, development and implementation, and perception about the program. Results: Participants were committed to the research and pointed out difficulties related to work overload, to the physical structure of the units and to lack of material and training on the program. Work process organization and the developed practices were among the pointed out improvements. Difficulties presented by interviewees brought the lack of feedback on program evaluations and financial resources of the program to light. Conclusion: From participants' viewpoint, experience was significant. There were improvement suggestions concerning health evaluation and monitoring process, as well as questions about lack of feedback on evaluation results and resource use.*

**Keywords |** *Public Health Policies; Primary Health Care; Program Evaluation; Health Projects.*

**RESUMO | Introdução:** O Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Objetivo:** Este estudo analisou a implementação do 3<sup>o</sup> ciclo do PMAQ-AB na cidade de Aracruz/ES, ocorrido no período de 2015 a 2016. **Métodos:** Abordagem qualitativa por meio da Análise de Conteúdo e estudo de caso foram adotados para investigar o fenômeno em questão. Foram realizadas 22 entrevistas envolvendo o Subsecretário de Saúde, Coordenadores do PMAQ-AB, Conselheiros Municipais de Saúde, Apoiadores Estaduais de Saúde, gerentes, dentistas e enfermeiros da ESF. As entrevistas e documentos oficiais foram analisados por meio da Condensação de Significados em duas categorias como eixos norteadores: formulação, implantação e implementação do PMAQ e percepção do programa. **Resultados:** Os entrevistados mostraram-se envolvidos e apontaram dificuldades decorrentes da sobrecarga de funções, da estrutura física das unidades, além da falta de material e de capacitação sobre o programa. Dentre as melhorias apontadas, aparecem a organização do processo de trabalho e as práticas desenvolvidas. As dificuldades apresentadas pelos entrevistados trazem à tona a falta de retorno em relação às avaliações e ao recurso financeiro advindo do programa. **Conclusão:** A experiência foi significativa, emergiram sugestões de melhorias em relação ao processo de avaliação e monitoramento da saúde e questionamentos quanto à falta de retorno sobre os resultados das avaliações e uso do recurso.

**Palavras-chave |** Políticas Públicas de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programa; Projetos de Saúde.

<sup>1</sup>Faculdade São Leopoldo Mandic. Campinas/SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

Frente ao desafio de institucionalizar a cultura de avaliação nos serviços de saúde e à busca de ações voltadas para a melhoria da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2011<sup>1</sup> o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com a meta de aumentar o acesso à saúde e a prestação de cuidado com qualidade, além de construir um parâmetro de comparação nacional entre as equipes de saúde da atenção básica<sup>3</sup>. O programa incentiva os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação das Equipes de Atenção Básica (EAB), além de instituir o incentivo financeiro denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), que pode ser utilizado pela gestão do município em ações que beneficiem a Atenção Básica<sup>4</sup> e para implantar, opcionalmente após estabelecido em legislação específica do município, a Remuneração por Desempenho para seus servidores, vinculados ou não ao PMAQ.

A avaliação do PMAQ sob a ótica dos profissionais envolvidos contribui para o aprimoramento do programa, visto que são eles que lidam com a realidade diária do sistema de saúde do município<sup>5</sup>. Nesse contexto, resultados importantes vêm sendo identificados, como o aumento do acesso<sup>3,5,6</sup> e identificação de problemas na rotina do trabalho na atenção primária em saúde (APS)<sup>7</sup>. A destinação do recurso referente ao Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável também vem sendo alvo de críticas e questionamentos<sup>5</sup> embora se reconheça que o programa é uma ferramenta importante na gestão dos recursos destinados à saúde<sup>3</sup>.

Na gestão em saúde é imprescindível a implementação contínua do processo avaliativo das ações desenvolvidas para facilitar a tomada de decisão, visto que é a partir desse processo que se especificam os problemas e se reorganizam as ações e o processo de trabalho, favorecendo o alcance dos objetivos propostos e ampliando o acesso aos serviços de saúde<sup>8</sup>.

Nesta temática, os estudos vem sendo desenvolvidos majoritariamente considerando a metodologia qualitativa<sup>3,6,7,9-14</sup>, sob a ótica dos enfermeiros<sup>3,5,8,11</sup> e enfermeiros e gestores<sup>6</sup> vinculados ao serviço de municípios da região norte<sup>7,10,12,14,15</sup>. No presente estudo, considerou-se

a percepção de diferentes atores envolvidos no programa, pela sua importância para a melhoria do serviço prestado aos usuários do município, além do ineditismo desse olhar plural sobre o PMAQ em município de médio porte da região Sudeste brasileira.

## MÉTODOS |

Este estudo exploratório descritivo foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução 466/12 para estudo com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic e aprovado sob parecer número 125092/2016.

No período do estudo (março a junho de 2017), Aracruz, município de médio porte localizado no estado do Espírito Santo, possuía 21 unidades básicas de saúde, nas quais atuavam 26 equipes, sendo cinco do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cinco Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da área indígena e 16 ESF. A adesão das equipes de saúde ao PMAQ-AB teve início com a implantação do 1º ciclo em 2011 com cinco equipes participantes, que ao final da etapa não conseguiram obter avaliação satisfatória. No 2º ciclo, ocorrido no ano de 2013, 24 equipes participaram, dentre as quais apenas 13 receberam avaliação acima da média. O 3º e atual ciclo foi implantado entre 2015-2016, e 20 equipes aderiram dentre as quais apenas três receberam avaliação boa, e 14 regular. Entretanto, o resultado da avaliação do 3º ciclo do PMAQ não havia sido divulgado na fase de coleta e análise dos dados do manuscrito.

Contou-se para a realização do estudo com 22 sujeitos envolvidos no 3º ciclo do programa, sendo: o Subsecretário de Saúde, Coordenador do PMAQ-AB no município, Conselheiro Municipal de Saúde, Apoiador Estadual de Saúde, dentistas e enfermeiros da ESF. Como critério de inclusão, considerou-se a participação no processo de implementação do 3º ciclo do programa do Subsecretário de Saúde, Apoiador Estadual do PMAQ ES, Gerente da Estratégia Saúde da Família e Coordenador do PMAQ. Já o Conselheiro Municipal e o Dentista foram escolhidos por conveniência, tendo participado os que estavam disponíveis para entrevista e que também tivessem participado do 3º ciclo do PMAQ. Os enfermeiros foram selecionados por

exaustão, já que foram ouvidos todos os que participaram do 3º ciclo do PMAQ no município.

Para realização das entrevistas, foi realizado contato telefônico, para agendamento individual com cada entrevistado, com horário e local adequados à rotina do profissional. As entrevistas foram iniciadas no dia 20 de março de 2017 e encerraram no dia 16 de junho de 2017, totalizando 36 dias, tendo sido realizadas de uma a duas entrevistas por dia.

As entrevistas com os gestores ocorreram, de forma individual, em uma sala na Prefeitura Municipal. As entrevistas com profissionais da saúde foram realizadas na sala da enfermaria de cada unidade de saúde, e a com o Conselheiro Municipal foi realizada na sala de estar da residência do entrevistado. Não houve repetição das 22 entrevistas realizadas, e nenhum dos convidados negou-se a participar da entrevista. As durações das entrevistas variaram de 50 minutos a 2 horas, totalizando 23 horas, 37 minutos e 21 segundos de gravação.

O instrumento utilizado foi um roteiro semiestruturado já utilizado em estudo com temática semelhante<sup>6</sup>, entregue aos voluntários com antecedência para que eles o conhecessem visto que algumas perguntas exigiam um preparo prévio, para serem respondidas. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra a fim de relacionar as respostas dadas pelos profissionais à fundamentação teórica exposta neste estudo. Após as transcrições não houve nenhum contato ou feedback com os entrevistados, e as entrevistas foram textualizadas, o que representa um trabalho textual de limpeza e reorganização das ideias para transformar o texto oral em texto escrito, a fim de posteriormente utilizarmos os trechos para apresentação dos resultados e discussão. Buscou-se explicitar o contexto, conteúdo, processos e atores envolvidos na implantação/implementação do programa, e foi utilizada a abordagem qualitativa por meio da Análise de Conteúdo segundo proposta de Bardin<sup>16</sup> e Interacionismo Simbólico que apresenta a compreensão do indivíduo no modo de agir, interagir, interpretar e definir no seu cotidiano o significado que ele atribui à situação exposta<sup>17</sup>.

## RESULTADOS |

Dentro da proposta metodológica apresentada, foram evidenciadas duas categorias como eixos norteadores e

cabe elucidar que as categorias não apareceram *a priori*, mas emanaram das narrativas dos entrevistados, da pesquisa empírica, de forma que ajudaram a responder as inquietações da pesquisa. A primeira categoria envolve o processo de formulação, implantação e implementação do programa, e a segunda categoria elucidada a percepção dos entrevistados quanto à visão que têm do programa, ou seja, como essas pessoas significaram as ações decorrentes dessa implementação no seu cotidiano, numa perspectiva do Interacionismo Simbólico de Blumer<sup>18</sup>, segundo a qual se entende que o indivíduo interpreta seu ambiente e atua com base nessa interpretação. Para preservar a identidade dos profissionais entrevistados, seus nomes não foram mencionados, porém identificam-se como: (G) Gestores, (P) Profissionais de Saúde e (R) Representante de Usuários.

**1ª Categoria - Formulação, implantação e implementação do PMAQ:** Desde o lançamento do PMAQ pelo Ministério da Saúde, o município se mobilizou e organizou parte de seus profissionais para estudar a viabilidade do programa. Foi possível constatar que antes do PMAQ o município já trabalhava com o AMAQ, e utilizava um processo de avaliação e monitoramento baseado nos indicadores do Sisacto, plataforma eletrônica de pactuação e acompanhamento de indicadores, objetivos, diretrizes e metas, cujos indicadores constituem importantes fontes de informação para o monitoramento e avaliação da atenção básica. Como podemos perceber na fala que segue:

*[...] antes da implantação do programa, os parâmetros que o município utilizava para avaliação e monitoramento baseava-se nos indicadores do Sisacto e alguns indicadores locais que eram criados para poder estar monitorando principalmente com relação ao número de visitas e assistência ao pré-natal, a criança, hipertensão e diabetes [sic passim] (G1).*

Um dos pesos para a decisão de implementação do PMAQ no município foi a possibilidade real de aumento da arrecadação financeira da Atenção Básica, com a vinda de 20% do valor do PAB variável por equipe aderida e o possível aumento para 100% desse valor, após o processo de certificação das equipes<sup>2</sup>. Além disso, a gestão do município priorizou a assistência à saúde com qualidade, e o fortalecimento da atenção primária, sendo possível visualizar no PMAQ uma forma de fortalecimento desses fatores. Nesse sentido, um dos entrevistados menciona:

*[...] a gente esbarra sempre com a questão de que o financiamento da saúde sempre era insuficiente por mais que*

*o governo municipal aplicasse de 19 a 21% da sua receita em saúde, mas isso não era o suficiente para manter todas as despesas que sempre requerem da saúde, isso principalmente por causa do subfinanciamento do SUS e pro Governo Federal ter um aporte financeiro para atenção básica inferior ao que realmente é gasto [sic passim] (G1).*

*[...] fica muito claro principalmente na questão de crise a importância desse recurso. Hoje ele responde em termos brutos por incremento de quase 30% do PIB variável de cada município, e isso é bom e fundamental para o trabalho de manutenção das equipes [sic passim] (G5).*

Durante as entrevistas realizadas foi possível constatar como foi a aproximação dos profissionais ao programa, ou seja, seu primeiro contato.

*[...] O PMAQ foi minha primeira experiência de atuação com um programa deste tipo [...] sei que temos que primeiro dar o pontapé inicial, fazer a implantação do programa no município, para depois implementar de fato e dar seguimento (P11).*

*Quando o PMAQ surgiu, ninguém tinha noção de nada, pois as informações não eram repassadas para nós [...] (P6).*

*No início, quando surgiu o PMAQ, eram feitas reuniões para informar os profissionais das coisas, pois ninguém sabia de nada, ninguém tinha noção do que era de fato aquilo tudo. Mas as coisas vêm melhorando. (P8).*

Alguns profissionais referem segurança para atuar com o PMAQ, e demonstraram muita familiaridade e identificação com o programa:

*[...] eu estou completamente inserida no programa. Tenho segurança para atuar nele [...] (P10).*

*[...] Eu gosto muito de trabalhar com todas as ações que envolvem o programa [...] me identifiquei demais com o PMAQ e penso que ele ainda tem muita contribuição a dar ao município [...] o programa é simples, sendo fácil o trabalho, principalmente com a comunidade [...] (P9).*

Nas narrativas pode-se perceber também o cenário de enfrentamentos para a implementação do PMAQ-AB, decorrente de limites que os profissionais apresentaram quanto à avaliação além da fragilidade de manejo de tempo para realizar atividades de avaliação em decorrência da

sobrecarga de funções acumuladas, conforme descrevem as narrativas:

*[...] ainda é um pouco fraco, o enfermeiro e qualquer outro profissional ainda tem que evoluir muito neste aspecto avaliativo, a gente acaba às vezes até por falta de tempo, falta de conhecimento [...] repensar as práticas é importante, estamos engatinhando [...] (P7).*

*[...] equipe que já é sobrecarregada com a estratégia de saúde da família ainda fica mais sobrecarregada com a questão do PMAQ, são mais coisas a desenvolverem e mais metas a serem cumpridas (P9).*

*[...] a partir de cada ciclo, os atores não fazendo que o PMAQ não seja mais uma novidade, e apesar da aflição provocada pelo mediatismo de troca de técnicos e enfermeiros, os vínculos mais precários, e a troca permanente das equipes, a gente vê com passar do tempo uma relação mais madura entre os atores [sic passim] (G2).*

Percebe-se nas narrativas apontadas pelos entrevistados algumas dificuldades em relação à implantação do PMAQ-AB, dentre as quais se destaca a estrutura física das unidades, a falta de material e a falta de capacitação sobre o programa. Isso pode ser verificado nas seguintes falas:

*Muitas vezes o nosso serviço é prejudicado por causa da estrutura física da unidade, muitas vezes vários quesitos do PMAQ ficam comprometidos por causa da precariedade dessas estruturas (R22).*

*O nosso serviço às vezes é comprometido pela questão de recursos materiais, pois muitas coisas precisam de formulários, e às vezes falta [sic] esses materiais impressos (P15).*

*Penso que é muito importante capacitar e preparar os profissionais para implantar e implementar o PMAQ. Falta muito isso, pois eles apenas jogam as informações, mandam os formulários, e dizem que deve ser preenchido e pronto. A gente não recebe uma capacitação profissional para atuar de maneira eficiente (P16).*

Nas falas supracitadas, nota-se que enquanto existem profissionais que estão completamente “por dentro” do PMAQ, há outros que ainda não se sentem tão à vontade com o programa. Nessa categoria abordaram-se os limites e as potencialidades dos profissionais que se encontram inseridos nas ESF, implementando o PMAQ.

Verifica-se nessa primeira categoria que quando o assunto é desenvolvido previamente, os envolvidos na proposta tornam-se empoderados do saber, o que é essencial para o êxito do programa.

**2ª Categoria - Percepção do programa:** Nesta categoria, abordam-se as diversas interpretações dos entrevistados sobre a avaliação e percepção do PMAQ e as eventuais mudanças observadas.

*[...] Mudança no setor da saúde não vi até agora, só agregou mais trabalho, mas mudança que a população ou os funcionários possam receber benefícios eu não vi até agora não (P6).*

*[...] As mudanças foram grandes pois as equipes passaram a ter uma visão diferenciada de estratégia de saúde da família, visando assim melhoramento na condição de saúde das pessoas e visando uma melhor informação aos pacientes, e observando mais formas de adoecimento para combater esse adoecimento (P10). [Sic]*

Na perspectiva do Interacionismo Simbólico, é importante perceber quais os sentidos e significados que os entrevistados atribuíram ao PMAQ-AB. A primeira observação que fazemos é que eles possuem formas de interpretação diferentes sobre o programa. Alguns acreditam que ele veio fortalecer a reflexão sobre a gestão da unidade, cuja prática não era totalmente condizente às exigências do Ministério da Saúde. Para alguns:

*O programa é uma ferramenta muito importante para estar propiciando uma organização do processo de trabalho, e também estar fazendo com que a equipe possa de fato se envolver com as ações que são básicas do PSF (G5).*

*[...] ele vem resgatar ações que a gente acaba não fazendo, resgatar mesmo a filosofia da saúde da família, ele é um programa bem bacana (P16).*

*É uma ferramenta muito importante pra atenção primária no sentido que ele faz os profissionais e a equipe refletirem sobre seu trabalho (P10).*

*Ele vem acrescentar assim, você analisando em geral uma gestão de qualidade tanto na organização da equipe quanto no atendimento a comunidade (P15).*

*Acredito que o programa foi uma benfeitoria enorme para a saúde, pois ele veio melhorar a prática de gestão das unidades*

*de saúde, o qual algumas vezes não era exatamente o que Ministério da Saúde exigia (G1).*

Outros mencionam com clareza que o foco do PMAQ é a atenção primária e, inclusive, se posicionam em relação à conduta de trabalho e às práticas desenvolvidas, em especial em relação à educação permanente que deve ser oferecida.

*O fator principal do PMAQ é a atenção primária, e a forma como as unidades trabalham na atenção primária, o desenho, infraestrutura, instalações e a educação permanente. Também abrange como os serviços da atenção primária estão oferecendo a prevenção e atenção da saúde, e como eles conseguem chegar aos trabalhadores e usuários (G1).*

*[...] O PMAQ traz essa visão da equipe, ele coloca que as pessoas fazem parte de um time que tem que jogar do mesmo lado do campo. Essa é uma mudança que a gente observa em muitas equipes e principalmente entre gestões que têm que trabalhar junto, têm que ter um tipo de gestão participativa com suas equipes em tempo real [...] mesmo a questão do apoio mútuo ele faz com que todo processo de melhoria do acesso e da qualidade da população, de fatos inclemente (G5).*

Essas visões se pautam na experiência que cada um dos entrevistados teve quando do seu contato com o Programa e sua implementação, e essa elaboração é resultante de um processo interpretativo que se dá a partir das visões pessoais e da interação entre as pessoas que vivenciaram a mesma experiência social, neste caso, a implementação do PMAQ<sup>19</sup>.

Os entrevistados falam da importância do programa, relatam sua insatisfação com a falta de retorno em relação às avaliações que, segundo eles, não são transmitidas no final das etapas de cada ciclo do PMAQ. As falas dos entrevistados exemplificam essa afirmativa:

*O PMAQ é muito importante para a atenção primária de modo que ajuda os profissionais a pensarem melhor sobre o seu trabalho [...] Só que até hoje, todas as vezes que são implantados programas como esse nas unidades de saúde, o profissional não tem retorno disso, então você não fica sabendo para onde aquilo foi, você não fica sabendo nem a nota que a unidade recebeu na avaliação dele (P13).*

*O PMAQ funciona, mas eu nunca vi a nota do PMAQ, mas eu acredito que a gente recebeu uma nota bem legal, uma nota boa que eu gostaria de ter visto em todos os outros, mas*

*eu não acredito que agora a gente vai ter uma nota boa, uma nota que seja suficiente (P21).*

*Eu vejo muitas vantagens, penso que de fato houve melhoria na qualidade para os usuários em todos os aspectos, mas vejo é que os profissionais estão ficando desmotivados por não receberem retorno financeiro e nem sequer quanto à autoavaliação, ou seja não temos retorno nenhum (P13).*

Sobre a falta de retorno das avaliações, visto que o recurso financeiro está intimamente ligado aos resultados alcançados, nota-se uma desmotivação ao longo do tempo. Os profissionais relatam empenhar-se e sobrecarregar-se nas suas funções visando ao recurso financeiro prometido, mas desanimam, pois, além de não receberem o recurso, sequer recebem retorno em relação às avaliações realizadas.

Percebe-se, também, que a visão dos entrevistados quando se fala em planejamento do repasse financeiro do recurso e organização do sistema de saúde não é satisfatória.

*A saúde sempre vai ser um poço sem fundo na questão verbas. Verba na saúde nunca será suficiente, pois não existe uma administração correta (P6).*

*Na saúde se gasta muito, mas deveria investir mais em saúde do que em área de lazer (P10).*

*Quanto à questão da verba, eu acho que não atende porque cada território tem sua particularidade, então eu acho que o investimento teria que ser feito de acordo com a necessidade de cada território e não igual para todos (P14).*

*[...] na saúde os recursos nunca são suficientes, principalmente porque a gente tem um serviço que é oneroso com relação a médicos, exames, consultas, uma demanda cada vez mais crescente [...] isso tem levado a um estrangulamento cada vez maior do sistema financeiro da saúde (G1).*

*Financeiramente sabemos que na saúde os recursos nunca são suficientes e que sempre irá faltar alguma coisa (P21).*

É visto que o processo de trabalho dos entrevistados nas unidades básicas é de fundamental importância, tendo em vista que é nos momentos diversos do processo de trabalho que se capta a realidade vivenciada por esses atores. Estabelece-se também uma relação entre o discurso e a prática e, se de fato a gestão está sendo tomada ou não como ferramenta de transformação do processo de

trabalho na saúde da família. Nessa direção apontam-se as falas dos entrevistados, que demonstram a contribuição que o programa trouxe para a ESF.

*Ele ajuda a equipe a refletir no seu trabalho e melhorar naquilo que ele pode melhorar, na verdade ele leva o profissional a refletir sobre o seu papel como gestor da equipe (P16).*

*Contribuiu em tudo, principalmente na questão da organização de arquivos, agendas, fluxos de atendimentos, informação para o próprio usuário (P18)*

*Ele facilita um pouco, porque ele tem os instrumentos de gestão que a gente usa para detectar os problemas da unidade e da comunidade e tentar resolver da melhor forma possível (P10).*

*O PMAQ faz com que as equipes criem instrumentos para a gestão local, os problemas de saúde e das famílias, então ele nos dá a ferramenta para que a gente possa melhorar o nosso trabalho como gestores nas unidades (P5).*

Sobre o processo de educação permanente, foi evidenciado na fala dos entrevistados que é uma ação necessária, que algumas vezes é tentado colocar em prática, no entanto muitas vezes as unidades de saúde não conseguem desenvolver o que é proposto devido à falta de recursos.

*[...] quanto à educação permanente tem a questão das escovações supervisionadas, mas infelizmente nos falta material aqui no município (R22).*

*É essencial o desenvolvimento de ações de educação permanente, no entanto ainda é preciso gerir melhor os recursos para que chegue para tudo [...] (P5).*

Os programas de educação permanente, bem como demais necessidades do sistema de saúde como infraestrutura, por exemplo, foi mencionado que às vezes há um tipo de “maquiagem” no sistema, ou seja, quando se aproxima a avaliação do programa, as unidades acabam tentando ajustar algumas pendências, tais como uma parede que precisava ser pintada, para que a avaliação da unidade de saúde não seja negativa, e desta forma a realidade acaba sendo camuflada.

*De certa forma, o programa faz uma pressão para que melhore mesmo. Para que todos os atores fiquem envolvidos com a atenção primária e que de certa forma fazem uma maquiagem, por exemplo, quando a gente for ser avaliado*

*por esse serviço do PMAQ acaba tendo uma melhoria em infraestrutura [...] acaba se estruturando melhor o serviço das unidades de saúde para ter uma boa avaliação do PMAQ (R22).*

A fala seguinte sinaliza a precariedade do sistema e indica que ainda há muito a fazer em relação à gestão política, para que de fato o município possa oferecer aos usuários um atendimento de qualidade. Apesar de todos os entrevistados terem mencionado que houve alguma melhoria, nota-se que, muitas vezes, ela é insignificante perto do muito que ainda tem que ser feito.

*Muita coisa melhorou. O atendimento melhorou, o serviço dos profissionais. Mais ainda tem muito o que ser feito. É preciso que haja uma reforma política, e que os recursos destinados à saúde cheguem mesmo até a saúde. É preciso melhorar a infraestrutura das unidades básicas de saúde, qualificar melhor os profissionais, oferecer aos usuários uma educação permanente (P5).*

## DISCUSSÃO |

A partir dos achados deste estudo, nota-se que na percepção dos entrevistados o PMAQ-AB constitui-se uma ferramenta importante: para os gestores e trabalhadores da saúde, o programa tem sido importante na gestão dos recursos destinados à saúde, e na ótica do Conselheiro Municipal, ele tem conseguido tornar aparentes algumas características que justificam sua existência. Assim como explicitado em estudo anterior<sup>7</sup>, os participantes relataram a precariedade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); as condições de serviço a que os profissionais de saúde são submetidos que acabam por prejudicar a qualidade da assistência prestada; a dificuldade de melhora dos processos de trabalho, além do repasse financeiro escasso e impróprio para as UBS.

Do presente estudo, emanaram sugestões que poderiam ser eficazes para sua melhoria como a adequação da estrutura física da unidade, apontamento também verificado em outros estudos brasileiros<sup>3,5,6</sup>, assim como a interferência desses problemas na qualidade do atendimento aos usuários e na integração dos profissionais da equipe<sup>11</sup>.

Foi possível identificar na fala dos entrevistados que a utilização dos recursos financeiros ainda é uma variante

que afeta de forma negativa a gestão da saúde pública do Brasil, e sobre isso Ferraz et al.<sup>12</sup> mencionam que a utilização dos recursos financeiros para a educação permanente em saúde, apesar de seguir o que é proposto pelo Pacto de Gestão, ainda é um problema, o que também foi constatado na fala dos entrevistados quando mencionada a falta de investimento em educação permanente, sendo esta uma das sugestões de melhoria para o contexto apresentado no município.

Evidenciou-se a necessidade da existência de um espaço específico, equipado e com material didático, que poderia estimular os profissionais a fazerem reuniões periódicas de planejamento, além do desenvolvimento de atividades de educação permanente como capacitações e atualizações. A realização adequada de atividades de educação fortalece a participação popular, promove a interação com os usuários, identifica situações de risco e faz da comunicação um importante instrumento terapêutico e promotor da saúde, além de estimular os usuários a fazerem suas próprias escolhas<sup>8</sup>.

Percebeu-se que os profissionais participantes são capazes de administrar, de desenvolver suas tarefas e ações, com vistas a modificar a realidade do local em que atuam. Enquanto gestores, os profissionais em geral devem ser hábeis para compor consensos e alianças socialmente construídas, contrapondo-se à racionalidade gerencial burocrática, normativa e tradicional<sup>11</sup>. Vanderlei e Almeida<sup>10</sup> mencionam que os trabalhadores precisam trabalhar não apenas por obedecer a ordens, mas sim por responsabilidade, e, sob a ótica das categorias participantes deste estudo, é de suma importância que todos os atores envolvidos atuem desenvolvendo suas funções com rigor e qualidade, a fim de prestar o melhor serviço ao usuário do sistema.

Foi identificado nas falas que a desmotivação profissional levou alguns participantes a se omitirem, não compartilhando suas inquietações por acreditar que a gestão não era participativa. Entretanto é a gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia de prática profissional<sup>11</sup>. Faz-se necessário que a gestão seja mais participativa, que ouça mais os profissionais envolvidos nos programas como o PMAQ, para que tenha bons resultados<sup>6</sup>. Não adianta somente gerir, é necessário o compartilhamento e a cumplicidade, formando uma aliança, para assim alcançarem os

objetivos desejados<sup>5</sup>. Os profissionais de saúde precisam se expressar com mais clareza, compartilhando suas ideias com a gestão, até porque são eles quem estão no dia a dia, lidando com a população. Os representantes da população devem ser usuários conscientes, levando às autoridades as demandas que os usuários não sentem resolvidas e mesmo aquelas cuja resolução foi satisfatória, colaborando para as mudanças no seu município<sup>6</sup>. Nesse aspecto, o processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde pressupõe a presença de mecanismos que privilegiem o acompanhamento permanente, por parte do conjunto da sociedade, das ações empreendidas pelos serviços de saúde, assim como os resultados por eles produzidos.

Os achados neste estudo mostraram que a experiência vem sendo significativa, que o programa tem metas e objetivos consolidados, no entanto identificou-se como fatores restritivos a sobrecarga de trabalho dos profissionais diante das novas demandas em saúde e a interferência da precarização dos vínculos empregatícios na continuidade das ações. O grande rodízio dos profissionais do nível superior verificados nas unidades de saúde do município tem sido um problema, já que o profissional precisa ser remanejado para outras unidades por falta de recursos humanos o que leva à sobrecarga do trabalho, além de, como já citado<sup>20</sup>, interferir no estabelecimento do vínculo com a comunidade. Essa situação pode ser agravada com as mudanças instituídas pela PNAB<sup>21</sup> que estendeu essa possibilidade também aos profissionais de nível técnico.

É essencial capacitar o profissional para enfrentar situações do dia a dia que compõem suas funções, muni-lo de conhecimento e possibilidades de criar soluções para os problemas encontrados, dar sugestões que apresentem alternativas no ambiente de trabalho para que ele possa ter autoconfiança. Assim consegue-se prestar um atendimento de qualidade onde o usuário ou, até mesmo, profissionais de saúde possam ter a certeza do dever cumprido, sendo resolutivo nas suas demandas diárias. Segundo Kotler<sup>22</sup>, “em razão de a maioria dos serviços ser fornecida por pessoas, a seleção, o treinamento e a motivação dos profissionais podem fazer grande diferença na satisfação do usuário que recebe atendimento naquela unidade”. Assim, é necessário que os profissionais estejam envolvidos e preparados para suas funções e na situação em que as equipes participam da tomada de decisões, construindo consensos e parcerias com usuários e gestores, a qualidade e resultado das ações são melhores e duradouras, sejam essas ações assistenciais ou gerenciais<sup>23</sup>.

Notou-se também recorrência no questionamento sobre o que foi feito com recurso destinado ao PMAQ, sobre as notas das avaliações que não foram repassadas aos profissionais, em nenhum dos ciclos anteriores, além da espera dos profissionais pela participação do incentivo financeiro.

Quanto à utilização dos recursos advindos do incentivo financeiro, a portaria do PMAQ não fixa a forma como os municípios devem utilizar os valores repassados de acordo com a certificação de cada equipe, podendo ser realizada de acordo com a decisão da gestão municipal<sup>14,1,24</sup>. Há incentivo à negociação entre gestores e equipes, propondo investimento nos profissionais e na melhoria das condições de trabalho, premiação e remuneração de acordo com o desempenho e os resultados esperados norteados pelos padrões estabelecidos<sup>25-27</sup>.

O incentivo financeiro do PMAQ-AB não estimula apenas as gestões municipais que podem ampliar significativamente o recurso recebido por seus fundos de saúde, mas também as equipes, na medida em que o próprio PMAQ-AB estimula a adoção de lógicas de premiação e remuneração baseadas em resultados e desempenho. Vale dizer, portanto, que parte desse aporte maior de recursos se transformará, necessariamente, em ganhos reais de remuneração para as equipes, vinculado a mudanças no processo de trabalho, e que servirá como estímulo a um trabalho de qualidade e com maior afinco<sup>28</sup>. Outro elemento com forte poder de mobilização dos trabalhadores são as dimensões do PMAQ-AB relacionadas à garantia de melhores condições de trabalho, padrões que, no programa, são chamados de “valorização do trabalhador”<sup>28</sup>.

Foi observado na fala dos entrevistados que há um esforço no intuito de expandir ou incentivar o programa, já que acreditam em sua potencialidade em melhorar o serviço, embora se tenha notado desmotivação pelo não recebimento dos recursos, sobre o qual se menciona ser escasso e impróprio para a APS, prejudicando o prosseguimento dos cuidados<sup>7</sup>. Todavia, os recursos recebidos podem ser utilizados para a educação permanente de forma a potencializar o serviço oferecido<sup>29</sup>, e vale ressaltar que a decisão de implantar a Remuneração por Desempenho, no âmbito do PMAQ, é exclusiva da gestão do município, e deve ser prevista em lei<sup>1</sup>.

Apesar de os resultados mostrarem que, de modo geral, a experiência com o programa foi positiva, é preciso valorizar a observação de todos os profissionais, desde



enfermeiros a gestores e quanto à falta de clareza quanto ao uso dos recursos destinados ao PMAQ. Foi observado que a maioria dos trabalhadores queixa-se da sobrecarga de trabalho, aponta melhorias na rotina, e de forma unânime sente falta do retorno quanto ao resultado das avaliações, como também apontado em estudo anterior<sup>30</sup>.

Cabe ressaltar que uma limitação dos estudos qualitativos é que tanto os investigadores como os investigados são colocados como agentes, o que pode implicar a perda da objetividade, estando em jogo a subjetividade do investigador<sup>31</sup>. Considerando que neste estudo a pesquisadora possuía proximidade com o serviço avaliado, no momento da entrevista houve uma maior preocupação em relação à sua postura adequada, evitando entonar a voz ou expressar gestos de afirmação ou negação, de forma a não induzir as respostas com base nas experiências pessoais<sup>32</sup>.

## CONCLUSÃO |

A pesquisa mostrou que os participantes dela reconheciam como significativas as mudanças decorrentes do PMAQ-AB relacionadas ao atendimento ao usuário, à organização dos métodos de trabalho e ao fortalecimento da atenção primária como eixo norteador das políticas de saúde. O programa contribuiu com o fortalecimento da APS, resgatando-se ações que não eram feitas anteriormente, mas também se explicitou a necessidade de que as ações fossem contínuas e capazes de atender ao dinamismo das necessidades de saúde da população.

Em relação à 1ª Categoria - Formulação, implantação e implementação do PMAQ -, foi observado que os profissionais desconheciam informações sobre o PMAQ e, quando as recebiam, não foram transmitidas de forma motivadora. Na fase de implementação tiveram pouco tempo para se preparar, a estrutura física das unidades era precária, e faltou capacitação profissional além de diálogo entre as categorias.

Na segunda categoria de análise, em que se aborda a percepção dos entrevistados em relação ao programa, houve relatos de melhorias na organização do processo de trabalho, na conduta de trabalho e nas práticas desenvolvidas. Dentre as sugestões identificadas estão a adequação da estrutura física das unidades de saúde, realização de atividades de educação permanente em saúde,

e melhoria na capacitação profissional e na comunicação com os profissionais. Quanto as dificuldades, citou-se de forma recorrente o desconhecimento quanto ao resultado das avaliações e quanto ao uso dos recursos financeiros.

## REFERÊNCIAS |

1. Brasil. 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 Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União; 20 jul 2011.
2. Brasil. Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica [...]. Diário Oficial da União; 24 out 2011.
3. Andrade CPS, Souto LES, Henrique G, Lacerda A, Macedo OHO, Silva CSO, et al. Gestão na estratégia de saúde na família com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: percepção do enfermeiro. Revista Bionorte. 2015; 4(2):40-7.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Jesus AS, Cardoso TSG, Vilela ABA, Nery AA. O enfermeiro no contexto do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): relato de experiência. Saúde.com. 2015; 11(2):193-200.
6. Bello FMA. Análise do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Recife. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
7. Cunha GT, Castro CP, Oliveira MM, Santos CSR, Rosa IF, Rodrigues MC. Programa nacional de melhoria ao acesso e a qualidade da atenção básica: um estudo qualitativo. In:

- 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2013 out 1-3; Belo Horizonte, Brasil.
8. Oliveira WMA, Bezerra ALQ. Autoavaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(1):20-5.
9. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.
10. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):443-53.
11. Barrêto AJR, Sá LD, Silva CC, Santos SR, Brandão GCG. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(2):300-8.
12. Ferraz F, Backes VM, Mercado-Martinez FJ, Feuerwerker LC, Lino MM. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(6):1683-93.
13. Melo AKA, Silva FS, Cruz TLR, Santos TCM, Soares NMM. A importância da implantação do programa saúde da família (PSF). In: 2. Congresso Internacional de Atividade Física, Nutrição e Saúde; 2016 set 21-24; Aracaju, Brasil. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2016.
14. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(4):1141-54.
15. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):301-6.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona; 1977.
17. Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Intencionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. *Psicol. Ciênc. Prof*. 2010; 30(1):146-61.
18. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California; 1986.
19. Bryman A. *Quantity and quality in social research*. London: Routledge; 1995.
20. Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):4315-26.
21. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 22 set 2017.
22. Kotler P. *Administração de marketing*. 5. ed. São Paulo: Atlas; 1998.
23. Guizardi FL, Cavalcanti FO. Health management: nexuses between institutional daily routine and political participation in SUS. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(34):633-45.
24. Barbosa MR. *Análise do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte*. Juiz de Fora. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de avaliação para qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 31 dez 1990.
27. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde*. 2012; 6(2):358-72.
28. Pinto HA. *Informe técnico institucional: o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo*

de trabalho das equipes de atenção básica. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2012; 6(2):315-18.

29. Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação Permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectivas de uma práxis transformadora. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(3):557-61.

30. Alexandre VP, Rocha DG, Marcelo VC, Lima JR. An assessment of the National Policy on Health Promotion by SUS managers, employees, health counselors, and users. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(6):1717-26.

31. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993; 9(3):239-62.

32. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad. Pesqui*. 2002; (115):139-54.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Flávia Martão Flório**

*Rua José Rocha Junqueira, 13,*

*Ponte Preta, Campinas/SP, Brasil*

*CEP: 13045-755*

*E-mail: flaviaflorio@yahoo.com*

Recebido em: 10/08/2018

Aceito em: 06/03/2019