

Vol.18 | n.1 | 2016
ISSN 2175-3946

RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde
Brazilian Journal of Health Research

REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

ORGANIZADORES

EDITOR-CHEFE |

Edson Theodoro dos Santos Neto, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

EDITORA-EXECUTIVA |

Luciane Bresciani Salaroli, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

EDITORAS-CIENTÍFICAS |

Blima Fux, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Maria Christina Thomé Pacheco, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

CONSELHO EDITORIAL

EDITORES ASSOCIADOS | 2016 |

Aline Guio Cavaca, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Beatriz Cardoso Lobato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - MG

Daniel Ferreira Moreira Lobato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - MG

Carolina Dutra Degli Esposti, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Carolina Fiorin Anhoque, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Chiara Samele, University of London, Institute of Psychiatry, Reino Unido

Crispim Cerutti Junior, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Daniela Feu Rosa Kroeff de Souza Laignier, Universidade Vila Velha - ES

Diogo Henrique Constantino Coledam, Instituto Federal de São Paulo - SP

Dulciane Medeiros de Azevedo, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó - RN

Elaine Cristina Vargas Dadalto, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Fabiana Vargas Ferreira, Universidade Luterana do Brasil, Canoas - RS

Fabírcia Ferreira Suaid, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Flavia Batista Portugal, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Flavia Imbroisi Valle Errera, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES

Gabriela Maria Cavalcante Costa, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB

Gustavo Rocha Leite, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Josemberg da Silva Baptista, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Lea Tenenholz Grinberg, University of California, San Francisco, Estados Unidos da América

Luciane Peter Grillo, Universidade do Vale do Itajaí - SC

Maria del Pilar Montero López, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Espanha

Mauro Niskier Sanchez, Universidade de Brasília - DF

Mírian Carmo Rodrigues Barbosa, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Neimar Sartori, University of Southern California, Los Angeles, Estados Unidos da América

Renata Junqueira Pereira, Universidade Federal do Tocantins, Palmas - TO

Rodrigo Cappato de Araújo, Universidade de Pernambuco, Petrolina - PE

Rodrigo Pratte Santos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Sonia Hernandez Plaza, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal

CORPO TÉCNICO | 2016 |

BIBLIOTECÁRIO | Francisco Felipe Coelho

ESTAGIÁRIOS | Camila Costa Rocha | Douglas Peres | Nágila Motte | Yuri Demuner

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | João Carlos Furlani

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA | José Carlos de Araújo | Reescritas

REVISÃO DE LÍNGUA INGLESA | Tito Cunha

REVISORES *ad hoc* especialistas em diferentes áreas de conhecimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES

REITOR | Reinaldo Centoducatte

VICE-REITORA | Ethel Leonor Noia Maciel

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETORA | Gláucia Rodrigues Abreu

VICE-DIRETOR | Alfredo Rodrigues Feitosa

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde / Instituto de

Odontologia. -

R454 v. 1, n.1 (jan/jun. 1999) - .- Vitória : O Instituto, 1999-

v. : il.

Trimestral

ISSN 2175-3946 (Impresso)

ISSN: 2446-5410 (Online)

Constituição no Título UFES Revista de Odontologia

(ISSN 1516-6228)

1. Saúde - Periódicos. 2. Saúde - Pesquisa. 1. Universidade Federal do Espírito Santo. Instituto de Odontologia.

CDU 61(05)

CDD 610.05

INDEXAÇÃO NA SEGUINTE BASE DE DADOS:

Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Universidade Federal do Espírito Santo

Centro de Ciências da Saúde

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Av. Marechal Campos 1468, Maruípe - Vitória, ES, Brasil

CEP 29040-090 | Tel: (27) 3335-7225

E-mail: rbps.ccs@ufes.br

Site: www.periodicos.ufes.br/RBPS

Sumário

EDITORIAL | EDITORIAL

- 4 | Avaliação em Saúde: algumas reflexões**
Evaluation in Health: some reflections
Marluce Mechelli de Siqueira e Edson Theodoro dos Santos Neto

ARTIGOS ORIGINAIS | ORIGINAL ARTICLES

- 6 | Avaliação de Projetos em Saúde na Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES)**
Evaluation of health project in the Foundation of Research and innovation in Espírito Santo (FAPES)
George Nunes Bueno, Cynthia Moura Louzada Farias, Poliane Barbosa Sampaio e Marluce Mechelli de Siqueira
- 13 | Avaliação de políticas de Saúde: análise das linhas de pesquisas da Pós-Graduação em Saúde Coletiva**
Health policy evaluation: analysis of lines of research of Postgraduate Collective Health
Wagner Scherrer Lemgruber Goulart, Rayane Cristina Faria de Souza, Thiago Fachetti da Silva e Marluce Mechelli de Siqueira
- 21 | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: ambiguidades no discurso oficial**
National Program of Access and Quality Improvement in Primary Care: ambiguities in official discourse
Erika Maria Sampaio Rocha, Rita de Cássia Duarte Lima, Paula Souza Silva Freitas, Mariana Bonomo, Sibelle Maria Martins Barros e Maria Angélica Carvalho Andrade
- 36 | O agir cotidiano dos gestores da Estratégia Saúde da Família: possibilidades e desafios**
Management of the Family Health Strategy Program: opportunities and challenges
Fernanda Nascimento Gomes, Rita de Cássia Duarte Lima, Heletícia Scabelo Galavote e Maria Angélica Carvalho Andrade
- 43 | Mesa Nacional de Negociação Permanente: transformando o trabalho na Saúde Pública**
National Bureau of Permanent Negotiation: changing the work of health professionals
Elisângela Coco dos Santos, Francis Sodré e Luiz Henrique Borges
- 54 | Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absentismo dos usuários**
Accessibility and use in primary health care: reflections about user's abseteeism
Flavio Ines Tristão, Rita de Cássia Duarte Lima, Eliane de Fátima Almeida Lima e Maria Angélica Carvalho Andrade
- 62 | Avaliação de serviços de saúde no campo da Saúde Coletiva: uma sistematização em curso**
Health service evaluation in Public Health: a survey of research on assessment in Public Health Graduate Programs
Maiara Paula Malacarne, Sara Gonçalves Luiz, Tatiana Rodrigues do Amaral e Marluce Mechelli de Siqueira
- 68 | Políticas de Saúde e Segurança do Trabalhador no Estado do Espírito Santo, Brasil**
Safety and Occupational Health in the State of Espírito Santo, Brazil
Roberta Guio Azevedo, Camila Barcelos Vieira, Helaine Aparecida Bonatto de Moraes e Marluce Mechelli de Siqueira
- 77 | Educação versus gestão: impasses da Educação Permanente em Saúde**
Education versus management: impasses of Continuing Health Education
Juliane Pereira Pimenta Mattedi, Bruna Ceruti Quintanilha, Kallen Dettmann Wandekoken e Maristela Dalbello-Araujo

- 87 | Avaliação da satisfação e percepção de mudanças entre usuários de um programa de alcoolismo**
Evaluation of satisfaction and perception of changes among participants of an Alcohol Management Program
Camila Barcelos Vieira, Lorena Silveira Cardoso e Marluce Mechelli de Siqueira
- 96 | Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo**
Social Organizations for Health in public hospitals in the state of Espírito Santo
Fabiana Turino, Gabriella Barreto Soares, Marília Coser Mansur e Francis Sodré
- 102 | Gestão do trabalho na saúde: com a palavra, atores da Estratégia Saúde da Família**
Management of labor in healthcare: health workers' perceptions of the Family Health Strategy Program
Camila Nogueira Felsky, Rita de Cássia Duarte Lima, Ana Claudia Pinheiro Garcia, Tania França e Maria Angélica Carvalho Andrade
- 111 | Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Aten o Básica**
National Program for Improving Access and Quality of Primary Care
Thaís Antunes Sossai, Heletícia Scabelo Galavote, Elza Cl a Lopes Vieira, Paula de Souza Silva Freitas e Rita de Cássia Duarte Lima
- 120 | Práticas educativas para os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família**
Educational practices for health workers of the Family Health Strategy Program
Renata Cristina da Silva de Oliveira, Heletícia Scabelo Galavote, Rita de Cássia Duarte Lima e Eliane de Fátima Almeida Lima
- 130 | A influência do trabalho em equipe na Aten o Primária   Saúde**
The role of teamwork in Primary Health Care
Rafael Rocha dos Santos, Eliane de Fátima Almeida Lima, Paula de Souza Silva Freitas, Heletícia Scabelo Galavote, Erika Maria Sampaio Rocha e Rita de Cássia Duarte Lima
- 140 | Avalia o de projetos em saúde: metassíntese**
Evaluation of health projects: a meta-synthesis
Michele Nacif Antunes, Marluce Miguel de Siqueira, Pedro Henrique Costa dos Santos e Liz  de Oliveira Marchito
- 150 | Avalia o de programas de saúde: um enfoque no Programa Saúde da Família**
Health program evaluation: a proposal for an integrative review with a focus on the Family Health Program
Heletícia Scabelo Galavote, Tânia Mara Cappi Mattos e Mariana Rabello Laignier
- 158 | INSTRU OES AOS AUTORES**

Avaliação em Saúde: algumas reflexões

Evaluation in Health: some reflections

Marluce Mechelli de Siqueira¹

Edson Theodoro dos Santos Neto¹

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

A *avaliação* é um conceito de múltiplas versões em que a contextualização e o conhecimento do cenário são fundamentais para compreender o que se pretende de uma avaliação, a partir de perguntas avaliativas que precisam ser respondidas. É um campo impregnado por uma grande diversidade de termos, conceitos e métodos, coerente com a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes na área da saúde, da heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, sejam serviços, sejam programas, sejam políticas públicas^{2,5}.

De forma geral, *avaliar* consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar nas tomadas de decisão. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas, que busca estudar cada um dos componentes da intervenção, caracterizando a avaliação normativa, ou se elaborar a partir de um procedimento científico que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados, a chamada pesquisa avaliativa⁴.

Assim, a *avaliação* toma um lugar central nas organizações prestadoras de serviços, apesar de ser uma atividade ainda incipiente, possuindo um caráter prescritivo e, ainda para muitos, burocrático. Já a *avaliação em saúde* vem ganhando força em diferentes áreas do setor público em saúde e tem como seu principal objetivo conferir racionalidade às intervenções nos diversos setores da área. E a *avaliação de serviços de saúde* nos remete a um conjunto de estruturas, processos, recursos e ações que, direta ou indiretamente, se vinculam à atenção à saúde, ou à sua promoção, prevenção, atenção e limitação da enfermidade e reabilitação^{1,5}.

Vimos surgir no Brasil, nos anos de 1990, várias *iniciativas de avaliação*, entre elas: o Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar, o Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) e a Pesquisa de satisfação dos usuários.

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o objetivo de promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde³.

Somado a isso, o tipo de prática de *avaliação nos serviços de saúde* mais comum em nosso País utiliza indicadores gerais de monitoramento no Sistema Único de Saúde (SUS) e acontece, mais frequentemente, em situações pontuais. Principalmente, quando há necessidade e a oportunidade de compreender o que ocorre no exercício do cotidiano da atenção à saúde, o que garante a melhoria de qualidade e permite a realização de pesquisas, habitualmente com participação da academia^{1,5}.

Percebe-se que, nas últimas décadas, com a crise da saúde pública, que a população se tornou mais consciente do direito à saúde, cobrando ações governamentais que garantam maior transparência dos gastos públicos e maior eficiência dos serviços. Esse movimento pode ser observado pelas agendas de pesquisa, que vêm priorizando sistematicamente temas de avaliação.

O interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil é devido, principalmente, à maior complexidade do perfil epidemiológico do país; mudanças nos procedimentos legais e administrativos do SUS; exigência de controle de gastos em saúde. Além disso, vários fatores, além da necessidade de avaliar a eficiência dos serviços, contribuíram para a incorporação da avaliação em saúde como um novo campo de conhecimento das práticas em saúde, destacando-se: a incorporação contínua de novas tecnologias; a ampliação da oferta e da complexidade organizacional dos serviços de saúde; e a crescente necessidade de informação sobre a eficácia, a efetividade e o funcionamento do sistema⁴.

REFERÊNCIAS |

1. Aquino EML. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Cad Saúde Pública. 2006; (22):229-31.
2. Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa avaliativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2009. Brasília, 2010.
4. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
5. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.

**Evaluation of health project
in the Foundation of Research
and innovation in Espírito
Santo (FAPES)**

**| Avaliação de Projetos em Saúde na
Fundação de Amparo à Pesquisa e
Inovação do Espírito Santo (FAPES)**

ABSTRACT | Introduction: *Funding research agencies are essential in furthering science, technology and innovation studies in a country, and health care is positively impacted by them. However, a solid evaluation system of health-related projects is paramount to ensure a proper allocation of resources.*

Objective: *To describe the projects related to health care and health-care evaluation funded by FAPES, an Espírito Santo state-run funding agency, between 2010 and 2014.*

Methods: *This is a quantitative, documentary study. We used the information available on FAPES' website as our database.*

Results: *Among the 944 studies funded by FAPES in the selected period, only two dealt with assessment of health projects.*

Conclusion: *FAPES' funding of health-related research is very low in general when compared to other areas, and assessment of health accounts for less 1% of the sponsored research.*

Keywords | *Health Evaluation; Research; Program Evaluation.*

RESUMO | Introdução: Os investimentos em pesquisa fazem parte do planejamento nacional, e a prática de avaliação em saúde atualmente ganha uma nova conotação na ciência. As agências financiadoras estão inseridas no Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação e são responsáveis pela distribuição de recursos financeiros governamentais destinados ao desenvolvimento científico e tecnológico do País e dos estados. A avaliação de projetos na área da saúde é primordial. **Objetivo:** Descrever o quantitativo de projetos relacionados à área da saúde financiados pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), no período de 2010 a 2014, e os recursos financeiros a eles destinados. **Métodos:** Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, que utilizou como fonte de informação documentos de acesso público no endereço eletrônico da FAPES. Todos os resultados de editais disponíveis publicamente *on-line* pela FAPES foram avaliados no período compreendido entre os anos de 2010 e 2014. **Resultados:** Pode-se perceber que, a partir da análise dos dados, que dos 944 projetos financiados pela FAPES no período selecionado, foram encontrados apenas dois projetos que tratavam do tema avaliação de projetos em saúde. **Conclusão:** O valor de financiamento destinado à área da saúde é baixo, quando comparado ao valor total de financiamentos destinado aos projetos aprovados pela FAPES, nos anos de 2010 a 2014, no Estado do Espírito Santo, e é ainda mais escasso o financiamento de projetos que se proponham a avaliar projetos da área de saúde.

Palavras-chave | Avaliação em Saúde; Pesquisa; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Os investimentos em pesquisa fazem parte do planejamento nacional, que tem por finalidade buscar o desenvolvimento econômico, a diminuição de desigualdades sociais e a preservação do meio ambiente por meio do investimento em Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I)¹. A maioria das soluções para problemas como emprego, educação, habitação, saúde, entre outros, parecem estar vinculadas a esse desenvolvimento.

Historicamente, no setor público do Brasil, existe a preocupação de se desenvolver programas e políticas de saúde. A partir da década de 1990, com o progresso da gestão pública, surge a necessidade de um novo campo de pesquisa, chamado de análise de políticas públicas, ou seja, avaliação das atividades governamentais existentes².

O processo da prática de avaliação em saúde, muitas vezes utilizado como resultado no término de uma atividade para fins de prestação de conta ou aprimoramento de projetos, políticas ou programas, atualmente, ganha uma nova conotação na ciência, a fim de atingir maior eficiência e impacto nos investimentos públicos destinados à saúde, considerando em seu processo, todos os atores interessados³.

A avaliação, como uma forma de pesquisa social, implica a coleta, investigação, análise e integração dos dados, comparando-os com um padrão de qualidade anteriormente estabelecido para o objeto avaliado. No Brasil, a avaliação é colocada de diversas maneiras, porém percebe-se que em todas as teorias a avaliação é tida como ato de emitir algum juízo de valor sobre determinada ação⁴.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a avaliação trata-se do exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desempenho, implementação e resultados, com vista à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e a relevância de seus objetivos⁵.

O processo de avaliação deve ter início na primeira unidade de execução, ou seja, deve começar pelos projetos⁶. A avaliação do projeto, como primeiro passo, é essencial para a qualidade nas tomadas de decisão, seja na produção de determinados bens, seja na prestação de serviços específicos⁷.

A avaliação de projetos na área da saúde é primordial, pois traz parâmetros que auxiliam na decisão sobre projetos futuros e permite que eles sejam elaborados e executados com menores possibilidades de erros e, assim, possam aumentar a chance de conquistar o seu propósito⁸.

A Constituição Federal de 1988 facultou aos estados a vinculação orçamentaria para o setor CT&I, estimulando assim atividades de fomento à pesquisa científica e tecnológica por parte dos governos⁹.

No Brasil, o sistema para apoiar esta descentralização são as Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (FAPs). As FAPs estão inseridas no Sistema de C,T&I e são responsáveis pela distribuição de recursos financeiros governamentais destinados ao desenvolvimento científico e tecnológico do País e dos estados, além disso atuam no fomento e capacitação de recursos humanos e nas atividades de C,T&I, sob a forma de programas que se classificam em básicos e especiais¹⁰.

As FAPs pertencem à administração indireta e exercem o papel do governo de incentivar a partilha de conhecimento na sociedade, buscando o bem-estar social, o desenvolvimento econômico e benefícios no que se refere à arrecadação do estado¹¹.

O Brasil está entre os 20 maiores produtores de ciência do mundo, sendo responsável por 2,7% de toda a produção mundial indexada. A visão de futuro das agências de fomento foi importante para que o País crescesse na inovação e na pesquisa, e a contribuição das fundações estatais de amparo à pesquisa (FAPs) é imprescindível para que o crescimento não cesse¹².

A Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) é uma instituição que fornece recursos financeiros para bolsas, auxílios e, principalmente, destina recursos a projetos de diversas áreas, visando ao apoio à pesquisa, com a missão de favorecer o desenvolvimento científico e tecnológico¹³.

As ações da FAPES estão regulamentadas por normas específicas, e as concessões de recursos são oferecidas após seleção de propostas em atendimento a chamadas públicas^{12,13}. A FAPES administra recursos financeiros vinculados ao Fundo Estadual de Ciência e Tecnologia (FUNCITEC), fixado em 0,5% da Receita Líquida Estadual; recursos do tesouro estadual nas contrapartidas

de convênios e cooperações; e recursos provenientes de parcerias com órgãos públicos municipais, estaduais, federais e entidades privadas¹³. Pode-se, portanto, dizer que há um valor considerável disponível para o financiamento de projetos no estado do Espírito Santo.

Neste cenário, este estudo pretende descrever o quantitativo de projetos relacionados à área de saúde, financiados pela FAPES, no período de 2010 a 2014, e os recursos financeiros que lhes foram destinados.

MÉTODOS |

O estudo foi realizado por meio de uma pesquisa documental de abordagem quantitativa, que utilizou como fonte de informação documentos de acesso público no *site* da FAPES (<http://www.fapes.es.gov.br/>). Os dados de registro representam uma fonte de menor custo e de qualidade, especialmente quando os sistemas de registro se encontram informatizados.

A execução deste estudo não envolveu a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, pois foram utilizados dados públicos de acesso irrestrito.

Foram selecionados para o estudo todos os editais disponíveis *on-line*, publicados no período de 2010 a 2014. Na escolha deste período, foram levados em consideração fatores como a disponibilidade para consulta *on-line* e a relevância dada ao tema “avaliação de projetos” nos últimos anos.

Como critério de inclusão foram utilizados todos os editais lançados que tiveram os resultados homologados no período de 2010 a 2014 e que possuíam os valores de financiamento especificados e disponibilizados no *site* da FAPES.

Foram excluídos os editais que especificavam o financiamento apenas para os itens: Visitas técnico-científicas, Bolsas de Iniciação Científica, Bolsas de Mestrado e Doutorado.

A apreciação e a análise do material foram realizadas por dois pesquisadores, que analisaram os dados encontrados de maneira independente, obedecendo como critério de busca: 1) a busca dos editais no site da FAPES; 2) análise

dos resultados desses editais depois de aprovados e 3) seleção dos editais com resultados homologados.

As divergências que surgiram entre os pesquisadores foram resolvidas por meio de nova busca, seleção e análise no *site* por outro membro da equipe de pesquisa.

A análise e processamento dos dados extraídos foram realizados pelo *software Microsoft Excel*, versão 2010, a partir da análise estatística descritiva, por frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

A Figura 1 mostra o número total de 944 projetos financiados pela FAPES nos anos de 2010 a 2014. Pode-se observar que apenas dois projetos propunham em seu título a avaliação de projetos relacionados à saúde (Avaliação de Projetos) foram financiados. Os projetos que tinham a proposta de pesquisa relacionada em geral à área da saúde somaram 192 projetos.

A Figura 2 evidencia o valor total em reais (R\$ 177.136.573,00) dos recursos disponibilizados pela FAPES nos anos de 2010 a 2014, sendo o valor total destinado para financiar projetos na área da saúde igual a R\$ 8.500.141,00.

Diante da importância de resultados advindos de projetos dirigidos a segmentos diferentes da sociedade, torna-se importante acompanhá-los por meio de avaliações que buscam verificar se houve o alcance da qualidade desejada. No entanto, a condução adequada dessas avaliações pode ser posta em xeque, isto é, verificada por meio de meta-avaliação, que pode ser definida como a avaliação de uma avaliação¹⁴.

Após a análise dos resultados resumidos nas Figuras 1 e 2, foi possível notar que, apesar do financiamento disponibilizado pela FAPES ser de apenas 0,5% da Receita Líquida Estadual (FAPES, 2015), o montante, relativo ao período avaliado, foi maior que 177 milhões de reais para o financiamento de projetos de pesquisa no Estado do Espírito Santo. Porém, desse valor total, apenas 4,8% (R\$ 8.500.141,00) foram destinados ao financiamento de projetos na área da saúde.

Essas constatações podem estimular dois possíveis questionamentos: “A área da saúde tem recebido

Figura 1 - Porcentagem de projetos aprovados nos editais da FAPES, Espírito Santo, 2010 a 2014

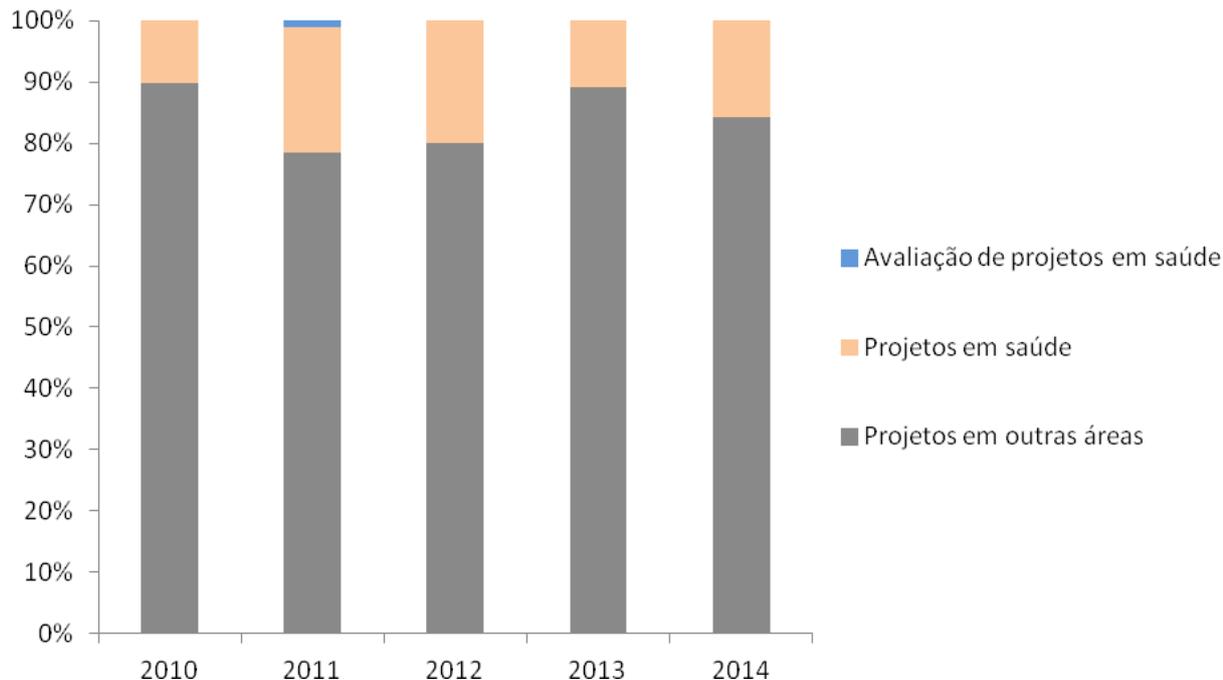
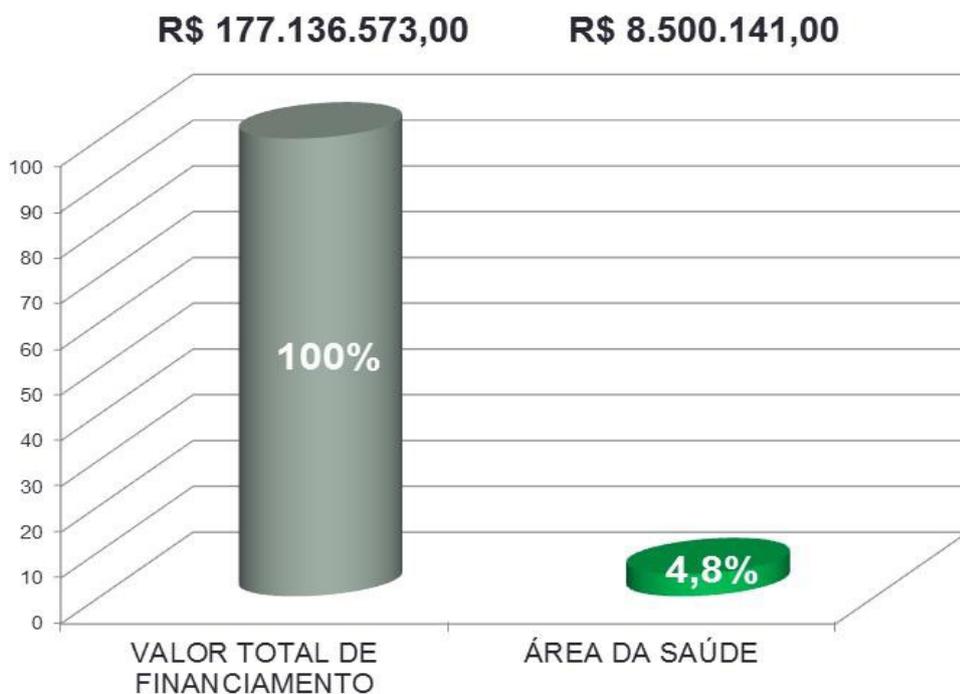


Figura 2 - Percentual e recursos disponibilizados pela FAPES para projetos relacionados à área da saúde, Espírito Santo, 2010-2014



notoriedade na FAPES como área estratégica na Política de CT&IP” ou “Os núcleos de produção de conhecimento na área de saúde no Espírito Santo são tão escassos que não demandam financiamento à FAPES para seus projetos?”.

Considerando-se que todos os critérios de inclusão para os editais avaliados foram bem amplos, é possível que realmente a FAPES não esteja contemplando de forma igualitária os projetos de pesquisa da área das ciências da

saúde, quando comparamos ao valor de financiamento destinado a outras áreas, como ciências agrárias, engenharias, ciências exatas, ciências humanas, ciências sociais e ciências da vida¹³.

As FAPs têm um importante papel no fomento à CT&I em praticamente todos os estados da federação¹², mas ainda é preciso que uma melhor utilização dessa rede seja buscada. As FAPs, com o conhecimento que possuem de especificidades regionais e a possibilidade de parceria com outras instituições, como o Ministério da Saúde do Brasil, podem auxiliar no uso mais adequado dos recursos federais em ações apropriadas para a realidade dos Estados.

O resultado do estudo mostrou um pequeno número de projetos de pesquisa que buscam avaliar projetos em saúde, e a metodologia definida para o presente estudo, que se utilizou apenas dos dados disponibilizados de forma pública no site da FAPES, pode ter deixado de incluir algum dado relativo a esse tipo de pesquisa. Entretanto, mesmo que pesquisas que avaliem projetos em saúde não tenham sido contempladas nos critérios de inclusão deste estudo, deve-se considerar que, possivelmente, estas pesquisas tenham sido automaticamente classificadas na área de investimentos e financiamentos destinados à saúde, portanto, incluídas no orçamento avaliado pelo presente estudo.

A fim de tentar encontrar motivos para o baixo financiamento destinado à área da saúde no Espírito Santo e no Brasil, alguns autores^{15,17,18} concordam com a visão de que a inovação tecnológica relacionada à área da saúde é pouco entendida e valorizada. Esses autores afirmam que o Brasil ainda é dependente dos demais países na área de tecnologias em saúde e a identificação deste problema tem mobilizado uma formulação e implementação de uma estratégia Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

A FAPES, em seu endereço eletrônico, apresenta como competência, para o pleno exercício de seus objetivos, o custeio, total ou parcial, de projetos de pesquisa científica e tecnológica desenvolvidos por pesquisadores autônomos, de instituições públicas ou entidades privadas. Entretanto, segundo alguns autores^{16,18}, o acesso ao financiamento público é muitas vezes dificultado por várias razões, como o desconhecimento da existência de recursos públicos, por dificuldade de disponibilidade do financiamento e existência de linhas de crédito que não atendem às

necessidades dos pesquisadores que necessitam desses recursos. Assim, apesar dos valores disponíveis para o fomento de pesquisas, há indícios de desequilíbrio entre as demandas e as ofertas de financiamentos destinados a projetos da área de saúde.

A literatura científica ainda é escassa no que se refere a dados para embasar e, principalmente, para comparar o presente estudo com outros já publicados e com objetivos semelhantes. Porém, autores como Belinati e Costa e Silva¹⁷ concordam, desde 1988, que os projetos de pesquisa que estão a cargo das instituições financiadas pelo Governo requerem a existência de um complexo sistema de coleta de informações a fim de avaliar o andamento dos projetos que serão escolhidos para serem financiados, bem como o impacto deste projeto na população.

Embora se associe normalmente a avaliação de desempenho ou resultados à mensuração de eficiência, este não é o único nem o mais importante critério a ser utilizado, a lista deles é longa e a escolha de um, ou vários, depende dos aspectos que se deseja privilegiar na avaliação⁶. Segundo o manual do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1990), os mais comuns são eficiência, eficácia, impacto (ou efetividade), sustentabilidade, análise custo-efetividade, satisfação do beneficiário e equidade.

Pode-se dizer que a melhoria da saúde da população é o objetivo principal quando projetos na área da saúde são propostos, porém Arreaza e Moraes¹⁸ entendem que este é um processo complexo, que também necessita do aprimoramento e conhecimentos dos saberes e práticas sobre os determinantes da saúde, buscando-se a superação de desigualdades. Assim, esses conhecimentos e metas não parecem estar presentes quando a área da saúde é avaliada dentro do tema Ciência, Tecnologia e Inovação.

Embora este estudo não pretenda generalizar seus resultados, espera-se contribuir para o conhecimento científico da área de avaliação de projetos em saúde. Salienta-se a necessidade de que mais estudos sejam realizados, incluindo outras agências de fomento do Brasil.

CONCLUSÃO |

O valor de financiamento destinado à área da saúde é baixo, quando comparado ao valor total de financiamentos

destinados aos projetos aprovados pela FAPES, nos anos de 2010 a 2014, no Estado do Espírito Santo.

Pode-se perceber que também é escasso o financiamento de projetos que se propõem avaliar projetos da área de saúde.

Entre as limitações deste estudo, podemos citar o fato de que apenas dados disponibilizados para consulta pública no site da FAPES foram utilizados no presente estudo e que dados mais específicos relacionados aos objetivos dos estudos não puderam ser acessados publicamente, não permitindo uma comparação mais profunda entre os projetos avaliados.

Espera-se que este estudo contribua para a incorporação da prática da avaliação de projetos pela FAPES como rotina, a fim de verificar os resultados durante e após no término das pesquisas financiadas. Além de estimular a elaboração de projetos que objetivem avaliar projetos na área de saúde.

AGRADECIMENTOS |

Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) pelo auxílio durante a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2012 – 2015: balanço das atividades estruturantes - 2011 [Internet]. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia; 2012 [acesso em 01 mar 2016]. Disponível em: URL: <http://www.mct.gov.br/upd_blob/0218/218981.pdf>.
2. Paese CR, Aguiar AAG. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. *Rev NUPEM*. 2012; 4(6):65-81.
3. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Públ*. 1994; 1(10):80-91.
4. Novaes HMD. Avaliação em saúde. *Rev Saúde Públ*. 2000; 34(5):547-59.
5. United Nations Children's Fund. Guide for monitoring and evaluation. Nova York: UNICEF; 1990.
6. Cordoni Junior L. Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva. Londrina: EDUEL; 2013.
7. Cohen E, Franco R. Avaliação de projetos sociais. São Paulo: Vozes; 2000.
8. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):705-11.
9. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
10. Neves CEB. Institucionalização da pesquisa e sistemas decisórios. In: Franco MEDP, Morosini MC, organizadores. *Universidade e pesquisa: políticas, discursos e práticas*. Passo Fundo: UPF; 1999.
11. Peixoto FM. Painéis de indicadores Financeiros e Operacionais para Alocação de Recursos: o caso FAPEMIG. Dissertação [Mestrado em Administração] - Universidade Federal de Uberlândia; 2005.
12. Borges MN. As fundações estaduais de amparo à pesquisa e o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação no Brasil. *Rev USP*. 2011; (89):174-89.
13. Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo [Internet]. Missão, valores e competência. [acesso em 01 mar 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.fapes.es.gov.br/missao-valores-e-competencia>>.
14. Elliot LG. Meta-avaliação: das abordagens às possibilidades de aplicação. *Ensaio: Aval Pol Públ Educ*. 2011; 19(73):941-63.
15. Lorenzetti J, Trindade LL, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2):432-9.
16. Sant'ana MS, Gonçalves E. Importância do financiamento público às atividades de inovação nas empresas de Minas Gerais. *Rev HEERA*. 2014; 10(16):2-30.
17. Belinati W, Costa e Silva A. Coordenação, avaliação e acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde

do programa polonoroeste. Rev Inst Med Trop. 1988; 30(3):125-36.

18. Arreaza ALV, Moraes JC. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(5):2627-38.

Correspondência para/ Reprint request to:

George Nunes Bueno

Rua Florêncio Baptista, 386, apt. 402

Jardim Camburi, Vitória - ES

CEP: 29090-360

Tel.: (27) 99970-8990

E-mail: george@buenodontologia.com.br

Submetido em: 10/01/2016

Aceito em: 03/03/2016

**Health policy evaluation:
analysis of lines of research of
Postgraduate Collective Health**

| Avaliação de políticas de Saúde: análise das linhas de pesquisas da Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABSTRACT | Introduction:

*The number of post-graduate courses in Brazil has been largely expanded in recent years, particularly in Public Health. The Coordination for Improvement in Higher Education (C.APEES), a state-run national agency, oversees, support, funds and evaluate Graduate Programs to ensure academic excellence. **Objective:** To survey the main areas and lines of research in graduate programs in public health accredited by CAPEES. **Methods:** This is a qualitative approach carried out through document analysis of the following trienniums: 2001/2003, 2004/2006, 2007/2009 and 2010/2012. **Results:** It was found that by the year 2012 Community Health predominated, but since then other areas have become stronger. In the last three years, newer lines of research such as “Violence and Health” and “Social Science and Health” have come into prominence. The most predominant research lines are associated with the areas of Collective Health, Public health, and Community Health. A growing interest in the evaluation of public policies was also observed. **Conclusion:** More recent public health research output should be further analyzed in view of the new lines of investigation, including studies on health policies.*

Keywords | *Evaluation; Health Policy; Health Collective.*

RESUMO | Introdução: A quantidade de cursos de pós-graduação tem-se ampliado. Destaque para cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva com um surgimento recente quando comparado a outras áreas da saúde. Assim, para organizar, avaliar e consolidar as pós-graduações é fundada a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em que o sistema de avaliação serve de instrumento na busca de um padrão de excelência acadêmica. **Objetivo:** Verificar as áreas de concentração e as linhas de pesquisas dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva credenciados pela Capes. **Métodos:** Trata-se de uma abordagem qualitativa por meio de análise documental. Sendo analisados cursos de pós-graduação da área de Saúde Coletiva submetidos à avaliação da Capes nos triênios: 2001/2003, 2004/2006, 2007/2009 e 2010/2012. **Resultados:** Constatou-se que até o ano de 2012 há uma presença significativa da pós-graduação em Saúde Coletiva, mesmo acarretando algumas perdas no decorrer dos anos. Quanto às áreas de concentração, destaca o último triênio, uma expressão de áreas que abrangem outras categorias além da população usualmente estudada, as áreas de concentração “Violência e Saúde” e “Ciências Sociais e Saúde”. As linhas de pesquisas mais predominantes estão associadas à área de concentração Saúde Coletiva; Saúde Pública; e Saúde na Comunidade. E, por fim, os resultados mostraram o crescimento do interesse acadêmico na avaliação de políticas públicas. **Conclusão:** É evidente que a produção acadêmica em relação ao tema tem aumentado, o que torna interessante em estudos posteriores a análise da produção acadêmica desses cursos.

Palavras-chave | Avaliação; Política de Saúde; Saúde Coletiva.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A quantidade de cursos de pós-graduação ampliou-se nos últimos anos e tem apresentado um aumento quantitativo considerável. Entretanto, o acesso a cursos de pós-graduação ainda se defronta com problemas para se ajustar às necessidades da população. Em saúde coletiva, deve-se considerar a particularidade de os cursos de pós-graduação apresentarem um surgimento recente, quando comparado a outras áreas do conhecimento da área da Saúde¹.

O Brasil, atualmente, conta com a presença de 105 cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva². E como apoio para organizar e consolidar as pós-graduações *stricto sensu* (mestrado e doutorado) em todos os estados da Federação foi fundada, pelo Ministério da Educação (MEC), a partir do Decreto nº 29.741, de 11 de julho de 1951, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)³.

Esse órgão tem como atividades precípua a avaliação da pós-graduação *stricto sensu*, o acesso e divulgação da produção científica, investimentos na formação de recursos de alto nível no País e exterior, a promoção da cooperação científica internacional e a indução e fomento da formação inicial e continuada de professores para a educação básica nos formatos presencial e a distância⁴. Cabe lembrar também que a CAPES apresenta papel fundamental na consolidação dos cursos de pós-graduação em todo o Brasil, por meio de ferramentas que organizam e executam as avaliações dos cursos⁵.

O sistema de avaliação, continuamente aperfeiçoado, serve de instrumento para a comunidade universitária na busca de um padrão de excelência acadêmica para os mestrados e doutorados nacionais. Os resultados da avaliação atuam de base para a formulação de políticas para a área de pós-graduação, bem como para o dimensionamento das ações de fomento (bolsas de estudo, auxílios, apoios)⁴. Para realizar essa avaliação, é importante compreender que avaliar é fundamentalmente 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 construam, individual ou coletivamente, um julgamento que se traduza

em ações⁶. Os programas de pós-graduação no Brasil encontram-se sistematizados em conhecimentos científicos por meio de linhas de pesquisa.

Borges-Andrade⁷ afirma que o termo linha de pesquisa, apesar de sofrer sérios problemas de definição (ou de ausência de definição), se transformou numa unidade de análise para a avaliação de cursos e de propostas de cursos, o que traduz grande importância ao tema. A ideia de linha de pesquisa tem sido adotada por meio do conceito de um traço imaginário que determina o rumo, ou o que será investigado num dado contexto ou realidade. Além disso, limita as fronteiras do campo específico do conhecimento em que deverá ser inserido o estudo, oferece orientação teórica aos que farão a busca e estabelece os procedimentos que serão considerados adequados nesse processo⁷.

Menandro⁸ afirma tratar-se de um conceito largamente utilizado em *curriculum vitae*, em descrição de grupos de pesquisas, na especificação da abrangência de programas de pós-graduação, em documentos oficiais de agências de fomento, destacando como elemento importante a ser considerado no âmbito da avaliação desses programas, que precisa ser considerado pelos formuladores de novas propostas de novos cursos de pós-graduação.

Deve-se ressaltar que, na saúde coletiva o estudo das políticas públicas representa parte do tripé desse campo de conhecimento e se consolida fundamentalmente pelas áreas de concentração e linhas de pesquisa nos programas de pós-graduação. Segundo Frey⁹ e Faria¹⁰, no Brasil os estudos sobre políticas públicas têm sido realizados recentemente e em caráter incipiente. Cruz¹¹ relata que o interesse por avaliações de políticas públicas foi marcado pela forte influência de agências internacionais que vinculavam o apoio técnico-financeiro de projetos a mecanismos de acompanhamento dos resultados, num contexto de reforma da administração pública. Além disso, ele afirma que a avaliação de políticas deve ter como finalidades a melhoria das ações de saúde, a prestação de contas e a produção de conhecimentos úteis e oportunos para uma prática de saúde de qualidade na visão dos atores envolvidos na política em questão.

A partir do reconhecimento sobre relevância de áreas de concentração e de linhas de pesquisa nos programas de pós-graduações em saúde coletiva, credenciados pela CAPES que tenham como temática principal a “Avaliação

Quadro 1 - Conceitos das Categorias e Subcategorias

| Categoria/Subcategorias | Conceito |
|--------------------------------|---|
| 1. Avaliação | Consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar nas tomadas de decisão. |
| 1.1. Avaliação de efetividade | Exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, ou seja, que os resultados encontrados na realidade são causalmente relacionados àquela política particular. |
| 1.2. Por avaliação de eficácia | Relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um programa e seus resultados efetivos, por exemplo, metas propostas e metas alcançadas. |
| 1.3. Avaliação de eficiência | Relação entre o esforço empregado na implementação de uma dada política e os resultados alcançados, em relação aos recursos públicos utilizados e a sua racionalização. |
| 2. Política de saúde | São exemplos de políticas públicas que podem estar presentes ou omitidas nas ações dos Estados, sendo uma política entre outras fixadas pelo Estado. |

Fonte: Contandriopoulos¹²; Figueiredo e Figueiredo¹³; Paim¹⁴.

de Políticas de Saúde”, objetivou-se analisar as áreas de concentração e as linhas de pesquisas desses cursos que apresentam em sua descrição ou no contexto do curso os temas: avaliação e/ou políticas de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, por meio do método de análise de conteúdo do tipo temática, por intermédio de análise documental.

Para a análise, foi escolhida a área de Saúde Coletiva que, até o fim de 2014, apresentava 110 cursos de pós-graduação, em todo o Brasil, entre Mestrado Acadêmico, Doutorado, Mestrado Profissional e Mestrado Acadêmico/Doutorado².

O acesso aos relatórios do caderno de indicadores foi *online*, por meio do site <http://capes.gov.br>, por intermédio do endereço eletrônico cursos recomendados/reconhecidos, optando-se pela consulta por área de avaliação dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva de todo o Brasil.

Foram analisados nesta pesquisa os cursos de pós-graduação que foram submetidos à avaliação da CAPES

nos triênios: 2001/2003, 2004/2006, 2007/2009 e 2010/2012. Esse critério foi adotado pressupondo-se que tais cursos estão consolidados, visto que passaram por um número maior de avaliações. Nesses cursos foram examinadas as linhas de pesquisa relativas ao último ano de cada triênio (2003, 2006, 2009 e 2012). Em seguida, a análise de conteúdo temática passou por diversas etapas de organização e interpretação dos dados, conforme Minayo¹².

Após a seleção dos documentos, na primeira etapa da análise procedeu-se à leitura flutuante para avaliação geral, ou seja, a pré-análise. A partir desse procedimento, foram selecionadas as linhas de pesquisa que tratavam sobre a avaliação no contexto das políticas de saúde. O conceito de “Avaliação” utilizado foi proposto por Contandriopoulos¹³, somando-se às subcategorias da “Avaliação de Efetividade, Eficácia e Eficiência” idealizado por Figueiredo e Figueiredo¹⁴. Já o conceito de “Política de Saúde”, proposto por Paim¹⁵, foi o adotado neste estudo. Os documentos do curso de pós-graduação deveriam fazer menção explícita do termo “Política” relacionada à saúde na denominação das linhas de pesquisa e nas áreas de concentração. (Quadro 1). Em seguida, segundo Bardin¹⁶, foram realizadas a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação deles.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Parte significativa dos estudos sobre os processos de avaliação de políticas públicas realizados desde a década de 1960, via de regra, tiveram (e ainda têm) o seu epicentro na academia norte-americana. No entanto, as expectativas e as motivações para a institucionalização da “função avaliação” na América Latina vêm ocorrendo tardiamente, a partir década de 1990, tendo prevalecido a perspectiva de instrumentalização da pesquisa avaliativa para o sucesso da Reforma do Estado, conforme assevera Faria¹⁰.

No Brasil, a Reforma do Estado, que defendeu a substituição do modelo administrativo das instituições públicas, localizando na questão gerencial o principal problema das fragilidades dos serviços públicos de saúde, fortaleceu a prática avaliativa¹⁷. Seu objetivo era sepultar de vez o patrimonialismo e, de outro, transitar da cultura burocrática para a gerencial, que prioriza a estratégia da gestão pela qualidade e o uso de indicadores de desempenho para as organizações¹⁸.

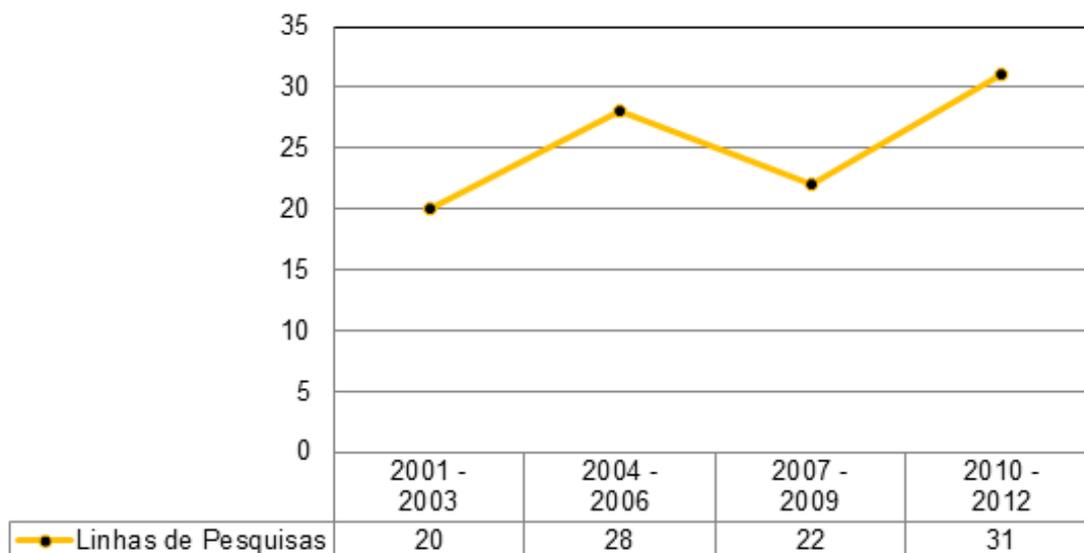
De modo progressivo, a CAPES vem exercendo, de certa maneira, esse papel indutor de uma política de avaliação dos cursos de pós-graduação no Brasil, ora fomentando essa gestão qualificada, sinalizada pelos indicadores numéricos produzidos em suas estatísticas, ora legitimando

a relação de poder do estado brasileiro sobre os cursos de pós-graduação públicos e privados no Brasil.

No presente estudo, observaram-se, por meio dos cadernos de indicadores encontrados na área de Saúde Coletiva, ao todo 110 Pós-Graduações credenciadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do ano de 2001 até 2012. Desses, 101 apresentavam em seu relatório estarem em conformidade com as definições do Quadro 1, atendendo assim aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Dessa maneira, foi elaborada e exposta a avaliação quantitativa dos quatro últimos triênios (Gráfico 1).

Assim sendo, observa-se pelo Gráfico 1 que, do ano de 2001 até o ano de 2012, houve um acréscimo nos programas de Saúde Coletiva que apresentavam em sua grade curricular linhas de pesquisas que trabalhavam com avaliações e/ou políticas de saúde. Por conseguinte, este acréscimo pode estar de acordo com o estudo de Barata¹, que constatou a elevação na quantidade de pós-graduação no Brasil, levando em consideração o surgimento recente da pós-graduação em Saúde Coletiva. Sabe-se que o processo de avaliar é complicado, porém necessário haja vista a exigência de uma atenção constante, para que o aperfeiçoamento alcance o nível desejável⁵, podendo acarretar na dificuldade em manter o curso vigente no

Gráfico 1 - Contagem pelos últimos triênios das Pós-graduações, em todo o Brasil, que apresentaram os descritores Avaliação e/ou Políticas de Saúde na descrição e/ou linhas de pesquisa



ano seguinte caso não atenda aos critérios estabelecidos durante a avaliação e, com isso, provoque um decréscimo na presença de cursos avaliados.

Por fim, constatou-se que, até o ano de 2012, houve uma presença da pós-graduação em Saúde Coletiva mesmo com certa redução no triênio de 2007-2009. Analisando-se as áreas de concentração dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva, constata-se que, no último triênio (2010-2012), houve uma representação maior e expressão maior de áreas de concentração que abrangem outros campos disciplinares, como: as áreas de concentração “Violência e Saúde” e “Ciências Sociais e Saúde” (Gráfico 2).

No caso específico da violência citada como área de concentração e, em linhas de pesquisa, como causas externas, pode ter sido incorporada pela causa dos índices alarmantes de violência no Brasil, havendo a necessidade de estudos sobre violência como objeto da saúde pública, a

fim de prevenir, examinar e delinear planos para intervir na determinação do processo saúde-doença¹⁹.

Também se destacaram, nos triênios de 2001-2003 e 2010-2012, as áreas com foco no desenvolvimento da promoção da saúde e prevenção das doenças em saúde pública, saúde coletiva, saúde da comunidade e medicina preventiva, enquanto nos triênios de 2004-2006 e de 2007-2009, sobressaíram as áreas que se baseiam no estudo de política, planejamento e gestão em saúde.

Quanto à análise das linhas de pesquisas, apresentadas no (Gráfico 3), observa-se que as linhas de pesquisa comuns a todos os triênios de avaliação são: Avaliação de Políticas, Sistemas e Programas de Saúde e Formulação e implementação de Políticas Públicas; Políticas e Gestão em Saúde, Formulação, Implementação e Avaliação de Políticas Pública Políticas de Saúde intervenção e avaliação; Estudos de avaliação de serviços, programas, políticas de saúde.

Gráfico 2 - Áreas de Concentração nos últimos triênios das pós-graduações em Saúde Coletiva em todo o Brasil

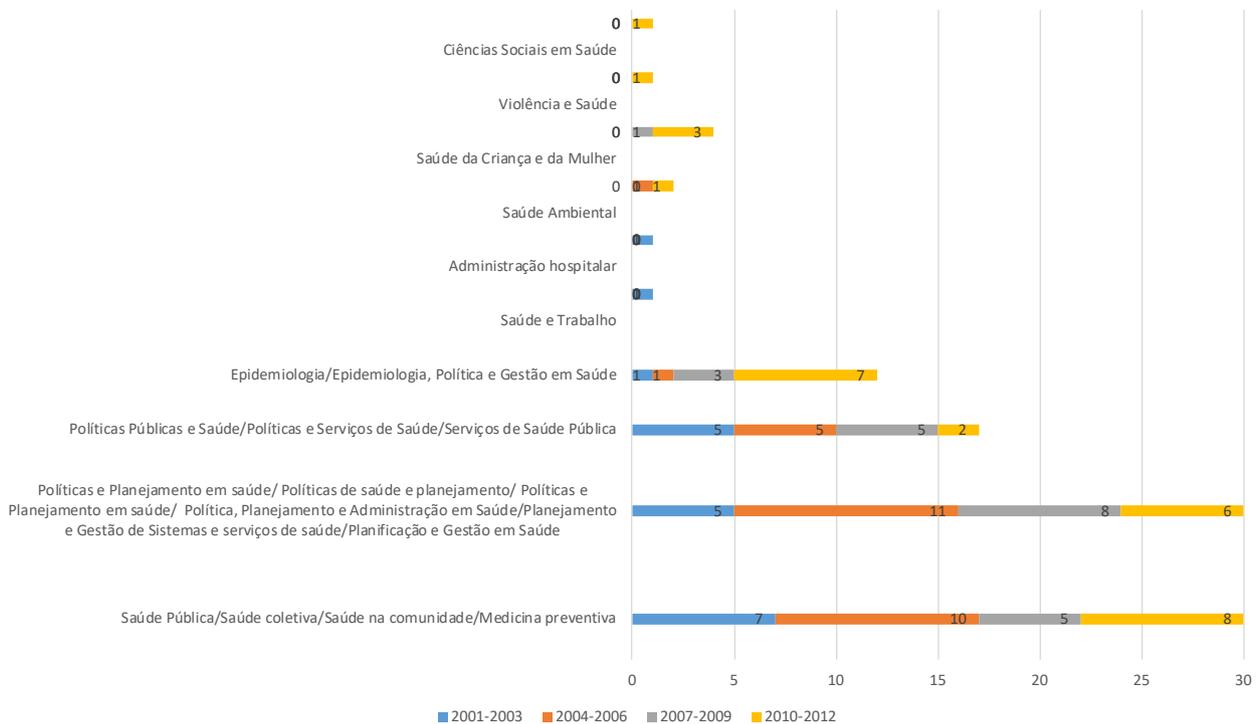
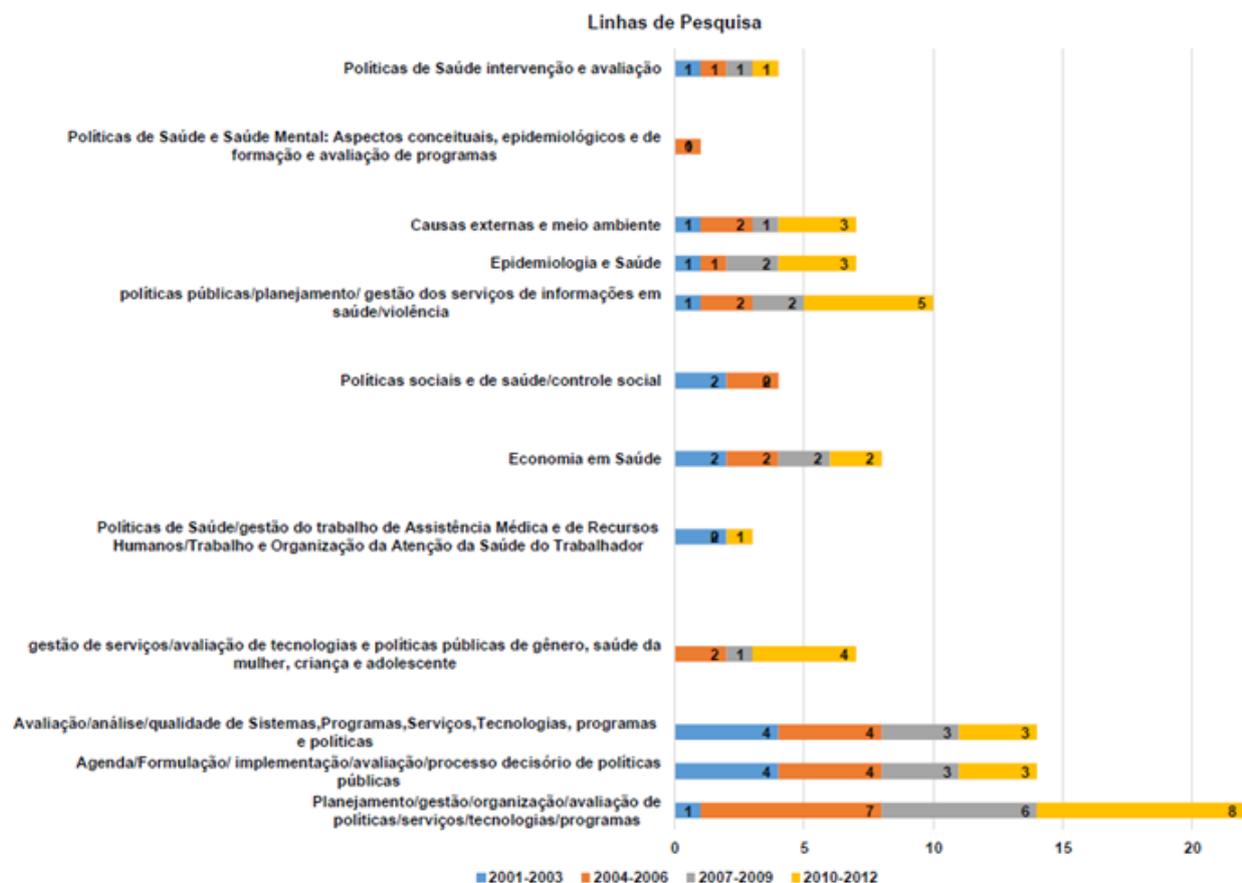


Gráfico 3 - Linhas de Pesquisas nos últimos triênios das pós-graduações em Saúde Coletiva em todo o Brasil



A maior frequência dessas linhas nos cursos de pós-graduação contrasta com o que sustenta Ramos e Schabbach²⁰, que defendem que há atenção maior aos processos de formação da agenda e formulação das políticas, em detrimento da implementação, da avaliação e do monitoramento no âmbito da esfera pública. Neste estudo destaca-se que houve um crescimento dessas linhas de pesquisa em relação aos processos de formação da agenda e formulação das políticas. Contudo, não se pode dizer que há uma relação direta entre a produção de conhecimento científico sobre uma temática e a adoção pelo estado, em curto prazo, do conhecimento produzido. No entanto, não se deve negar que certo sinergismo entre esses elementos ocorre de um modo não muito controlável.

Cabe destacar que as linhas de pesquisas que mais predominaram estão associadas às áreas de concentração Saúde Coletiva; Saúde Pública; e Saúde na Comunidade. Para Faria¹⁰, o fato de a nova ênfase dada a avaliação de políticas no Brasil, aparentemente, não despertou um interesse equivalente por parte da comunidade acadêmica

dos analistas de políticas públicas, como área de trabalho acadêmico. Porém os resultados destacam que, no âmbito dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva no Brasil, a avaliação das políticas de saúde tem ganhado certo vigor nos últimos anos.

Segundo Fernandes, Ribeiro e Moreira²¹ e Ramos e Schabbach²⁰, estudos nessa área vêm se proliferando, permitindo a formação de redes de especialistas em torno da avaliação e do monitoramento de políticas públicas, que tem aproximado profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, estados e países, divulgando experiências e produções acadêmicas, organizando e apoiando fóruns e eventos científicos, promovendo um acúmulo de conhecimento e de expertise sobre essa temática.

O crescimento expressivo das linhas de pesquisa e áreas de concentração nos cursos de pós-graduação em saúde coletiva, que incorporam os conceitos de política e/ou avaliação, asseguram que essa crescente consolidação da avaliação como prática no âmbito da gestão/administração

pública tem ocorrido como um fenômeno no mundo, pelo menos nas últimas cinco décadas. Além disso, reflete a consolidação, mesmo que lenta, da avaliação, assumindo contornos mais nítidos e se tornando uma prática institucional e institucionalizada, o que tem refletido na produção científico-literária^{20,21}.

CONCLUSÃO |

Há certa convergência ao afirmar que houve um acréscimo da atividade avaliativa no Brasil no âmbito das políticas de saúde. Isso ficou demonstrado neste estudo, por meio da análise das linhas de pesquisa dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva de todo o País de 2001 a 2012, que revelou evidências concretas de que a produção acadêmica em relação ao tema vem aumentando.

Além desse crescimento, verificou-se também a diversificação de linhas de pesquisa e áreas de concentração dentro da saúde coletiva, o que a evidencia como um campo frutífero para novas incorporações e interfaces cada vez mais abrangentes com outros campos disciplinares que tangenciam a saúde, o que pode contribuir para a solidificação ou a construção do conhecimento.

As linhas de pesquisa e as áreas de concentração podem ser comparadas como um traço imaginário que determina o rumo, ou o direcionamento sobre o que será investigado num dado contexto ou realidade. Nesse sentido, estudos posteriores à análise da produção acadêmica desses cursos de pós-graduação seriam essenciais para a avaliação de políticas de saúde no campo da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS |

1. Barata RB. A pós-graduação e o campo da Saúde Coletiva. *Physis*. 2008; 18(2):189-214.
2. Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [Internet] Brasília: CAPES; 2014 [acesso em 20 nov 2014].
3. Brasil. Decreto nº 29.741, de 11 de julho de 1951. Institui uma Comissão para promover a Campanha Nacional de

Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior. *Diário Oficial da União*; 13 jul 1951; Seção 1.

4. Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. História e missão [Internet] Brasília: CAPES; 2014 [acesso em 21 nov 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.capes.gov.br/historia-e-missao>>.

5. Kerr-Pontes LRS, Pontes RJS, Bosi MLM, Rigotto RM, Silva RMD, Bezerra Filho JG, et al. Uma reflexão sobre o processo de avaliação das pós-graduações brasileiras com ênfase na área de Saúde Coletiva. *Physis*. 2005; 15(1):83-94.

6. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

7. Borges-Andrade JE. Em busca do conceito de linha de pesquisa. *Rev Adm Contemp*. 2003; 7(2):157-70.

8. Menandro PRM. Linha de pesquisa: possibilidades de definição e tipos de utilização do conceito. *Rev Adm Contemp*. 2003; 7(2):177-82.

9. Frey K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e políticas públicas*. 2000; 21(1):212-59.

10. Faria CAP. A política da avaliação de políticas públicas. *Rev Bras Ciênc Sociais*. 2005; 20(59):97-109.

11. Cruz MM. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: Rede Unida; 2015. p. 285-317.

12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.

13. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 29-49.

14. Figueiredo MF, Figueiredo AMC. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. *Anál Conj*. 1986; 1(3):107-27.

15. Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 587-603.

16. Bardin L. Análise de conteúdo. Portugal: Edições 70 LDA; 2009.

17. Brasil. Câmara da Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. Brasília: Câmara da Reforma do Estado; 1995 [acesso em 19 nov 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>.

18. Bresser-Pereira LC. A reforma gerencial do Estado de 1995. Rev Adm Pública. 2000; 34(4):7-26.

19. Fernandes CB, Martins VS, Santos J, Silva NM, Bortoleto JC, Pirolo SM. Percepção masculina sobre violência: um olhar dos usuários de serviços de saúde em Marília, São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(31):133-41.

20. Ramos MP, Schabbach LM. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. Rev Adm Pública. 2012; 46(5):1271-94.

21. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(9):1667-77.

Correspondência para/Reprint request to:

Wagner Sherrer Lemgruber Goulart

Rua Areobaldo Bandeira, 295,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29047-286

Tel.: (27) 99996-7960

E-mail: wagner.slg@bol.com.br

Submetido em: 12/01/2016

Aceito em: 05/03/2016

Erika Maria Sampaio Rocha¹
Rita de Cássia Duarte Lima¹
Paula Souza Silva Freitas¹
Mariana Bonomo¹
Sibelle Maria Martins Barros²
Maria Angélica Carvalho Andrade¹

National Program of Access and Quality Improvement in Primary Care: ambiguities in official discourse

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: ambiguidades no discurso oficial

ABSTRACT | Introduction: *Assessing effectiveness of Primary Health Care remains a challenging issue in Brazil. Objective:* To analyze the concepts of quality as presented by the official documents from National Program of Access and Quality Improvement in Primary Health (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB), and how they impact the daily routine of health care. **Methods:** A qualitative and quantitative analysis was undertaken using the *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)* software, which processes textual data through statistical analysis of representativeness, distribution and lexical correlation of words. The Theory of Social Representations underlies the study. **Results:** Our findings indicate the existence of a representation system of different subjects (primary care politics, primary care quality, institutional support and health assistance), which possess ambiguous and antagonistic elements, anchored in positivist tenets and in the biomedical model. Concepts of quality were found to be linked to the bio-psychosocial model and to the participation and empowerment of health care employees and users. **Conclusion:** The ambiguities found may impact the process of changing health paradigms. Further investigations should be carried out, with a focus on developing an evaluation methodology compatible with the complexity of Primary Health Care, along with effective instruments that may be able to capture the different roles of the several involved parties.

Keywords | Primary Health Care; Health Evaluation; Quality of health care.

RESUMO | Introdução: A resolutividade da Atenção Básica tem extrema relevância, constituindo as suas políticas avaliativas em um grande desafio. **Objetivo:** Compreender as concepções de qualidade presentes nos documentos oficiais do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e refletir sobre as implicações deste entendimento para o cotidiano do cuidado. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa quali-quantitativa, descritiva e exploratória, por meio da análise da Portaria 1654/2011 e do Manual Instrutivo do PMAQ-AB/ 2012. Foi utilizado o *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, que processa dados textuais por meio de uma análise estatística, em razão da representatividade, distribuição e correlação lexical de palavras. A Teoria das Representações Sociais embasou o estudo. **Resultados:** A análise indicou nos documentos oficiais um sistema de representações sociais de diferentes objetos (política de atenção básica, qualidade da atenção básica, apoio institucional e assistência à saúde) que tem elementos ambíguos e antagônicos. **Conclusão:** Essas posições antagônicas traduzem a dinâmica da vida social e exprimem forças ligadas à matriz hegemônica e àqueles frutos do impulso de mudança. Essa dualidade na macropolítica se estende e gera ações dúbias, com grandes implicações para o cenário micropolítico. O estudo aponta a necessidade do desenvolvimento de uma metodologia avaliativa, compatível com o modelo adotado para a AB, e o aprimoramento de instrumentos de escuta dos muitos atores, no sentido de serem, ao mesmo tempo, exequíveis e dialogarem com as realidades locais.

Palavras-chave | Atenção Primária à Saúde; Avaliação em saúde; Qualidade dos cuidados em saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, Brasil.

INTRODUÇÃO |

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), escolhida como modelo reorientador do cuidado, em todos os seus níveis, reforça a concepção ampliada de saúde e atribui um caráter de elevada complexidade à Atenção Básica (AB), cuja resolutividade determina, em grande medida, a qualidade dos serviços ofertados por toda a rede de atenção à saúde.

A temática concernente à qualidade em saúde tem sido uma constante nas pesquisas da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 1980, nas quais se busca o desenvolvimento de programas capazes de assegurar o acesso e o cuidado de qualidade, considerados estratégicos por governos de diversos países¹.

Pensar a resolutividade da AB é somar a temática da qualidade à da pesquisa avaliativa, cujo grande desafio é o desenvolvimento de métodos avaliativos adequados a um tema polissêmico como a qualidade, especialmente em um modelo complexo, como o definido pelo Ministério de Saúde (MS) para a AB^{1,2}.

As primeiras iniciativas de institucionalização da avaliação da AB começaram desde o fim da década de 1990, estimuladas principalmente pela Reforma Administrativa do Estado, com o gerencialismo nas políticas públicas e implantação da gestão baseada em resultados, decorrentes da pressão de órgãos internacionais de financiamento^{3,4}.

A posteriori, com a expansão da cobertura da ESF, o MS realiza investimentos nos Sistemas de Informação e cria, em 2000, a Coordenação de Investigação, no Departamento de Atenção Básica (DAB), que, em seguida, passa a se denominar de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA). A CAA promove ampla discussão sobre a institucionalização e elabora uma detalhada proposta de avaliação voltada para AB. Essa avaliação foi entendida como um processo contínuo e sistemático de cunho “formativo, pedagógico e reorientador”^{5,9}, envolvendo negociação entre atores sociais e devendo a gestão assegurar mecanismos participativos, não deixando tal atribuição a cargo de avaliadores externos.

Paralelamente, o MS, por meio do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), vincula a transferência de recursos financeiros à melhoria em indicadores de saúde, pactuados pelos municípios⁶. A primeira etapa do PROESF transcorreu entre 2002 e 2009,

e a segunda fase foi redesenhada, de modo a constituir o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), homologado pela Portaria 1654 de junho de 2011⁷.

O tema da avaliação da qualidade na AB ganha potência com o PMAQ-AB que objetiva disparar um processo de mudança de cultura do modelo de atenção à saúde, em todos os seus âmbitos, na assistência e na gestão, em todas as esferas de governo. Desenvolvido em ciclos (Ciclos de Qualidade), o programa teve início em 2012 (primeiro ciclo) e o segundo ciclo transcorreu em 2013. Cada ciclo consiste em quatro fases: 1) Adesão ao programa: trata da contratualização de compromissos, por meio do preenchimento de um formulário eletrônico, disponibilizado pelo MS; 2) Desenvolvimento: consta de quatro estratégias visando à mudança nos resultados alcançados pelas equipes de saúde, são elas: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional; 3) Avaliação externa e certificação: busca-se perceber as evidências de padrões de qualidade, definidos pelo MS, no cotidiano das equipes e na gestão municipal de saúde e a certificação desses padrões, com a classificação de desempenho das equipes, referência para o valor do incentivo financeiro a ser recebido, via transferência fundo a fundo; 4) Recontratualização de novos compromissos por meio da pactuação de novas metas e indicadores de saúde^{7,8}.

Serapioni¹ considera que a avaliação da qualidade em saúde é decisivamente influenciada pelo conceito de saúde adotado pelo sistema, pelos fatores socioeconômicos, culturais e institucionais, que definem as noções de qualidade do cuidado, pela peculiaridade do processo de trabalho, cujo produto é imaterial, e, por fim, pela metodologia escolhida para a avaliação.

Este estudo adotou como objetivo analisar o discurso oficial dos documentos que embasam o PMAQ-AB. É de grande relevância refletir sobre a concepção de qualidade, presente nesta política, e sobre as suas implicações para o cotidiano do cuidado. A Teoria das Representações Sociais embasa a análise do contexto discursivo.

Vinculada aos paradigmas do conhecimento científico, que organizam e orientam a chamada vertente sociológica da Psicologia Social⁹ e desenvolvido por Serge Moscovici¹⁰ na segunda metade do século XX, o complexo conceito de ‘representações sociais’ defende que os fenômenos são construídos dentro de um processo dinâmico e histórico,

sendo os indivíduos e grupos sociais protagonistas da mudança social, transformando ativamente seu contexto sociocultural de inserção e pertencimento, e sendo por ele, dialogicamente, construídos e transformados¹¹.

Moscovici¹⁰ busca entender como um conteúdo é transformado do universo reificado (saber especialista) para o universo consensual (senso comum). Na dimensão do senso comum, os mais diferentes objetos sociais são elaborados e construídos cotidianamente pelas comunidades humanas, em diálogo com a esfera hegemônica, cultural e normativa da nossa temporalidade e contexto.

Nesse sentido, compreender a representação social construída pelo MS, ao formular uma política que pretende estimular a qualificação da AB, pressupõe a busca de conceitos preexistentes, nos quais se inseriu a nova normativa, postulada pela política. Essa tarefa encontra suporte analítico no conceito de ancoragem, da Teoria das Representações Sociais. A ancoragem aproxima-se do processo de categorização social, tornando-se um organizador das relações sociais, produzindo novos significados a partir de ideias já consolidadas no pensamento social (designação de sentido e enraizamento num sistema de pensamento) e orientando as práticas cotidianas (instrumentação do saber)¹².

MÉTODOS |

Realizou-se uma pesquisa quali-quantitativa, de natureza descritiva e exploratória, por meio da análise dos documentos oficiais que embasam o PMAQ-AB, tendo sido selecionados a Portaria 1654/2011 e o Manual Instrutivo do PMAQ-AB/ 2012^{7,8}.

Os documentos selecionados foram analisados pelo *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), que processa dados textuais por meio de uma análise estatística, em razão da representatividade, distribuição e correlação lexical de palavras, dentro de segmentos de textos, indicando os termos mais significativos e as relações entre eles, no contexto da análise. O conjunto desses documentos constitui o *corpus* textual, composto pelas Unidades de Contexto Inicial (UCI), que, no caso em análise, é formado pela Portaria 1654/2011, que corresponde à UCI 1, e o Manual Instrutivo PMAQ-AB/2012, que se refere à UCI 2.

Inicialmente, o *software* dividiu todo o texto em classes, diferenciando os termos que as constituem quanto a suas raízes semânticas. Esse processo se repete até que a análise se estabilize, constituindo-se, neste estudo, seis classes estáveis com os termos representativos de cada classe. Na sequência, o programa procede a uma análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerando uma figura em formato de dendograma e que permite visualizar as aproximações destas classes entre si. Por meio da CHD, é possível identificar a frequência e a força de associação de cada palavra, em relação à sua classe, expressas pelo valor do qui-quadrado (χ^2), demonstrando a contribuição de cada palavra para a constituição daquela classe específica. O *software*, baseado nesses cálculos, gera ainda um gráfico, denominado Classificação Ascendente Hierárquica (CAH), mostrando a relação entre os termos de uma mesma classe. Além disso, o ALCESTE disponibiliza os segmentos textuais, onde se inserem os termos representativos de cada classe, fragmentos do *corpus* que são denominados Unidades de Contexto Elementar (UCEs)¹³.

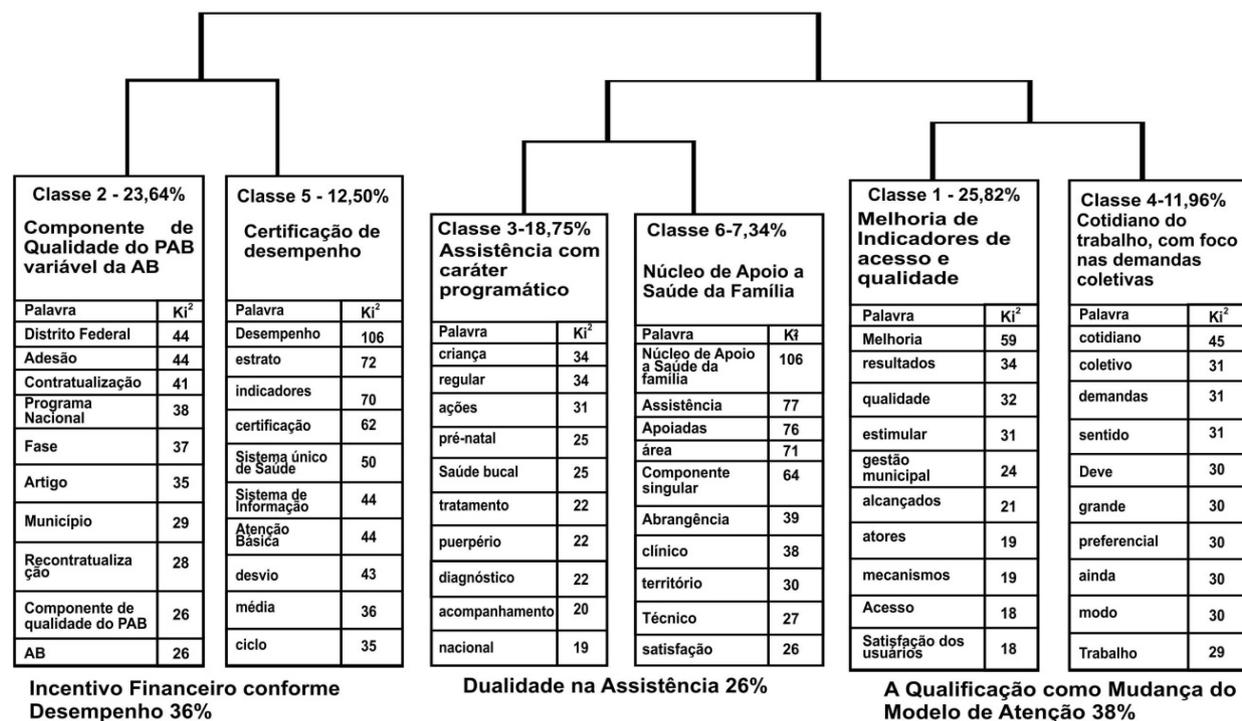
RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Foi analisado um total de 15.335 palavras do *corpus* textual, formado pelos documentos oficiais citados. Essas constituíram um conjunto de 484 UCEs, das quais foram selecionadas e classificadas 368 UCEs, correspondendo a um aproveitamento de 76,03% do material original. Entre as seis classes originadas do *corpus* textual, as três primeiras classes são as mais representativas, somando 68,21% do total do material analisado. As porcentagens de UCEs e os termos com maiores valores de χ^2 , de cada uma das classes, podem ser vistos na Figura 1.

O programa, inicialmente, separou o material em dois eixos, o primeiro formado pelas classes 2 e 5, e um segundo constituído pelas classes 1, 3, 4 e 6. O segundo eixo se dividiu novamente em um subconjunto com as classes 1 e 4 e outro com as classes 3 e 6. O *software* realizou divisões conforme as correlações entre os termos significativos de cada classe (Figura 1), permitindo identificar, dessa forma, uma hierarquização entre os temas presentes nos documentos oficiais, com proximidades e oposições.

A classe 1, com 105 palavras analisadas e 95 UCEs, equivale a 25,82% de todo o material analisado, sendo a

Figura 1 - Dendrograma de Classificação Hierárquica Descendente



mais expressiva. Essa classe, denominada ‘melhoria de indicadores de acesso e qualidade’, retrata a política como processo contínuo e sistemático de mudança em padrões e indicadores de saúde. O programa objetiva

[...] estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da Atenção Básica (UCI 1; K²: 20).

[...] transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde da Atenção Básica e os usuários, num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica [...] (UCI 1; K²:25).

Na análise, a qualificação é definida pelo MS, por meio de resultados mensuráveis:

[...] considerando a diretriz do governo federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção (UCI 1; K²: 13).

A concepção de qualidade, proposta pela política, refere-se à melhoria de indicadores e padrões, definidos *a priori* pelo MS, sendo mensuráveis, pois se destinam à comparação estatística, entre os resultados alcançados por diferentes gestões locais e equipes de saúde da AB, e pelas mesmas equipes e gestões, em momentos diferentes, ao longo do tempo. A concepção de qualidade apresentada tem, assim, uma conotação ancorada no paradigma positivista, ainda hegemônico nas pesquisas avaliativas^{1,2}.

A redução da amplitude da concepção de qualidade, segundo Bosi e Uchimura², tende a valorizar o quantificável e restringir a subjetividade. A qualidade do cuidado, na visão destas autoras, envolve dimensões objetivas e subjetivas. A ótica objetiva, adequada aos aspectos técnicos do cuidado, abarca a eficácia e eficiência de ações e a metodologia quantitativa é necessária e suficiente. De outro modo, os estudos avaliativos, relacionados à dimensão subjetiva da qualidade, propõem-se a compreender os sentidos dos fenômenos que escapam aos instrumentos numéricos e estruturados, fazendo-se necessárias metodologias qualitativas. Essas avaliam a efetividade, uma vez que buscam as implicações práticas das ações para os atores envolvidos. As autoras propõem uma concepção ampliada

de avaliação, utilizando metodologias quantitativas e qualitativas, de modo complementar, como mais compatível com o conceito amplo de saúde, adotado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A análise aponta também um comprometimento da política com princípios da PNAB, tais como o foco nas necessidades e satisfação dos usuários e a participação social, com envolvimento e responsabilização de todos os sujeitos envolvidos.

[...] estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários [...] (UCI 1; K²: 23; e UCI 2, K²:23).

O termo ‘mecanismos’ (Figura 1) remete à participação democrática e voluntária de todos os atores envolvidos, à pactuação e à corresponsabilização.

[...] possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades [...] (UCI 2; K²: 21).

[...] A criação de uma mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas de governo, em processo pela ampliação do acesso e da qualidade da atenção a saúde que envolve participação voluntária, contratualização, autoavaliação, avaliação [...] (UCI 2; K²:18).

Chama a atenção, no entanto, na CAH dessa classe (Figura 2), a proximidade entre os termos ‘governo’, ‘avaliação’, ‘qualidade’ e ‘responsabilidade’ e o fato de estarem em distribuição graficamente oposta aos termos ‘satisfação dos usuários’, ‘trabalhadores’, ‘responsabilização’ e ‘qualificação’. Localizados no centro do gráfico, e com considerável proximidade, encontram-se os termos ‘resultados’, ‘equipes de saúde’ e ‘gestão municipal’. Essa relação gráfica aponta para um distanciamento entre os níveis locais, estaduais e o nível federal e entre os diversos atores envolvidos, tais como os gestores municipais e trabalhadores da AB e os usuários.

De acordo com os resultados desta pesquisa, cabe ao nível local, aos gestores e aos trabalhadores alcançar os resultados padronizados e definidos pelo governo. A análise permite afirmar que esses atores serão responsabilizados e qualificados pelo nível central, ou seja, o MS, que detém a responsabilidade na condução do programa e é referência para a concepção de qualidade na atenção e para sua

abordagem avaliativa. Nesse contexto do PMAQ-AB, é importante ressaltar que o envolvimento dos usuários ocorreu durante a avaliação externa, por meio do uso de um questionário estruturado e padronizado, o qual não se constituiu em parâmetro para a classificação do desempenho das equipes⁸.

Nota-se, assim, que o PMAQ-AB tem uma concepção ancorada no entendimento do Ciclo da Política¹⁴ como uma sucessão de etapas estanques e como se a normatização garantisse a implementação das ações, tais como foram elaboradas. Ou seja, como se a homologação da portaria disparasse automaticamente as mudanças pretendidas, desconsiderando o jogo de interesses, os vários atores implicados e as diferenças nos cenários de implementação da política. Essa conformação clássica das políticas é entendida, segundo Santos Filho¹⁵, como produto de uma cultura organizacional verticalizada, hierarquizada e pouco participativa. Esse modelo segmentado, com grande distanciamento entre quem planeja, executa e avalia, é justificado pelas dimensões territoriais e diversidade do País, porém compromete severamente o processo de implementação e os resultados das políticas públicas¹⁶.

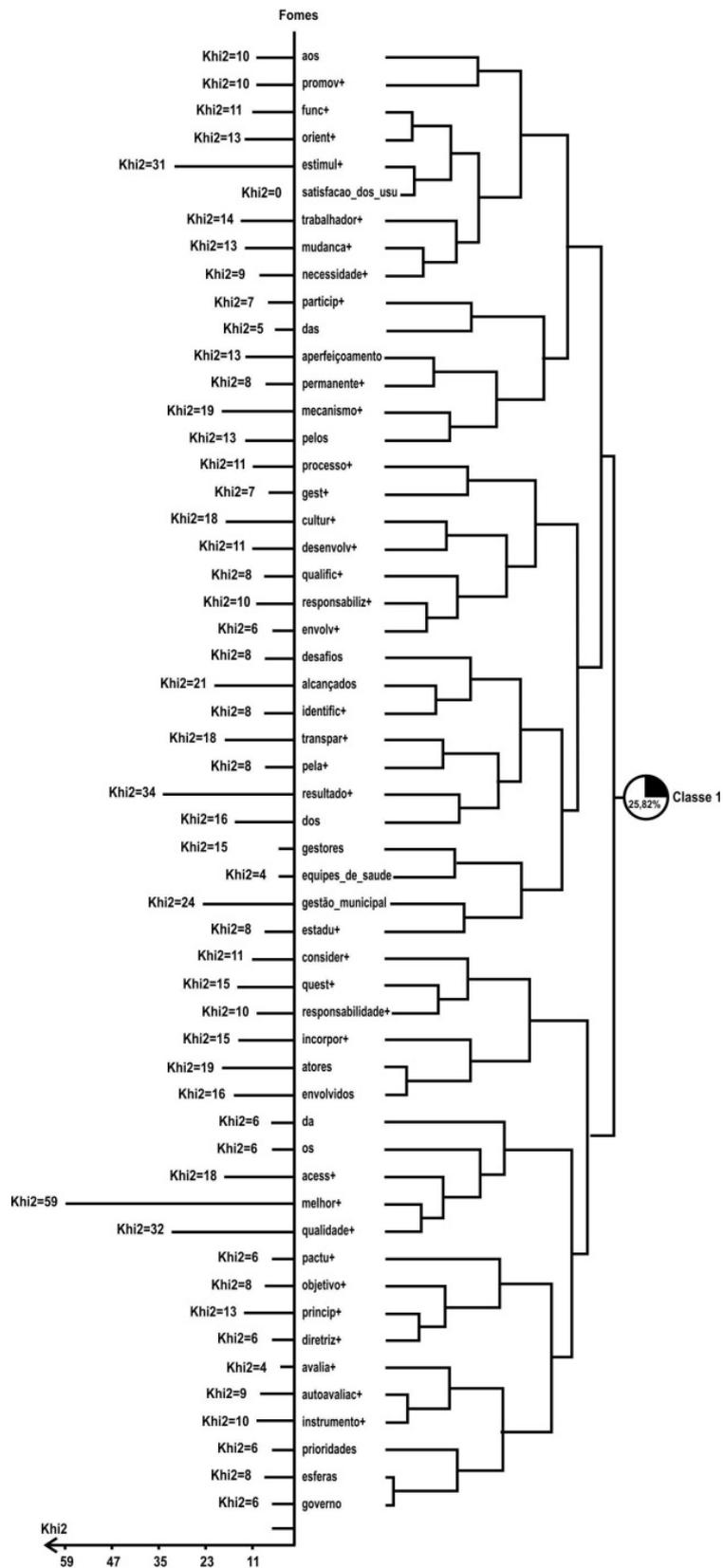
Os resultados também demonstram a ambivalência da participação social. Em algumas Unidades de Contexto Elementar (UCE) dos documentos analisados, a sociedade apenas acompanha o processo, sendo a responsabilidade atribuída apenas aos gestores e trabalhadores. Em outros segmentos textuais, o tema é abordado como processo democrático de corresponsabilização de todos os atores.

A classe 4, definida como ‘cotidiano do trabalho com foco nas demandas coletivas, apresenta-se, na CHD, como a mais próxima da classe 1, com 75 palavras analisadas e 44 UCEs, corresponde a 11,96% de todo o material analisado (Figura 1). Nesta classe reafirma-se o papel atribuído à AB, de porta de entrada preferencial à rede de atenção.

[...] ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da AB como contato e porta de entrada preferencial à rede de atenção (UCI 2; K²: 37).

Também são valorizados pela política princípios da PNAB, tais como o acolhimento, vínculo, responsabilização e longitudinalidade, representados, nessa classe, pelos termos ‘demandas’ e ‘modo’ (Figura 1).

Figura 2 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 1



[...] suporte a implantação do acolhimento à demanda espontânea, suporte a construção de projetos terapêuticos singulares, facilitação da organização de intervenções intersetoriais; análise de indicadores e informações em saúde; facilitação dos processos locais de planejamento; discussão do perfil de encaminhamentos da unidade (UCI 2; K²: 56).

[...] A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente (UCI 2; K²: 36).

Entre os termos mais característicos dessa classe destacam-se ainda ‘cotidiano’, referindo-se aos problemas mais frequentes das organizações, que se constituirão em norteadores para a mudança da AB, e o termo ‘coletivo’, que remete a movimentos de mudança, originários da coletividade, e também às coletividades às quais o apoio institucional dá suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial.

[...] ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deslgrado por coletivos, buscando fortalecê-los [...] (UCI 2; K²:36).

[...] a revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/coletivos apoiados devem estar atrelados a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização e impotência, o que não quer dizer desresponsabilização (UCI 1; K²: 36).

Da mesma forma, os termos ‘trabalho’ e ‘sentido’ aparecem relacionados ao apoio institucional.

[...] discutir casos complexos de modo a ampliar a clínica, dentre tantos outros neste contexto, o apoio institucional, na saúde deve adotar como diretriz a democracia institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral, uma vez que o trabalho do apoiador envolve sempre a sua inserção em espaços coletivos (UCI 1; K²: 37).

[...] para que façam mais sentido e tenham mais valor de uso, com relação à vinculação dos processos de educação permanente, as estratégias de apoio institucional, avalia-se o grande potencial de desenvolvimento de competências de gestão e cuidado na atenção básica [...] (UCI 2; K²: 34).

O apoio institucional, contudo, é visto de forma antagônica, em outros segmentos do corpus.

[...] facilitando ainda a sistematização de ferramentas tecnológicas da gestão e do cuidado, o apoio institucional. O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (UCI 2; K²: 56).

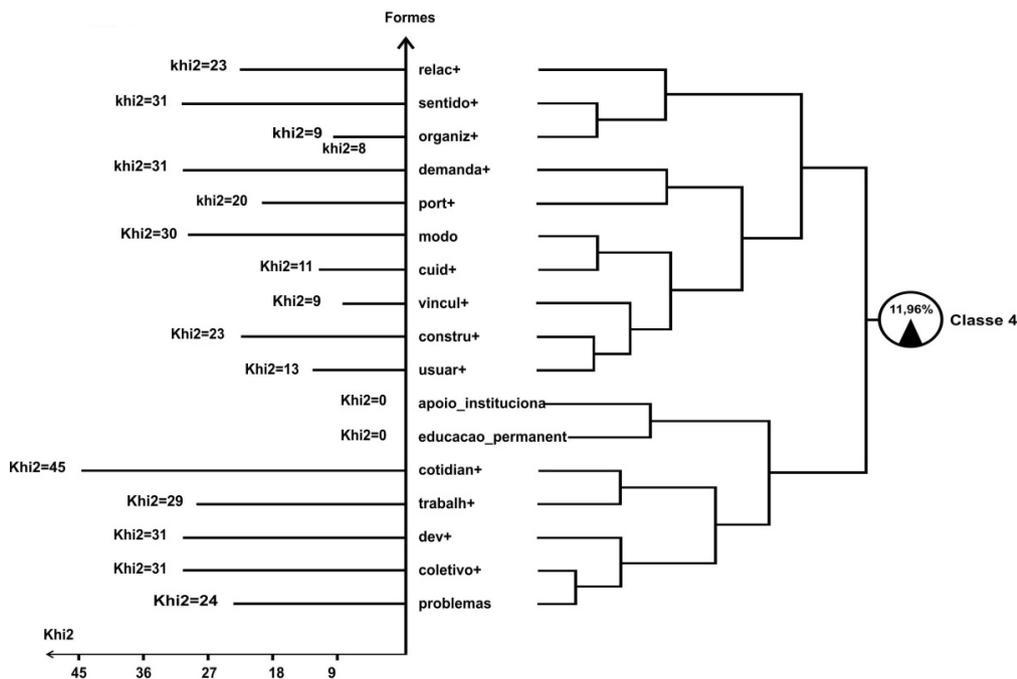
Configura-se, nesta análise dos documentos oficiais, uma ambiguidade na concepção dada ao apoio institucional, ora entendido como disparador de todo o processo da mudança, no sentido da qualificação, ora compreendido como uma função gerencial. O apoio institucional nasce dentro da Política de Humanização, em que foi idealizado para uma atuação transversal; ou seja, em todos os níveis da rede de atenção à saúde para, assim, propiciar um diálogo resolutivo entre os vários pontos do sistema, entre gestão e trabalhadores e entre estes e os usuários. A atuação dos apoiadores institucionais, vinculados a equipes de saúde definidas, inseridas em um contexto específico, estimula a qualificação e empoderamento do trabalho dessas equipes com as necessidades das comunidades adscritas.

De modo contrário, a representação do apoio institucional, apresentada como uma função gerencial, tem uma concepção fortemente ancorada nas teorias científicas da administração, introduzidas nas políticas públicas brasileiras com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Surge daí a figura dos gerentes de programas e as avaliações anuais de desempenho. Nessa mesma época, os programas de Gestão da Qualidade Total (GQT), implantados, em princípio, na indústria automobilística, de modo pontual, por meio de um departamento de controle de qualidade, transformam-se em cultura institucional e introduzem-se na área da saúde. Os hospitais privados foram os primeiros a adotarem os protocolos de qualidade, e, logo após, a GQT é introduzida no subsistema público, primeiramente na alta complexidade e depois na AB.

Essa dualidade, referida ao apoio institucional, encontra-se representada graficamente na CAH desta classe 4 (Figura 3) e envolve também os princípios citados da PNAB. Os termos ‘sentido’, ‘modo’, ‘cuidado’, ‘demanda’, ‘vínculos’ e ‘usuários’, relativos a diretrizes da AB, situam-se num extremo do gráfico e, no extremo oposto, ‘cotidiano’, ‘trabalho’ e ‘coletivos’, relativos às mudanças implementadas pela portaria. No centro da CAH, entre estes extremos, aparecem os termos ‘educação permanente’ e ‘apoio institucional’.

Reafirmando o que foi sinalizado na análise, um estudo¹⁷ recente, em que se analisou o discurso dos gestores da

Figura 3 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 4



ESF, afirma que o poder disciplinar, presente na figura do apoiador institucional, se constitui na ação de ordenar e corrigir o exercício das tarefas, no âmbito da gestão do trabalho prescrito. Para essas autoras, existe uma ambiguidade entre o papel do apoio institucional, sendo evidente o assujeitamento dos trabalhadores na presença do apoiador e de outros gestores, pois a figura do apoiador representa os interesses da alta direção da secretaria de saúde. Chama ainda a atenção, no discurso dos gestores, o papel atribuído ao apoio institucional, que consiste em realizar o monitoramento dos indicadores *in loco*, as orientações quanto à produção do relatório mensal de atividades e a mediação das demandas entre a secretaria de saúde e as equipes.

O conjunto formado pelas classes 1 e 4, denominado de 'A qualificação como mudança do modelo de atenção', apresenta uma dualidade na concepção de qualidade em saúde. A qualidade é apresentada vinculada a um conceito amplo de saúde e, concernente a ele, uma atenção resolutive e embasada em princípios definidos pela PNAB. Essa representação de qualidade no cuidado ofertado encontra-se ancorada na concepção de saúde como direito, fruto de ampla discussão e ampliação do conceito de saúde defendido pela OMS, no período pós-guerra, como um

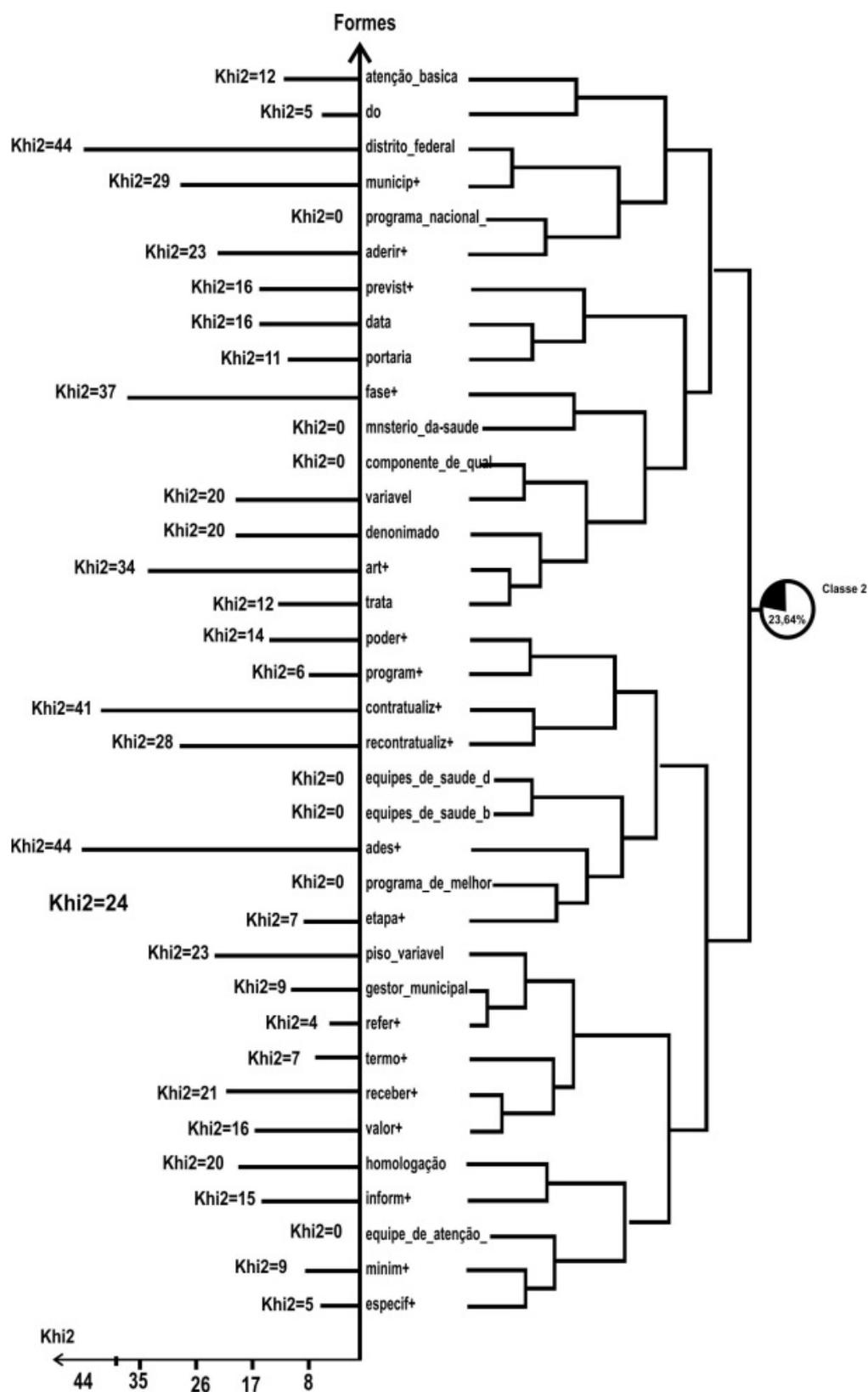
estado de bem-estar físico, mental e social. No Brasil, a noção de saúde como direito vem com a luta do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e a homologação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição 1988.

Porém, nos documentos oficiais do PMAQ-AB, a qualidade é também apresentada como o alcance de metas ou resultados em indicadores, mensuráveis e comparáveis por meio de médias estatísticas. Esses indicadores são definidos *a priori* pelo MS e padronizados nacionalmente, desconsiderando as diferenças nas necessidades dos usuários dos diversos territórios. Essa concepção de qualidade tem uma ancoragem no paradigma positivista, hegemônico na área da saúde, especialmente nas pesquisas avaliativas.

Com relação ao apoio institucional, essa dualidade fica evidente, sendo retratado ora como instituído pela Humanização, ora como pensado pela Teoria da Administração Científica.

Como característica importante de uma política pública avaliativa, Santos Filho¹⁵ aponta o emprego de parâmetros construídos coletivamente, e não dados *a priori*. Nesse sentido, os indicadores usados devem refletir a produção

Figura 4 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 2



dos serviços (organização, resolutividade, qualidade) e a produção dos sujeitos (mobilização, crescimento e autonomia de trabalhadores e usuários). Esse autor propõe o monitoramento avaliativo, realizado de maneira processual, pelas equipes de saúde e apoiadores institucionais, como forma de se conseguir envolvimento efetivo e atribuição de significado à avaliação, fazendo com que ela dialogue com o cotidiano do cuidado.

A classe 2, definida como ‘Componente de qualidade do piso variável da AB (PAB-variável)’, com 90 palavras analisadas e 87 UCE, representa 23,64% do material analisado. Os termos mais representativos da classe (Figura 1) apontam para a força da relação entre as palavras ‘Distrito Federal’, ‘municípios’, ‘adesão’ e ‘contratualização’.

[...] observadas as seguintes etapas: formalização da adesão pelo município e pelo Distrito Federal, que será feita por intermédio do preenchimento do formulário eletrônico específico a ser indicado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB, contratualização da equipe de saúde da família [...] (UCI 1; K²: 36).

[...] após a homologação da contratualização/recontratualização pelo Ministério da Saúde o município receberá mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do componente de qualidade do piso variável da AB. (UCI2; K²: 28).

A proximidade dos termos ‘Distrito Federal’, ‘municípios’, ‘aderir’, ‘fase’ e ‘componente de qualidade do PAB’ é evidenciada também na CAH da classe (Figura 4). No centro desse gráfico, estão os termos ‘contratualização’, ‘recontratualização’ e ‘adesão’ e, na outra extremidade, aparecem ‘PAB-variável’, ‘gestor municipal’ e ‘homologação’. Essa relação gráfica aponta para a valorização dos recursos financeiros, representados pela adesão ao programa, pelos municípios e gestões municipais.

Próxima à classe 2, na CHD, encontra-se a classe 5, com 50 palavras analisadas e 46 UCEs, correspondendo a 12,50% do corpus analisado. Esta classe foi nomeada de ‘Certificação de desempenho’ (Figura1).

[...] as equipes participantes do PMAQ-AB serão certificadas conforme o seu desempenho, considerando: implementação de processos autoavaliativos, verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados, verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade [...] (UCI 2; K²: 44).

Na CAH desta classe (Figura 5), existe grande proximidade entre os termos ‘desempenho’, ‘estrato’ e ‘desvio’. O termo ‘estrato’ refere-se à distribuição dos municípios em seis estratos, conforme critérios de equidade, definidos pelo MS.

A pontuação de cada equipe é comparada com a média das equipes, dentro do estrato do seu município. Essa comparação é feita por meio da mensuração do desvio padrão da média, das equipes, do determinado estrato.

[...] será calculada, para cada indicador de desempenho, uma pontuação proporcional ao alcançado pelas equipes, comparando-se o resultado obtido pela equipe com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as médias dos estratos de municípios do qual faz parte, em um mesmo período (UCI 2; K²: 29).

[...] e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato (UCI 1; K²: 49, UCI 2; K²: 49).

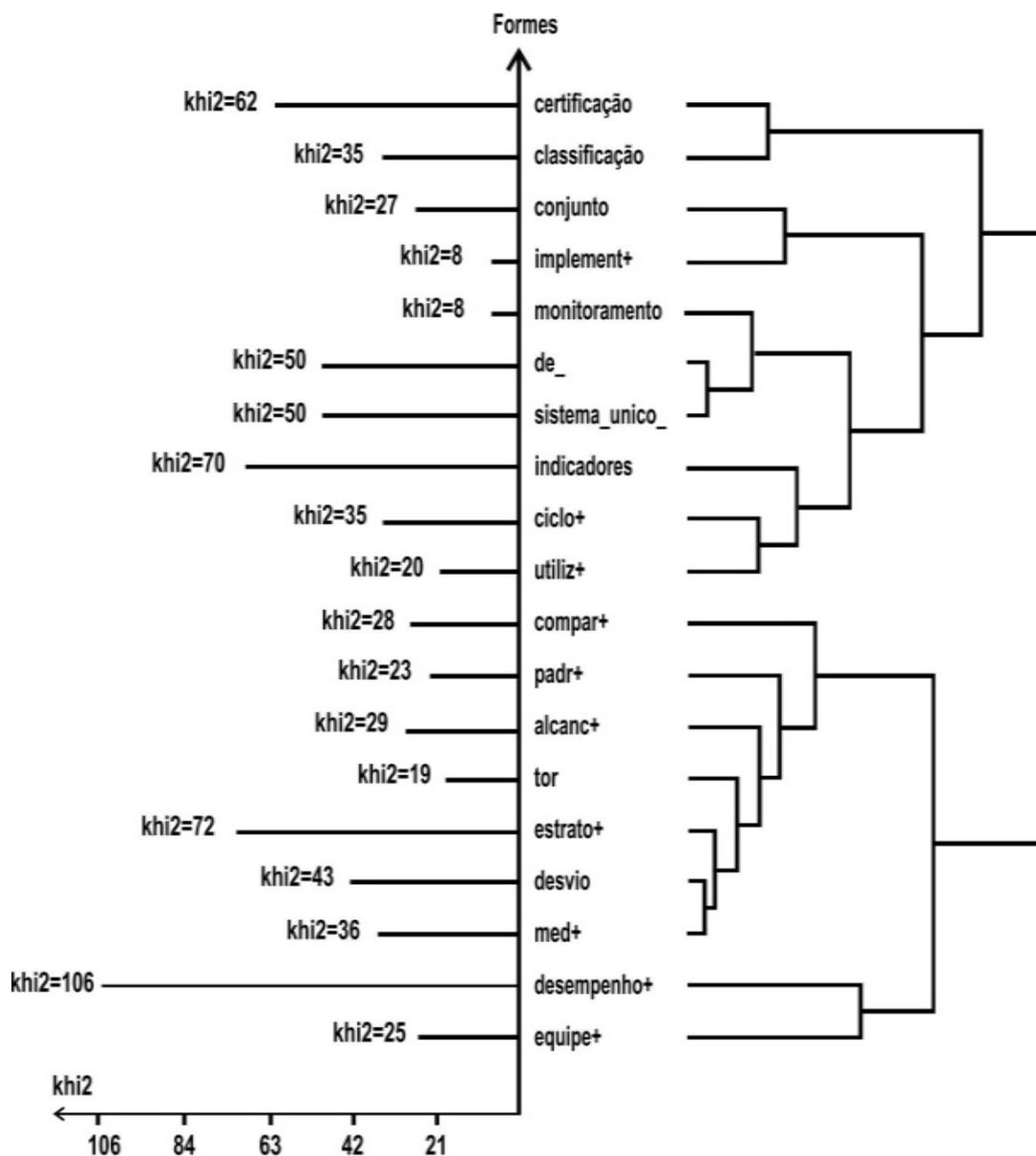
Os termos ‘monitoramento’ e ‘conjunto’, que aparecem na CAH bem próximos aos termos ‘certificação’ e ‘indicadores’, remetem-se, respectivamente, ao Sistema de Informação da AB, por meio do qual se faz o monitoramento dos indicadores de saúde, e ao conjunto de indicadores e de padrões de evidências de qualidade, constatados pelos avaliadores externos na fase de avaliação externa do PMAQ-AB.

Confirmando a relação entre as classes 2 e 5, destaca-se a vinculação do valor do incentivo financeiro à classificação de desempenho.

[...] a avaliação de desempenho considerará os seguintes critérios: INSATISFATORIO, quando o resultado alcançado for menor do que 1, menos um desvio padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato: suspensão do repasse dos 20%. (UCI 2; K²: 34).

O conjunto das classes 2 e 5 recebeu o nome de ‘Incentivo financeiro conforme o desempenho’, por representar a vinculação de recursos financeiros à certificação de desempenho, no cumprimento de compromissos contratualizados. A certificação de desempenho se constitui em uma média, calculada com base nos percentuais: 10% referentes à simples realização de autoavaliação pelas equipes (independentemente de resultado), 20% relativos ao monitoramento dos indicadores de saúde da AB e 70%

Figura 5 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 5



pelos padrões constatados na avaliação externa⁸. Em síntese, a avaliação externa define, portanto, o valor do incentivo recebido pelos municípios, referente aos resultados de cada equipe de saúde.

Essa concepção relacionada à recompensa por resultados encontra-se ancorada no enfoque behaviorista do reforço positivo das teorias de Pavlov e Skinner, que sustentou a Teoria da Administração Científica de Frederick W. Taylor¹⁸,

na qual administrar seria fundamentalmente premiar o comportamento adequado e punir o comportamento inadequado à empresa.

A vinculação de recursos financeiros à avaliação de desempenho, além de criar a possibilidade de um viés nos resultados encontrados, tem maiores implicações quando a avaliação se dá por meio de médias numéricas padronizadas, desconsiderando-se as diversidades e especificidades

regionais e locais. Muitas vezes, os municípios com as piores médias na avaliação de desempenho são exatamente aqueles com maior necessidade de tais incentivos.

A estratificação dos municípios, conforme critério socioeconômico, não é suficiente, por vezes, para o exercício da equidade, pois, não raro, existem territórios de extrema carência, localizados em municípios enquadrados em estratos socioeconômicos mais altos. Nesse contexto, a avaliação poderá ser incompatível com a realidade vivenciada pela equipe de saúde.

Alguns autores questionam o uso do incentivo financeiro, pelo MS, como única estratégia indutora da expansão da cobertura da ESF, preterindo as ferramentas de debate e diálogo com os níveis locais^{19,20}. A ausência do debate dificulta as pactuações entre as várias instâncias, pois, geralmente, não existe nem o consenso teórico-conceitual com relação à AB^{21,22}. Campos¹⁹ aponta a pouca valorização de iniciativas locais, concernentes às suas especificidades, e questiona a padronização de um modelo estratégico único para contemplar a diversidade loco regional.

A classe 3, denominada ‘assistência com caráter programático’, composta de 87 palavras analisadas, 69 UCEs, corresponde a 18,75% do *corpus*. Entre os termos mais representativos dessa classe (Figura 1), a palavra ‘criança’ refere-se à saúde da criança.

[...] componente do puerpério e atenção integral à saúde da criança: favorecer a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, promover o acompanhamento da puérpera e da criança na Atenção Básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento [...] (UCI 2; K²: 27).

[...] realizar ações educativas sobre aleitamento materno, atividade física, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, violência doméstica e sexual, alimentação saudável e saúde da criança para todas as puérperas do território (UCI 2; K²: 50).

O termo ‘regular’ relaciona-se com a alimentação regular do Sistema de Informação em Saúde, e ‘nacional’, com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), por meio dos quais são monitorados os indicadores dos programas e os profissionais na AB.

[...] manter equipe e infraestrutura necessária para alimentação regular do sistema de informação em saúde (UCI 2; K²: 21).

[...] com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, garantir oferta mínima de ações de saúde, para a população coberta por cada equipe de Atenção Básica, Saúde Bucal, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família [...] (UCI 2; K²: 27).

Nos documentos analisados, a assistência é retratada na lógica programática e com forte caráter de monitoramento pelo Sistema de Informação da AB e pelo CNES. Essa concepção de cuidado, com predomínio de abordagens para saúde materno-infantil, endemias e imunizações, encontra-se ancorada na visão da medicina preventiva. Chama a atenção também a forte representação da abordagem curativa nos termos desta classe, muito vinculados ao modelo biomédico.

Associada à classe 3, está a classe 6, na CHD (Figura 1), com 64 palavras analisadas e 27 UCEs, correspondendo a 7,34% de todo o *corpus* analisado, sendo a menos representativa. A temática da classe aborda a avaliação do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O termo ‘assistência’ (Figura 1) refere-se à assistência farmacêutica como um dos aspectos a serem avaliados, bem como o termo ‘apoiadas’ relaciona-se às equipes apoiadas pelos NASF.

[...] dentro desse componente destacamos: apoio a gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo núcleo de apoio à saúde da família, incluindo planejamento e avaliação, a assistência farmacêutica, as práticas integrativas, [...] (UCI 2; K²: 35).

[...] serão avaliadas assistência farmacêutica, práticas corporais e atividade física, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição, saúde do trabalhador, apoio à gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família [...] (UCI 2; K²: 35).

O termo ‘componente singular’ (Figura 1) relaciona-se à avaliação de um dos componentes do trabalho dos NASF, de caráter opcional.

[...] esse instrumento é composto por três componentes: componente comum, componente singular, não terá caráter obrigatório e será indicado pela própria equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no momento da contratualização; e a satisfação das equipes apoiadas, em relação ao trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (UCI 2; K²: 32).

Os termos ‘área’, ‘território’, ‘situação’ e ‘abrangência’ remetem às especificidades nas condições de vida e de

saúde das populações adscritas aos muitos territórios (Figura 1).

[...] onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas, físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, etc., por meio da territorialização amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e potencialidades dos territórios (UCI2; K²: 62).

A análise relaciona o trabalho dos NASF com uma abordagem que considera as especificidades de cada território, e a oferta de um cuidado mais integral, com o objetivo de aumentar a resolutividade das equipes de AB. Porém, chama a atenção o fato de ser essa classe a menos representativa do *corpus* analisado.

O subconjunto das classes 3 e 6 aborda a temática da assistência na AB. Sinaliza uma dualidade na assistência, sendo assim denominada. Temos uma concepção de caráter programático ancorada na concepção preventivista e no modelo biomédico, mas, de outro modo, apresenta também a necessidade de fortalecer a AB, com um cuidado mais integral e focado nas necessidades locais. Essa concepção mais abrangente de AB vincula-se ao modelo biopsicossocial como defendido pela ESF, adotada pelo MS com reorientadora do sistema.

CONCLUSÃO |

A análise dos dados indicou que os documentos oficiais estão embasados em um sistema de representações sociais de diferentes objetos (política de atenção básica, qualidade da atenção básica, apoio institucional e assistência à saúde) que têm elementos ambíguos e antagônicos e que refletem o processo de mudança de paradigmas na saúde.

Existem, nos documentos, evidências de uma política verticalizada e pouco participativa, com grande distanciamento entre os atores envolvidos na elaboração, execução e avaliação. Essa concepção encontra-se ancorada no modelo clássico do Ciclo da Política e também nas teorias de divisão do trabalho, que embasa a teoria de Administração Científica, na qual se preconiza rígida separação entre elaboração, execução e avaliação. Entretanto, num extremo oposto, há também nos documentos oficiais um comprometimento

com a participação social e o empoderamento de trabalhadores e usuários por meio do desenvolvimento de corresponsabilidades, uma postura ancorada nos preceitos do MRS e nos princípios do SUS.

No que tange à representação social de qualidade da atenção básica presente nos documentos, verifica-se a presença dos elementos representacionais ancorados no paradigma positivista, sendo avaliados apenas os aspectos mensuráveis estatisticamente, numa tentativa de padronização do desempenho da assistência e da gestão da AB. A necessidade de um parâmetro de desempenho padrão advém da concepção de reforço positivo, ancorada na Teoria da Administração Científica, premiando ou punindo, conforme os resultados se enquadrem ou não na média padronizada. Por sua vez, constata-se também a presença de elementos representacionais ancorados nos princípios e valores defendidos pelo MRS, relacionados ao cuidado integral, respeitando as particularidades de cada território e as necessidades e satisfação dos usuários.

Foi identificada também uma representação da assistência à saúde com caráter programático, de cunho preventivista e ancorada no modelo biomédico, polarizando-se com as iniciativas definidas por parâmetros da realidade local, das particularidades dos territórios e comunidades e de cunho integral que se ancoram no modelo biopsicossocial adotado pela PNAB.

Essas posições antagônicas no discurso oficial traduzem as ambiguidades presentes no contexto real da dinâmica da vida social, próprias do fenômeno representacional, que exprime forças ligadas à matriz hegemônica e aqueles frutos do impulso de mudança. Essa dualidade na macropolítica se estende e gera ações dúbias, com grandes implicações para o cenário micropolítico em que se dá o cuidado.

O estudo aponta, portanto, a necessidade do desenvolvimento de uma metodologia avaliativa, compatível com o modelo adotado para a AB, e o aprimoramento de instrumentos de escuta dos muitos atores, no sentido de serem, ao mesmo tempo, exequíveis e dialogarem com as realidades locais. Mesmo considerando essa abordagem um grande desafio, deve-se ponderar também que uma política avaliativa só agregará resultados, no sentido de disparar mudanças qualificadoras do cuidado, se atribuir um novo significado para a prática cotidiana dos sujeitos no seu território e no seu agir micropolítico na produção do cuidado. É nesse

cenário micropolítico que as políticas têm o potencial de se concretizarem ou não, já que constitui um espaço de intencionalidades e subjetividades dos atores e representa o trabalho real, produzido pela legitimidade dos diferentes núcleos de saberes. Portanto, longe desse cenário, estaremos distantes e falando numa linguagem que não é a do cotidiano do cuidado, correndo riscos de comprometer os resultados almejados, apesar dos custos e esforços empreendidos.

REFERÊNCIAS |

1. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Mercado FJ, Bosi MLM, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. 3. Ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p. 207-28.
2. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(1):150-3.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 10 jan 2015]. Disponível em: URL: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf>.
4. Mercado FJ, Hernández N, Tejada LM, Springett J, Calvo A. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: Mercado FJ, Bosi MLM, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p. 22-62.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso em 04 jun 2014]. Disponível em: URL: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>.
6. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8):1727-42.
7. Ministério da Saúde (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; Seção 1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 05 jan 2015]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>.
9. Palmonari A, Cerrato J. Representações sociais e psicologia social. In: Almeida MFS, Trindade ZA, organizadoras. Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília: Tecnopolitik; 2011. p. 305-32.
10. Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Press Universitaire de France; 1961.
11. Santos MFS. A teoria das representações sociais. In: Santos MFS, Almeida LM, organizadoras. Diálogos com a teoria das representações sociais. Recife: EDUFAL/EDUFPE; 2005. p.13-38.
12. Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-44.
13. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de avaliação quantitativa de dados textuais [Internet]. In: Moreira PAS, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM, organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Universitária – UFPB; 2005 [acesso em 05 fev 2015]. p. 511-39. Disponível em: URL: <http://www.laccos.com.br/pdf/Camargo2005_alc.pdf>.
14. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/IMS/FAPERJ; 2011. p. 138-65.
15. Santos Filho SB. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí; 2009.

16. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):210-25.

17. Sulti ADC, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2015; 39(104):172-82.

18. Bergamini CW. Motivação: uma viagem ao centro do conceito [Internet]. *RAE executivo*. 2003 [acesso em 10 nov 2014]; 1(2):63-7. Disponível em: URL: <<http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/1716.pdf>>.

19. Campos GW. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24Supl 1:17-9.

20. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24Supl 1:7-16.

21. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6):1171-81.

22. Baptista TWF, Fausto MCR, Cunha MS. Análise da produção bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis*. 2009; 19(4):1007-28.

Correspondência para/ Reprint request to:

Erika Maria Sampaio Rocha

Rua da Liberdade, 137, Bela Vista,

Teixeira de Freitas/BA, Brasil

CEP: 45990232

Tel.: (73) 99940-4400

E-mail: emsampaiorocha@gmail.com

Submetido em: 12/01/2016

Aceito em: 15/03/2016

**Management of the Family
Health Strategy Program:
opportunities and challenges**

**| O agir cotidiano dos gestores
da Estratégia Saúde da Família:
possibilidades e desafios**

ABSTRACT | Introduction: *Governance in Healthcare has recently emerged as a key issue in the context of implementing a managerial public administration model in the Brazilian National Health System (SUS).*
Objective: *To analyze management practices in the Family Health Strategy Program in a municipality in the state of Espírito Santo, Brazil.*
Methods: *This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews with health managers of this municipality.*
Results: *The data gathered from the interviews emphasized an ongoing re-organization of the management, with a focus on devising strategies to change current practices. The decision-making process shows an isolated management style in transition to a more collaborative model.*
Conclusion: *Managers' experiences indicate how much their current management style conflicts with newer and more collaborative governance practices.*

Keywords | *Family Health Strategy; Health management; Governance.*

RESUMO | Introdução: A temática da gestão entrou em cena na área da saúde em decorrência das tentativas de implementação do modelo de administração pública gerencial no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Objetivo:** analisar prática da gestão na Estratégia Saúde da Família em um município do estado do Espírito Santo, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores da saúde desse município. **Resultados:** Os discursos revelam a organização da gestão, com ênfase na construção de dispositivos de mudança de práticas. O processo de tomada de decisão configura uma gestão solitária em transição para um modelo de cogestão. **Conclusão:** As experiências dos gestores indicam o quanto suas modalidades de prática de gestão encontram-se na encruzilhada entre vários planos de constituição.

Palavras-chave | Estratégia Saúde da Família; Gestão em saúde; Administração de serviços de saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A temática da gestão entrou em cena na área da saúde em decorrência das tentativas de implementação do modelo de administração pública gerencial, no contexto da reforma do Estado, e também por seu reconhecimento pelo Movimento Sanitário como fator estratégico na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), criando novas necessidades para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde.

Campos¹ se refere à gestão como o ato de governar pessoas, organizações e instituições, tendo uma dimensão política no sentido que existe exercício do poder no ato de dirigir as pessoas.

Segundo Merhy², “nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervém permanentemente na dupla dimensão (dobra) da gestão: é ação sobre o processo de definição micropolítico da política e é ação operadora da produção de bens”. Além de operar sobre essa dobra, a gestão em saúde tem como desafios: superar o modelo tradicional centrado em aspectos financeiros e de administração de material; desenvolver linhas teóricas que possibilitem um olhar diferenciado para as especificidades nesse campo; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial.

O campo de atuação da gestão em saúde pode representar um desafio para a qualificação da assistência em saúde devido às práticas pautadas no corporativismo, apatia burocrática, fragilidade da relação entre profissionais/usuários, clientelismo político, corrupção, baixa governabilidade, incapacidade gerencial, baixa qualidade de serviços, entre outros³.

Desse modo, a gestão dos serviços públicos de saúde, associada à qualidade e integralidade do cuidado, tem se constituído como “um dos principais desafios da Reforma Sanitária Brasileira” na expectativa de alcançar um impacto positivo na dinâmica do funcionamento organizacional e de qualidade dos serviços de saúde almejados³. Para Campos, a gestão tem o potencial de criar dependência ou ampliar a capacidade de análise, por se tratar de um dispositivo capaz de alterar padrões de subjetividade, sendo um processo de construção deliberada de modos de ser, com importante grau de autonomia.

Os próprios gestores, na difícil posição de governar, cumprem uma espécie de função de passagem e articulação

entre as questões de governo e os interesses dos vários grupos de trabalhadores e medeiam e favorecem o fortalecimento do laço social, propiciando governabilidade e autonomia às equipes, construindo novos sentidos ao trabalho e novos imaginários na organização.

A situação da degradação das condições de trabalho e a deficiência da maioria dos serviços públicos de saúde impõem uma crise que transpõe o campo gerencial e assistencial, emergindo em uma crise de sentido. Esse cenário minimiza possibilidades da relação de vínculo e pertencimento dos profissionais que exercem cargo de liderança e gerenciamento.

Azevedo³ retrata o potencial dos dispositivos coletivos na mudança dos processos de gestão, ao propiciarem uma construção subjetiva – processos identificatórios, novas simbolizações no trabalho nos serviços de saúde e construção de novos vínculos –, favorecendo a ligação entre os membros do grupo. Ao criar espaços para a problematização da “atividade da gestão e a gestão da atividade”, o gestor aumenta o grau de autonomia nos processos de pensar-fazer seu trabalho e implica “sustentar a indissociabilidade entre atenção e gestão”.

Para Campos⁴, o modo de gerenciar a saúde deve considerar o SUS como fator estratégico à reforma sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício de poder democrático. Nesse sentido, poder-se-ia utilizá-lo como estímulo à criatividade com o objetivo de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo o acesso à saúde e às tecnologias que auxiliam a humanidade a ter uma vida mais saudável.

A mudança nas práticas de saúde é uma tarefa que vai além das soluções micropolíticas (melhoria das condições e dos processos de trabalho). É necessário reconhecer e compreender os processos intersubjetivos do trabalho gerencial e suas consequências na vida e na qualidade do cuidado, fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização e reconhecer os gestores em sua própria subjetividade, identificando o sofrimento e o prazer, os vínculos afetivos que os ligam ao trabalho e o sentido desse em suas vidas³.

A gestão no escopo da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta desafios que estão relacionados à organização do trabalho em saúde e aos territórios de poder e legitimidade, reconhecendo que todos os trabalhadores da saúde são

gestores do seu próprio trabalho e estão em contato permanente com trabalhadores que ocupam cargos da alta direção do governo, representados pelos secretários de saúde e coordenadores de áreas estratégicas que tangenciam o saber fazer dos trabalhadores operantes. A gestão neste contexto é atravessada a todo o momento pelo poder institucionalizado da gestão municipal e está atrelada a constituição do modelo da ESF que apresenta o quadrilátero contextual representado pelos eixos: político, com a fisiologia política centrada no clientelismo e partidarismo que influenciam a organização administrativa da ESF e a prática de normatização dos atos em saúde; econômico, representado pela falta de autonomia do gestor na gerência dos recursos do território, com centralização do orçamento na secretaria municipal de saúde; cultural, que envolve a desarticulação de intencionalidades entre a comunidade e os dirigentes, e ideológico, centrado na produção social e expresso na conformação do conceito histórico-coletivo que não leva em consideração a produção micro-histórica dos sujeitos.

Os gestores (federais, estaduais e municipais) do SUS cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas e dos mecanismos de financiamento, mas não governam sozinhos. Matus¹ afirma que todos são agentes da organização e alguns estão em posição de alta direção e que a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia a dia, ou seja, planeja (governa) quem faz.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a prática da gestão no contexto da ESF em um município do estado do Espírito Santo, buscando compreender as múltiplas e complexas dimensões que orientam essa prática. Essa investigação tem como um de seus eixos o estudo do processo de trabalho dos gestores e os caminhos de construção de suas identidades profissionais.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Para a coleta dos dados, a técnica de investigação escolhida foi a entrevista semiestruturada, procedimento que permite obter informações contidas na fala dos atores por meio de fatos relatados conforme a realidade vivenciada.

A coleta de dados foi realizada no ano de 2014, por intermédio de entrevista individual com os gestores, em seus locais de trabalho, com a utilização de um formulário de identificação e um roteiro de entrevista semiestruturado que permitiu uma comunicação eficaz, o que facilitou o início, a ampliação e a imersão no processo de comunicação¹¹. As entrevistas foram estruturadas em torno de dois eixos temáticos: a trajetória profissional e a prática de gestão atual. Foram entrevistados três gestores da ESF no município de escolha, sendo eles: secretário municipal de saúde, coordenador municipal da ESF e coordenador de uma Unidade de Saúde da Família.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no próprio local de trabalho dos respectivos profissionais, com duração necessária ao cumprimento de todos os itens do roteiro. A gravação das entrevistas foi realizada, após o consentimento dos entrevistados, sendo transcritas posteriormente obedecendo rigorosamente à estrutura das falas dos sujeitos, de modo a preservar a fidedignidade dos depoimentos. Foram efetuadas anotações sobre a aproximação ao campo e aos participantes, bem como o que o gravador não pôde captar, deixando a cargo dos olhos e da mente o importante registro dessas informações, como as expressões de silêncio e a linguagem corporal.

A identidade dos gestores foi preservada e o eles foram mencionados por meio de letras – A, B e C –, procurando-se, desse modo, garantir o anonimato dos entrevistados.

As entrevistas foram transcritas, e o conteúdo produzido foi analisado a partir da análise do discurso, que tem por fundamento interpretar o processo de produção e interpretação do discurso, que é unificado por meio de um texto para fins de análise¹¹.

O critério de escolha do município, cenário do estudo, foi ser um município de pequeno porte com menos de 50 mil habitantes e ter a proposição pela esfera municipal, a partir da mudança de governo em 2012, do estabelecimento de novas práticas e definição de estratégias de mudança do modelo assistencial, com enfoque na Atenção Primária em Saúde.

O estudo foi realizado com base na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES), sendo aprovado com o número de parecer:

363867 de 19/08/2013. Todos os procedimentos éticos foram rigorosamente respeitados, e os sujeitos manifestaram a anuência da sua participação por intermédio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Considerando a formação profissional dos gestores, todos possuíam curso superior na área da saúde: farmacêutico, enfermeiro e cirurgião-dentista. Quanto à faixa etária, possuíam idades entre 30 e 43 anos e, em média, sete anos de trabalho na Atenção Primária à Saúde. A faixa salarial predominante foi acima de cinco salários mínimos, e a carga horária de trabalho foi de 40 horas semanais. Dos três gestores entrevistados, dois já haviam exercido cargo de gestão em outros municípios.

A maioria dos gestores encontra-se na faixa etária acima de 30 anos, o que sugere, de acordo com Rosso¹², que tenham certa maturidade e experiência acumulada em serviços de saúde. Consideramos que esse fato influencia positivamente no desenvolvimento das atividades gerenciais.

No início da carreira, encontramos nas histórias profissionais, os entrevistados buscando a inserção no mercado de trabalho, realizando cursos, especializações e conquistando os primeiros vínculos empregatícios:

[...] Mas, antes mesmo de trabalhar no SUS, já busquei realizar cursos relacionados, como a Especialização em Saúde da Família, foi antes de me inserir no mercado de trabalho, foi uma área que me interessei desde a época da faculdade” (Gestor A).

Eu comecei não foi no cargo de gestão inicialmente e depois de três meses de trabalho eu fui convidada para o cargo (Gestor B).

A inserção profissional prévia de grande parte dos entrevistados na ESF traduz a posição central que ocupa essa estratégia como modelo de atenção à saúde. Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações de caráter preventivo, com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, especialmente a promoção à saúde.

O Saúde da Família tem uma lógica diferenciada, tem salário diferenciado, tem investimento diferenciado, então isso gera um

desafio com as outras pessoas que não trabalham com a Saúde da Família (Gestor C).

A contingência marca essas trajetórias que se constituem em um contexto em que não existe carreira nem qualquer exigência quanto à formação profissional específica para o cargo de gestão.

[...] na verdade isso foi um desafio para mim, era uma área em que eu não tinha experiência (Gestor A).

O gestor vivencia o despreparo técnico para o exercício do cargo, que, em sua totalidade, representa um cargo comissionado, definido mediante critérios individuais do prefeito ou secretário de saúde e a alta rotatividade desses profissionais dificulta o andamento do planejamento em gestão, a formação de vínculo com os demais profissionais e o conhecimento sobre a organização da rede de atenção à saúde do município.

É difícil a gente ter gestão, hoje, na maioria dos municípios, porque as pessoas são comissionadas[...]. Muitas vezes deixamos de fazer por não termos os técnicos. E há uma insuficiência de técnicos que tenham condições, na saúde da família, na vigilância, em todas as áreas da saúde, disponíveis no mercado. Os salários são muito baixos, isso dificulta bastante a contratação de técnicos (Gestor C).

Os discursos revelam que a demonstração de compromisso por parte do trabalhador representa um requisito para a inserção nos cargos gerenciais em saúde, no entanto, a indefinição de requisitos estabelecidos para o exercício do cargo expõe uma situação vivenciada nos serviços de saúde na qual o trabalhador é absorvido em decorrência da ausência de outros candidatos e por não ter um conhecimento prévio da real situação de trabalho.

[...] pela análise do meu currículo e pelo meu interesse e esforço junto a [...], recebi o convite do Secretário de Saúde a assumir a coordenação, na verdade isso foi um desafio para mim, era uma área em que eu não tinha experiência (Gestor A).

Sempre gostei de trabalhar na ponta, mas acabei, por falta de gestores e por ter algum conhecimento dentro do SUS, fui indo para esse lado, acabei gostando, e a situação do dia a dia foi me levando ao cargo que estou hoje (Gestor C).

A vivência relativa ao processo de saída da função de gestão é apontada nos discursos e envolve os processos de exoneração,

crises financeiras e políticas e mudança de gestão – prefeito. Experenciam a não completude do trabalho iniciado e a instabilidade no cargo, já que podem ser destituídos da função a critério da administração municipal. As entradas e saídas do cargo evidenciam as influências e relações de poder que atravessam a gestão pública e expressam o poder externo a que estão submetidos e que se manifesta em nomeações e exonerações. A gestão pública mostra-se atravessada por interferências políticas, pelas relações pessoais, pela proximidade a secretários, pelo reconhecimento interno, expressando, enfim, o sistema de influências presentes.

[...] as pessoas são comissionadas, indicação política, então isso dificulta um pouco (Gestor C).

Merhy¹³ reconhece essas interferências políticas como forças políticas hegemônicas mais bem estruturadas histórica e socialmente e que criam na arena das organizações de saúde a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais em espaços de instabilidades e incertezas.

No que se refere à concepção de gestão, os entrevistados conceituam a gestão, no sentido de “ser descentralizada” (Gestor C), de interesse coletivo, “nunca de forma ditatorial” (Gestor B) e como “fonte de coalizão da equipe” (Gestor A).

Creio que gestão seja a liderança exercida de forma organizada e como fonte de coalizão da equipe, nunca como forma ditatorial, onde somente um manda e os outros obedecem. O gestor deve mobilizar e comprometer seus funcionários na organização e produção do serviço (Gestor A).

Hoje eu aprendi a gostar de trabalhar como gestor, porque, como gestor, você consegue atingir um número maior de pessoas, pra ajudar, pra poder ter as ações. Então, dentro do que eu vejo hoje a minha concepção, é que dentro da experiência que eu tenho hoje, 17 anos de SUS, por ter sido usuário do SUS, por ter sido profissional do SUS, hoje estar na gestão me dá uma bagagem boa pra poder trabalhar no dia a dia (Gestor C).

Compreender o sentido que perpassa essas concepções é também compreender a prática de gestão, o contexto que está inserido, a subjetividade de cada gestor e o modo de operar suas ações cotidianas, construída por meio de suas experiências pessoais e vivências no serviço de saúde. Essas ações são expressas por necessidades, desejos e afetos, de forma que imprime um modo único de operar no cotidiano de trabalho¹.

Campos¹ denomina essa forma de gestão como gestão compartilhada, ou cogestão. Cogestão é fazer o coletivo na gestão, é fazer com que existam espaços de compartilhamento das decisões. Esse conceito parte do princípio de que as lógicas que definem o serviço sejam diferentes daquelas estruturadas em linhas verticais de comando e hierarquização. Assim, a operacionalização da cogestão deve ir além do espaço do gabinete do secretário de saúde; precisa estar presente no cotidiano dos serviços e chegar aos usuários.

O processo de tomada de decisão é explicitado pelos gestores como um acontecimento unidirecional e vertical.

Secretário Saúde – Coordenação APS – Coordenadores de Unidade e Estratégias. A gente tenta manter esse fluxo até pra poder interagir diretamente com os coordenadores de unidade, eles estarem próximos, inseridos no cotidiano de suas Unidades respectivas, pra não ser só aquela história assim: só vai no dia da reunião; não, ele tá ativo dentro dessas unidades (Gestor B).

Com base no relatório anual de gestão de 2013 e nos discursos, é possível perceber que a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo é orientada pela verticalização e hierarquização, sendo expressa em um organograma municipal, que define a distribuição dos cargos em níveis hierárquicos. Operar a gestão, conforme organograma do próprio município remete a uma visão do gestor como nível máximo, detentor do controle, das decisões, que são apenas repassadas aos níveis mais baixos, colocando o gestor como o centro e como o provedor¹. Podemos encontrar na literatura esse tipo de gestão como Racionalidade Gerencial Hegemônica, responsável por imprimir uma forma de governar que tem como eixos a disciplina e o controle. Pauta-se na concentração de poder, comando e controle no interior das instituições, impedindo o exercício da autonomia por parte dos trabalhadores, de forma que há eliminação de qualquer subjetividade na execução de tarefas¹.

De acordo com Franco e Merhy¹, os gestores acreditam que ditar normas, seguir protocolos e prescrever o trabalho dos profissionais é suficiente para garantir que o cuidado se realize, entretanto, “isto apenas forma trabalhadores serializados, que vão repetir velhas práticas”, sem contar que diversos programas são impostos em âmbito nacional para o âmbito da descentralização municipal.

No âmbito da atenção primária à saúde, existem ferramentas que organizam as ações e serviços de saúde. Analisando os discursos em relação a ferramentas de planejamento, há referência àquelas pautadas nos programas do Ministério da Saúde e seus indicadores de saúde, o que tem sido pontuado como positivo na visão dos gestores.

Sempre quando pensamos em planejamento e ações das ESF, olhamos os parâmetros impostos pelo MS e os dados municipais (Gestor A).

Os programas, que são instituídos pelo Ministério da Saúde, quando incluídos dentro da estratégia, eles chegam de forma mais rápida às pessoas, porque você tem uma regionalização, as áreas bem divididas, a territorialização, você tem o conhecimento da doença, dentro de cada local e você tem que ter estratégias diferentes (Gestor C).

Medina *et al.*¹, analisando o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, ressaltam a sua capacidade de estabelecer uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, contribuindo para que as ações de monitoramento e avaliação sejam incorporadas à cultura dos serviços, deixando de ser desenvolvidas como ritos meramente administrativos. Os autores consideram a existência de dois tipos de pactuação: o burocrático e o dinamizador. O primeiro é conduzido burocraticamente, de maneira pontual, fragmentado, sem promover a articulação entre os setores das secretarias e sem visibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS. O pacto dinamizador é desenvolvido mediante um processo que aglutina experiências e práticas, buscando fortalecer a implementação da municipalização, sendo utilizado para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde, integrado ao processo de trabalho, promovendo a qualificação da gestão, com visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS.

Novas ferramentas de financiamento, avaliação e monitoramento em saúde, no contexto do município, trouxeram avanços concretos no campo da saúde, com destaque para os incentivos oriundos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que busca assegurar que esse nível de atenção se configure como a porta de acesso preferencial para o SUS e que sua organização tenha potencial resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades de saúde da população, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira

a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde¹.

[...] Agora através dos indicadores COAP. Esse planejamento é sempre realizado consoante com o secretário de saúde, equipe do controle e avaliação e coordenação da APS. Após implantação, essa avaliação passa a ser feita com as equipes de ESF, realizadoras das ações (Gestor A).

O estado implantou o PECAPS, que é um programa de auxílio da atenção primária, um programa de investimento; ainda o valor é baixo, mas é a primeira vez que você tem recurso tripartite dentro da estratégia, que é o estado, governo federal e o município. Temos também o PMAQ, pela melhoria da qualidade da Atenção Primária que é um facilitador (Gestor C).

[...] temos hoje o PECAPS funcionando no município com repasse integral, nós vamos agora pro segundo termo, segundo ano de adesão, e a gente tem novamente o repasse de 100%, que atingimos todas as metas. Agora... e mais um recurso que ainda nem foi utilizado, eu mantenho ele em caixa. Em relação aos recursos federais, a gente tem o recurso do PMAQ que começou a chegar agora, das quatro primeiras equipes que foram cadastradas, vamos ampliar agora o número pra sete equipes cadastradas. O recurso do PECAPS é estadual, não é federal; e a contrapartida do município. Então hoje, em relação a recurso público, pra financiamento da APS, a gente vive um momento ímpar, diferente até de outros anos (Gestor B).

Em decorrência dos avanços no modelo de planejamento das ações de saúde, os entrevistados consideram que o processo de troca entre gestores-profissionais-usuários tem sido bem desempenhado no cotidiano de suas funções.

Uma relação muito boa foi construída ao longo desse período, através da cooperação da equipe [...], pois nesse período foi possível melhorar indicadores e principalmente o nível organizacional das ESF (Gestor A).

Olha, a avaliação na construção de algumas ações, em sentar com a equipe pra gente definir o que que iríamos fazer a nível de Coordenação de Programas de Saúde. Enquanto enfermeiras coordenadoras das unidades, pra gente definir o que que cada unidade poderia tá fazendo. Acho que o principal, a participação é isso, participar mesmo das ações e principalmente da concepção dessas ações com equipes (Gestor C).

É evidente o olhar direcionado do gestor para as equipes com o intuito de instituir a melhoria das condições de trabalho, por meio da cogestão dos coletivos e o estabelecimento de vínculos gestor-equipe de saúde.

Acho que o mais importante é sempre ter em mente que gestão além de ser comprometimento como equipe, passa também pela visão global e estratégica da saúde pública. Temos que estar atentos ao que acontece em nossas ESF e também sempre procurando o que, e como fazer para melhorar sempre” (Gestor A).

Hoje a relação nossa com as equipes é boa, a gente tem um contato bom de convívio, de diálogo. A gente conseguiu, dentro de algumas melhorias que a gente trouxe à equipe, incentivar mais os profissionais a trabalhar [...]. A gente tem tido bom contato (Gestor C).

Mas a questão é que a maior dificuldade era puxar todo mundo pra trabalhar junto e foi feito (Gestor B).

Existe um reconhecimento do trabalho coletivo e descentralizado como condição fundamental para a operacionalização da gestão compartilhada em saúde. A liberdade, a criatividade e a autonomia no processo de trabalho dos profissionais de saúde foram vistas pelos sujeitos como uma possibilidade de mudança do modelo de gestão baseado no improvável¹. Os serviços de saúde, então, são uma arena em que diversos atores, que se produzem micropoliticamente e tem intencionalidades em suas ações, disputam o sentido geral do trabalho. Atuam na multiplicidade de atos, nem sempre evidentes, entre territórios povoados de ação dotada de liberdade e criatividade, e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem múltiplas faces e está em permanente produção¹.

Entre os desafios enfrentados pelos gestores, muitas vezes despreparados para exercer a função, temos o relato da gestão solitária como um fator dificultador.

Creio que as dificuldades estão no dia a dia, por exemplo, inserir todos os profissionais das ESF verdadeiramente como equipes. O trabalho tem que ser coletivo e não individual (Gestor A).

Nosso município não funciona no sistema de você ter um coordenador por unidade, a gente ainda mantém o sistema de ter um coordenador por bloco de unidade e um diretor geral. Então acaba sobrecarregando por isso (Gestor B).

A gestão solitária refere-se às atividades voltadas para a tomada de decisão como ação administrativa centrada no gestor, em que as relações de poder são mais centralizadas, com um estilo de gerência tradicional, isto é, uma racionalidade gerencial hegemônica que produz um isolamento e dificulta a construção de espaços em que ocorra o desenvolvimento da personalidade humana.

CONCLUSÃO |

Conclui-se que as experiências dos gestores em estudo indicam o quanto suas modalidades de prática de gestão encontram-se na encruzilhada entre vários planos de constituição. Por um lado, é expressão de processos subjetivos, de suas trajetórias profissionais e, por outro lado, é fruto de possibilidades que se constroem na organização compreendida como instância coletiva e, em um outro nível de análise, têm origem em processos institucionais e conjunturais. Essas características do modo de agir dos gestores entrevistados levam a construir condições para mudanças, o que pode estimular o trabalho em equipe, a autonomia dos profissionais ao participar das ações e decisões em saúde, a reorganização do processo de trabalho multiprofissional e a preocupação com as condições de trabalho das equipes para a construção do vínculo gestor-trabalhador da ponta e – usuário.

Quanto aos processos que levaram à função de gestor, o acesso à gestão não seguiu uma linearidade, sendo os gestores, em sua maioria, indicados por critérios políticos, assumindo cargos comissionados. Assim, os relacionamentos pessoais e políticos e o compromisso com o trabalho foram determinantes para a indicação ao cargo.

As experiências prévias em outros cargos de gestão são evidenciadas nos relatos dos entrevistados por vivências de realização, reconhecimento, capacidade de desenvolvimento de projetos, processos de mudança e organização das Unidades de Saúde.

Surgem nas narrativas dos gestores as dificuldades do contexto da gestão. Os gestores encontram-se submetidos a um conjunto de determinações muito fortes e de origem externa, como: pressões políticas, escassez de capacitações, precariedade na política de recursos humanos e exonerações abruptas que representam um importante

fator dificultador. A ausência de apoio e o isolamento decorrente do processo decisório, identificados como fatores dificultadores, não impedem o entusiasmo com as conquistas, com a imagem positiva da gestão e com a sensação de reconhecimento interno.

O processo de trabalho dos gestores é fortemente marcado pela divisão e compartimentalização. Essa divisão do trabalho reafirma a diferença de poder, ou seja, os gestores que possuem cargos de alta direção decidem e planejam para quem vai executar as ações. Com isso, situações de mando e a instituição do poder disciplinar acarretam o aprisionamento da vontade e da criatividade da maior parte dos trabalhadores, corroborando com o fato de que os trabalhadores são considerados como mais um recurso para a instituição¹.

Nesta análise, foi importante observar que os próprios gestores seguem uma linha hierárquica, o que dificulta o processo de trabalho. O controle e a vigilância surgem como cerne da organização do trabalho na ESF, seguindo uma linha de mando posta. No entanto, ao mesmo tempo reconhecem a dificuldade em trabalhar de forma burocratizada, por parâmetros impostos, metas e resultados alcançados.

As experiências contidas nos discursos apontam um processo de transição de um modelo de gestão hierárquico e verticalizado para um modelo de gestão pautado na cogestão dos coletivos, por meio de tentativas de construção de um projeto gestor e assistencial promotor de potências. É possível observar a preocupação com a mudança do modelo anterior de gestão – apesar de reconhecerem que o modelo médico hegemônico é um fator dificultador para essas mudanças –, buscando uma racionalidade compartilhada e colocando um alto grau de importância no trabalho em equipe.

É importante destacar que este estudo, sozinho, não representa a totalidade dos serviços de saúde desse município – esta é uma visão pautada no ponto de vista da equipe central de gestão da ESF. A realização de novos estudos, pontuando visões e vivências dos demais profissionais atuantes nas equipes da ESF e dos próprios usuários, permitirá a avaliação das práticas de gestão e dos pontos de vista diferenciados.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Saúde Paidéia. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.
3. Azevedo CS, Sá MC, organizadoras. Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
4. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revoluções das coisas e reforma das pessoas. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-87.
5. Campos GWS. Clínica e saúde coletivas compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 41-80.
6. Azevedo CC, Fernandes MIA, Carreiro TC. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2):410-20.
7. Barros MEB, Benevides R. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos Filho SB, Barros MEB, organizadores. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí; 2007. p. 61-71.
8. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1992.
9. Guimarães-Ximenes Neto FR, Coelho-Sampaio JJ. Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. Rev Gerenc Polit Salud. 2012; 11(22):76-91.
10. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 2000.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

12. Rosso CFW. Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde em Goiânia – GO. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de Goiás; 2012.

13. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.

14. Sulti ADC. As relações produzidas no cotidiano da gestão na estratégia saúde da família num dos municípios da região metropolitana da grande vitória: os discursos dos gestores. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.

15. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 243-251.

16. Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulg Saúde Debate*. 2000; 21(n. esp.):p.15-28.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: módulo I – observação na unidade de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

18. Lima RCD. Abordagens gerenciais em saúde. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2012 Nov 14-18. Mesa redonda. Porto Alegre, 2012.

19. Feuerwerker LCM, organizadora. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

Correspondência para/ Reprint request to:

Fernanda Nascimento Gomes

Av. Marechal Campos, 1468,

Marnipe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7287

E-mail: fernandangomes@hotmail.com

Submetido em: 14/01/2016

Aceito em: 20/03/2016

**National Bureau of Permanent
Negotiation: changing the
work of health professionals**

**| Mesa Nacional de Negociação
Permanente: transformando o
trabalho na Saúde Pública**

Abstract | Introduction: *The delivery of health services from the Brazilian National Health System (SUS) is now under the responsibility of the municipalities. With this change, work organization was negatively impacted, and health professionals undervalued.*

Objective: *To describe the process of creation and implementation of the National Permanent Negotiation Table (MNNP) of SUS.*

Methods: *The research is exploratory, using bibliographical and documentary sources.*

Results: *The Permanent Negotiating Table was created in 1993 and consolidated in 2003 in the context of the political articulations undertaken to fully implement it. The board meets regularly to encourage democratization in work organization and empowerment of health workers.*

Conclusion: *In the context of MNNP, health managers and health professionals work collaboratively to ensure a permanent dialogue on the rights and duties associated with SUS components.*

Keywords | *Collective Bargaining; Public Health; Health Workers.*

RESUMO | Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) transferiu para os municípios a responsabilidade de oferta dos serviços de saúde. Com isso, foram efetivadas formas de organização do trabalho que culminaram em uma precarização e desvalorização. **Objetivo:** Descrever o processo de criação e implantação da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP) do SUS. **Métodos:** A pesquisa é do tipo exploratória, utilizando fontes bibliográficas e documentais. **Resultados:** A Mesa de Negociação Permanente foi criada em 1993 e consolidada em 2003 em virtude do contexto de articulações políticas necessárias para sua implantação. Tem funcionado regularmente e trabalha com o processo de democratização e desprecarização do trabalho na saúde. **Conclusão:** Neste espaço da MNNP, a figura do gestor de saúde e do profissional de saúde trabalham no sentido de garantir o diálogo sobre os direitos e deveres dos componentes do SUS.

Palavras-chave | Negociação Coletiva; Saúde Pública; Trabalhadores da Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

²Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, no capítulo que descreve as políticas de saúde pública. É o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes redigidos em suas Leis Orgânicas¹. Esse novo sistema de saúde deveria, por um lado, atender o direito de cidadania por meio do acesso universal e integral da população a serviços; por outro, estar preparado para garantir o direito à cidadania política, por meio da obrigatoriedade universal do concurso público para provimento de cargos efetivos em todas as instituições da administração pública, incluindo os servidores da saúde². No entanto, sua implantação não garantiu de modo significativo esses direitos³.

O mercado de trabalho na área da saúde seguiu as tendências das relações adotadas pelo Brasil, com o predomínio da flexibilização e precarização dos vínculos trabalhistas. Essas tendências levam a um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de postos de trabalho no SUS com impacto na quantidade e qualidade dos serviços^{4,5}.

Dessa forma, a Reforma Sanitária e sua lógica de um sistema de saúde baseado na responsabilidade do Estado, tão brilhantemente discutida no processo de implantação do SUS, foram diluídos diante das opções econômicas e políticas dos governos, que privilegiaram as ações do mercado. Kantorski⁶ se refere a esse comportamento com as questões referentes à saúde, por parte do Estado, como um “abortamento”, que pode ser traduzido pela lentidão da sua regulamentação e valores baixos de financiamento.

Outro fator que merece destaque foi o processo de municipalização. Com a implantação do SUS, os municípios precisaram ampliar sua rede de atendimentos e se adaptar a ser empregador. Ocorreu então a expansão dos serviços e de mão de obra. Atualmente, os municípios são os maiores empregadores públicos⁶.

Com esse cenário político, surgem em 2003 mudanças em relação ao trabalho no SUS. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, trouxe como propostas a discussão sobre a contratação de recursos humanos para o trabalho e a formação de profissionais para o setor público. Paralelamente, como proposta de negociação entre os

trabalhadores públicos e gestores, ocorreu a consolidação de um espaço denominado Mesa de Negociação Permanente.

Destacamos que a Mesa teve sua criação no ano de 1993 por determinação do Conselho Nacional de Saúde. Mas em virtude do contexto político desfavorável, em período de ápice do neoliberalismo no País, precisou de duas novas implantações, uma, em 1996, e outra, em 2003. Está atualmente em funcionamento, vinculada à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/Ministério da Saúde).

Por entendermos a importância desse espaço coletivo para o trabalho em saúde, traçamos como objetivos deste estudo a descrição do processo de criação e implementação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).

MÉTODOS |

Estudo qualitativo do tipo exploratório, realizado em duas fases: bibliográfica e documental. Ao definirmos o tema e objetivos, iniciamos a identificação de conteúdos relacionados, com destaque para pesquisa em ambiente virtual, por meio da biblioteca disponibilizada pelo Scielo. Além dessa ferramenta, utilizamos bases de dados e sistemas em busca de arquivos eletrônicos publicados por universidades, com o intuito de acessar teses e dissertações. Outro local para busca de fontes bibliográficas foi o acervo da Biblioteca Universitária, disponível na Biblioteca Central e Setorial do Centro de Ciências da Saúde situados na Universidade Federal do Espírito Santo.

Além disso, recorreremos também aos acervos documentais contido nos sites do Ministério da Saúde e da *home page* da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS para acesso a informações contidas nas portarias, leis e decretos da implantação do Sistema Único de Saúde e do próprio espaço de negociação.

Para nos auxiliar na busca, utilizamos como descritores: 1) negociação coletiva: nessa pesquisa, encontramos literaturas principalmente relacionadas ao setor industrial e a contratos de trabalhos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). 2) Mesa de negociação permanente na saúde: nos direcionou para *home pages* específicas, tais como Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério

da Saúde, Observatório Recursos Humanos (RH) do SUS, *hotsite* Mesa Nacional de Negociação Permanente.

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética (parecer 850.040), sendo aprovada em 24/09/2014.

RESULTADO/DISCUSSÃO |

A história do processo de transformação e inovação nos serviços de saúde ocorreu principalmente nas décadas de 1980 e 1990, com o processo de Reforma Sanitária, construção e consolidação do Sistema Único de Saúde. Para gestores, trabalhadores e usuários, a construção desse novo sistema representou uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços de saúde, baseados em princípios e paradigmas como universalidade de acesso, integralidade da atenção à saúde, equidade, participação popular e descentralização. O SUS passou a ser “um sistema nacional, com foco na municipalização”⁷.

Com o processo de descentralização, ocorreu a transferência de serviços e gestão da força de trabalho para os municípios, levando a sua expansão numérica. Os municípios, então, passaram a ser os maiores gestores da força de trabalho do SUS⁵.

No entanto, a esfera municipal apresentou dificuldades, principalmente relacionadas a financiamento, e dependeu do fortalecimento de sua capacidade gestora. Essa fragilidade acabou expondo o trabalhador a situações de precarização do vínculo trabalhista⁵.

Outro ponto de fragilidade está nas relações de produção e contratação, pois o contingente de profissionais de saúde é amplo e diversificado. Entre elas, Marsiglia⁸ elenca: “Proprietários de empresas médicas, trabalhadores autônomos, trabalhadores assalariados do setor público ou privado, funcionários estatutários, trabalhadores celetistas, terceirizados ou trabalhadores em situação precária, descobertos pela legislação”.

Sobre a trajetória dos servidores públicos da saúde do SUS, Nogueira² argumenta que, a partir da década de 1990, com a implantação no SUS, era esperada a regulamentação das relações de trabalho de acordo com as normas previstas na Constituição. Os formatos dos contratos de trabalho seriam organizados, a carreira e o processo de ingresso seria

por concurso público. No entanto, o que ocorreu foi uma desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado.

As políticas neoliberais de Estado mínimo, associado aos interesses de privatização das empresas estatais e permissão para que a lógica lucrativa do mercado integre as políticas sociais (entre elas a de saúde), resultaram em desprezo e desqualificação dos serviços e dos servidores públicos. Os funcionários públicos são apresentados pela mídia e pelos defensores dessa política como responsáveis pela ineficácia dos serviços, e, por isso, não merecedor de valorização e cuidados^{2,3,8}. A precarização do trabalho no SUS contrariou a Constituição e gerou insegurança para o trabalhador na prestação de serviços⁷.

Dessa forma, o enxugamento da máquina pública e a restrição de concursos, aliados às demandas sociais por serviços públicos de saúde, encontraram um cenário que induziria a administração pública a contratar os trabalhadores de forma irregular. Com essa expansão, as formas precarizadas de contratos de trabalho encontraram o momento propício para sua proliferação^{2,4}. Mesmo para trabalhadores contratados por concursos públicos ainda pode ser verificada a instabilidade e interrupção no trabalho desenvolvido, particularmente nos momentos de mudança da administração pública⁸.

Machado⁷ destaca que a Reforma Sanitária se fez realidade e que o SUS se consolidou no que se refere ao sistema unificado de assistência e atenção à saúde. O financiamento foi em boa parte resolvido nas três esferas de governo. No entanto, aponta a negligência com a política de recursos humanos (RH), destacando a década de 1990 como perdida para os trabalhadores da saúde. Esse período é denominado pela autora como “antipolítica de RH”, pois, em sua consolidação, o SUS não se preocupou com seus trabalhadores nem elaborou uma efetiva política de proteção aos seus trabalhadores compatível com a concepção universalista.

Uma mudança positiva nas políticas de recursos humanos ocorreu em 2003, com o retorno aos princípios de que saúde e os trabalhadores que nela atuam são um bem público⁷. As medidas de regulamentação das forças de trabalho no âmbito federal estavam associadas a uma representação do Ministério Público (MP) contra o governo federal, que resultou na assinatura do Termo de Ajuste de Conduta (TAC), em 2002².

Outro fator que merece destaque foi a publicação da “Norma Operacional Básica – NOB-RH”. Essa foi uma denominação atribuída ao documento “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS”, aprovado pela 10ª Conferência Nacional de Saúde, sob a forma de Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 330, de 4 de novembro de 2003. A política informa que, para a consolidação do SUS, é necessário descentralização, financiamento, controle social e gestão do trabalho, que até o momento não havia recebido destaque. O objetivo de sua implantação foi valorizar o trabalhador e promover fidelização das equipes com o trabalho multidisciplinar e multissetorial⁹.

Rollo³ aponta outro avanço significativo na valorização dos trabalhadores da saúde, retratado no Pacto pela Saúde (Vida, Gestão e Em Defesa do SUS), aprovado na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), fórum que congrega gestores do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e Ministério da Saúde, publicado pelas portarias ministeriais nº 399/ 2006 e nº 699/2006^{10,11}. No seguimento “Pacto pela Gestão” nos apresenta proposta para o eixo gestão do trabalho e da educação em saúde, com diretrizes para serem pactuadas e desdobradas em compromissos e metas. Entre eles citamos: desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS, desenvolvimento de ações que possam adotar vínculos de trabalho com a garantia de direitos previdenciários e sociais; estímulo à criação de processos de negociação entre trabalhadores e gestores, mediante a instalação das Mesas de Negociação Permanente^{10,3}.

Como consolidação das propostas elaboradas no Pacto pela Saúde, temos a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), como componente do Ministério da Saúde, em 2003. Podemos dizer que esse é o principal instrumento para mobilizar o trabalho, a formação e a educação permanente no setor saúde, tendo como responsabilidade a formulação de políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores, e da regulação profissional na área da saúde no Brasil^{12,13}.

Para a inserção da educação e do trabalho, a SGTES foi dividida em dois segmentos: o Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES), visando garantir de forma efetiva e significativa cursos de qualificação, formação técnica e pós-graduação, com vista à integralidade e ao

desenvolvimento da humanização da atenção em saúde; e o Departamento da Gestão do Trabalho em Saúde (DEGETS), com o objetivo de planejar e formular políticas de gestão e força de trabalho para o SUS^{13,14}. A SGTES definiu políticas no campo da gestão do trabalho e da saúde para o efetivo desempenho do SUS que deveriam estar articuladas com as instâncias federativas e desenvolver papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde. O Ministério da Saúde passaria a assumir o papel de gestor federal do SUS, no que se refere a políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde, envolvendo um movimento de articulação entre trabalho e educação^{13,14}.

Dentro da estrutura organizacional da SGTES, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGETS) foi criado para contribuir na melhoria das condições de trabalho e da qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde¹². Entre as atribuições desse departamento, merecem destaque a implementação de diretrizes para o Plano de Cargos e Salários do SUS, desprecarização dos vínculos de trabalho e apoio a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Assim, a formação, desenvolvimento profissional e regulação do trabalho devem levar em conta o ensino, a gestão do SUS e o controle social no setor, estimulando e desencadeando novo perfil de trabalhadores e gestores¹⁴.

Com relação às frentes de atuação do DEGETS, destacamos os trabalhos da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). Este é um fórum paritário e permanente de negociação entre gestores públicos, prestadores de serviços privados da saúde e entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores da saúde¹².

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde é um marco estabelecido pelo Ministério da Saúde no que diz respeito à valorização dos trabalhadores do setor público. A esta secretaria foi delegado o papel de incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão de recursos humanos. Além disso, cabe também a função de negociação do trabalho em saúde com os segmentos de governo e trabalhadores¹⁵.

A negociação coletiva é apontada como uma forma direta, flexível, espontânea e rápida de resolver conflitos coletivos¹⁶. Pode ser entendida também como forma

de desenvolvimento de poder normativo dos grupos sociais, que se destina à formação consensual de normas e condições de trabalho que serão aplicadas a um grupo de trabalhadores¹⁷.

No setor público o conceito esbarra no princípio de autoridade e contrato, pois o Estado possui natureza múltipla, ocupando simultaneamente o papel soberano do poder público e de empregador. Isso resulta em uma dinâmica diferenciada, pois as relações entre servidor e Estado não são regidas exclusivamente pela produtividade e condições de trabalho. Dessa forma, a tolerância do Estado em compartilhar com sindicatos decisões sobre condições de trabalho é vulnerável a pressões políticas acerca do controle econômico e social, bem como da conjuntura política relacionada ao grau de popularidade, em especial quando se trata de aspectos críticos, como remuneração, plano de cargos e salários entre outros¹⁸.

Nesse contexto, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) é a experiência principal e duradoura no âmbito da gestão pública, marcando as relações de trabalho na esfera federal, nas instituições de saúde e de ensino, sindicato, governos e organizações. Sua instituição, atualmente, está pontuada na NOB-RH e no Pacto pela Saúde^{9,11}.

A NOB-RH reformulada e publicada em 2005 estabeleceu prazo de um ano para a implantação da Mesa pelos estados e municípios: “Fica definida a instalação, no prazo de um ano após a publicação desses princípios e diretrizes, de Mesas Permanentes de Negociação, vinculadas aos respectivos Conselhos de Saúde, com composição paritária (gestores ou prestadores de serviços de saúde com os trabalhadores), em todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando o mesmo nas instituições prestadoras de serviços de saúde ao SUS e nas entidades sindicais representantes dos trabalhadores. Os estados e municípios terão o prazo de 12 meses, a partir da publicação desses princípios e diretrizes, para encaminharem à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), documento formal de constituição das Mesas Permanentes de Negociação assinada por todos os membros”⁹.

As iniciativas de formulação e implantação da Mesa de Negociação Permanente datam de 1993, via resoluções do Conselho Nacional de Saúde (órgão colegiado que congrega representantes do governo e sociedade civil, além

de trabalhadores). A primeira resolução data de 06 de maio de 1993, sendo publicadas posteriormente duas resoluções para ratificar sua reinstalação em 3 de julho de 2007 e 4 de novembro de 2003¹⁸.

As competências da MNNP-SUS envolvem o tratamento consensual de conflitos e das demandas decorrentes dos vínculos funcionais e de trabalho. Quando não há consenso entre as partes, as proposições divergentes são encaminhadas para apreciação do Conselho Nacional de Saúde^{19,20}. A pauta permeia os assuntos: implantação de planos de cargos e carreiras, desprecarização do trabalho, estruturação e qualificação da área de gestão do trabalho e da educação na saúde¹².

Militão¹⁷, baseado na ratificação de instalação da mesa, divide o processo em três fases: a primeira, compreendendo o período de 1993 a 1996, com a criação e instalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS); a segunda, no período de 1997 a 2002, com a reativação da mesa de negociação, e, por último, em 2003, quando temos uma nova reativação e a consolidação do espaço no âmbito nacional. Seguimos essa proposta para fins de entendimento político de cada fase.

No âmbito do SUS, a negociação coletiva ganhou força por meio do movimento sindical, abrangendo todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Esse processo pretendia inovar a negociação sindical na administração pública, formalizando o processo com servidores públicos e negociando, simultaneamente, com várias categorias. A concepção norteou o delineamento do processo no SUS, pois previa a negociação nacional, acompanhada por negociações estaduais e municipais, por meio do sistema de Mesas¹⁷.

Dessa forma, foi proposta a instituição da primeira Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS), com o objetivo de estabelecer fórum de negociação entre gestores e trabalhadores do SUS. Sua criação foi legitimada pela plenária nacional do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua vigésima quarta reunião ordinária, por meio da Resolução nº 52, de 6 de Maio de 1993, tendo como Ministro da Saúde Jamil Haddad^{13,17,18,21}. A proposta de criação da Mesa partiu dos componentes das entidades sindicais integrantes do Conselho, e a resolução sobre a negociação coletiva foi aprovada na 9ª Conferência Nacional de Saúde²⁰.

A resolução estabelecia que o governo federal, estados e municípios estabelecessem processos permanentes de negociação coletiva com as entidades sindicais de trabalhadores da saúde²⁰. Ainda descrevia a constituição da Mesa como espaço paritário, em que participavam 11 representantes da gestão e 11 representantes de entidades dos trabalhadores da saúde. Como pontos de pauta deveriam incluir: salários (reajuste, reposição, isonomia); jornada de trabalho no SUS; carreira de saúde; direitos e conquistas sindicais nas reformas de estrutura dos SUS; mecanismos de gestão de recursos humanos no SUS; entre outros^{18,21}. Sua instalação ocorreu efetivamente em 28 de setembro de 1994, com a portaria 1713²⁰.

A própria resolução atribuiu a iniciativa do Ministério da Saúde para convocar e instalar a primeira reunião da Mesa. Também foi assegurada autonomia para elaborar o seu próprio regimento interno e estabelecer calendários para as reuniões. A criação da Mesa visava melhorar as condições de trabalho e o relacionamento hierárquico dentro das instituições públicas; melhorar o desempenho e a eficácia profissional dos quadros funcionais e a resolutividade dos serviços prestados à população e promover cooperação técnica entre Estados, Distrito Federal e Municípios. Assim, o regimento criava a cultura de negociação permanente do trabalho nos serviços públicos¹⁷.

Apesar de a MNNP-SUS ter sido criada formalmente a partir de uma resolução do CNS, não fazia parte da estrutura organizacional e não mantinha vinculação com o Ministério da Saúde nem mantinha subordinação ao Conselho. Isso preservava a autonomia e independência de funcionamento como uma das características fundamentais e inerentes ao espaço de negociação trabalhista. No entanto, regimentalmente o controle social era a instância mediadora quando ocorriam impasses na negociação¹⁷.

A Mesa funcionou regularmente até o final de 1994, sendo desarticulada em 1995 com a mudança no governo federal.

Em 1997, a Mesa de Negociação é novamente reinstalada em instância nacional, por iniciativa do Conselho Nacional de Saúde, por meio da resolução 229 de 03 de julho de 1997. Apresentava os mesmos objetivos pautados na resolução n.º. 52/1993. A composição continua paritária, mas com diminuição das representações de 11 para 09 participantes^{17,20,22}.

Com as adversidades do cenário político, a Mesa enfrentava dificuldades de ordem estruturais e conjunturais, e o seu funcionamento não era regular. O funcionamento era nas dependências do CNS, com o apoio da própria secretaria executiva. Além disso, nas reuniões, eram comuns ausências, principalmente dos representantes governamentais, e dificuldade em apresentar pauta sobre reivindicações com um governo que se opunha a sindicatos. A consequência foi a desmotivação da bancada de trabalhadores e dos demais empregadores¹⁷.

Em 2003, em virtude da conjuntura política teve início o movimento de reativação do processo de negociação.

A Mesa entra novamente em declínio no fim dos anos 90 e início da década de 2000. Mesmo participado de forma marcante nas negociações para elaboração e aprovação das Diretrizes para a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-RH) e de algumas tentativas, intermediando soluções de conflitos da relação de trabalho nas três esferas, não conseguiu sobreviver ao esvaziamento por parte dos gestores¹⁷.

Machado et al.¹⁹ concorda com o descrito e acrescenta que a desativação da Mesa durante toda a década de 1990 ocorreu por “absoluta falta de vontade política dos governos da época”.

A Mesa Nacional Negociação Permanente-SUS foi novamente descrita como um espaço de negociação que envolvia o Governo Federal, gestores estaduais e municipais, prestadores de serviço e trabalhadores do SUS, de forma paritária (atualmente composta por 11 membros)^{20,23}.

De acordo com Machado et al.¹⁹, a Mesa tem “[...] suas bases no conceito de controle social, fundamentada nos princípios constitucionais da legalidade, moralidade, impessoalidade, qualidade dos serviços, participação, publicidade e liberdade sindical. As decisões são tomadas em reuniões ordinárias e, às vezes, extraordinárias, mediante consenso entre seus membros”.

Para sua reativação, contou com a aprovação unânime do Conselho Nacional de Saúde, por meio da resolução 331, de 4 de novembro de 2003. O objetivo era tratar todos os assuntos, discussões e conflitos pertinentes à força de trabalho. O processo negociação permanente é essencial para o sucesso da política de gestão do trabalho na saúde e, por isso, está pautado na NOB-RH^{19,20}.

Esse período foi marcado por inovações, como a implantação do plano de cargos, carreiras e vencimentos (PCCS), formação e qualificação profissional, jornada de trabalho, política de saúde do trabalhador do SUS, critérios de liberação de dirigentes e formas de contratação no serviço público, instalação de mesas estaduais e municipais para exercer mandato sindical, seguridade de servidores, precarização do trabalho de negociação e reposição de força de trabalho no SUS^{3,17,20,23}.

A Mesa ganhou caráter permanente no que diz respeito ao seu funcionamento. A sua retomada é caracterizada pelo momento favorável para se estabelecer uma política de redemocratização das relações de trabalho no setor público¹⁷.

De acordo com Klein²⁰, seu regimento interno da Mesa adotava como preceitos democráticos a confiança recíproca, boa-fé, honestidade de propósitos e flexibilidade para negociar, bem como a obrigatoriedade das partes em buscar negociação quando houver solicitação por qualquer delas.

A Mesa Nacional compreende uma estrutura horizontal, representada pelas comissões temáticas e grupos técnicos com finalidade de subsidiar discussões e, vertical,

representada pelo Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP), responsável pelo funcionamento da Mesa Nacional e das Mesas Estaduais e Municipais^{19,20}.

O SINNP-SUS foi instituído formalmente pela Mesa Nacional de Negociação Permanente por meio do Protocolo 03/2005. O Ministério da Saúde conceitua como: “Sistema constituído pela articulação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, devidamente regulamentada e atuante nos níveis federal, estadual, regional e municipal, respeitando a autonomia de cada ente político. [...] tem como objetivo promover a articulação e integração entre as Mesas de Negociação, implantar novas metodologias para o aprimoramento do processo de negociação do trabalho no SUS e acompanhar, por meio da Secretaria Executiva da Mesa Nacional, os processos de negociação no SUS. Dessa forma, pretende-se contribuir para a consolidação de uma cultura de negociação, promovendo a democratização das relações de trabalho no âmbito do SUS”¹⁴.

As competências da MNNP-SUS envolvem o tratamento consensual de conflitos e das demandas decorrentes dos vínculos funcionais e de trabalho. Quando não há consenso entre as partes, as proposições divergentes são

Quadro 1 - Histórico de implantação da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS)

| Resolução do CNS | Fase | Período | Destaques |
|-------------------|--------------|----------------------|---|
| Resolução nº. 52 | Criação | 1993-1996 | <ul style="list-style-type: none"> - Institui a MNNP/SUS. - Composição: 11 representantes dos gestores e 11 representantes dos trabalhadores. - Pauta: Salário, jornada de trabalho no SUS, carreira de saúde, direitos e conquistas sindicais nas reformas da estrutura do SUS e mecanismos de gestão de Recursos Humanos para o SUS. - Período de funcionamento: final de 1994. |
| Resolução nº. 229 | Reativação | 1997-2002 | <ul style="list-style-type: none"> - Reinstalação da MNNP/SUS. - Composição: 9 representantes dos gestores e 9 dos trabalhadores. - Mantém os objetivos da resolução anterior. - Período de funcionamento: até o fim da década de 1990. |
| Resolução nº. 331 | Consolidação | 2003 aos dias atuais | <ul style="list-style-type: none"> - Reinstalação da MNNP/SUS. - Composição: 11 representantes dos gestores públicos, 02 patronais do setor privado e 13 representantes dos trabalhadores. - Negocia os temas contidos na NOB/RH/SUS: carreira no SUS, formação e qualificação, jornada de trabalho no SUS, saúde do trabalhador da saúde, critérios para liberação de dirigentes para exercer mandato sindical, seguridade dos servidores, precarização do trabalho (formas de contratação e ingresso no serviço público), instalação de Mesas municipais e estaduais, reposição da força de trabalho no SUS. |

encaminhadas para apreciação do Conselho Nacional de Saúde^{19,20}.

Para seu funcionamento, a MNNP-SUS pode ter seus trabalhos acompanhados por um facilitador, acordado entre as partes. Esse facilitador deve ter experiência em negociação coletiva, bem como resolver questões e impasses da Mesa, sem atuar no mérito da questão tratada; e em caso de impasse, pode ainda ser nomeado um assessor técnico para viabilizar o processo de negociação^{19,20}. Destacamos que as reuniões ordinárias ocorrem mensalmente.

Dessa forma, Machado et al.¹⁹ se referem à consolidação da Mesa de Negociação como um dos “caminhos que têm levado a melhores soluções para os diversos problemas existentes na relação capital *versus* trabalho”. Por meio da negociação direta entre partes, surgiram soluções de problemas e a necessidade de demanda judicial, otimizando o tempo e energia, fundamentais para o bom funcionamento do SUS.

Para melhor compreensão, agrupamos as fases em análise dispostas em um quadro comparativo (Quadro 1).

CONCLUSÃO |

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão do trabalho em saúde não foi colocada como prioridade na construção da política pública. Para sua execução, a mão de obra ainda é contratada de diversas formas, o que se traduz por fragmentação e precarização do trabalho. Mudanças nessa concepção surgiram com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação vinculado ao Ministério da Saúde.

Paralelamente a essa criação, temos formalizado para discussão do trabalho, entre outras particularidades, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS). Esse é um espaço que estabelece mecanismos de tratamento de conflitos, mesmo sem base legal definida. Seu propósito é fomentar um projeto coletivo de democratização do trabalho na saúde.

O objetivo da participação desses atores é estabelecer um processo de entendimento entre gestores públicos, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. Isso expressa um avanço na construção de uma nova forma de relações de trabalho no

setor saúde, respaldado nos princípios do SUS e na valorização da força de trabalho, resultando, assim, em melhoria da assistência integral à saúde da população.

Sem dúvida, esse é um espaço legítimo de negociação. Entretanto, foram necessários três momentos para implantação do espaço. Destaco nesse ponto o contexto político, favorável apenas em 2003 para sua consolidação. Nesse espaço, a figura do gestor de saúde e trabalhador de saúde trabalha no sentido de garantir o diálogo sobre os direitos e deveres dos componentes do SUS.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Nogueira RP. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. *Serv Soc Soc.* 2007; 87:1-14.
3. Rollo AA. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? In: Santos Filho SB, Barros MEB, organizadores. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.* Ijuí: Unijuí; 2007. p.19-61.
4. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(6):1667-76.
5. Machado MH, Koster I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil. As políticas de despreciação do Sistema Único de Saúde. In: Assunção AA; Brito J. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.195-215.
6. Kantorski LP. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas questões preliminares. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 1997; 5(2):5-15.
7. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima NT, organizadora. *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 257-80.
8. Marsiglia RMG. Prefácio. In: Assunção AA; Brito J.

Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 9-13.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p.146-201.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 202-9.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2013. Disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento_gestao_regulacao_trabalho_saude.pdf>.

13. Pierantoni CR, coordenadora. Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

15. Arias EHL, Vitalino ES, Machado MH, Botelho ZGA, Luporini MFM. Gestão do trabalho no SUS [Internet]. Cad RH Saúde. 2006 [acesso em 24 nov. 2015]; 3(1):112-7. Disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>.

16. Teixeira MC. Negociação coletiva de trabalho no serviço público. Dissertação [Mestrado em Direito] – Universidade de São Paulo; 2007.

17. Militão JBS. A negociação coletiva do trabalho no SUS. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.

18. Baraldi S. Negociação Coletiva em Saúde: uma visão geral sobre o tema e suas características na administração

publica no Brasil e em outros países. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Universidade Federal de Brasília: Brasília, 2005 [acesso em 25 ago. 2014]. Disponível em: URL: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Negociacao_coletiva.pdf>.

19. Machado MH, Aguiar Filho W, Zamberlan FX, Ribeiro SB, Mendonça EP. Mesa de Negociação como instrumento para a Gestão do trabalho no SUS [Internet]. Cad RH Saúde. 2006 [acesso em 28 set. 2014]; 3(1):134-41. Disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>.

20. Klein SB. Negociação coletiva de trabalho no setor público: questões doutrinárias e experiências internacionais e brasileiras após a Constituição de 1988. In: Horn CH, Cotanda FC, organizadores. Relações de trabalho no mundo contemporâneo: ensaios multidisciplinares. Porto Alegre: UFRGS; 2011. p. 341-79.

21. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n.º 52, de 06 de maio de 1993. Institui a Mesa Nacional de Negociação, dispendo suas atribuições e composição. Diário Oficial da União 26 maio 1993;Seção 1.

22. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n.º 229, de 08 de maio de 1997. Aprova a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação bem como a composição das representações. Diário Oficial da União 04 maio 1997;Seção 1.

23. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n.º. 331, de 04 de novembro de 2003. Ratificar o Ato de Reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS-MNNP-SUS. Diário Oficial da União 04 dez 2003;Seção 1.

Correspondência para/Reprint request to:

Elisagela Coco dos Santos
Av. Central, 265, Condomínio Recanto das Ilhas, Casa 33,
Colina de Laranjeiras, Serra/ES, Brasil
CEP: 29167-113
Tel.: (27) 99689761
E-mail: elisacoco@gmail.com

Submetido em: 12/01/2016

Accepto em: 20/03/2016

**Accessibility and use
in primary health care:
reflections about user's
absenteeism**

| Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários

ABSTRACT | Introduction: *Universal and equitable access at all levels of care are the core principles of the Brazilian National Health System (SUS) and is seen as a major contributor to reducing social inequalities in health, and such principles should be clearly met in the daily health practices.*

However, SUS is faced with the paradox of the need for expansion in certain areas and the underutilization in others. Objective: To analyze the incidence of absenteeism of Primary Care users in a city in the state of Espírito Santo. Methods: This is a descriptive study with a quantitative approach, using secondary data from the Health Department of the Municipality of Vila Velha (ES) for analysis, covering the years 2014 and 2015.

Results: *In 2014, for the 250.547 appointments scheduled, there were 33.716 absences (13.45%), while in 2015, for 250.315 consultations scheduled, 29.571 were cancelled due to the absences of users (11.81%).*

Conclusion: *The relationship between non-attendance rates of users to scheduled appointments in health units, population income and type of health services should be further investigated. It is critical to devise research-informed strategies to reduce absenteeism or mitigate its negative impacts.*

Keywords | *Primary Health Care; Access; Absenteeism of health users*

RESUMO | Introdução: O acesso universal e equânime em todos os níveis de assistência está na base do sistema de saúde brasileiro e se apresenta como importante condição para redução das desigualdades sociais na saúde e como um desafio a ser assegurado no cotidiano das práticas de saúde. À medida que existe a preocupação com a ampliação de serviços para garantir o acesso, sua subutilização revela um paradoxo. **Objetivo:** Analisar a incidência de absenteísmo dos usuários na Atenção Básica em um município do estado do Espírito Santo. **Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários do sistema de informação da Secretaria de Saúde do Município de Vila Velha, Espírito Santo, nos anos de 2014 e 2015. **Resultados:** Em 2014, foram agendadas 250.547 consultas e ocorreram 33.716 faltas de usuários, representando 13,45% de absenteísmo. Em 2015, foram agendadas 250.315 consultas, dessas 29.571 não ocorreram devido ao absenteísmo dos usuários, totalizando 11,81%. **Conclusão:** A relação entre os índices de não comparecimento dos usuários às consultas agendadas nos serviços de saúde e as características relacionadas ao rendimento da população e tipologia das Unidades de Saúde apontam para a relevância dessa temática e a importância de se aprofundar na complexidade causal, a fim de propor ações efetivas para reduzir o absenteísmo ou mitigar seus impactos negativos, assegurando o acesso universal ao Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave | Atenção Primária à Saúde; Acesso; Absenteísmo dos usuários da saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O acesso universal e equânime em todos os níveis de assistência está na base do sistema de saúde brasileiro e se apresenta como importante condição para redução das desigualdades sociais na saúde¹ e como um desafio a ser assegurado no cotidiano das práticas de saúde.

À medida que existe a preocupação com a ampliação de serviços para garantir o acesso, importante destacar que sua subutilização revela um paradoxo. Essa contradição lógica ou aparente falta denexo evidencia a necessidade de se aprofundar no diagnóstico do absenteísmo dos usuários nos serviços de saúde. A análise sobre a relevância dessas faltas dos usuários é considerada estratégica para melhorar a gestão dos serviços públicos de saúde.

O absenteísmo dos usuários no sistema de saúde configura-se numa realidade usual e, em determinadas circunstâncias, ocorre em grandes proporções, atingindo mais de 50% de faltas²⁻⁴.

Segundo o Dicionário Michaelis⁵, o termo “absenteísmo” significa o hábito de estar ausente da pátria ou do emprego, ou ainda, uma ausência premeditada. Nos assuntos relacionados à saúde, este termo é mais frequentemente utilizado para fazer referência à falta dos profissionais em seu ambiente de trabalho. Porém, observa-se, em estudos mais recentes, uma ampliação na aplicabilidade desse termo, estendendo-se também ao fenômeno das faltas dos usuários aos serviços de saúde⁴.

Uma análise preliminar de pesquisas sobre este tema evidencia que alguns trabalhos focalizam o absenteísmo voltado para o não comparecimento dos usuários aos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, destacando-se cirurgias eletivas, consultas e exames de média e alta complexidade e envolvendo principalmente a odontologia^{2-3; 6-8}.

Dados de pesquisas acadêmicas ou de relatórios de gestão afirmam que o índice de não comparecimento de usuários às consultas e exames agendados no Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se com um panorama preocupante, pois de forma geral este é sempre próximo ou superior a 25%^{4,8}.

A partir de informações em jornais e em outros meios de comunicação virtuais, Oleskovicz e colaboradores⁴ relataram que, em lugares como o Amazonas, ocorrem 37%

de faltas às consultas; no ABC Paulista e em Uberlândia, ocorrem 25% de faltas; na cidade de São Paulo, a espera por exames de ultrassom é de três meses, mas 40% das vagas ficam ociosas.

Outras pesquisas também ressaltam o absenteísmo dos usuários. Uma delas relata a ocorrência de 41,6% de faltas dos usuários encaminhados ao serviço de odontologia⁹. Em Florianópolis, pesquisadores identificaram o não comparecimento de 34,4% dos usuários encaminhados de uma unidade de saúde de para as consultas com especialistas², ao passo que em João Pessoa foi relatado 32,8% de faltas às consultas encaminhadas aos serviços de especialidades em 2009 e, 39,8%, em 2010, indicando uma tendência crescente desse fenômeno⁶. No Rio de Janeiro, outra pesquisa revelou 48,9% de não comparecimento às consultas em duas equipes de ESF⁷. No Espírito Santo, registros oficiais evidenciam que, em 2014, 40% do total de consultas e exames de média e alta complexidade ofertados mensalmente foram desperdiçados pelo não comparecimento¹⁰.

Diante desse fenômeno, este estudo tem como objetivo analisar a incidência de absenteísmo dos usuários na Atenção Básica em um município do estado do Espírito Santo.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários do sistema de informação da Secretaria de Saúde do Município de Vila Velha, Espírito Santo, nos anos de 2014 e 2015. A coleta de dados realizou-se em dois momentos, sendo uma realizada em fevereiro de 2015 e, outra, em fevereiro de 2016. Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada ‘Análise do acesso e absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde em um município do Espírito Santo’.

O município de Vila Velha possui 440.705 habitantes e sua organização político-administrativa do município compreende cinco Regiões Administrativas: Região I - Vila Velha Centro; Região II - Ibes; Região III - Aribiri/Argolas; Região IV - Cobilândia/São Torquato; Região V – Jucu¹¹.

O município possui em seu território 18 Unidades de Saúde (sendo nove Unidades com Estratégia Saúde da Família

(ESF) e outras nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de um Hospital Municipal, um Centro Municipal de Atenção Secundária, dois pronto-atendimentos, um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS¹¹.

As características das cinco regiões com relação à renda média, número e tipo de unidades de saúde e população são descritas no Tabela 1.

Destaca-se que a Região I apresenta a maior média do município e o maior número de habitantes (36% da população geral do município). A região II abrange 16,9% da população e apresenta o segundo maior rendimento do município. A região III possui a menor renda média de Vila Velha e abrange 16,7% da população. As regiões IV e V abarcam, respectivamente, 16% e 14,4% da população geral do município¹¹.

A análise dos dados foi realizada por meio de análises estatísticas descritivas, com cálculo de frequências

Tabela 1 - Características das regiões de saúde, segundo renda média, unidades de saúde e população adscrita

| Região de Saúde | Renda Média | Tipos de Unidades | Unidades de Saúde | População Adscrita |
|-----------------|--------------|-------------------|------------------------|--------------------|
| I | R\$ 1.881,36 | UBS Tradicional | Coqueiral de Itaparica | 81.981 |
| | | | Glória | 91.374 |
| II | R\$ 1.374,57 | ESF | Araçás | 16.968 |
| | | | Ibes | 18.286 |
| | | | Jardim Colorado | 10.023 |
| | | | Vila nova | 19.380 |
| | | | Dom João Batista | 26.316 |
| III | R\$ 951,92 | UBS Tradicional | Paul | 15.531 |
| | | | Santa Rita | 26.658 |
| | | | Vila Garrido | 9.532 |
| | | | Jardim Marilândia | 36.688 |
| IV | R\$ 1.107,24 | UBS Tradicional | São Torquato | 10.390 |
| | | | Vale Encantado | 12.853 |
| V | R\$ 1.148,94 | ESF | Barra do jucu | 10.515 |
| | | | Barramares | 14.852 |
| | | | Ponta da Fruta | 8.543 |
| | | | Terra Vermelha | 18.236 |
| | | | Ulisses Guimarães | 12.579 |

Tabela 2 - Consultas anuais agendadas e absenteísmo dos usuários ocorridos nos anos de 2014 e 2015 segundo a região, unidades de saúde e população adscrita

| Região de Saúde | Unidades de Saúde | Consultas agendadas | | Absenteísmo | |
|-----------------|------------------------|---------------------|----------------|------------------------|------------------------|
| | | Ano 2014 | Ano 2015 | Ano 2014 | Ano 2015 |
| I | Coqueiral de Itaparica | 24.601 | 21.521 | 4.972 (20,21%) | 3.346 (15,54%) |
| | Glória | 55.315 | 39.208 | 13.829 (25%) | 8.253 (21,04%) |
| II | Araçás | 16.724 | 16.045 | 593 (3,55%) | 583 (3,54%) |
| | Ibes | - | 8.369 | - | 1.684 (20,12%) |
| | Jardim Colorado | 1.778 | 3.656 | 234 (13,16%) | 118 (3,23%) |
| | Vila Nova | - | 6.120 | - | 272 (4,44%) |
| III | Dom João Batista | 24.907 | 24.944 | 1.010 (4%) | 1.735 (6,95%) |
| | Paul | 17.361 | 17.625 | 1.495 (8,61%) | 1.958 (11,11%) |
| | Santa Rita | 19.153 | 19.070 | 339 (1,77%) | 265 (1,39%) |
| | Vila Garrido | 5.852 | 8.017 | 795 (13,59%) | 395 (4,93%) |
| IV | Jardim Marilândia | 29.438 | 32.564 | 5.123 (17,4%) | 5.841 (17,94%) |
| | São Torquato | 16.895 | 18.780 | 2.127 (12,59%) | 3.916 (20,85%) |
| | Vale Encantado | 18.222 | 14.317 | 2.114 (11,6%) | 396 (2,77%) |
| V | Barra do Jucu | 850 | - | 185 (21,76%) | - |
| | Barramares | - | - | - | - |
| | Ponta da Fruta | 6.849 | 5.920 | 313 (4,57%) | 124 (2,1%) |
| | Terra Vermelha | 11.717 | 13.943 | 459 (3,92%) | 601 (4,31%) |
| | Ulisses Guimarães | 885 | 216 | 128 (14,46%) | 84 (38,89%) |
| Total | | 250.547 | 250.315 | 33.716 (13,45%) | 29.571 (11,81%) |

absoluta e relativa, utilizando o *software Microsoft Excel*, versão 2010.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Veiga de Almeida e aprovado sob o parecer nº 876.415, em 18/11/2014.

RESULTADOS |

Com relação ao número total de consultas e absenteísmo por ano, nas Unidades de Saúde, no município de Vila Velha, em 2014, foram agendadas 250.547 consultas e ocorreram 33.716 faltas de usuários, representando 13,45% de absenteísmo. Em 2015, foram agendadas

250.315 consultas, dessas 29.571 não ocorreram devido ao absenteísmo dos usuários, totalizando 11,81% (Tabela 2).

De acordo com a Região de Saúde, em 2014, as Unidades de Saúde da Região I apresentaram maior percentual de faltas, com 23,5% do total de agendamentos; seguidas pelas unidades da região IV, com 14,5% de faltas; da região III, com 5,4%; região V, com 5,34%; e Região II, com 4,46%.

As regiões que apresentaram maior número de absenteísmo dos usuários às consultas, no ano de 2015, foram novamente as Regiões I e IV, com 19% e 15,4%, respectivamente. A Região II apresentou 7,8% de absenteísmo, a Região III apresentou 6,2% e a Região V apresentou 4% de absenteísmo.

Com relação às disparidades entre as unidades das regiões de saúde, percebe-se que a maior incidência de absenteísmo ocorreu na unidade da Glória, localizada na Região I (que possui a maior renda média do município), com 25% de absenteísmo em 2014 e 21,04% em 2015. Em contrapartida, a menor incidência de absenteísmo no município ocorreu na unidade de Santa Rita, com 1,77%, em 2014, e 1,39%, em 2015, localizada na Região III, cuja renda média é a menor do município.

Chama a atenção o fato de as duas unidades da Região I apresentarem uma taxa de absenteísmo acima de 15% ao ano, ou seja, maior do que a média do município nos dois anos estudados. Cabe salientar que, juntas, as duas unidades dessa região (que são unidades básicas de saúde do modelo tradicional) possuem população adscrita de 173.355 habitantes, o que representa mais de 1/3 dos habitantes do município (35,8%).

Ao comparar os dois anos estudados, observa-se que houve redução de 12,5% de consultas agendadas em Coqueiral de Itaparica e redução de 29,1%, na Glória. No entanto, as taxas de absenteísmo não acompanharam esta proporção, apresentando redução de menos de 5% entre os anos de 2014 e 2015.

Diferentemente do que ocorre na Região I, cuja renda média é a maior do município, a Região III possui a menor renda média e, no entanto, apresentou taxa de absenteísmo de 5,4%, em 2014, e 6,2%, em 2015.

Vale destacar que, no período entre 2014 e 2015, o número de agendamentos nas unidades da Região III (que também

são unidades básicas de saúde do modelo tradicional) aproxima-se do número da população adscrita, sendo que, na Unidade de Paul, os agendamentos anuais ultrapassam os números da própria população.

Ainda neste contexto, duas das três Unidades de Saúde da Região IV realizaram agendamento de consultas por ano superior ao número da população adscrita em seu território.

As Regiões I, III e IV, que compreendem as Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional, apresentaram maior taxa de absenteísmo quando comparadas às Regiões II e V, cujo território é atendido por Unidades de Saúde com ESF.

DISCUSSÃO |

O presente estudo revelou uma incidência de absenteísmo nas unidades básicas do município de Vila Velha, no período de 2014 a 2015, abaixo da encontrada na literatura, e evidenciou que a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde no município estudado variaram de acordo com a renda média e a tipologia das Unidades das Regiões de Saúde. Ressalta-se que a maioria das pesquisas publicadas sobre as faltas de usuários focalizam os serviços de especialidades, destacando-se as cirurgias eletivas, consultas e exames de média e alta complexidade e envolvendo principalmente a odontologia^{2-3; 6-9}.

O termo acessibilidade relaciona-se a um conjunto de características da oferta de serviços que facilitam ou dificultam o uso por usuários em potencial, ou seja, a capacidade do usuário em obter o cuidado quando necessário, de forma fácil e conveniente, podendo levar a situações de desajuste entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços¹². De acordo com Thiede, Akewengo e McIntyre¹³, o acesso aos serviços de saúde é composto por três dimensões inter-relacionadas: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. Atualmente, as principais características do acesso à saúde podem ser englobadas em quatro dimensões, sendo a disponibilidade e o poder de pagamento as duas mais tangíveis, e a aceitabilidade e a informação as outras duas menos tangíveis¹⁴.

Nas Regiões de Saúde, em ambos os períodos do estudo, as maiores incidências de absenteísmo do município ocorreram

nas Unidades de Saúde da Região I, a qual possui a maior renda média do município de Vila Velha. Nesta região, a maior incidência de falta às consultas agendadas ocorreu na Unidade da Glória, que abrange o maior percentual da população geral do município. Cabe salientar que, juntas, as duas Unidades desta Região (que são Unidades Básicas de Saúde, no modelo tradicional) possuem população adscrita de 173.355 habitantes, o que representa mais de 1/3 dos habitantes do município (35,8%). Em contrapartida, a menor incidência de absenteísmo no município ocorreu na unidade de Santa Rita, localizada na Região III, cuja renda média é a menor do município.

A necessidade de saúde é o principal determinante do uso dos serviços de saúde, porém ela não é homogênea entre os grupos sociais¹. A correlação direta da maior incidência do absenteísmo com as Unidades de Saúde da Região que apresentam o maior rendimento do município expressa a maior capacidade aquisitiva do usuário para incorrer com os custos diretos e/ou indiretos envolvidos na utilização dos serviços, e sugere uma menor necessidade de acesso desta população aos serviços das Unidades de Saúde, provavelmente relacionada à disponibilidade de outros serviços de saúde específicos ao alcance dos usuários.

A disponibilidade compreende um conjunto fatores, tais como: localização geográfica, ou seja, a distância entre os serviços e os usuários e suas opções de transporte; horário de funcionamento, em relação à disponibilidade de cuidado no momento adequado; sistemas de marcação; transporte para a realização de consultas domiciliares; e natureza e extensão da oferta de serviços em comparação às necessidades de saúde da população¹³. A redução da oferta de consultas na Região I, no período estudado, aliada à existência do Pronto Atendimento (PA) da Glória, localizado geograficamente nas proximidades da Unidade de Saúde da Glória, também pode estar contribuindo para a menor utilização dos serviços das Unidades da Região I.

Além disso, o horário limitado de funcionamento das Unidades de Saúde dificulta a utilização desses serviços. Assim, a maior flexibilidade no horário de atendimento do PA da Glória significa ampliação da oferta de serviços e atendimento às necessidades de saúde, podendo ter influenciado os maiores índices de faltas dos usuários nos serviços de saúde da Região I.

A menor capacidade de mobilizar recursos financeiros, caso sejam requeridos para o atendimento de suas

necessidades de saúde, pode estar induzindo à maior utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, a existência de barreiras financeiras precisa ser considerada na análise do menor absenteísmo nas Unidades de Saúde da Região que apresentam o menor rendimento do município, como a unidade de Santa Rita, localizada numa região de grande vulnerabilidade social. Nesse contexto, a disponibilidade de serviços de saúde tem um papel fundamental na transformação das demandas de saúde em utilização dos serviços de saúde, sendo considerado um fator capacitante para a redução das desigualdades nas chances de utilização¹.

Outro fator capaz de influenciar a maior utilização dos serviços de saúde diz respeito à aceitabilidade, que se conecta aos fatores subjetivos, culturais e sociais que influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, e que sofrem influência de vários fatores, como idade, sexo, etnia, linguagem, crenças, cultura e condição socioeconômica. A aceitabilidade relaciona-se às expectativas dos pacientes sobre a organização do serviço, aceitação quanto ao cuidado prestado, ao respeito no atendimento, na escuta às suas queixas, com sua compreensão das explicações médicas sobre seu estado de saúde e na possibilidade de discussão das alternativas de cuidado¹³. Com esse entendimento, é possível inferir que o menor absenteísmo dos usuários da Região III, em especial da Unidade de Santa Rita, expressa uma maior interação entre a equipe de saúde e os usuários e adequação da capacidade do serviço às expectativas dos usuários.

A percepção dos usuários sobre o que é ofertado por esse serviço influencia a utilização dos serviços. Essa percepção nem sempre se dá de forma objetiva, pois parte do pressuposto de que os usuários empregam suas próprias significações simbólicas, que são utilizadas para criar expectativas sobre a capacidade da organização do serviço de resolver suas necessidades de saúde¹⁵. Importante ressaltar que essas expectativas também são influenciadas por experiências anteriores com os serviços de saúde.

Mais uma questão possivelmente relacionada ao menor índice de absenteísmo na Unidade de Santa Rita, com relação às outras Unidades de Saúde da Região III, está na disponibilidade dos serviços para os potenciais usuários desta Região. A Unidade de Saúde de Vila Garrido, por exemplo, localiza-se numa região de difícil acesso geográfico, podendo estar ocasionando uma menor utilização desses serviços de saúde com relação aos outros serviços da Região.

Outro importante resultado que se destaca neste trabalho é a maior incidência de absenteísmo encontrada nas Regiões I, III e IV, que compreendem as Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional, quando comparadas às Regiões II e V, cujo território é atendido por Unidades de Saúde com ESF.

O acesso é a melhor categoria para avaliação da vivência concreta do direito à saúde¹⁶. Para além da disponibilidade do recurso, em local e tempo adequados, seu entendimento aponta para uma relação entre as características do recurso e as características da população, que pode facilitar ou dificultar o uso de um dado serviço de saúde. O fato de que as Regiões II e V serem constituídas por unidades com ESF e terem apresentado menor taxa de absenteísmo aponta para o importante papel dos profissionais que atuam na ESF, no diálogo e no acolhimento às demandas e no desenvolvimento de vínculo com a população adscrita.

Segundo Merhy¹⁷, o processo de trabalho em saúde capaz de gerar o cuidado depende inteiramente da relação entre os sujeitos, e é, a partir desses encontros, que surgem as possibilidades de se construir uma interação que possa ter impactos positivos nos problemas de saúde, gerando vínculo, envolvimento e coparticipação entre os envolvidos. Nesse contexto, a informação é considerada um importante determinante do acesso e da qualidade do sistema de saúde¹³.

Ainda como especificidade da ESF, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na composição da equipe de saúde. Entre as atribuições dos ACS estão a adscrição e o cadastramento das famílias do território, orientação quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população e o contato permanente com as famílias¹⁸. A existência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Região e suas atribuições definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) podem ser traduzidas como um diferencial na qualidade do vínculo entre a população adscrita e a equipe de saúde, o que poderia estar diretamente ligado à menor incidência de absenteísmo nas Regiões com ESF quando comparadas às demais regiões sem ESF.

Por fim, é importante ressaltar que, das dezoito Unidades de Saúde, três Unidades (sendo duas da Região II e uma da Região V) não apresentavam dados disponíveis em 2014. Tal fato deu-se por dificuldades operacionais de

instalação do sistema de informação nessas unidades, que realizavam o agendamento de forma manual. Essas questões abrem espaço para questionar o aparente aumento no absenteísmo dos usuários no período estudado na Região II. Além disso, em 2015, duas unidades da Região V não apresentavam registros no sistema, e uma delas ainda apresenta dificuldades operacionais na instalação do sistema e a outra retornou à marcação manual por falta de quantitativo de pessoal habilitado a operar o sistema de marcação na unidade de saúde. Vale ressaltar que, devido à indisponibilidade na coleta desses dados (descritos na Tabela 2), a percentagem de faltas nas consultas pode estar superestimada.

CONCLUSÃO |

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram a relação entre os índices de não comparecimento dos usuários às consultas agendadas nos serviços de saúde e as características relacionadas ao rendimento da população e tipologia das Unidades de Saúde e apontam para a relevância dessa temática e a importância de se aprofundar na complexidade causal, a fim de propor ações efetivas para reduzir o absenteísmo ou mitigar seus impactos negativos, assegurando o acesso universal ao Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS |

1. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(2):325-30.
2. Bender AS, Molina LR, Mello, ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Rev Espaço para a Saúde*. 2010; 11(2):56-65.
3. Melo ACBV, Braga CC, Forte FDS. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011; 15(3):309-18.
4. Oleskovicz M, Oliva FL, Grisi CCH, Lima AC, Custódio I. Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(5):1009-17.

5. Michaelis Moderno dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
6. Cavalcanti RP, Cavalcanti JTM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde pública: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2013; 7(2):63-84.
7. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manginhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9(32):235-41.
8. Dalri L. Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC. Monografia [Graduação em Odontologia]. Florianópolis: UFSC; 2014.
9. Jandrey CM, Drehmer TM. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. Porto Alegre: UFRGS; 1999. p. 24.
10. Secretaria de Estado da Saúde [Internet]. 40% das consultas e exames especializados são desperdiçados porque paciente falta [acesso em 20 ago 2014]. Disponível em: URL: <<http://saude.es.gov.br/saude-40-das-consultas-e-exames-especializado>>.
11. Brasil. Espírito Santo. Vila Velha. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017. Vila Velha: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.
12. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University; 1973. p. 418-85.
13. Thiede M, Akewengo P, McIntyre D. Exploring the dimensions of access. In: McIntyre D, Mooney G. *The economics of health equity*. Cambridge: Cambridge University; 2007. p. 103-47.
14. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(3):260-8.
15. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005.
16. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
17. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Correspondência para/ Reprint request to:

Flavio Ignes Tristão

Avenida Antônio Gil Veloso, 2.600, apt. 104,

Itapoã, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29101-735

Tel.: (27) 99968-7292

E-mail: flaviotristao@botmail.com

Submetido em: 13/01/2016

Aceito em: 24/03/2016

**Health service evaluation
in Public Health: a survey
of research on assessment
in Public Health Graduate
Programs**

**| Avaliação de serviços de saúde
no campo da Saúde Coletiva: uma
sistematização em curso**

ABSTRACT | Introduction: *Evaluation of health services has become an increasingly important topic in the field of public health. Objective:* To describe the status of evaluation studies in the research output of graduate programs in public health in the 2010-2012 period. **Methods:** *This is a descriptive, exploratory study based on the analysis of the data available on the website of The Coordination for Improvement in Higher Education (CAPES), a state-run national agency, for the 47 existing graduate programs in public health. We evaluated the types of course, concentration areas, titles of theses, dissertations and publications of these programs which were related to the area of evaluation of health services. Results:* Overall, the graduate programs studied did include evaluation of health service, although a more solid systematization is needed. **Conclusion:** *Public health programs should emphasize the relevance of the debate on the evaluation of health services, since the need for evaluation has yet to be acknowledged as a critical element in health care policy.*

Keywords | *Health Services Evaluation; Education, Graduate; Public health.*

RESUMO | Introdução: O debate sobre avaliação de serviços tem sido uma discussão cada vez mais relevante no campo da saúde coletiva. **Objetivo:** Descrever o panorama dos programas de pós-graduação em saúde coletiva em relação à área temática de avaliação de serviços de saúde no triênio 2010-2012. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo realizado a partir da análise de documentos coletados no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) referentes a 47 cursos de pós-graduação em saúde coletiva. Foram analisadas as variáveis tipo de curso, área de concentração, títulos das teses, dissertações e publicações desses cursos que se relacionavam à área de avaliação de serviços de saúde. **Resultados:** De modo geral os programas de pós-graduação estudados consideraram em seu bojo teórico e científico a temática avaliação em serviços de saúde, embora se faça necessário uma maior sistematização dessa discussão na maioria dos cursos analisados. **Conclusão:** Os cursos de saúde coletiva precisam primar sobre a relevância do debate sobre avaliação de serviços de saúde como forma de contribuir na formação de sanitaristas e pesquisadores capazes de discutir e aplicar saberes e práticas deste tipo de avaliação, numa conjuntura em que a cultura avaliativa ainda não é realidade nos serviços de saúde brasileiros.

Palavras-chave | Avaliação de Serviços de Saúde; Educação de Pós-Graduação; Saúde Pública.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A área de avaliação de serviços de saúde no Brasil vem passando por um processo de ampliação e diversificação conceitual e metodológica¹ cujos objetivos principais são: auxiliar no planejamento e na elaboração de determinada intervenção nos serviços de saúde; fornecer informações para melhoria dessas intervenções; determinar os efeitos dessas intervenções para contribuir no processo de tomada de decisão, se estas deverão ser mantidas, transformadas ou interrompidas, e contribuir para o progresso do conhecimento².

Vale ressaltar que os serviços de saúde são parte do sistema de saúde³. Compreendem, segundo Malta e Merhy⁴, um “conjunto de organizações responsáveis pelas ações e serviços dirigidos à prevenção, à recuperação e à promoção à saúde de uma população”. Contudo, no Brasil, são notórias as desigualdades existentes no acesso e na utilização desses serviços, o que exige respostas do Estado, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da sociedade³ ante a formas de otimizar tanto o acesso quanto a resolutividade desses serviços.

Diante disso, a discussão sobre avaliação de serviços de saúde ganha importância e passa a ser apresentada como importante instrumento capaz de apontar saídas, mudanças e melhorias necessárias nos diversos serviços de saúde pública brasileiros. Visto que esse tipo de avaliação pode contribuir no “[...] processo permanente e sistemático, articulada às ações implementadas, com vistas a subsidiar a definição de problemas, mensurar impactos das ações e reorientar as práticas sanitárias”⁴.

Nesse sentido, o debate sobre avaliação de serviços de saúde tem sido uma discussão cada vez relevante, e existem fortes evidências da necessidade de se investir mais na institucionalização dessa prática, como tem sido enfatizado por vários autores tanto do ponto de vista institucional quanto do ponto de vista da formação^{5,6,7,8,16-18}.

No Brasil, observam-se recentemente iniciativas nacionais de institucionalização desse tipo de avaliação. A exemplo, temos o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), instituído em 2004, cujo objetivo é avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando realizar um diagnóstico situacional da realidade deles⁹. E também o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), estabelecido em 2011, que

tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde¹⁰.

Mas, apesar do crescente interesse, a área de avaliação de serviços de saúde ainda representa um desafio para a maioria dos atores que atuam na saúde, visto que tal prática ainda se dá por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas de saúde, possuindo, quase sempre, um caráter prescritivo e burocrático, enfrentando diversos obstáculos tanto conceituais quanto operacionais¹¹.

Entre os obstáculos para institucionalização da avaliação de serviços de saúde, estão a complexidade do objeto a ser avaliado, as dificuldades na sistematização de ferramentas avaliativas, bem como o desafio de obtenção confiável dos dados, documentos e informações para esse fim. Esses são, sem dúvida, importantes desafios que precisam ser superados nessa área⁴.

Acresce-se a tais dificuldades, a falta de uma cultura institucional da importância desse tipo de avaliação, aparecendo nos serviços de saúde do SUS de maneira pouco sistematizada, contribuindo pouco no processo decisório, bem como a incipiente formação dos profissionais de saúde envolvidos no processo, que desconhecem na maioria das vezes a importância estratégica desse tipo de avaliação na gestão dos serviços de saúde¹².

No quesito formação dos atores de saúde para atuarem na área de avaliação de serviços de saúde, destacam-se a atuação dos programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Esses, que fundamentalmente são organizados sobre o tripé interdisciplinar de três grandes áreas – Epidemiologia, Planejamento e Gestão em Saúde e Ciências Sociais – têm ensejado reflexões teóricas e produções científicas importantes sobre a área de avaliação em saúde.

Nesse contexto, compreender como esses programas de pós-graduação têm atuado no desenvolvimento da área de avaliação de serviços de saúde é de suma importância, visto que atualmente o País demanda de um contingente cada vez mais expressivo de profissionais e pesquisadores capacitados nessa área para integrar os quadros do SUS, seja como trabalhadores, seja como consultores, seja como pesquisadores.

Baseado nessas premissas, este artigo pretende descrever o panorama dos programas de pós-graduação em saúde coletiva em relação à área temática de avaliação de serviços de saúde no triênio 2010-2012.

MÉTODOS |

Foi realizado um estudo de natureza exploratório-descritiva a partir de documentos avaliativos disponíveis no portal da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) referente aos cursos de pós-graduação em saúde coletiva cadastrados nesse ambiente virtual. Os documentos analisados são de domínio público e foram obtidos por meio do “link” cursos recomendados/reconhecidos por área de avaliação incluídos na grande área de Ciências da Saúde e área de Saúde Coletiva, considerando o triênio 2010-2012. No total foram encontrados 76 cursos de pós-graduação. Todos esses foram catalogados por nome, instituição e unidade federativa. Após, foram aplicados os critérios de inclusão do estudo, que estabelecia como critério primário que entrariam para amostra do estudo apenas os cursos que possuíssem disponibilizados no portal CAPES, os documentos (ficha de avaliação e caderno de indicadores) com dados completos referentes ao triênio 2010-2012. Após aplicação desses critérios, chegou-se a um total de 47 programas de pós-graduação em saúde coletiva que efetivamente compuseram o universo deste estudo.

Dos documentos pertencentes a esses 47 programas selecionados para o estudo, foram extraídas diversas informações, todas com intuito de descrever como a área de avaliação de serviços de saúde vinha sendo abordada nesses programas. Das fichas de avaliação, foram coletados dados referentes ao conceito CAPES, área de concentração de pesquisa e tipo de curso (se mestrado acadêmico, mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado ou apenas doutorado). Do caderno de indicadores, foram obtidos dados concernentes às disciplinas ofertadas nesses programas e suas respectivas ementas, teses e dissertações e publicações.

As variáveis propostas e os escores atribuídos para cada tipo de curso foram os seguintes: para Mestrado Acadêmico (8), Doutorado (9), Mestrado Profissional (10), Mestrado Acadêmico e Doutorado (11).

Em relação ao conceito desses programas, foram utilizados para classificação dos dados coletados os próprios escores utilizado pela CAPES para avaliação desses programas, que variam de três a sete. Esse conceito aplicado pela CAPES consiste em um acompanhamento anual de desempenho dos programas que integram o Sistema Nacional de Pós-graduação, levando em conta a estrutura do programa, corpo docente e discente, atividades de pesquisa e formação, teses e dissertações e produção intelectual¹³.

Foram avaliados também se esses programas possuíam ou não disciplinas que abordassem a temática avaliação em saúde para posterior classificação: escore 0 para aqueles cursos que não possuíam, e escore 1 para aqueles que possuíam. É importante salientar que se considerou para fins dessa classificação, as disciplinas que possuíam especificamente no nome “Avaliação em Saúde”, não sendo consideradas aquelas em que a temática era apresentada na ementa.

A variável área de concentração em avaliação em saúde também foi analisada, e classificada em escore 0 quando os programas não a possuíam e 1, quando a possuíam.

Os títulos das teses e dissertações produzidas no triênio 2010-2012 também foram analisados. Classificando os cursos com escore 0 quando os programas não possuíam nenhuma produção científica na área de avaliação em saúde e, em 1, quando existia ao menos uma produção versando sobre a área de avaliação em saúde.

Vale ressaltar que também foram consideradas como variáveis de análise as publicações desses 47 programas de pós-graduação. Sendo, neste estudo, considerados publicações, capítulos de livros, painéis, participação em congressos e artigos publicados relacionados à avaliação em saúde. Os cursos que não publicaram na área foram classificados na Faixa 0. Na Faixa I, enquadravam-se aqueles que publicaram até 05 trabalhos; na Faixa II estavam aqueles que possuíam de seis a dez publicações na área de avaliação em saúde; na Faixa III estavam os que publicaram de 11 a 15 produções; e na Faixa IV estavam aqueles que publicaram de 16 a 20 trabalhos no triênio avaliado 2010-2012.

Para facilitar a interpretação dos dados coletados neste estudo, foi criado um banco de dados. As análises se deram a partir deste, valendo-se do uso de frequências absolutas e relativas, gráficos e tabelas construídas com auxílio do programa Microsoft Office Excel 2010.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Entre os 47 cursos que fizeram parte do universo amostral deste estudo, identificamos que dez desses foram classificados pela CAPES como mestrado acadêmico; dez, como mestrado profissional; 26, como mestrado e doutorado; e um apenas como doutorado.

Em relação ao conceito Qualis CAPES, os resultados evidenciaram que a maioria dos 47 cursos estudados possuíam conceito de quatro a cinco, sobressaindo os cursos com conceito de razoável a bom (conceito 4), conforme demonstra o Gráfico 1.

No quesito análise da grade curricular dos cursos das pós-graduações estudados, foram encontrados 32 cursos que possuíam em seu programa disciplinas que versavam sobre a temática avaliação em saúde, o que demonstra certo grau de compromisso da maioria dos programas de pós-graduação em saúde coletiva em discutir essa temática, que é de grande importância para atender às necessidades, avanços sociais e institucionais dos serviços de saúde do SUS.

Uma questão peculiar encontrada foi que, entre os 47 cursos analisados, apenas dois possuíam área de concentração voltada para avaliação em saúde, estes foram Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). A importância de se ter áreas de concentrações nesse campo nesses programas diz respeito à possibilidade de estreitar as informações e produções científicas sobre avaliação em saúde, especializando o conhecimento e também o aprendizado para todo o corpo social nela interessando. Nesse sentido, esse achado aponta para a necessidade de uma maior sistematização da área de avaliação em saúde no campo da saúde coletiva⁵.

Contudo, apesar de a maioria dos 47 cursos analisados não possuírem áreas de concentração específicas em avaliação em saúde, foi destaque o fato de terem sido encontrados, em 31 desses cursos, títulos de teses e dissertações

relacionados a essa temática. Isso provavelmente relaciona-se às características peculiares dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva, em que a interdisciplinaridade quase sempre se faz presente, contribuindo para reflexões teóricas com uma maior justaposição à realidade dos avanços e desafios dos serviços de saúde, conjecturando a avaliação de serviços de saúde como uma estratégia importante nos processos de planejamento e de gestão desses serviços¹⁴.

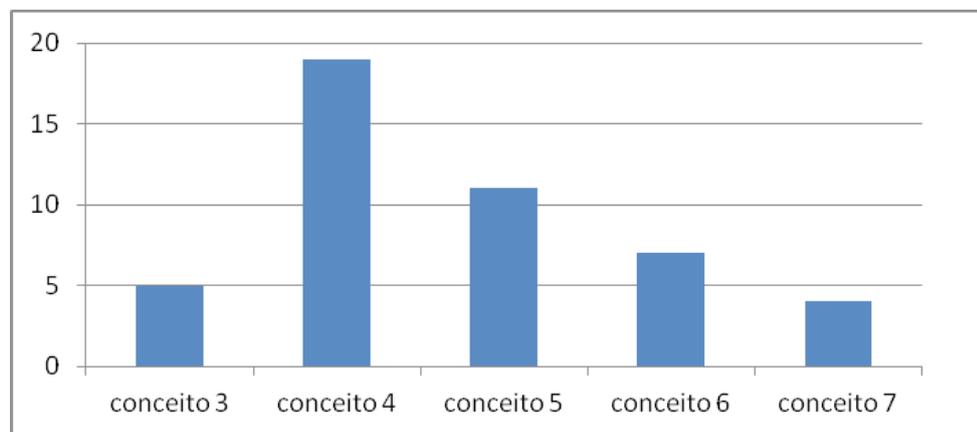
Quanto à produção científica desses programas (artigos, livros publicados, anais de congresso, painéis participantes de congresso) relacionados à avaliação em serviços de saúde, foram encontradas expressivas quantidades de publicações, com destaque para o curso de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), único curso que produziu entre 16 e 20 publicações (Faixa IV) no triênio 2010-2012 relacionados à área, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa de cursos de Pós-graduação em saúde coletiva que abordaram a temática Avaliação em Saúde em suas produções científicas

| Classificação | N | % |
|------------------------------|-----------|--------------|
| Faixa 0 (nenhum artigo) | 7 | 14,9 |
| Faixa I (até 5 artigos) | 28 | 59,6 |
| Faixa II (06 a 10 artigos) | 8 | 17,0 |
| Faixa III (11 a 15 artigos) | 3 | 6,4 |
| Faixa IV (16 a 20 artigos) | 1 | 2,1 |
| Faixa V (mais de 20 artigos) | 0 | 0,0 |
| Total | 47 | 100,0 |

Fonte: Portal da CAPES (2010-2012).

Gráfico 1 - Classificação dos 47 cursos de Pós-graduação em saúde coletiva inclusos no estudo quanto ao conceito Qualis CAPES



Fonte: Portal da CAPES (2010-2012).

Na faixa 0 de publicação (nenhuma publicação na área de avaliação de serviços de saúde), cruzando os demais dados coletados no estudo, depreendemos que todos os cursos classificados nessa faixa foram aqueles que não possuíam disciplinas, área de concentração e/ou teses/dissertações relacionados com a temática avaliação em saúde ou avaliação em serviços de saúde. O que denota que quanto menos ênfase se dá nesses cursos para a área de avaliação em serviços de saúde, menor será a quantidade de publicações nessa área, conseqüentemente menor será o conhecimento compartilhado sobre o assunto e mais difícil se tornará a institucionalização dessa prática como potente mecanismo de mudanças na gestão dos serviços de saúde do SUS.

Daí a importância de os cursos pós-graduação em saúde coletiva contemplarem em suas grades disciplinares, áreas de concentração e linhas de pesquisa a avaliação em saúde, e, mais especificamente, a avaliação de serviços de saúde, com intuito de colaborar para uma maior produção de conhecimento nessa área.

Segundo Almeida e Giovanella¹⁵, o Ministério da Saúde tem sido um dos grandes incentivadores de pesquisas nesse campo, com destaque para os recentes programas de avaliações e monitoramento da Atenção Básica à Saúde, como o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Essas autoras encontraram 110 estudos acerca do tema avaliação em saúde, compreendidos entre 2000 e 2006, considerando pesquisas finalizadas e em curso, todas financiadas pelo governo federal via Ministério da Saúde. Dessas, 84 eram dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Vale ressaltar que o impacto de programas de pós-graduação em saúde coletiva para o desenvolvimento no Brasil a área de avaliação em serviços de saúde é de grande relevância. Visto que a abrangência e a complexidade das questões que geralmente são discutidas nesses cursos referentes às três áreas que configuram a base desses programas - Planejamento e Gestão em Saúde e Ciências Sociais – podem contribuir sobremaneira para o aprimoramento do conhecimento, no aumento das produções científicas e no auxílio à instituição de práticas mais eficazes de avaliação de serviços de saúde.

CONCLUSÃO |

Nesse sentido, vale ressaltar a partir dos 47 cursos de pós-graduação em saúde coletiva analisados, no triênio de 2010-2012, que as contribuições teóricas da saúde coletiva para a área de avaliação em serviços de saúde têm sido crescentes e estiveram presentes na maioria dos cursos estudados, embora ainda se faça necessária uma maior sistematização desta área de avaliação em saúde no campo da saúde coletiva.

E diante da premissa de que o avaliador de serviços de saúde é um profissional que analisa e julga os serviços de saúde, a partir de um conjunto de fatores inseridos na determinação social do processo saúde-doença, exige-se que cada vez mais que os pesquisadores-atores da saúde coletiva ampliem sua formação nessa área e comprometam-se com a relevância dessa área nas transformações tão necessárias nos serviços de saúde do SUS^{2,16}.

Por isso vale frisar que esses cursos em saúde coletiva precisam primar em seus programas, disciplinas, produções científicas e discussões acadêmicas por um debate sobre essa questão. De modo que possa perpetuar maneiras de se pensar e fazer formação em avaliação em saúde. Buscando formar sanitaristas capazes de aplicar ou debater sobre saberes e práticas de avaliação de serviços de saúde, potencializando mudanças numa conjuntura em que a cultura avaliativa ainda não é uma realidade.

Assim, tais programas precisam primar em seus escopos teórico e prático por um aperfeiçoamento permanente de seus discentes e docentes na construção desse conhecimento a fim de contribuir para a construção de serviços de saúde mais resolutivos, equânimes, acessíveis e de qualidade no âmbito do SUS, valendo-se de ferramentas avaliativas como instrumentos de gestão desses espaços.

REFERÊNCIAS |

1. Novaes AME. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (5):547-59.
2. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ ZMA, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.

3. Souza LEPF, BAHIA L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Pain JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 49-68.
4. Malta DC, Merhy EE. A avaliação do projeto de vida e acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Rev Min Enferm. 2004; 8(2):259-67.
5. Hartz ZMA. Evaluation in health: regulation, research and culture in the challenges of institutionalization. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):258-9.
6. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(2):221-42.
7. Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Saúde em Debate. 2000; 21(4):15-28.
8. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc Saude Coletiva. 2006; 11(3):553-63.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 08 fev. 2017]. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria Do Acesso e da Qualidade Da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 05 jan 2015]. Disponível em: URL: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>>.
11. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Rev Crítica Ciênc Soc. 2009; 85:65-82.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Barros AJD. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela CAPES. Rev Saúde Pública. 2006; 40(n.º esp.):43-9.
14. Birman JA. Interdisciplinaridade na saúde coletiva. Physis. 1996; 6(1-2):7-13.
15. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad Saúde Pública. 2008; 24(8):1727-42.
16. Contandriopoulos, AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):705-11.
17. Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. Divulg Saúde Debate. 2000; 21(2):29-35.
18. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. Ciênc Saúde Colet. 2002; 7(3):419-21.

Correspondência para/Reprint request to:

Maiara Paula Malacarne

Rua Desembargador Enrípedes Queiroz do Valle, 91, Ed. Omni Home apt. 907, Jardim Camburi, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29090090

Tel.: (27) 99975-2959

E-mail: maiaramalacarne@hotmail.com

Submetido em: 15/01/2016

Aceito em: 18/03/2016

**Safety and Occupational
Health in the State of Espírito
Santo, Brazil**

**| Políticas de Saúde e Segurança do
Trabalhador no Estado do Espírito
Santo, Brasil**

ABSTRACT | Introduction:

The Brazilian Federal Constitution of 1988 Brazil was the framework for the institutionalization of policy and practices in the field of Occupational Health. In recent years, new regulations were enforced to strengthen the role of occupational health in Public Health System. Objective: To evaluate policies related to health and worker safety in the state of Espírito Santo, Brazil.

Methods: *This is descriptive study with a quantitative approach, conducted through desk research of legislation at the state level dealing with safety and occupational health in the state of Espírito Santo, and published in the Official Gazette of the State of Espírito Santo (the Decree No. 7,602/11), which established the National Policy on Safety and Occupational Health. Results: It was found that after the Decree No. 7,602/11 was issued, there was a substantial increase in the publication of laws related to workers' health in the Espírito Santo, particularly in the year 2014. With regard to the comparison between the health-related policies and safety of workers, no differences were found between management and monitoring and evaluation.*

Conclusion: *The results showed that there is need to further encourage the development of policies related to workers' health. However, the proper implementation of these policies should be put in practice at the state level to ensure worker health protection and advancement of new actions and strategies in public health.*

Keywords | *Health Evaluation; Public Policies; Occupational Health.*

RESUMO | Introdução: A Constituição Federal do Brasil de 1988 foi o marco para a institucionalização e desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador. Nos últimos anos, novas legislações foram publicadas com o objetivo de fortalecer as ações no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de preservar a segurança e a saúde do trabalhador brasileiro. **Objetivo:** Avaliar as políticas relacionadas à saúde e à segurança do trabalhador no Estado do Espírito Santo, Brasil. **Métodos:** Estudo avaliativo e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio da pesquisa documental de legislações em nível estadual, sobre a segurança e saúde do trabalhador no estado do Espírito Santo, publicadas no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, após o Decreto nº 7.602/11, que instituiu a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. **Resultados:** Verificou-se que, após o lançamento do Decreto nº 7.602/11, houve um incremento substancial na publicação de legislações relacionadas à saúde do trabalhador no Espírito Santo, especialmente no ano de 2014. No que diz respeito à comparação entre as políticas referentes à saúde e segurança do trabalhador, destacam-se as diferenças entre a gestão e a avaliação e monitoramento. **Conclusão:** Os resultados demonstraram que há necessidade de fomentar ainda mais a elaboração de políticas relacionadas à saúde do trabalhador, porém torna-se igualmente necessária a implementação dessas políticas, no âmbito estadual, para proteção da integridade do trabalhador e avanço de novas ações e estratégias de saúde pública.

Palavras-chave | Avaliação em saúde; Políticas Públicas; Saúde do trabalhador.

¹Universidad Internacional Iberoamericana, Campeche/CAMP, México.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A política se apresenta como princípios orientadores gerais de determinada área de atuação do Estado, ou ainda o conjunto de atividades que o têm como referência¹. Já a política pública se caracteriza por ser uma intervenção destinada a mudar uma realidade social, sendo uma ação proposta por um ator ou grupo de atores para a solução de um problema ou ainda para assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico, com participação direta ou indireta do Estado¹⁻³.

Normalmente, as políticas públicas estão constituídas por instrumentos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação, encadeados de forma integrada e lógica, por meio de: planos; programas; ações e atividades. Tais políticas se materializam em Programas e Projetos, que são os objetos mais frequentes de avaliação¹.

O processo avaliativo consolidou-se como uma prática de intervenção política do Estado, nos sistemas, serviços, programas e projetos político-sociais, e definiu-se também como um campo de conhecimento, com a busca de aportes científicos que lhe dessem sustentação e credibilidade⁴⁻⁵. E, nos últimos tempos, o campo se expandiu e passou por muitas transformações, incorporando influências dos distintos campos do saber, como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica e epidemiológica e o direito, resultando em um conjunto diverso de tendências e abordagens norteadoras^{4,5}.

A avaliação corresponde “à identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor ou mérito, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto a ser avaliado em relação a esses critérios”⁴. O processo da avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública, denominado por Prittitz⁶, como aprendizagem política.

O campo da saúde do trabalhador é relativamente recente e “emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença”⁷, constituindo-se em um campo em construção. As políticas públicas relacionadas a essa área vêm sendo construídas nos últimos 80 anos, mas, em uma perspectiva limitada da concepção de saúde do trabalhador, caracterizada por sua proteção de forma tutelada⁸.

A partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) inicia-se um movimento institucional mais sistemático na construção de uma política nacional de saúde do trabalhador⁹. Entre todas as ações que podem ser definidas no campo da saúde do trabalhador e que estão de acordo com a referida lei, merecem destaque: a assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; a participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; e a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas⁹.

Entretanto, a saúde do trabalhador no SUS foi definida somente em 1998, pela Portaria n.º. 3.908, pela Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST/SUS)¹⁰, que tem como objetivo estabelecer procedimentos para orientar e instrumentalizar Estados e Municípios na implantação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, em busca de melhores condições de Saúde dos Trabalhadores.

De acordo com Mendes, Oliveira, Almeida e Santos¹¹:

[...] apesar das definições e normatizações legais a implantação do modelo de atenção à Saúde do Trabalhador fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e controle social das políticas e dos serviços de saúde pelo SUS, ainda encontra inúmeras resistências e tensões entre setores da Saúde, Trabalho e Previdência Social (p.7).

Em 2011, por meio do decreto n.º 7.602, instituiu-se a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSSST) por uma iniciativa interministerial - Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social¹². Esse decreto tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho, tendo como base os princípios da universalidade; da prevenção; da precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; do diálogo social; e da integralidade¹².

Buscando o fortalecimento da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, o Tribunal Superior do

Trabalho e o Conselho Superior da Justiça do Trabalho (CSJT), em ação conjunta, lançaram no ano de 2011 o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, que conta com a parceria de entidades públicas e privadas, com vistas à formulação e execução de programas e ações nacionais voltadas à prevenção de acidentes de trabalho¹³. O principal objetivo do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho é “reverter o cenário de crescimento do número de acidentes de trabalho presenciado no Brasil nos últimos anos”¹³.

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), pela Portaria nº 1.823, com a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador¹⁴. Essa portaria apresenta-se com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade, decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos¹⁴. Em relação à PNST, especificamente, apresenta como uma de suas finalidades a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos¹⁴. Além disso, utiliza as estatísticas de Saúde e Segurança no Trabalho como uma das ferramentas para acompanhar e monitorar os registros de acidentes do trabalho e as doenças ocupacionais em todo o Brasil¹⁴.

Os dados divulgados pelo Ministério da Previdência Social relacionados a acidentes de trabalho indicam que, no ano de 2010, ocorreram 701.496 acidentes de trabalho no Brasil¹⁵. Em 2011, ocorreram 720.629¹⁶. Em 2012, houve uma queda expressiva em relação ao ano anterior, porém com número representativo de 713.984¹⁷. Em 2013, foi registrado um pequeno aumento de acidentes de trabalho no Brasil (717.911), que representa mais que o dobro dos 340.251 acidentes registrados em 2001¹⁸.

Quanto ao registro de acidentes fatais, os dados de 2011 divulgados até o momento apontam um pequeno, mas preocupante aumento. Em 2010 foram 2.712¹⁵ acidentes fatais. Em 2013, 2.797 mortes por acidentes de trabalho¹⁸. Quando se analisa os dados relativos à incapacidade permanente, os números impressionam, visto que em 2011 ocorreram 16.658 casos de incapacidade permanente¹⁶. No ano de 2012 houve um acréscimo de casos chegando a 17.047¹⁷. Em 2013, os números revelam 14.837 casos de incapacidade permanente¹⁸.

Entretanto, apesar da notificação dos dados pelos respectivos setores competentes, eles não revelam a realidade da situação atual, devido principalmente ao alto nível de subnotificações e de milhares de trabalhadores informais¹⁹.

No estado do ES, a saúde do trabalhador está caminhando nos debates acerca das melhores estratégias para a sua promoção. No ano de 2014, o Conselho Estadual de Saúde, por meio da Resolução CES nº 811/2014, convocou a Etapa Estadual e Macrorregionais da Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (IV CNSTT), cujo objetivo foi propor diretrizes para implementação da PNSTT e a formulação e efetiva da Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PESTT no Estado do Espírito Santo, além de subsidiar os Municípios Capixabas para implementação desta política em nível municipal – PMSTT²⁰.

Durante o processo da IV CNSTT, cujo tema central foi “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado”, 219 propostas envolvendo quatro subeixos foram aprovadas, fato que reflete o grau de importância e atenção que está sendo dispensado ao tema no cenário nacional²¹.

Diante dessas considerações, o objetivo deste estudo é avaliar as políticas relacionadas à saúde e à segurança do trabalhador no Estado do Espírito Santo, Brasil, publicadas após o lançamento do decreto nº 7.602/2011, que instituiu a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo de terceira geração, do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A avaliação de terceira geração apoia-se no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar nas tomadas de decisão²².

Realizou-se pesquisa documental com base em fontes secundárias de arquivos públicos, documentos oficiais, compreendendo as legislações de saúde do trabalhador e inserções das legislações específicas publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, ocorridas após a publicação do Decreto nº 7.602/11 (PNSST)¹² até o mês de dezembro de 2015.

No endereço eletrônico do Diário Oficial do estado do Espírito Santo, foram realizadas as seguintes buscas: i) busca por palavra (segurança e saúde do trabalhador; ou, saúde do trabalhador; ou, legislação sobre segurança e saúde do trabalhador; ou, legislação sobre segurança do trabalhador; ou, legislação sobre saúde do trabalhador); ii) data inicial (07/11/2011); iii) data final (20/12/2015); iii) frase exata.

Quanto à análise qualitativa, procedeu-se a uma análise crítica comparativa do Decreto N° 7.602, de 7 de novembro de 2011, que trata da PNSST¹² e da Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a PNST¹⁴, identificando e comparando os elementos-chave contidos nos objetivos e a estrutura base.

A análise quantitativa foi realizada a partir do número de publicações disponibilizadas no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo referentes à Saúde do Trabalhador, desde a publicação do Decreto n° 7.602/11. Utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel, versão 2010*, para análise estatística descritiva das frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS |

Os resultados do levantamento de legislações envolvendo a PNSST¹² e a PNST¹⁴, realizado pela busca no endereço

eletrônico do Diário Oficial do estado do Espírito Santo, a partir das palavras-chave, estão descritos na Figura 1.

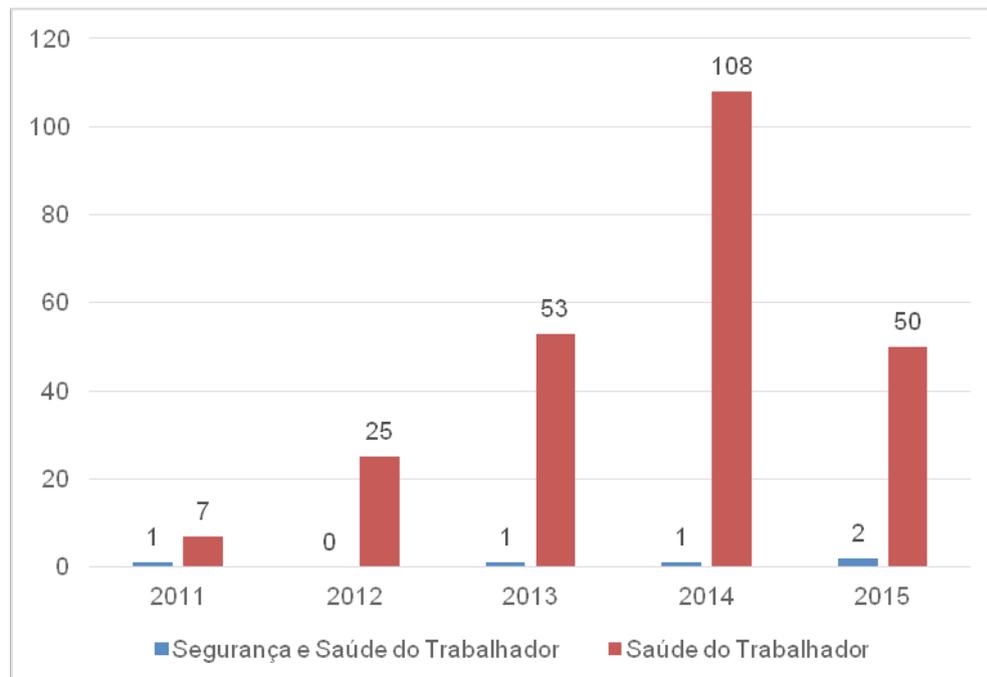
É importante salientar que, nesta análise quantitativa, foram totalizadas cinco publicações quando consideramos o tema “Segurança e Saúde do Trabalhador”. Já para o tema “Saúde do Trabalhador” foram contabilizadas 243 publicações, sendo em 2014 o ano de maior expressividade.

Também foi realizada a busca utilizando os termos *legislação* sobre segurança e saúde do trabalhador; *legislação* sobre segurança do trabalhador; e *legislação* sobre saúde do trabalhador. Ao utilizar a palavra *legislação* como descritor no endereço eletrônico do Diário Oficial, nenhum resultado foi encontrado.

Com relação à comparação entre as duas políticas que atualmente estão em vigência sobre a saúde do trabalhador - PNSST¹² e a PNST¹⁴- nota-se algumas características que são peculiares à proposta de cada política.

O Quadro 1 apresenta um quadro comparativo entre algumas dessas características, a saber: o objetivo, a finalidade, os princípios, as diretrizes, as responsabilidades, a gestão, e a avaliação e monitoramento.

Figura 1 - Publicações sobre “Segurança e Saúde do Trabalhador” e “Saúde do Trabalhador”. Espírito Santo, Brasil. 7/11/2011 a 20/12/2015



Quadro 1 - Matriz comparativa entre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora

| Características | Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) - Decreto N° 7.602 de 07/11/2011 | Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora - Portaria N° 1.823 de agosto de 2012 |
|---------------------------|--|--|
| Objetivo | A promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. | Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde; promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis; garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS; e assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. |
| Finalidade | - | Definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| Princípios | Universalidade; prevenção; precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social; e integralidade. | Universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade; e precaução. |
| Diretrizes | Inclusão de todos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde; harmonização da legislação e as ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador; adoção de medidas para atividades laborais de alto risco; estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador; capacitação e educação continuada de trabalhadores; e promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho. | Articulação entre: ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e desses com as respectivas práticas institucionais. Tal articulação requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. |
| Responsabilidades | Ministério do Trabalho e Emprego, Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO); Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). | Gestores do SUS nos âmbitos federal, estadual, municipal e do Distrito Federal. |
| Gestão | Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho – CTSST e Comitê Executivo constituído pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social. | Ministério da Saúde. |
| Avaliação e Monitoramento | - | As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: I - Planos de Saúde; II - Programações Anuais de Saúde; e III - Relatórios Anuais de Gestão. |

*conclusão.

Das informações descritas, vale ressaltar que, na PNST, a gestão fica a cargo apenas do Ministério da Saúde; e na PNSST, a gestão é compartilhada entre a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho – CTSSST e o Comitê Executivo constituído pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social.

Quanto à avaliação e monitoramento, apenas a PNST apresenta mecanismos claros para sua realização, no sentido de avaliar a efetividade da política.

DISCUSSÃO |

Os dados apresentados sugerem que, após a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorreu um aumento das publicações a respeito do tema no Diário Oficial do ES, o que pode ter sido ocasionado por uma sensibilização do setor público para o tema. Entretanto, o mesmo não ocorreu com o tema “Segurança e Saúde do Trabalhador” após a PNSST, em 2011.

Esse fato pode estar relacionado com os múltiplos atravessamentos que perpassam o trabalho, o trabalhador, sua saúde e sua segurança, uma vez que o campo encerra um forte conteúdo político-ideológico, gerando resistências dos setores hegemônicos, em que se destacam: “as corporações profissionais tradicionalmente responsáveis pela condução técnica das práticas, os setores empresariais formuladores; as instâncias tecno-burocráticas perpetuadas nas máquinas de governo; e a fração da classe política historicamente subserviente ao capital na relação capital-trabalho”⁷⁸. Pese, nesse fato, a influência do capital nos governos e governabilidades.

Os processos de tomada de decisão no nível das empresas e do poder executivo é dependente da forma e da força com que se estabelecem interligações entre a academia, os órgãos de vigilância, as empresas e representações dos trabalhadores, bem como das relações entre os poderes executivo, judiciário e legislativo, conformando-se idealmente em um modelo flexível de atuação reflexiva em contato permanente com a realidade e essencialmente participativo, multiprofissional, interinstitucional e interdisciplinar²³.

A frequência expressiva de ocorrências do tema “Saúde do Trabalhador” no ano de 2014 pode estar relacionada

à realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (4ªCNSST), em dezembro do ano citado. Nos meses que antecederam a conferência nacional, foram realizadas também etapas macrorregionais e estaduais²⁴.

Quanto à análise das políticas, a constatação da complexidade do binômio saúde-trabalho, com múltiplas facetas e múltiplos atores sociais, sugere a necessidade da interveniência de diversos setores públicos, culminando na criação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho. Entretanto, para Costa *et al.*²⁵ trata-se apenas uma lista de atribuições de cada um dos setores, sem que haja a definição de linhas práticas de política que os integrem.

Segundo Chiavegatto e Algranti²⁶, apesar da constituição tripartite da política, que deveria tratar o tema em sua integralidade, os setores Trabalho, Saúde e Previdência atuam em lógicas distintas, tendo poucos resultados na prática. A política de pactuação adotada pela PNST, apesar de parecer um avanço, acaba por sujeitar sua implementação a interesses políticos locais.

Há que se considerar os avanços trazidos pela PNST, uma vez que se trata de uma política que integra as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo o trabalho como um determinante social do processo saúde-doença²⁷. Entretanto, existem inúmeros desafios no que diz respeito à aplicação das diretrizes e de ações efetivas.

Cabe salientar que, ao analisarmos o quadro, observa-se semelhança entre as políticas no que diz respeito aos princípios estabelecidos, entretanto, apenas a PNST apresenta mecanismos claros de avaliação, que se constituem em um instrumento de fundamental importância na gestão das ações, permitindo redirecionamentos²⁸.

Destaca-se atenção especial à função essencial do Estado como provedor de legislações, condição mínima para o enfrentamento dos problemas complexos do campo da Saúde do Trabalhador; ou seja, que o órgão de poder adote uma política de Estado condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores²⁵.

Ao considerarmos o princípio da descentralização, os municípios também desempenham papel importante na concretização das políticas de saúde e segurança do trabalhador. A eles cabem as seguintes atividades: garantia

de atendimento do trabalhador (acidentado ou portador de alguma doença); notificação dos agravos à saúde; sistematização e análise dos dados gerados na assistência à saúde do trabalhador; criação de mecanismos para o controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador; Instituição e operacionalização das referências em saúde do trabalhador, capazes de dar suporte técnico especializado; apoio à realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho; cadastro atualizado de empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no município; promoção de ações em Saúde do Trabalhador²⁹.

O processo de descentralização no SUS encontra diversos obstáculos, incluindo as ações de saúde do trabalhador. Além dos empecilhos relacionados à construção política do município, há que se considerar as diferenças geográficas, populacionais e socioeconômicas que interferem na capacidade gerencial dos municípios no que diz respeito à atenção à saúde da população²⁹.

Apesar de todas as iniciativas políticas vigentes, a saúde do trabalhador ainda enfrenta grandes desafios, como um programa de ação política prioritária de combate às múltiplas formas de violência e de descaso no espaço de trabalho. No contexto laboral, com relevantes dados estatísticos, que vão contra a integridade física e mental, as lentas mudanças fazem o trabalhador permanecer como mera peça de substituição.

Conforme mencionado por alguns autores^{26,29}, a ausência de uma política pública de reabilitação profissional e de reinserção no mercado de trabalho é o ingrediente final para a exclusão profissional e social. Essa consideração é de grande relevância, pois cabe a empresa implantar as medidas preventivas, porém, cabe ao órgão fiscalizador ações para fiscalizar, pois, em se tratando de estatísticas com seres humanos, a prevenção é mais eficaz que a correção. Uma política de promoção da saúde exige a identificação de obstáculos para a adoção de políticas públicas em setores não estritamente de saúde, e propostas para os ultrapassar¹.

CONCLUSÃO |

Diante dos resultados apresentados, constata-se a necessidade de dar continuidade à estruturação e à articulação entre união, estado e municípios, objetivando

o alinhamento entre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e a efetividade da implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, bem como o aprimoramento das ações integradas com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS.

Essas políticas são direcionadas à produção de efeitos na segurança e saúde do trabalhador, eliminando os agravos à saúde, decorrentes das atividades desempenhadas, conforme preconiza as estratégias vitais para alcançar os amplos objetivos do interesse público, admitindo que as características das ações de saúde do trabalhador e do desempenho do trabalho são fatores cruciais no processo saúde-doença das sociedades contemporâneas.

REFERÊNCIAS |

1. Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática; 1996.
2. Bobbio N, Matteuci N, Pasquino G. Dicionário de política. Brasília: UNB; 1995.
3. Viana AL, Batista T. Análise de políticas de saúde. In: Giovanela L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 65-106.
4. Worthen B, Sanders J, Fitzpatrick J. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente; 2004.
5. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 1-13.
6. Frey K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas. 2000; (21):211-59.
7. Lacaz FAC. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Pública. 2007; 23(4):757-66.

8. Oliveira MHB, Vasconcellos LCF. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. *Saúde em Debate*. 2000; 24(55):92-103.
9. Brasil. Lei n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 20 set 1990;Seção 1.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º. 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União* 10 dez 1998 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html>.
11. Mendes JMR, Oliveira PAB, Almeida RS, Santos FB. A política de saúde do trabalhador e as transformações no mundo do trabalho. [Apresentado na II Jornada Internacional de Políticas Públicas; 23-25 ago 2005; São Luís, Brasil].
12. Brasil. Decreto n.º 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). *Diário Oficial da União* 08 nov 2011;Seção 1.
13. Trabalho Seguro: Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho [Internet]. Apresentação [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/apresentacao>>.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. [Internet]. *Diário Oficial da União* 24 ago 2012 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>.
15. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico de acidentes de trabalho: AEAT 2010. Brasília: MTE/MPS; 2011.
16. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico de acidentes de trabalho: AEAT 2011. Brasília: MTE/MPS; 2012.
17. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico de acidentes de trabalho: AEAT 2012. Brasília: MTE/MPS; 2013.
18. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico de acidentes de trabalho: AEAT 2013. Brasília: MTE/MPS; 2014.
19. Brasil. Tribunal Superior do Trabalho. Conselho Superior da Justiça do Trabalho [Internet]. Sustentabilidade [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: URL: <http://www.tst.jus.br/documents/1692526/0/Cat%C3%A1logo_Portugu%C3%AAs_web.pdf>.
20. Conselho Estadual de Saúde (Brasil). Resolução n.º. 811, de 13 de janeiro de 2014. Convoca a etapa estadual e macrorregionais da quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora [Internet]. *Diário Oficial dos Poderes do Estado* 28 jan 2014 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Convocacao/Convocacao_ES.pdf>.
21. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Relatorio_4cnstt_final_31072015.pdf>.
22. Cruz MM. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde [Internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015 [acesso em 20 dez 2015]. p. 285-317. Disponível em: URL: <<http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=435>>.
23. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad Saúde Públ*. 1997; 13(Supl. 2):33-45.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório Final - 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2015. [acesso em 2015 dez 20]. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Relatorio_4cnstt_final_31072015.pdf>.
25. Costa D, Lacaz FAC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2013; 38(127):11-21.

26. Lancman S, Toldrá RC, Santos MC. Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadores. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca; 2010. p. 98-112.

27. Dias EC, Silva TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). *Rev Bras Saúde Ocup.* 2013; 38(127):31-43.

28. Trevisan AP, Bellen HM. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Rev Adm Públ.* 2008; 42(3):529-50.

29. Silva ZP, Barreto Junior IF, Sant'ana MC. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. *São Paulo Perspec.* 2003; 17(1):47-57.

Correspondência para/Reprint request to:

Camila Barcelos Vieira

Rua Guimarães Júnior, 925,

São Diogo I, Serra/ES, Brasil

CEP: 29163-230

Tel.: (27) 99938-6612/ (27) 3228-4368

E-mail: camilabarcelosv@gmail.com

Submetido em: 14/01/2016

Aceito em: 21/03/2016

Education versus management: impasses of Continuing Health Education

| Educação versus gestão: impasses da Educação Permanente em Saúde

ABSTRACT | Introduction: *With the institutionalization of the Brazilian Health System (SUS), discussions on Continuing Healthcare Education (EPS) were intensified to ensure that policies and practices properly acknowledge the role and rights of health workers. Many initiatives have been undertaken, several of them taking the shape of 1-2 years of specialization courses. Objective:* To discuss the applicability of the syllabus offered by a specialization course in the Family Health Strategy Program (ESF), a partnership between Federal University of Espírito Santo (UFES) and the Department of Health (SEMUS) of the City of Vitória, held in 2010-2011 period. **Methods:** *This is a qualitative study, conducted using three focus group sessions with alumni who still work at ESF, after three years of obtaining their Nursing undergraduate degree. Results:* Two categories of analysis were detected: perceived changes and difficulties in the practical application of the content of the syllabus. Changes were perceived in the carrying out collective actions, in the emphasis on teamwork and networking, and in personal conduct. However, there is still a gap between what the ESF postulates, and how health professionals are held accountable, as the excessive demand and incentives based on mere productivity go against of what was taught and valued during the classes. **Conclusion:** *It appears that despite the important changes perceived by professionals taking the EPS course, the applicability of the syllabus is partially undermined by institutional and organizational demands.*

Keywords | Education Continuing; Health Management; Workers.

RESUMO | Introdução: Os debates sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS) se intensificaram a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de elaborar políticas de valorização dos profissionais, de forma que os princípios do SUS pudessem se refletir na qualidade da assistência à população. Muitas iniciativas foram realizadas neste ínterim, várias no formato de cursos de especialização. **Objetivo:** Discutir as reais possibilidades de aplicação dos conteúdos ofertados por um curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (ESF), ministrado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), em 2010-2011. **Métodos:** Pesquisa qualitativa realizada, por meio de três sessões de grupo focal, com os egressos que ainda trabalham na ESF, após três anos de finalização do curso. **Resultados:** Destacam-se duas categorias de análise: mudanças percebidas e dificuldades na aplicação prática dos conteúdos. Os profissionais percebem mudanças quanto à forma de realizar as ações coletivas no trabalho em equipe, no trabalho em rede e na conduta pessoal. Porém ressaltam que há distância entre o que promulga a ESF e o que lhes é cobrado e observam que a exigência de produtividade e os incentivos por produção de procedimentos, obstaculizam a realização daquilo que foi ensinado e valorizado durante as aulas. **Conclusão:** Constata-se que, apesar das importantes mudanças percebidas pelos profissionais com a realização do curso, a aplicabilidade dos conteúdos ofertados fica comprometida diante de injunções institucionais e organizacionais.

Palavras-chave | Educação Permanente; Gestão em Saúde; Trabalhadores.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A busca por propostas para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresentou como demanda em vários estados brasileiros. Muitas vezes o Ministério da Saúde (MS) assumiu, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a responsabilidade de reorientar ações de formação dos profissionais de saúde¹. Dessa forma, muitas iniciativas ocorreram com o apoio do governo federal, com a finalidade de qualificar profissionais para atuarem na Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, o financiamento de especializações constituiu-se como prática habitualmente utilizada pelo MS e desenvolvida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde¹.

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da cidade de Vitória (ES), em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (NESC/UFES), organizou, em 2010, o curso de Especialização em ESF para 80 profissionais, concursados e efetivos de várias categorias profissionais: médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos. Todos eles inseridos nas 20 Unidades de Saúde da Família, de um total de 30 Unidades Básicas que compõem o sistema de assistência do município. Segundo a Gerência de Formação da SEMUS, Vitória necessitava de profissionais que incorporassem novos papéis sociais, outras formas de organização do trabalho; habilidades e conhecimentos próprios para a ESF. Dessa forma, propôs a parceria com a UFES, a fim de planejar algumas medidas para efetivação adequada da ESF, das quais a especialização foi uma delas.

O curso se pautou na valorização das experiências acumuladas dos profissionais e na utilização de metodologias de ensino para adultos, com estratégias de articulação ensino-serviço e teoria-prática, conforme se deduz da análise de seu projeto. Foi estruturado em sete módulos, com carga horária total de 420 horas, distribuídas em 360 horas presenciais e 60 de atividades de dispersão. Foram realizadas avaliações de conteúdo articuladas com o cotidiano de trabalho a fim de aumentar a inserção dos alunos nas realidades locais, por meio de atividades integradas, tais como o diagnóstico situacional de cada território, com o levantamento da história do território; dos aspectos geográfico, econômicos, demográficos e culturais; das redes sociais e dos indicadores de saúde. Também foi solicitado que elaborassem, durante todo o curso, um portfólio pessoal, que foi avaliado

paulatinamente pelos coordenadores pedagógicos. Essa técnica almejou responsabilizar os estudantes pelo seu processo de aprendizagem e responder às expectativas de sua emancipação nesse processo. Por exigência regimental, também houve apresentação e entrega do Trabalho de Conclusão do Curso².

A ideia central do curso foi oferecer aos profissionais a oportunidade de reflexões críticas sobre seu processo de trabalho que pudessem provocar melhorias na qualidade dos serviços e no fortalecimento do trabalho em equipe. Por esse motivo, tal curso foi esquematizado como forma de intervenção, visando, em última instância, alterar as práticas vigentes para uma maior conformidade aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia².

Em face dessas questões, este artigo discute quais conteúdos veiculados pelo curso estão sendo efetivamente aplicados no cotidiano de trabalho. Toma como referência a opinião dos profissionais egressos de um curso de Especialização, ministrado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), em 2010-2011.

MÉTODOS |

Para que os objetivos propostos fossem alcançados, a pesquisa ocorreu após transcorridos três anos do término do curso. Para produção dos dados, foram realizadas três sessões de grupo focal (GF), entre junho e julho de 2014, com a participação de 16 profissionais egressos de diversas categorias profissionais: quatro dentistas, quatro enfermeiros, três médicos, três farmacêuticos, um fonoaudiólogo e um psicólogo; de diferentes unidades de saúde. Contudo, o campo da pesquisa teve início apenas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES e após aprovação da SEMUS.

Vale ressaltar que os 69 profissionais que concluíram o curso e que continuavam atuando na ESF foram convidados para participar da pesquisa. Entretanto, após contato com os profissionais e gestores dos serviços, constatamos que desses apenas 51 estavam em Unidades que funcionam na lógica da ESF. E, entre eles, dez estavam de licença por doença, maternidade ou estudo, restando, portanto, 41 possíveis participantes, dos quais 16 se inscreveram por e-mail e participaram das sessões de grupo focal.

Cada sessão de GF durou aproximadamente 90 minutos, foi gravada em áudio e, posteriormente, transcrita na íntegra sem identificação do emissor da fala. As discussões foram muito ricas e produziram um denso material. Por esse motivo optamos por abordá-lo por temas, como sugere a técnica de Análise de Conteúdo³. Assim sendo, os resultados foram agrupados em duas categorias de análise: Mudanças Percebidas e Dificuldades de Aplicação Prática do Conteúdo; que se desdobram em categorias intermediárias.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Conforme relato dos participantes, é possível perceber que houve mudanças após o curso, principalmente quanto à forma de realizar as ações coletivas no trabalho em equipe, na conduta pessoal e no trabalho em rede. Muitos também enfatizam as mudanças pessoais, no que diz respeito ao olhar dirigido ao usuário, seus problemas, e mesmo em relação ao que significa o cuidado. Detalharemos essas categorias para que possam ser percebidas suas nuances.

Os trabalhadores relataram que os conteúdos e as vivências relacionados à disciplina intitulada “Técnicas Educativas e Processos Grupais” marcaram sua prática e continuam interferindo na maneira de entender e na forma como passaram a realizar as atividades coletivas ou grupais.

Planejamos um grupo [...] que funciona em formato de uma mesa redonda [...]. É uma troca de informações. Trabalhamos com as dúvidas e problemas da comunidade. Mas esse grupo foi reformulado depois de fazer a especialização em ESF.

Não reunimos as pessoas para dar palestras. Aprendi isso na especialização, pois lá participamos de dinâmicas de como trabalhar em grupo [...].

A atividade em grupo funciona como um campo de referência cognitivo e afetivo, no qual o sujeito se integra e se reconhece, podendo tanto bloquear quanto estimular processos criativos e críticos⁴. E essa pareceu-nos ter sido a premissa trabalhada durante as disciplinas de processos grupais, visto o depoimento:

E nós profissionais pretendemos fazer outros grupos, pois acreditamos que não poderemos alcançar bons resultados apenas com a explicação e a proibição do que podem ou não comer.

O curso baseou-se na aprendizagem significativa como possibilidade de transformar as práticas profissionais. Freire⁵ enfatiza a relevância da reciprocidade entre educador e educando, envolvidos em um processo dialético para que haja a transformação de ambos. As colocações dos egressos mostram que, durante a aprendizagem dos aspectos relacionados a grupos, houve mais do que a transmissão de conteúdos. Foram feitas vivências com os alunos, que trabalharam aspectos pessoais e subjetivos, buscando uma abertura para o conhecimento.

O trabalho em equipe, embora não seja uma exclusividade da Estratégia Saúde da Família (ESF), representa um de seus principais pilares. Sua importância foi ressaltada, principalmente, pelo aspecto da integralidade nos cuidados em saúde, reconhecida como um dos princípios doutrinários do SUS, visto que interfere diretamente no processo de saúde-doença. O trabalho em equipe possibilita que o profissional se reconstrua na prática do outro, ambos transformados pela intervenção na realidade em que estão inseridos⁶.

Por meio das discussões do GF, foi possível identificar que vários participantes denotaram que o trabalho em equipe, desenvolvido no cotidiano das Unidades, mudou, tornando-se mais forte e articulado.

O que mais me acrescentou nessa pós-graduação foi ter condições de compreender a visão de outros profissionais por meio do trabalho em equipe. Isso me despertou, percebi que não vale somente o meu ponto de vista, tenho que considerar o que outro colega enxerga e deseja. Isso foi maravilhoso, serviu para abrir a minha cabeça em relação ao trabalho.

Para conseguir esse intento, foi imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa e orientada para o entendimento mútuo. Para tanto, o trabalho em equipe “provoca a escuta do outro e faz-se interação entre os autores”⁷.

Nesse contexto, o modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influenciam as relações entre os profissionais da equipe⁸. O contrário também é verdadeiro, as relações influenciam o jeito de trabalhar. A informação produzida nos GFs permite afirmar que as vivências no curso possibilitaram uma concepção ampliada do trabalho em equipe como resultado das relações construídas entre os profissionais.

Alguns profissionais são muito técnicos. A partir do curso, passei a conhecer os profissionais de minha própria unidade e de outras unidades. Houve uma integração muito boa. Contribuiu para o trabalho em equipe.

Para os participantes da pesquisa, o curso de Especialização em ESF obteve resultados positivos, visto que foi capaz de provocar mudanças no trabalho em equipe. Apesar disso, é fundamental uma ação político-institucional efetiva no apoio às equipes para o fortalecimento e a consolidação de seu trabalho no dia a dia das USFs, como veremos no tópico dificuldades.

Outro aspecto ressaltado pelos entrevistados foi o que chamaram de “crescimento pessoal”. Aspecto também observado por outros autores⁹, já que, para eles, a EPS tem a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional, bem como contribuir para a organização do processo de trabalho, uma vez que se desenvolve a partir de problemas diários identificados na realidade.

O curso me ajudou a mudar a forma de pensamento, e também me ajudou no crescimento pessoal, saber que eu preciso mudar, e não o outro. Não trabalhar com o sistema punitivo. Às vezes o profissional está tão sobrecarregado que pune o paciente [...]. Temos que escutar o que houve para saber como intervir. Hoje penso diferente por que aprendi no curso. Em vez de punir, explico e oriento. Com isso melhorou a relação entre paciente e profissional e ajudou para criar vínculo e confiança.

A EPS também tem contribuído como espaço para pensar e executar a formação e o desenvolvimento pessoal, além do profissional¹⁰. Para esses autores¹⁰, ela se constitui em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, por meio da qual se propõe transcender ao tecnicismo e às capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos para transformar o mundo do trabalho e a si próprio.

Após o curso, consegui ter a perspectiva de me colocar no lugar do outro. Ter empatia com o paciente. E fazer o seguinte exercício, como paciente o que espero do profissional que me atenderá? Porque o paciente quando chega aqui já escutam muitos não, e o que eu puder dizer sim, eu falo.

Muitas vezes, a organização do trabalho na saúde acaba criando uma espécie de amortecimento da sensibilidade, uma mecanização do cuidado, que se manifesta por um cuidado rotineiro prestado por “[...] aquele profissional que não olhava nos olhos e não se emocionava mais diante de um óbito ou nascimento”¹¹. O rompimento dessa prática foi alvo de estudos sobre a humanização do cuidado e mostra que atitudes éticas no processo de trabalho implicam ter compromisso, corresponsabilidade, participação na esfera de decisão, respeito ao outro, respeito às regras estabelecidas e aprovadas por decisões democráticas¹².

O curso me deu uma visão humanizada em relação ao paciente. Hoje sei que eu posso ir um pouco além do profissionalismo e não atender somente o que eu achava que era minha demanda. Existe um protocolo da Prefeitura de Vitória que preconiza o que tem que ser feito. Mas há problemas que fogem do protocolo, para resolver tem que seguir o coração, e isso não depende da técnica ou da experiência.

Na prática da educação profissional, prevalece a ideia de que o ensino não deve ser baseado somente no saber fazer, mas também em como fazer de acordo com a realidade, considerando o desenvolvimento das oportunidades de experimentação e do crescimento pessoal¹¹.

Os egressos do curso relataram ter obtido um maior conhecimento da rede de serviços e de como acessá-la devido ao fato de que alguns docentes foram recrutados entre os quadros técnicos da própria rede municipal. A ideia de rede está presente desde a criação do SUS, porém, após 2006, o MS divulgou documento em que ressalta a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos¹³.

Embora a normativa seja fundamental para a efetivação da regionalização nos serviços de saúde, a articulação do trabalho de diversas equipes de uma rede não se resolve somente por normas e formulários, mas por meio da discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população¹⁴. Assim, embora as redes estejam relacionadas ao território, elas são mais potentes quando intersetoriais¹⁰. É imprescindível a cooperação e solidariedade entre os atores e organizações de uma dada região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Esse

envolvimento dos atores para se efetuar o trabalho em rede pode ser confirmado na fala:

Com o curso, passei a conhecer os colegas da minha própria unidade, porque, parece que não, mas, às vezes, não temos tempo de conversar. E também profissionais de outras unidades, essa rede, essa aliança contribui para o trabalho fluir bem e efetivar os objetivos da ESF.

Nesse sentido, a noção de rede está relacionada a várias concepções e significados¹⁵. Entretanto, em quase todos os sentidos está presente a ideia de conexão, entrelaçamento e comunicação. A referida pesquisa evidenciou que quando se afirma que um serviço de saúde está integrado em uma rede, se compreende que, sozinho, não é possível resolver as demandas e que é necessário contar com outros serviços que lhes dão suporte, educação, transportes e infraestrutura, entre outros. Pareceu-nos, então, que o curso possibilitou conhecer e articular melhor essa forma de trabalho em rede.

Os participantes também discutiram acaloradamente as principais dificuldades que têm encontrado, durante os últimos três anos, para pôr em prática o conteúdo do curso de especialização em ESF. Esse tema aparece no sentido de que querem afirmar que obtiveram o conhecimento que lhes possibilitaria realizar os princípios e diretrizes da Estratégia e do SUS, porém encontram obstáculos no cotidiano de trabalho para passar da vontade à ação. Elencam vários motivos para tal situação. E, por isso, as agrupamos como uma segunda categoria de análise, destacando seus pormenores: formação biomédica tradicional, distância entre teoria e prática e exigência de produtividade.

Não há dúvida de que os profissionais reclamam do fato de que não conseguem aplicar no dia a dia tudo aquilo que aprenderam. Afirmam que estão aptos e gostariam de fazê-lo, mas que injunções institucionais e organizacionais impossibilitam tal realização.

Um dos fatores arrolados como um empecilho para uma maior aplicação dos conteúdos do curso no cotidiano de trabalho refere-se ao fato de que grande parte dos profissionais teve uma formação acadêmica baseada no modelo biomédico tradicional, que faz com que tenham dificuldades, tanto para compreender o conteúdo veiculado no curso, quanto para praticá-lo no dia a dia das USF's. Como se pode constatar pelo relato:

Apesar da dificuldade que tive de entender alguns conteúdos, gostei do curso pelo fato de ter aprendido muitas coisas novas, "aprendi mesmo", por que para algumas pessoas o conteúdo do curso foi uma revisão, mas, para mim, não [...] a minha graduação foi bem técnica.

O modelo tradicional de formação baseia-se em uma visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo do adoecer. O conhecido relatório Flexner, de 1910, base de tal modelo, até hoje influencia o ensino e a prática, principalmente dos cursos de Medicina e, por extensão, de outras profissões de saúde. Entre outros aspectos, o paradigma flexneriano busca o enfoque na doença, o que por si só já contraria os princípios da ESF trabalhados durante as aulas¹⁶⁻¹⁷.

Em razão desse modelo, os usuários tendem a ser reduzidos a um organismo biológico o que resulta que outros aspectos, tais como sua história de vida, condição social, cultura, crenças, valores e saberes não sejam comumente levados em conta. Dessa forma, os profissionais não conseguem perceber as reais necessidades de saúde, o que contribui para intervenções pouco efetivas¹⁷.

Quando comecei a trabalhar na ESF me questionava sempre, será que isso é meu dever? Por que as demandas são tantas que com a minha formação não fazia ideia de como intervir [...].

Entretanto, percebemos que, apesar das dificuldades, alguns têm conseguido dar outro sentido à sua prática:

[...] a minha formação é bem técnica baseada principalmente em procedimentos. Para você ter ideia, eu não sabia nem o que era SUS. Essa era a minha maior dificuldade. Essa Especialização me ajudou a relacionar a minha técnica com a prática, pois conheci a legislação e, agora, tenho respaldo em meu trabalho.

Por perceber essas fragilidades e ao mesmo tempo a potência que reside na educação, cursos realizados após a graduação e, principalmente, que agregam profissionais de um mesmo serviço, são ainda necessários para que haja alteração da prática¹⁸. De acordo com a autora¹⁸, estes devem abordar questões para além da formação técnica.

É preciso sublinhar que o modelo de formação biomédico tradicional também relega os aspectos subjetivos do profissional, fazendo com que a subjetividade, envolta no

processo de trabalho, seja pouco valorizada. As atitudes e decisões dos profissionais de saúde, por mais que se baseiem em razões objetivas e evidências científicas, não são desprovidas de sentimentos e valores. Por isso, o próprio Ministério da Saúde adverte que apesar da cientificidade, a prática de saúde mobiliza sentimentos e emoções. Para que tais elementos não sejam obstáculos durante a produção de cuidado, é preciso que profissionais e usuários tenham em mente tal dimensão. Além disso, esse distanciamento entre técnica e os aspectos subjetivos pode promover desinteresse, falta de compromisso e a não responsabilização, por parte do profissional, uma vez que ele não consegue ver a si ou ao produto de seu trabalho¹⁹.

Os entrevistados também mencionam tal distanciamento entre a técnica profissional e os aspectos subjetivos envolvidos no ato de cuidar. Embora ressaltem o quanto importante foi o curso ter abordado, ainda que de forma incipiente, tais os aspectos, parece ainda terem necessidade de incentivo, apoio e validação para levá-los em consideração.

Outro motivo alegado como entrave para aplicar os conteúdos trabalhados no curso diz respeito à distância percebida entre os princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família, que foram exaustivamente discutidos durante o curso, e aquilo que lhes é cobrado como função no dia a dia de trabalho.

Em muitos momentos do GF, os entrevistados expressaram as limitações para cumprir os princípios da ESF. Apontaram os fatores internos - organizacionais, e os fatores externos - relacionados ao território. Isso pode ser percebido nas seguintes falas:

Com a agenda eletrônica, não temos tempo para discutir os casos, o que é muito importante para a ESF. E, com essa organização do serviço, de consultar de 20 em 20 minutos, não se consegue pensar, refletir e planejar nada. Muito menos ter ações de promoção e prevenção. Hoje trabalhamos com medicina curativa. Temos que “apagar incêndio” o tempo todo.

[...] por um lado é frustrante pensar que não consigo praticar o que aprendi devido a fatores internos, como a cobrança em relação à produtividade. [...]

Qualificam de obstáculos organizacionais a dificuldade para realizar uma escuta qualificada preconizada pelo curso, já que precisam cumprir a exigência da produção. Além disso, a SEMUS implantou recentemente um incentivo financeiro

pela produção, acoplado às metas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

[...] Com a agenda eletrônica, veio uma política de pagamento de incentivo de produção, isso é inapropriado para a ESF. Não tem cabimento a ESF ser pactuada com produção, está igual à fábrica. E como fica a inserção do profissional na comunidade e na família?

Assim, a escuta e o convívio dos usuários com as equipes mostram o quanto atitudes solidárias são importantes, principalmente em momentos de sofrimento, lutos e perdas²⁰. O fazer saúde não se limita aos procedimentos técnicos e, por isso, compreendemos esses fatores como pilares de um serviço voltado para uma assistência humanizada, pautada em elementos que se interligam e fazem construir e promover o cuidado em saúde. Pelos depoimentos, alguns profissionais compreendem a importância da escuta:

Às vezes a pessoa procura a unidade, mas não tem nenhuma doença, quer apenas alguém para escutá-la, chorar e desabafar porque o filho foi preso. Os profissionais não sabem o que fazer quando isso ocorre. “Ficam no fogo cruzado”.

A ESF é uma estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde²¹. Isso porque pressupõe que a visão fragmentada do ser humano, com foco na doença, deve ser transposta para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva²¹. Ou seja, o resgate da prática generalista, na qual a compreensão do processo saúde-doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar.

Na reorganização dessas práticas de trabalho em saúde, é necessário substituir o modelo biomédico hegemônico e, para isso, o núcleo familiar é um espaço concreto de atuação da equipe. Para as famílias, o fato de os profissionais “irem até as casas, estarem juntos vendo, acompanhando, orientando, assistindo, conversando e atendendo” representa o caminhar do processo de trabalho e se relaciona com a dinâmica de funcionamento do serviço²². Nesses espaços de atuação, o vínculo é muito forte, consolidado pelos laços entre as equipes e os usuários. Para estreitar esses vínculos, é necessário que os profissionais tenham um olhar sensível, capaz de reconhecer as vivências dos usuários, suas histórias de vida e a sua maneira de viver.

Percebemos que as equipes da ESF têm clareza de sua atribuição como promotoras de ações de saúde. Entretanto, mesmo que os conteúdos do curso tenham se voltado também para aspectos subjetivos e sociais, eles têm enfrentado exigências pautadas no modelo biomédico tradicional, como a exigência de produção por procedimentos e a redução da saúde à ausência de doenças de caráter biológico.

Também se referem ao fato de que a ESF se baseia nos princípios fundamentais do SUS, como a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade, atuando por meio da vinculação dos usuários a partir de um cadastramento¹³. Entretanto, mesmo que percebam a importância da articulação e participação da comunidade nos serviços de saúde não parecem dedicar muito tempo para tal articulação.

A ESF significa mais do que instituir novas formas de cuidado à saúde e é preciso que os atores envolvidos estejam engajados, pois são eles que constroem as relações de cuidado no interior dos serviços de saúde²³. No entanto, o relato parece contradizer esta premissa:

Sem dúvida, depois que concluí a especialização, mudei a minha conduta como profissional de saúde [...]. Agora, tenho maior interação com as Agentes, procuro conhecer o histórico dos pacientes e saber se eles têm condições de cumprir em casa o que eu prescreverei. Aprendi que preciso considerar a situação familiar do paciente. Mas existem limites, por exemplo, o fato de não conseguir fazer visita domiciliar [...].

Consideramos que esses profissionais conhecem e sentem na pele a fragilidade do sistema em sua totalidade. Para eles, parece ser necessário que a população tenha mais oportunidades de discutir e, assim, colaborar no sentido da promoção da saúde.

Observamos que os profissionais, atualmente, compreendem os princípios doutrinários do SUS, as diretrizes da ESF, seus propósitos e sua força na reorganização do sistema. Também percebem melhor os valores que circundam os territórios onde trabalham; os sentimentos dos usuários, as opiniões dos colegas e a importância do trabalho em rede intersetorial.

É preciso registrar, entretanto, o sentimento de frustração por não conseguirem colocar em prática muitas das competências e habilidades adquiridas por meio do curso de especialização.

Durante as discussões dos GF, os participantes ressaltam que a exigência de produtividade é o principal fator limitante na aplicação dos conteúdos do curso na prática. O controle da produção nas USFs do município de Vitória está diretamente relacionado à gestão informatizada da agenda, implantada recentemente, o que impõe um determinado ritmo e facilita o controle e a cobrança de quantidade de procedimentos.

Quando terminamos o curso, saímos cheios de novas ideias para executar. Mas logo implantaram a agenda eletrônica, e ficou difícil trabalhar, porque a cobrança pela produção nos “engole” e “engessa” nosso trabalho.

Esses obstáculos se referem principalmente às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Também têm óbices em organizar tempo para planejamento, realizar atividades coletivas e discutir casos, ou seja, existe uma elevada exigência pela quantidade de atendimentos, em forma de consultas.

A agenda eletrônica é feita no computador que fica na recepção. Pela diretriz cada consulta dura 20 minutos. Se houver uma desistência, há uma fila de 30 pessoas para “encaixe”. Isso tira a nossa autonomia de programar as ações também [...].

Com a agenda eletrônica, não se consegue fazer ação de prevenção. E a demanda é cada dia maior [...].

Podemos afirmar que o que mais incomoda, não é a existência da agenda, e sim o fato de não terem autonomia para disporem dos horários segundo seu planejamento.

[...] entrei com muitas expectativas na pós que a UFES promoveu, mas não teve o impacto que desejava, visto que não posso contar com a minha equipe para planejar o trabalho, por causa da agenda eletrônica. [...] se desejo fazer ação de prevenção ou de promoção, a gestão propôs ir à unidade aos sábados. Fora do meu horário de trabalho, porque durante a semana tenho que produzir. [...] tenho que esquecer o que aprendi, porque não temos forças e condições de colocá-los em prática [...].

Consideramos a gestão do cotidiano em saúde como um terreno de possibilidade para a elaboração de estratégias que levem os trabalhadores a utilizarem mecanismos em favor do interesse dos usuários. Assim, apesar de o Ministério da Saúde exercer papel indelegável de coordenar o registro eletrônico de saúde, os estados e municípios têm autonomia para suprir

suas necessidades²⁴. Também fica claro que a gestão local tem certa liberdade para dispor da distribuição dos horários, desde que os propósitos se justifiquem. Mas, há que se ressaltar que a autonomia muitas vezes também é limitada.

[...] aqui na minha unidade, por exemplo, o gestor até permite que façamos algumas coisas. Mas, muitas vezes ele também é cobrado, e tem que cobrar da gente. Por isso acredito que algumas coisas que aprendemos no curso se perderam.

Pierantoni, Varella e França²⁵ sugerem que formas verticalizadas da gerência sejam substituídas por gerência horizontal. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não constitui tarefa simples tomada apenas em sua dimensão técnica. Envolve relações de poder, interesses diversos e transformações processuais na dimensão pessoal.

São, portanto, questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema²⁶.

CONCLUSÃO |

A pesquisa mostra que o curso de Especialização em ESF, como uma proposta de intervenção em EPS, foi capaz de proporcionar algumas mudanças nos processos de trabalho em saúde, já que os sujeitos tiveram a possibilidade de “olhar” para a própria prática de trabalho, de forma a torná-los mais seguros para desejarem rever e alterá-la, conforme os princípios da ESF, e contribuir para a consolidação do SUS.

Assim, indicam que a integração entre os colegas e o maior conhecimento sobre o território são fatores que contribuem para que a postura no trabalho tenha sido alterada, pois promoveu uma maior compreensão a respeito da rede de atenção e alterou o “olhar” do profissional, que hoje inclui aspectos subjetivos em sua avaliação a respeito do usuário e sua família.

O conhecimento a respeito dos pressupostos e das diretrizes orientadoras que formam a base do SUS e da Estratégia Saúde da Família também foi aspecto muito valorizado nas discussões dos GF. A ênfase nas ações coletivas e

seu manejo sobressaíram como pontos fundamentais do curso. Entretanto, é um dos assuntos que consideram mais frustrantes, pois distantes da prática atual.

Assim, apesar de valorizarem as mudanças percebidas, a aplicabilidade dos conteúdos ofertados pelo curso está comprometida diante de injunções institucionais e organizacionais.

Tal contradição nos força a questionar a importância dos investimentos em formação de profissionais que não estejam acompanhados de claras decisões sobre estratégias de gestão que lhes possam dar a sustentação necessária.

Portanto, é fundamental repensar os investimentos que têm sido feitos em torno de estratégias de formação profissional no formato de cursos. Tais iniciativas comumente são propostas por gerências ou departamentos de desenvolvimento de pessoas que percebem a necessidade de criar espaços de troca de informações e momentos de reflexão sobre o processo de trabalho para estes profissionais, certamente porque acreditam na proposta política da Educação Permanente e verificam sua potencialidade em transformar práticas tradicionais. No entanto, sem que haja a devida valorização desse aprendizado e apoio institucional para sua implementação, corre-se o risco de ver este investimento, que não é apenas financeiro, ser desperdiçado e não surtir os efeitos desejados a princípio.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Projeto do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. Vitória: UFES; 2007.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1994.
4. Afonso MLM, Silva MV, Abade FL. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. Psicologia em Estudo. 2009; 14(4):707-15.

5. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários as práticas educativas. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
6. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):455-64.
7. Araujo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl.1):1439-52.
8. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(2):262-8.
9. Lino MM, Backe VM, Ferraz F, Prado ML, Fernandes GF, Silva LA, et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trab Educ Saúde*. 2009; 7(1):115-36.
10. Silva LA, Franco GP, Leite MT, Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(2):340-8.
11. Zocche DAA. Educação profissional em saúde: reflexões sobre a avaliação. *Trab Educ Saúde*. 2007; 5(2):281-95.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HUMANIZASUS: ambiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n°. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 29 mar 2006; Seção 1.
14. Silva Junior AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2010. p. 79-93.
15. Kuschnir R, Lima LD, Baptista TWF, Machado CV. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: ENSP; 2011. p. 121-51.
16. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
17. Perez EP. A propósito da educação médica. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2004; 4(1):9-13.
18. Araújo DGB. Contribuição para a humanização da educação médica: o diário de campo como instrumento de avaliação qualitativa. Dissertação [Mestrado em Medicina e Saúde] – Universidade Federal da Bahia; 2005.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Curso de facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
20. Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha/ Minas Gerais. Tese [Doutorado em Enfermagem]. – Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
21. Seclen-Palacin JA. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição no alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: Fernandes AS, Seclen-Palacin JA, organizador. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004. p.15-37.
22. Machado TM, Bastos MAR. O significado da estratégia saúde da família. In: Cruz SCS, Werner RCD, Dalbello-Araujo M, organizadores. *Saúde pública em Vitória: vários olhares*. Vitória: Aquarius; 2012. p.15-27.
23. Passamani JD, Silva MZ, Dalbello-Araujo M. Estratégia de saúde da família: o acesso em um território de classe média. *Rev Odontol*. 2008; 10(2):37-45.
24. Arias EHL, Vitalino HA, Machado MH, Aguiar Filho W, Cruz LAM. Gestão do trabalho no SUS. *Cad RH Saúde*; 2006. 3:119-24.

25. Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Barros AFR *et al*, organizadores. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 51-70.

26. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS*. 2004; 14(1):41-65.

Correspondência para/Reprint request to:

Kallen Dettmann Wandekoken

Av. Antonio Gil Veloso, 702, apt. 1002,

Praia da Costa, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29101-010

Tel.: (27) 99936-1050

E-mail: kallendw@gmail.com

Submetido em: 16/01/2016

Aceito em: 19/03/2016

Evaluation of satisfaction and perception of changes among participants of an Alcohol Management Program

| Avaliação da satisfação e percepção de mudanças entre usuários de um programa de alcoolismo

ABSTRACT | Introduction: *Drug addiction has become a serious public health issue, with social, political, economic and cultural implication for society.*
Objective: *To evaluate the changes resulting from the treatment received and the satisfaction of users assisted by the Alcohol Management Program.*
Methods: *A descriptive, cross-sectional and quantitative approach was adopted. The population consisted of 40 patients in the 2013/2 to 2014/1 period. We used univariate analysis for the description of the variables of Perceived Change Scale (EMP-patient) and scale assessment of satisfaction in Mental Health Services (SATIS-BR) and bivariate analysis to assess the association between the variables of the scales used.*
Results: *Most of the users reported feeling better after the treatment. Similarly, the clear majority of users (79-100%) showed satisfaction with different aspects of the program. There was no statistical correlation between the variables of the scales, only the treatment time.*
Conclusion: *The satisfaction with the treatment received and the hospitality of the professional team worked as strong motivators to treatment adherence. The overall perception of improvement demonstrates the program's effectiveness.*

Keywords | *Mental Health; Mental Health Services; Health Services Evaluation.*

RESUMO | Introdução: O questionamento sobre o fenômeno das drogas vem ganhando dimensão, sendo visto como um dos maiores problemas de saúde, com repercussões sociais, políticas, econômicas e culturais para a sociedade.
Objetivo: Avaliar as mudanças decorrentes do tratamento recebido e a satisfação dos usuários atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista.
Métodos: Estudo descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa. A população foi constituída por 40 pacientes em 2013/2 a 2014/1. Utilizou-se a análise univariada para a descrição das variáveis da Escala de Mudança Percebida (EMP-paciente) e da escala Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), e a análise bivariada para verificar a associação entre as variáveis das escalas utilizadas.
Resultados: A maior parte dos usuários “perceberam-se melhor que antes do tratamento”. Da mesma forma, a grande maioria dos usuários (79% a 100%) demonstrou satisfação em relação aos diferentes aspectos do Programa. Não foi encontrada correlação estatística entre as variáveis das escalas, apenas com o tempo de tratamento.
Conclusão: A satisfação com o tratamento recebido e com a acolhida dos profissionais como requisitos motivadores para continuar o tratamento. A percepção de melhora demonstra a eficácia do programa.

Palavras-chave | Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Avaliação de Serviços de Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O questionamento sobre o fenômeno das drogas vem ganhando dimensão, sendo visto como um dos maiores problemas de saúde, com repercussões sociais, políticas, econômicas e culturais para a sociedade¹.

Vários países ainda apontam o aumento dos números de casos dos transtornos mentais, e muitos desses casos não recebem a atenção necessária devido à falta de preparo dos serviços tradicionais de saúde para lidar com essa constante demanda². Segundo Wetzell e Kantorski³, os parâmetros utilizados na assistência prestada nos serviços de saúde não se adaptam totalmente à realidade dos serviços de saúde mental.

Assim, diante da complexidade que envolve os sistemas de saúde e saúde mental, a avaliação é considerada como essencial para a garantia de qualidade dos serviços⁴. Na avaliação dos serviços de saúde, a satisfação do usuário é fundamental. Por ser entendida como um conjunto de ações amplas e de caráter heterogêneo, tendo como objetivo mensurar a opinião dos usuários⁵. Segundo Esperidião e Trad⁶, a satisfação dos usuários é considerada uma meta para os serviços e deve ser investigada a fim de subsidiar melhorias.

A avaliação em saúde, além de multidimensional, deve compreender todos os sujeitos participantes do processo de tratamento: usuários, familiares e profissionais. Porém, a avaliação dos resultados sob a perspectiva dos pacientes tem sido cada vez utilizada, devido ao conceito cada vez mais presente do paciente como participante ativo do tratamento e da importância dos dados subjetivos para complementar a avaliação⁷.

Os pacientes são capazes de fornecer uma visão única a respeito do estado clínico e dos efeitos das intervenções em sua vida, e não é possível acessar informações sobre as experiências vividas por ele no tratamento por meio de terceiros⁸, bem como sua satisfação com o serviço.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a satisfação e a mudança percebida dos usuários de um programa de tratamento do alcoolista em Vitória (ES).

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado

no Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA), criado em 1985 e situado no Ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) do município de Vitória (ES); possuindo como proposta de trabalho a atuação de uma equipe interdisciplinar.

A amostra foi constituída por 40 pacientes atendidos no Programa, em 2013/2 a 2014/1, de forma aleatória, uma vez que eram selecionados os pacientes que estavam presentes nos dias da coleta; sendo esta calculada no software Epi Info 6.04, com intervalo de confiança de 95%, erro de 5% e prevalência de 50%.

Foram incluídos na pesquisa usuários que aceitaram participar e que tiveram, no mínimo, 03 consultas por qualquer profissional. E, excluídos, aqueles que não possuíam condições de responder ao instrumento da pesquisa, no momento de sua aplicação, por razão de transtornos de linguagem e/ou transtorno mental grave.

Na coleta de dados, utilizou-se um questionário para identificação socioeconômica e escalas validadas aplicadas durante a entrevista, em encontros semanais, a saber: 1) Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), composta por 62 itens, com questões quantitativas que visam avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços; qualitativas/descriptivas, que exploram a opinião dos usuários sobre os serviços e, questões, que avaliam os dados sociodemográficos⁹, e 2) Escala de Mudança Percebida, versão paciente (EMP-paciente), composta de 19 itens, com foco nas seguintes dimensões da vida dos pacientes: a) psicológica, b) saúde física, c) vida social e d) condições de vida¹⁰.

Na análise dos dados, empregou-se o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS 20), sendo utilizado na análise bivariada o teste qui-quadrado de Pearson para verificar a associação das variáveis da escala SATIS-BR com a EMP-paciente, com nível de significância de 5%.

O estudo integrou a pesquisa “Rede de Saúde Mental: Avaliando a realidade capixaba”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); corroborando com os dispositivos da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos (Parecer n° 338.114/2013).

RESULTADOS |

Dos 40 pacientes que participaram do estudo, a maioria foi do sexo masculino (81,0%), com idade entre 46 e 55 anos (42,5%). Em relação ao estado civil, houve predomínio dos casados (50%), como demonstrado na Tabela 1.

Quanto ao tempo de tratamento e abstinência da amostra estudada, 45,2% estavam em tratamento no serviço há mais de 4 anos, e 35,7% estavam abstinentes em até 4 semanas, seguido por 31% abstinentes há mais de 12 meses, como mostra Tabela 2.

Quanto à mudança percebida, as porcentagens das respostas de melhora, piora e ausência de mudanças, para cada item da escala EMP-paciente, são apresentadas nos gráficos a seguir, segundo seus relacionamentos e estabilidade emocional, a dimensão psicológica e sono e atividades e saúde física, respectivamente gráficos 1, 2 e 3.

Os resultados de mudança percebida entre os pacientes do PAA-HUCAM-UFES que se referem à melhora incluem 04 (quatro) itens da subescala aspectos psicológicos e sono, entre eles: interesse pela vida (90,5%), problemas

personais (85,7%), confiança em si mesmo (76,2%) e capacidade de suportar situações difíceis (71,4%), como mostra o Gráfico 1.

Ainda nessa mesma subescala acima, o item sono apresentou *piora significativa* (16,7%), pois o álcool, quando “usado ocasionalmente”, pode, a princípio, prolongar o sono, porém quando é retirado, o sono é diminuído, mais fragmentado e superficial, além do aumento da ansiedade, sintomas característicos da síndrome de abstinência alcoólica.

Na subescala relacionamentos e estabilidade emocional, observou-se uma melhora significativa com relação à convivência familiar, na vigência do tratamento (83,3%), pois o alcoolismo é de grande impacto nas relações familiares, por meio da desorganização delas ou até de sua ruptura, contribuindo para altos índices de conflitos interpessoais e/ou separações, como apresenta o Gráfico 2.

Na subescala atividades e saúde física, nota-se uma melhora dos itens energia (83,3%) e apetite (69,0%). O item sexualidade foi percebido como pior do que antes do tratamento (26,8%), fato que está relacionado à ação

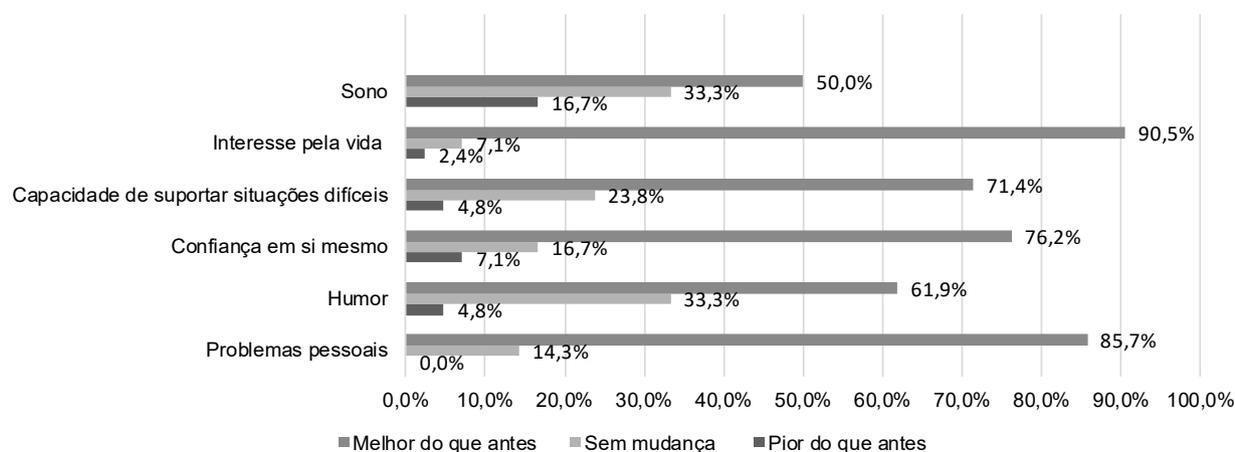
Tabela 1 - Distribuição dos usuários PAA-HUCAM-UFES, segundo as características sociodemográficas, Vitória/ES, 2014

| Variáveis | Categorias | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|--------------|------------------|---------------------|-------------------------|
| Gênero | Masculino | 32 | 80,0 |
| | Feminino | 8 | 20,0 |
| | Total | 40 | 100,0 |
| Idade | 26 - 35 anos | 02 | 4,8 |
| | 36 - 45 anos | 08 | 19,0 |
| | 46 - 55 anos | 17 | 42,5 |
| | 56 - 65 anos | 08 | 19,0 |
| | 66 - 80 anos | 05 | 11,9 |
| | Total | 42 | 100,0 |
| Estado Civil | Solteiro (a) | 09 | 21,4 |
| | Casado (a) | 20 | 50,0 |
| | Separado (a) | 04 | 9,5 |
| | Divorciado (a) | 01 | 2,4 |
| | Viúvo (a) | 02 | 4,8 |
| | União consensual | 04 | 9,5 |
| | Total | 42 | 100,0 |

Tabela 2 - Distribuição dos usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo o tempo de tratamento e abstinência, Vitória/ES, 2014

| Variáveis | Categorias | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|-------------------|------------------|---------------------|-------------------------|
| Tempo tratamento | 1-6 meses | 04 | 9,5 |
| | 7-12 meses | 06 | 14,3 |
| | 1-2 anos | 03 | 7,1 |
| | 2-4 anos | 08 | 19,0 |
| | Mais de 4 anos | 17 | 42,5 |
| | Não informou | 02 | 4,8 |
| | Total | | 40 |
| Tempo abstinência | 0 – 4 semanas | 15 | 35,7 |
| | 5 – 8 semanas | 05 | 11,9 |
| | 9 – 12 semanas | 01 | 2,4 |
| | De 03 a 06 meses | 05 | 11,9 |
| | De 07 a 12 meses | 03 | 7,1 |
| | Mais de 12 meses | 13 | 31,0 |
| | Total | | 40 |

Gráfico 1 - Mudança percebida pelos usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo sua dimensão psicológica e sono, Vitória/ES, 2014



prejudicial do álcool na potência sexual e no desempenho, chegando a atingir 80% dos dependentes de álcool. A falta de percepção de mudança na sexualidade (48,8%) pode estar relacionada ao tabu associado ao tema, numa sociedade em que o gênero masculino, muitas vezes, é levado a utilizar em abundância do mecanismo de defesa “negação”. A falta de percepção de mudança no item “atividades de lazer” (38,1%) pode estar associada à dificuldade em estabelecer atividades prazerosas dissociadas do uso do álcool numa sociedade

em que o “consumo” tem sido exaustivamente incentivado, especialmente pelos meios de comunicação (Gráfico 3).

Os resultados deste estudo mostram que a grande maioria dos usuários (79% a 100%) demonstrou satisfação em relação aos diferentes aspectos do Programa. Uma menor parcela (2,6% a 5,2%) demonstrou insatisfação, seguida por outra, um pouco menor (2,6% a 15,8%), que apresentou resposta intermediária entre satisfação e insatisfação.

Gráfico 2 - Mudança percebida nos usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo seus relacionamentos e estabilidade emocional, Vitória/ES, 2014

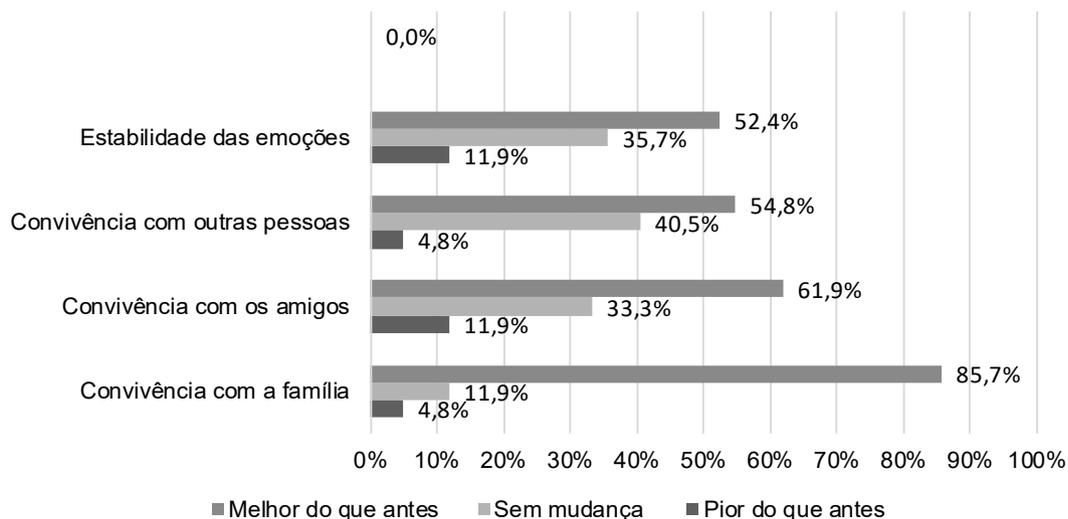
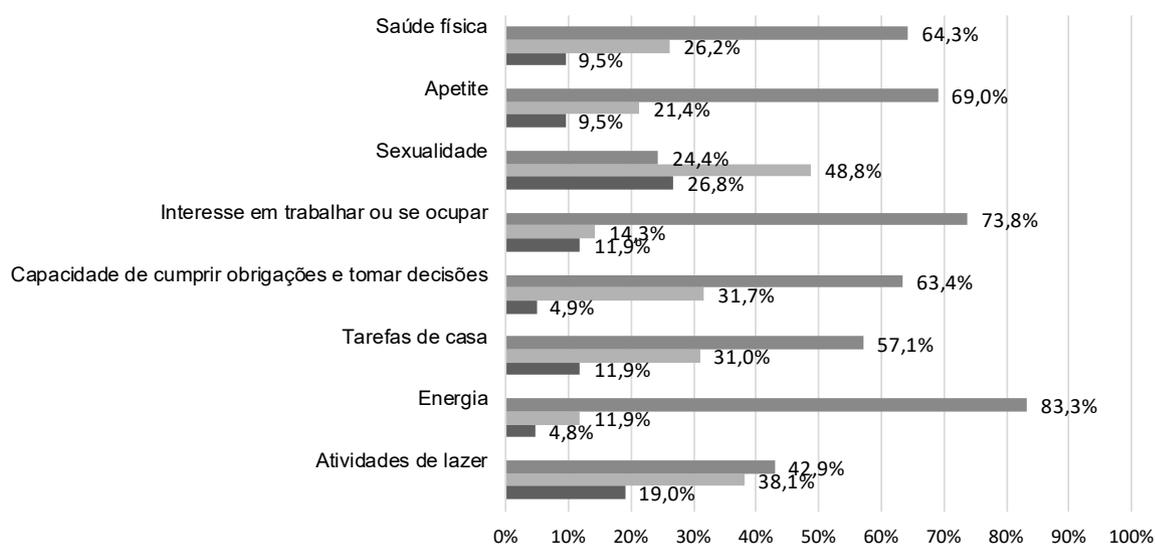


Gráfico 3 - Mudança percebida nos usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo suas atividades e saúde física, Vitória/ES, 2014



Com relação às condições gerais das instalações do PAA-HUCAM-UFES, 80% dos usuários mostraram satisfação, entretanto, quando (re)visitado este item, eles apontavam algumas precariedades físicas do local e dos objetos usados, por exemplo ventilação, macas, aparelho para verificação de pressão arterial, termômetro, indisponibilidade de cadeiras, entre outros.

A satisfação entre os usuários do PAA-HUCAM-UFES apresentada na Tabela 3, por meio dos escores médios dos 03 (três) fatores que compõem a SATIS-BR ao mensurar “satisfação”, sendo eles: 1) Competência da equipe e do

terapeuta principal, capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão dos profissionais a respeito do problema apresentado; 2) Ajuda recebida no serviço, qualidade da acolhida dos profissionais e respeito e dignidade da equipe ao se relacionar com o paciente e 3) Condições físicas do serviço, incluindo o conforto e a aparência deste e as condições das instalações dele. Segundo Bandeira e Silva⁹, a escala SATIS-BR possui uma boa homogeneidade entre os itens, portanto, um bom índice de fidedignidade ou precisão na medida da satisfação dos pacientes com os serviços.

Tabela 3 - Satisfação entre os usuários do PAA-HUCAM-UFES, segundo os fatores da SATIS-BR, Vitória/ES, 2014

| Fatores | Média* |
|--|--------|
| Acolhida e Competências da Equipe | 4,44 |
| Resultados do Tratamento | 4,69 |
| Condições Físicas, conforto e aparência do serviço | 4,00 |

*Variação do escore da satisfação 1 a 5.

Tabela 4 - Correlação entre a acolhida dos profissionais e o tempo de abstinência entre usuários do PAA-HUCAM-UFES, Vitória/ES, 2014

| | | Acolhida dos Profissionais | | | p-valor |
|----------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|----------------|---------|
| | | Nada amigável | + ou – amigável | Muito amigável | |
| T abstinência | 0 – 12 meses | 00 | 00 | 31 | 0.010 |
| | 3 meses ou mais | 00 | 02 | 05 | |

*Teste de Pearson ($p < 0,05$).

Com relação à associação das variáveis da escala SATIS-BR com a EMP-paciente, por meio do teste Qui-quadrado entre a “acolhida e competências da equipe”; “resultados de tratamento”; e “condições físicas, conforto e aparência do serviço e o gênero dos pacientes”, não foi percebido nenhum grau de significância estatística entre as questões analisadas. Para as variáveis sociodemográficas e clínicas, apenas a relação entre a acolhida dos profissionais e o tempo de abstinência apresentou resultados significativos ($p < 0,05$), com o $p = 0,01$, como apresenta a Tabela 4.

DISCUSSÃO |

Os resultados obtidos indicam que a prevalência de pacientes do sexo masculino corrobora os dados do II LENAD¹¹, em que os homens são maioria entre os não abstinentes (62,0%), entre os que bebem pelo menos uma vez por semana (63,0%), e entre o que se encontram entre os dependentes (10,48%). Entretanto, o relatório alerta para o fato de que as mulheres são a população mais em risco, pois houve um aumento significativo do beber frequente no gênero feminino entre 2006 e 2012, além de beberem de forma mais nociva. Esse aumento constante no uso de álcool pela população feminina ocorre não apenas no Brasil, mas em um panorama mundial, acompanhando o desenvolvimento econômico e mudança de papéis de gênero¹².

Todavia Bertozzi¹³ afirma que pacientes que sofrem da síndrome de dependência, como a de álcool, recaem após curto prazo de desintoxicação, indicando a necessidade do desenvolvimento de estratégias mais efetivas. Portanto, se torna um desafio o restabelecimento da saúde mental das pessoas acometidas dessa síndrome, bem como para o serviço desenvolver estratégias de manutenção da abstinência. Contudo, a recaída é considerada parte do processo de reabilitação, sendo uma das maiores dificuldades nos programas de tratamento de alcoolismo¹⁴.

Quanto à mudança percebida, as porcentagens das respostas de melhora, piora e ausência de mudanças para cada item da escala EMP-paciente podem estar relacionadas à ocorrência de quadros psicopatológicos decorrentes do abuso e da dependência do álcool, que recebendo o tratamento adequado, com o tratamento tanto da condição psiquiátrica quanto da dependência, associadas à farmacoterapia, levam a uma significativa melhora^{15,16}. Apesar do programa não contar com um psiquiatra na composição da equipe, observa-se que a estratégia adotada tem interferido na percepção da melhora pelos pacientes no que se refere à sintomatologia tanto da SAA como da SDA.

Na avaliação da estabilidade emocional e com relação à convivência familiar, a estruturação dos serviços incluindo parceria entre familiares e rede social do alcoolista, são parcerias necessárias para o sucesso do tratamento^{17,18}.

Ademais, a amostra apresenta um tempo de tratamento superior a quatro anos, o que pode ter permitido uma reestruturação das relações familiares por meio do tratamento da dependência, apesar de o programa não apresentar uma estratégia direcionada para os familiares. Entretanto, o programa não deixa de acolher as famílias que desejam participar mais ativamente do tratamento do usuário e de encaminhá-las para grupos de ajuda mútua, como Amor Exigente, Alcoólicos Anônimos (AA) e Al-Anon, entre outros.

O surgimento de complicações, tais como depressão ou a piora do relacionamento conjugal ao longo dos anos, tornam difícil estabelecer uma relação de causa-efeito exclusiva do álcool, já que esses fatores afetam diretamente a função sexual masculina. Com relação à população feminina, o consumo crônico do álcool leva à incapacidade de atingir o orgasmo; à piora da lubrificação vaginal e ao intercurso sexual doloroso²¹.

Quanto à frequência das respostas obtidas pelos usuários referentes à escala global SATIS-BR, pesquisadores afirmam que a satisfação dos usuários tem sido associada com a melhor adesão ao tratamento e menor taxa de abandono¹⁹. Reafirmando, Donabedian⁴, que descreve que para os serviços serem de qualidade, os resultados devem ser congruentes com as perspectivas dos usuários.

Consequentemente, algumas questões devem ser refletidas, pois, segundo Guedes e Garcia²⁰, a satisfação do usuário do serviço acerca de seu nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS apresenta um direcionamento para respostas positivas, pois há sempre um receio de que as respostas desfavoráveis possam resultar em algum tipo de sanção no atendimento.

Entretanto, segundo um estudo bibliográfico há um fenômeno comum a muitas pesquisas de avaliação da satisfação, o da “alta satisfação”⁶, em decorrência de várias causas, entre elas: (a) A inconsistência teórica no uso do conceito “satisfação”; (b) Os aspectos metodológicos utilizados; (c) O receio dos usuários em responder sinceramente às questões e, como retorno, terem algum tipo de prejuízo; entre outros.

Todavia, buscando minimizar e/ou reduzir as “causas de viés(es)” supracitados, os instrumentos utilizados neste estudo, foram devidamente trabalhados com respostas que se alternavam, com o intuito de eliminar as respostas

tendenciosas, sendo lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o paciente e, dessa forma, visando esclarecer dúvidas que poderiam permear a entrevista.

Nosso estudo evidenciou que os usuários avaliaram satisfação com o resultado do tratamento, sendo este “importante indicador” a ser considerado no planejamento das ações de atenção ao alcoolista em tratamento. Corroborando com nossos achados, um estudo objetivando avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde pública municipal com a assistência prestada mostrou que 72% dos entrevistados afirmaram que os serviços de saúde estão resolvendo os problemas e necessidades da população²².

No que se refere às condições físicas, conforto e aparência do serviço, um estudo realizado sobre a satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos de um serviço de saúde mental¹⁰ divergem desses achados.

Assim, no que tange às condições físicas do ambiente em que é prestado o atendimento, é de extrema importância identificar quais as modificações são necessárias e, em curto prazo, implementadas, visto que em uma das políticas governamentais a “ambiência acolhedora e confortável” é uma das diretrizes²³.

CONCLUSÃO |

Ambas as escalas estão adaptadas ao contexto brasileiro e apresentam equivalência semântica com a escala original, elas serviram para avaliar os resultados do tratamento, na percepção dos seus usuários. Constatando que os usuários avaliaram o tratamento recebido e a acolhida dos profissionais como requisitos motivadores para continuar o tratamento. De forma geral, a maior parte dos usuários “percebem-se melhor que antes do tratamento”, o que mostra a eficácia do Programa.

Contudo, os estudos sobre a percepção de mudança e satisfação dos usuários “em tratamento”, no contexto brasileiro, são raros e, especialmente no estado do Espírito Santo estão apenas no início, não existindo ainda estudos com alcoolistas, tratando-se, portanto, de uma iniciativa pioneira e inovadora. Todavia, a inexistência de estudos no campo da saúde mental empregando a avaliação em saúde –

projetos, programas e serviços – dificultou a discussão dos nossos resultados.

Assim, a multiplicação desta metodologia em outros projetos, programa e serviços que prestam cuidados à população portadora de transtornos mentais, permitirá a comparação de desempenho entre elas propiciando uma disseminação da prática de avaliação, nesta área de conhecimento – a saúde mental.

REFERÊNCIAS |

1. Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *Eur Psychiatry*. 2002; 17(3):139-47.
2. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8):1639-48.
3. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(4):593-8
4. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumer's role. *Qual Health Care*. 1992; 1(4):247-51.
5. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):599-613.
6. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(Supl.):303-12.
7. Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, Cesari L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(2):107-14.
8. Silva MA, Bandeira M, Scalon JD, Quaglia MAC. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. *J Bras Psiquiatr*. 2012; 61(2):64-71.
9. Bandeira M, Silva MA. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J Bras Psiquiatr*. 2012; 61(3):124-32.
10. Bandeira M, Andrade MCR, Costa CS, Silva MA. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. *Psicol Reflex Crit*. 2011; 24(2):236-44.
11. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. São Paulo: INPAD/UNIFESP; 2014.
12. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Switzerland: WHO; 2014.
13. Bertozzi SR. Por que as pessoas usam drogas. *Revista Insight: Psicoterapia*. 1993; 3:22-3.
14. França MG, Siqueira MM. O papel da enfermagem e a formação de multiplicadores ante o processo de prevenção a recaída. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2011; 7(2):78-84.
15. Heckman W, Silveira CM. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade GA, Anthony JC, Silveira CM, editores. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. São Paulo: Minha Editora; 2009.
16. Laranjeira R. Depressão e Abuso e Dependência do Álcool. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. Departamento de Psiquiatria. São Paulo: UNIFESP; 2012. [acesso em 06 jul 2014]. Disponível em: URL: < <http://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/texto/Depessao%20e%20abuso%20e%20dependencia%20do%20alcool.pdf>>.
17. Reinaldo AMS, Pillon SC. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: um estudo de caso. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008; 16(nº. especial):529-34.
18. Brida DO. A inserção do serviço social no trabalho com alcoolistas e suas famílias no Centro de Atenção Psicossocial I do município de São Joaquim/SC. Monografia [Graduação em Serviço Social]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.

19. Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol.* 1994; 29(5):212-22.
20. Guedes DGM, Garcia TR. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). *Saúde Debate.* 2001; 25(59):40-9.
21. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs.* 2001; 33(3):223-33.
22. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis.* 2010; 20(4):1419-40.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Correspondência para/ Reprint request to:

Camila Barcelos Vieira

Rua Guimarães Júnior, 925,

São Diogo I, Serra, Espírito Santo Brasil

CEP: 29.163-230

Tel.: (27) 99938-6612/ (27) 3228-4368

E-mail: camilabarcelosv@gmail.com

Submetido em: 19/01/2016

Aceito em: 25/03/2016

Social Organizations for Health in public hospitals in the state of Espírito Santo

Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo

ABSTRACT | Introduction: *Since 2009, the State of Espírito Santo has transferred the management of some public hospitals to Social Organizations in health (OSSs) – private, non-profit management service companies – with the purpose of optimizing the administration of health units. Objective: To understand the implementation of OSSs management model in public hospitals of the Espírito Santo. Methods: This a descriptive and documentary study carried out by mapping the available information on the official partnership between OSSs and the Espírito Santo government, along with relevant data from the Brazilian National Health Service (SUS) Department of Informatics (DATASUS), National Register of Health Facilities (CNES), and the Transparency Portal. The survey covered the 2009-2014 period, and the following state hospitals were investigated: Central State Hospital (HEC), State Hospital Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN) and State Hospital Emergency Department (HEUE). Results: The implementation of the Social Organizations for Health in the Espírito Santo began in 2009. The documents found indicated the costs of the four OSSs hired for managing hospitals exceed the expenditure in similar hospitals managed directly by the state. Conclusion: The study suggests that the recent implementation of OSSs in the Espírito Santo lacks accountability and cost-effectiveness, and strengthens a privatization model of public health management*

Keywords | *Social Organization, Public Policies, National Health Service, Health Service Administration, Privatization.*

RESUMO | Introdução: No Estado do Espírito Santo desde 2009 está em curso a transferência da gestão dos hospitais públicos para Organizações Sociais de Saúde (OSSs), com a finalidade de gerir os serviços com maior autonomia gerencial e sem os entraves burocráticos. **Objetivo:** Compreender a implantação do modelo de gestão das OSSs nos hospitais públicos do Espírito Santo. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com análise documental. Foi realizado o mapeamento das informações sobre os editais de convocação das OSSs, além de informações no Departamento de Informática do SUS (Datusus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Governo do Espírito Santo e Portal da Transparência. O recorte deste trabalho foi no período de 2009 a 2014, nas seguintes unidades hospitalares públicas estaduais: Hospital Estadual Central (HEC), Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN) e Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE). **Resultados:** A implantação das Organizações Sociais de saúde no Espírito Santo inicia-se no ano de 2009, por meio dos editais de convocação que indicaram o aumento dos valores propostos para as OSSs administrarem os hospitais. Foram quatro OSSs contratadas nesse período, com valores que superaram os recursos repassados para hospitais semelhantes que são geridos diretamente pelo estado. **Conclusão:** O estudo sugere que a implantação das OSSs no Espírito Santo, mesmo sendo recente, apresentou várias irregularidades, além de ser um modelo oneroso, pouco transparente, e que, apesar de ser sem fins lucrativos, fortalece a privatização dos serviços de saúde pública.

Palavras-chave | Organização Social, Políticas Públicas; Sistema Único de Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Privatização.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba/SP, Brasil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Há quase 30 anos, o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) foi formalmente criado pela Constituição Federal (CF) de 1988. O SUS representou uma significativa conquista para a população brasileira, tornou a saúde um direito fundamental dos cidadãos e uma obrigação do Estado. Neste período, assistiu-se a uma expansão notável no acesso e na utilização de cuidados primários, além de uma profunda reestruturação do sistema, em particular uma descentralização contínua das responsabilidades para os municípios. Os resultados mostram que essas reformas contribuíram para melhorias nos resultados da saúde, mas ainda permanecem muitos desafios¹.

Na contramão do modelo de construção do Estado de Bem-Estar Social, evidenciado pelas conquistas democráticas da CF e do SUS, acontece ao mesmo tempo, o desenvolvimento de um modelo privatista na saúde. Nas idas e vindas do projeto constituinte, houve a reafirmação da força do setor privado dentro das políticas públicas de saúde no Brasil².

Podemos classificar o artigo 199 da CF como uma exposição da dicotomia público *versus* privado que aparece na política pública progressista para o SUS. Isso porque, diferentemente do que a reforma sanitária preconizou, o artigo abriu legalmente a possibilidade de cessão da saúde para o setor privado. Ele foi considerado uma “concessão ao peso político do capital”².

Segundo Pereira⁴, a abertura ao setor privado na política de saúde se coaduna com o pensamento neoliberal. Sendo assim, representa a resposta de governos alinhados com a estratégia de redução do papel do Estado e a transferência de suas atribuições e responsabilidades para o mercado. Alinhado com essas ideias, nasceu, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)⁴. Ele trouxe em seu arcabouço a reorganização da máquina estatal, apresentando como princípio: um salto adiante, no sentido de uma administração pública chamada de gerencial, baseada na Teoria Clássica da Administração, tendo como bojo o tripé da eficácia, da efetividade e da eficiência⁵.

Em detrimento da universalização, o PDRAE reorientou o foco do Estado para o atendimento daqueles que “não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado”⁵. No que se refere aos

serviços sociais, propõe que os serviços, como saúde, educação, pesquisa e meio ambiente, sejam convertidos em ‘Organizações Públicas Não Estatais (OPNES)’ ou ‘Organizações Sociais (OS)’, isto é, grupo de direito privado, sem fins lucrativos, que administrariam com subvenções dos cofres públicos”⁶.

Nesse contexto, surgem as Organizações Sociais de Saúde (OSSs), como instituições privadas sem fins lucrativos, que estabelecem uma nova modalidade de relação entre o setor público e o privado por meio dos contratos de gestão, com a finalidade de gerir os serviços de saúde com maior autonomia gerencial e sem os entraves burocráticos.

No estado do Espírito Santo, em 2009 houve a regulamentação para a criação e qualificação das Organizações Sociais, formalizada por meio da Lei Complementar nº 489, de 21 de junho de 2009⁷. Na mesma época, a saúde recebe um aumento da assistência hospitalar, que fazia parte do planejamento de governo, como um dos projetos estruturantes no Relatório de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde. A ampliação desse programa se pautava na garantia de suprir as necessidades de parte da população com foco em maior capacidade instalada do Sistema Estadual de Saúde. Para tanto, foram criados projetos, como o “Mais Leitos de UTI” e o “Fortalecimento dos Hospitais Filantrópicos”⁸.

Esses dois eixos faziam parte do projeto chamado INOVAHOSP. “O Projeto INOVAHOSP, além de organizar estruturalmente os hospitais, teve entre seus objetivos implantar novas formas de gestão e de tecnologias, que garantiam melhoria da qualidade da assistência prestada à população”. Ou seja, os objetivos permaneceram os mesmos do projeto de cunho neoliberal: redução do papel do Estado e transferência de suas responsabilidades para o mercado. Um dos caminhos adotados foi o emprego de Organizações Sociais para melhorar a gestão dos hospitais públicos.

Visando à compreensão do tema exposto, esta pesquisa tem como objetivo analisar a implantação das Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos estaduais no Espírito Santo, que incluem o Hospital Estadual Central, o Hospital Dr. Jayme Santos Neves e o Hospital Estadual de Urgência e Emergência.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com análise documental para compreender a entrada das Organizações Sociais de Saúde na gestão dos hospitais públicos do estado do Espírito Santo. O objetivo específico deste trabalho foi analisar os editais de convocação pública para seleção de OSSs, que passariam a gerir três das principais unidades hospitalares do ES. Para alcançar os objetivos propostos, foi realizado um levantamento bibliográfico a partir dos eixos temáticos “Reforma do Estado”, “Organização social”, “Privatização” e “Gestão pública”. Esses grandes temas nortearam as coletas de estudos nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde (LILACS) e a biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO). Feito isso, iniciamos o mapeamento das informações sobre os editais de convocação de Organizações Sociais de Saúde para administrarem hospitais públicos do ES. Coletamos essas informações em portais oficiais nacionais e estaduais – Departamento de Informática do SUS (Datasus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Governo do Espírito Santo, Portal da Transparência e sites específicos das OSSs, além do portal *on-line* da Secretaria de Estado da Saúde.

O recorte deste trabalho compreendeu as seguintes unidades hospitalares públicas estaduais: Hospital Estadual Central (HEC), Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN) e Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE). Essas unidades estão sob “administração indireta”, ou seja, geridos por OSSs.

Foram extraídas e tabuladas as principais informações dos editais públicos de convocação para transferência de gestão dos hospitais para as OSSs, a saber: valor total do contrato; período de vigência; número de leitos demandados; quantidade e tipos das especialidades de cada contrato. Essas informações foram sistematizadas com o objetivo de embasar as considerações empíricas sobre o processo de contratação de Organizações Sociais de Saúde para gerir os hospitais da rede pública estadual do ES.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

A discussão sobre as Organizações Sociais de saúde no Estado do Espírito Santo inicia-se no ano de 2009, com

um decreto estadual que regulamenta a Lei complementar estadual nº 489/2009, que criou o programa de Organizações Sociais no Estado. O art.1º desta lei esclarece que as entidades qualificadas como Organizações Sociais recebem do Estado fomento para execução de suas atividades, entre elas, a saúde. A gerência dos hospitais públicos passa para essas OSS, contratadas pelo núcleo do governo por meio dos contratos de gestão. Esses contratos são instrumentos que permitem o estabelecimento de compromissos acordados entre o Estado e as OSS acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão; concedem maior autonomia gerencial as OSS; e as liberam do controle dos meios, que passa a ser realizado pelos resultados alcançados¹¹.

O primeiro contrato de gestão firmado com uma OSS no Espírito Santo foi em 2009, e antes mesmo da regulamentação da lei estadual, foi publicado o primeiro edital de convocação para qualificação de uma Organização Social de Saúde para gestão do Hospital Estadual Central¹⁰. A entidade privada sem fins lucrativos vencedora do edital de convocação foi a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde), que assumiu a administração em dezembro de 2009.

Os contratos de gestão devem ser dinâmicos e conter os seguintes aspectos: metas institucionais com os planos de ações correspondentes; indicadores de desempenho; definição de meios e condições para execução das metas pactuadas; sistemática de avaliação; valor; acompanhamento e avaliação dos resultados; possibilidades de desqualificação; suspensão, rescisão e vigência; publicidades e controle social; penalidades e responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas^{6,9}.

As atividades que foram previstas no contrato de gestão para o Hospital Estadual Central eram: execução das atividades e serviços de assistência à saúde, metas operacionais, definição dos indicadores de avaliação de desempenho e de qualidade na prestação dos serviços, prazo de execução, bem como a sistemática econômico-financeira da gestão. No entanto, falta transparência na divulgação dos contratos e relatórios de avaliação dessas atividades. E o próprio Governo não exige ou regulamenta a necessidade de disponibilização clara e precisa de informações sobre esse novo modelo de gestão¹³.

Além do monitoramento e da aferição de desempenho, é relevante o acompanhamento do modelo de gestão de

serviços públicos de saúde por meio das OSSs. É preciso conhecer a que custos são fornecidos os serviços; se são eles sustentáveis no longo prazo e se estão sendo adequadamente monitorados pela entidade parceira e pelo Estado. Nenhuma dessas informações se encontra disponíveis nos sites do governo do Estado para a população. Fica evidente a necessidade de se incorporar algum grau de controle dos meios públicos de divulgação que servem de instrumento para o alcance do bom desempenho das OSSs¹⁴.

A OSS Pró-Saúde no Espírito Santo não se sustentou por muito tempo. Em dezembro de 2011, o contrato foi rescindido por um acordo entre a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e a Pró-Saúde. A SESA declarou que a Pró-Saúde pediu R\$ 60 milhões por ano para manter a qualidade do serviço e aumentar a oferta de leitos, porém o governo do Estado realizou uma consultoria e, após os estudos, garantiu que as medidas eram possíveis com o valor oferecido à organização, de R\$ 38 milhões anuais. No ano de 2011, a Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo publicou o segundo edital nº 001/2011¹⁵ de convocação, e a nova entidade que firmou contrato de gestão com o Estado foi a Associação Congregação Santa Catarina (ACSC). É uma entidade privada sem fins lucrativos que permanece, até o presente momento, na gestão do Hospital Estadual Central.

Com relação ao repasse financeiro realizado pelo Estado, o limite máximo de orçamento público a ser destinado à Organização Social que firmou contrato de gestão para gerir o Hospital Estadual Central referente ao primeiro período de 12 meses foi de R\$ 40.314.664,47. Conforme o Portal da Transparência Pública, durante o ano de 2013 foi empenhado o valor de R\$ 57.871.463,36 à Congregação de Santa Catarina, que gerencia o Hospital Estadual Central.

No ano de 2012, a Secretaria de Estado de Saúde convocou novamente as entidades privadas sem fins lucrativos por meio do edital nº 001/2012¹⁴, com a finalidade de qualificar OS para a gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, localizado no município da Serra (ES). A OSS que firmou o contrato de gestão foi a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES), qualificada em 15 de abril de 2010, e a primeira entidade filantrópica capixaba a receber certificação como Organização Social de Saúde.

Segundo o edital de seleção de projetos para qualificação da OS, o Hospital Dr. Jayme Santos Neves, com 424 leitos é referência estadual para urgências e emergências

clínicas e cirúrgicas, tendo como prioridade as seguintes especialidades: cirurgia cardíaca e traumatologia-ortopedia. Além disso, é referência para gestação de alto risco, além do Centro de Tratamento de Queimados. O limite máximo de orçamento previsto na minuta do contrato referente aos primeiros 15 meses de operação da unidade hospitalar foi de R\$ 109.518.190,52, mais que o dobro do valor do contrato de gestão firmado para o Hospital Estadual Central.

Esse repasse de recursos financeiros para o custeio da prestação dos serviços de saúde, pelas OSSs, tem aumentado em até três vezes mais quando comparado com a administração direta. Além disso, elas possuem autonomia gerencial para realização de compras sem estarem sujeitas à Lei Geral de Licitações e ao Sistema de Administração de Serviços Gerais da União¹⁷. As OSSs utilizam bens e recursos públicos, mas administram os serviços com a lógica do setor privado. Assim, as OSSs apresentam risco de privatização dissimulada porque podem assumir ora face pública, ora face privada. Embora dependam do Estado para receber recursos, funcionam como empresas privadas pela autonomia na gerência dos recursos e definição de suas normas internas¹⁸.

Seguindo esta lógica, no ano de 2014, foi publicado outro edital de convocação para qualificação de Organização Social que tivesse interesse na gestão do Hospital Estadual de Urgência e Emergência¹⁷, localizado em Vitória (ES). O Hospital Estadual de Urgência e Emergência é referência regional no atendimento a traumas, urgências e emergências clínicas e cirúrgicas. O limite máximo de orçamento previsto no edital de convocação, referente aos primeiros 12 meses de operação da unidade hospitalar, era de R\$ 69.902.075, 02.

A entidade vencedora do certame foi o Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública (IAPEMESP), com sede em São Paulo capital, que assumiu a gestão do HEUE. Esse hospital é composto por cinco blocos, que estão sendo abertos gradativamente, há uma previsão de que até 2017 seja aberto o bloco 04 com mais 43 leitos, totalizando 265 leitos no hospital.

Com menos de um ano de gestão da OSS, a Secretaria de Controle e Transparência e a Procuradoria Geral do Estado apontou falhas e irregularidades nos contratos e determinou a intervenção administrativa no HEUE, três meses após sua inauguração. Houve o afastamento da diretoria da IAPEMESP da direção do hospital e foi eleito

um interventor estadual para a gestão da unidade, mas manteve o quadro de funcionários. Segundo o secretário de Estado de Saúde, Tadeu Marino, essa parceria não estava sendo transparente para o Estado e, muito menos, para a população referenciada para este serviço.

Mesmo com a presença desses casos de intervenção do estado, Andreazzi e Bravo²¹ afirmam que o monitoramento e avaliação realizados pelas Secretarias de Saúde são falhos e ineficientes, constatados em vários casos nos quais a prestação de contas da contratada foi aprovada, apesar de conter erros e inconsistência nos dados. Relatam ainda outras irregularidades, como falta de planilha de custos, denúncias de improbidade administrativa contra gestores de OSS, pendências com o Tribunal de Contas e salários altos pagos a diretores.

Essas irregularidades são encontradas em muitos serviços de saúde no Brasil gerenciados por OSSs, como mostra a experiência da cidade de São Paulo. A prefeitura paulistana não respeitou a lei que exigia a constituição das comissões para acompanhamento e fiscalização dos contratos e também não houve o cumprimento de metas. Além disso, outras falhas foram a não execução do dinheiro repassado, escassez de funcionários, ausência de informatização, aprovação de prestações de contas com erros, falhas na elaboração de indicadores de desempenho, desrespeito aos regulamentos de compras, e atrasos nos repasses dos recursos por parte da Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisa mostra ainda que cinco das dez maiores empresas do Brasil no ramo de serviços médicos fazem parte das OSSs contratadas pela prefeitura. Em outras palavras, mais do que um campo de desinteressada filantropia, o estudo sugere que o terceiro setor é um setor de fortíssima atividade econômica que, se não gera lucros diretamente, gera receitas, superávit, expansão, concentração e poder²².

CONCLUSÃO |

Considerando-se que as OSSs foram implantadas no Espírito Santo em 2009, quase nenhum estudo sobre este modelo de gestão foi publicado no meio científico. Mesmo com a escassez de dados empíricos na literatura científica, há dados sobre os hospitais públicos gerenciados por OSSs no Espírito Santo, o que sugerem que as entidades não se apresentam como solução para os problemas do SUS, pois, mesmo sendo denominadas entidades sem fins lucrativos

e pautadas em argumentos de maior eficiência, podem fortalecer a privatização do sistema público de saúde brasileiro.

Por fim, encerramos este estudo tecendo considerações que nos permitem afirmar que a adoção de uma nova gestão pública por meio de Organizações Sociais de Saúde não significa a elevação automática dos níveis de qualidade no acesso aos serviços públicos de saúde. Diferentemente, percebemos uma ampliação do gasto público direcionado para as OSSs em detrimento dos hospitais geridos diretamente pelo estado. Essas conclusões não significam o esgotamento desse assunto, mas sim o primeiro passo para compreendermos o discurso predominante, que prega a necessidade da transferência da gestão da saúde pública para Organizações Sociais de Saúde.

REFERÊNCIAS |

1. La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.
2. Perim MCM. Organizações sociais e a diretriz da complementariedade: desafios da participação social na saúde. Curitiba: CRV, 2014.
3. Pereira PAP. Estado, regulação social e controle democrático. In: Bravo MIS, Pereira PAP, organizadores. Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.
4. Brasil. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado [Internet]. Brasília: Presidência da República/MARE; 1995 [acesso em 17 ago 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>.
5. Bravo MIS, Matos MCA. Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: Bravo MIS, Pereira PAP, organizadores. Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.
6. Ferreira Junior WC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. Rev Adm Pública. 2003; 37(2):243-64.

7. Brasil. Espírito Santo. Lei nº. 489, de 21 de julho de 2009. Cria o Programa de Organizações Sociais do Espírito Santo, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências [Internet]. Assembleia Legislativa do Espírito Santo [acesso em 12 fev 2016]. Disponível em: URL: <http://www.al.es.gov.br/antigo_portal_ales/images/leis/html/LC%20489.html>.
8. Brasil. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Gestão 2009 [Internet]. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde; 2009 [acesso em 12 fev 2016]. Disponível em: URL: <http://antigo.saude.es.gov.br/Download/RELATORIO_ANUAL_GESTAO2009.pdf>.
9. André MA. A efetividade dos contratos de gestão na Reforma do estado. RAE. 1999; 39(3):42-52.
10. Brasil. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. Edital 001/2008: convocação pública para parceria com organização social de saúde. Vitória: SESA; 2008.
11. Camargo TA. Controle e transparência no modelo de organizações sociais de saúde do estado de São Paulo. In: VI Congresso CONSAD de Gestão Pública; 2013 abr 16-18; Brasília, Brasil. Brasília: Congresso Nacional de Saúde e Atenção Domiciliar; 2013.
12. Furtado ALG, Melo PHPG. Organizações sociais de saúde e gestão pública baseada em resultados. A importância do controle externo dos contratos de gestão: por que os fins não justificam os meios. Revista TCE-PE. 2011;18(18):53-69.
13. Brasil. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Edital 001/2011: convocação pública para parceria com organização social de saúde [Internet]. Vitória: SESA; 2011 [acesso em 17 ago 2015]. Disponível em: URL: <http://antigo.saude.es.gov.br/download/EDITAL_CONVOCACAO_PUBLICA.pdf>.
14. Brasil. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. Edital 001/2012: convocação pública para parceria com organização social de saúde [Internet]. Vitória: SESA; 2012 [acesso em 17 ago 2015]. Disponível em: URL: <http://antigo.saude.es.gov.br/download/EDITAL_SELECAO_DE_PROJETOS_HOSPITAL_DR_JAYME_SANTOS_NEVES.pdf>.
15. Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(5):2497-506.
16. Almeida KS. Organizações sociais: (des)controle social e restrições ao direito da saúde. Rev Ser Soc. 2004; (15):115-40.
17. Brasil. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. Edital 001/2014: convocação pública para parceria com organização social de saúde [Internet]. Vitória: SESA; 2014.
18. Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. Trab Educ Saúde. 2014; 12(3):499-518.
19. Brasil. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. Edital 001/2015: convocação pública para parceria com organização social de saúde [Internet]. Vitória: SESA; 2015 [acesso em 17 ago 2015]. Disponível em: URL: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/GCMAS/EDITAL_N_001_2015_HEUE.pdf>.
20. Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de organizações sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. Cad Saúde Pública. 2015; 31(2):285-97.

Correspondência para/Reprint request to:

Fabiana Turino

Rua 23, 71,

Santa Mônica, Vila Velha-ES.

CEP: 29105-430

E-mail: turino.fabiana@gmail.com

Submetido em: 25/01/2016

Aceito em: 27/03/2016

Camila Nogueira Felsky¹
Rita de Cássia Duarte Lima²
Ana Claudia Pinheiro Garcia²
Tania França³
Maria Angélica Carvalho Andrade²

**Management of labor in
healthcare: health workers'
perceptions of the Family
Health Strategy Program**

**| Gestão do trabalho na saúde: com a
palavra, atores da Estratégia Saúde
da Família**

ABSTRACT | Introduction: *The implementation of the Family Health Strategy represents a significant expansion of the health labor market, bringing into play issues related to labor management. Obstacles range from the unprepared health workers and managers to act within the logic of this new health model through the precarious work relations, high employee turnover, to the fragmentation of the work process. Objective: To discuss labor management in the Family Health Strategy Program (ESF), from the meanings assigned by managers and workers to the policies in this field, as well as the implications for family health teams. Methods: This is an exploratory, descriptive, qualitative study. Semi-structured interviews were conducted with managers and focus groups were carried out with workers of the family health teams. Data analysis was performed using the content analysis technique. Results: The initiatives aimed at improving working relations, conditions and processes of teams were undervalued, and these are critical to improve health delivery at ESF in Linhares. Conclusion: The strategic role of the labor management on strengthening the role of these workers in the consolidation of the ESF was generally acknowledged in the discourse of health professionals; however, this has yet to be reflected on municipal policy, in order to encourage paradigmatic changes in health delivery, and as such, overcome a traditional and ineffective health care model.*

Keywords | *Management of labor; Family Health; Workers; Health Manager.*

RESUMO | Introdução: A implantação da Estratégia Saúde da Família representou uma expressiva ampliação do mercado de trabalho em saúde, trazendo à cena problemas relacionados à gestão do trabalho. As dificuldades vão desde o despreparo de trabalhadores de saúde e de gestores, entendendo ambos como atores da gestão, para agirem dentro da lógica desse novo modelo, passando pelos vínculos precários de trabalho, pela alta rotatividade de trabalhadores, até pela fragmentação do processo de trabalho. **Objetivo:** discutir a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir dos sentidos atribuídos pelos gestores e trabalhadores às políticas nesse campo, bem como de suas implicações para as equipes de saúde da família. **Métodos:** a pesquisa é exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores e grupos focais com trabalhadores de equipes de saúde da família. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Observou-se pouca valorização de iniciativas voltadas para a melhoria de relações, condições e processos de trabalho das equipes, necessárias para o aprimoramento do processo de produção de saúde na ESF, em Linhares. **Conclusão:** Considerando o caráter estratégico do campo da gestão do trabalho e da educação para o favorecimento de um maior protagonismo desses trabalhadores na consolidação da ESF, verificamos que essa valorização ainda se encontra mais no plano do discurso e não se reflete na agenda política municipal, enquanto ações capazes de provocar mudanças paradigmáticas no processo de produção de saúde, de modo a romper com o modelo assistencial tradicional.

Palavras-chave | Gestão do Trabalho; Saúde da Família; Trabalhadores; Gestor de Saúde.

¹Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, Serra/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) representou uma expressiva ampliação do mercado de trabalho em saúde, trazendo à cena problemas relacionados à gestão do trabalho¹, entendida como “o esforço do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional dos agentes sociais e criação de condições adequadas de trabalho”².

O Ministério da Saúde (MS) criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), responsável pela indução de diversas iniciativas, como: a implementação do programa para a qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde; o programa para a desprecarização dos vínculos de trabalho; o suporte à implantação de mesas de negociação permanente nos estados e municípios; entre outras.

Entre as ações desenvolvidas pela SGTES, destaca-se o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS), com o intuito de mudança da lógica instrumentalizadora na abordagem dos trabalhadores da saúde. Contudo, os avanços concretos nas políticas de gestão do trabalho para a saúde no Brasil ainda são insuficientes³.

Neste estudo, analisou-se a gestão do trabalho na ESF, em um município de grande porte localizado no estado do Espírito Santo, a partir da visão dos gestores e dos trabalhadores das equipes de saúde da família. Parte-se do pressuposto de que os diferentes sentidos que os atores apresentam sobre a gestão do trabalho influenciam, de maneira direta ou indireta, as políticas e práticas de gestão do trabalho⁴. Ademais, a forma como a gestão do trabalho é realizada produz processos de subjetivação nos atores envolvidos, podendo fragilizar ou potencializar o processo de produção de saúde na ESF.

Para os objetivos deste estudo, mesmo admitindo-se que todos os trabalhadores têm diferentes dimensões de governabilidade, no processo de gestão, o termo “gestores” está associado aos profissionais que ocupam um lugar formal nas estruturas de governo, um lugar do poder instituído, que possibilita um maior controle na administração dos recursos disponíveis⁵ influenciando, na implementação e avaliação de políticas, programas, diretrizes, arranjos e dispositivos voltados para a gestão

do trabalho da ESF. Portanto, entende-se também que todos os sujeitos que fazem parte da ESF - trabalhadores, usuários, prestadores de serviços e gestores das secretarias de saúde - estão inseridos no processo de gestão, fazem gestão, acumulam recursos diferenciados e disputam interesses na produção da saúde^{6,7}.

MÉTODOS |

Esta pesquisa caracteriza-se como exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa do objeto de análise, em que se buscou a observação, a descrição e a documentação de aspectos de uma situação que naturalmente acontece. Nesse sentido, a relação entrevistador e entrevistado constitui uma oportunidade de aprofundamento da investigação, e as visões de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, da concepção do objeto ao resultado do trabalho. Esse molde metodológico mostra-se apropriado para esta pesquisa, pois o conhecimento sobre os sujeitos somente é possível a partir da descrição da experiência humana, de como é vivenciada e explicada pelos seus próprios atores.

O estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Análise das Principais Modelagens de Gestão na ESF no Espírito Santo”, executada em 39 municípios do estado, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo. Entre os 39 municípios da pesquisa, esse município foi selecionado como local de estudo de modo intencional, por apresentar tempo de implantação da ESF maior que dez anos e por oferecer 64,91% de cobertura da ESF aos seus municípios.

Foram entrevistados o secretário municipal de saúde, o diretor da Atenção Básica, o diretor da Saúde da Família e equipes de saúde da família do município, que atuaram na gestão municipal entre 2009 a 2012. A escolha desses gestores baseou-se nos seguintes critérios: ocupar cargo formal de gestão no contexto da ESF e estar implicado na implementação e avaliação de políticas, programas e ações voltados para a gestão do trabalho em saúde.

O critério de inclusão das equipes foi o tempo mínimo de um ano de atuação de seus trabalhadores na ESF, dentro do quadriênio considerado. No momento da pesquisa, a ESF do município era composta por 28 equipes de saúde da família. Dessas, apenas três preencheram o critério de

tempo mínimo de um ano de atuação de seus trabalhadores na ESF. Participaram da pesquisa 24 trabalhadores: quinze agentes comunitários de saúde (ACS), três enfermeiros, três médicos e três auxiliares de enfermagem.

Para preservar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, esses foram identificados pela sigla ACS (agente comunitário de saúde), letra E (enfermeiro), letra G (gestor), letra M (médico) e letra T (técnico de enfermagem), acompanhado de um número arábico, conforme a ordem das entrevistas realizadas.

A coleta de dados, feita em fevereiro e abril de 2013, consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com os gestores e grupos focais com os trabalhadores das equipes, agendados conforme a disponibilidade desses profissionais e ocorridos em seus respectivos locais de trabalho. As falas foram registradas em um gravador digital, com o consentimento dos participantes.

O material foi analisado por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin⁸, de forma a apreender os sentidos e significados expressos pelos sujeitos da pesquisa. Ressalta-se que o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas sistemáticas de análise das comunicações humanas, com o objetivo de se obter indicadores que permitam inferir conhecimentos relacionados com o contexto de produção e recepção das mensagens⁸.

A análise de conteúdo foi organizada em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados, compreendendo a codificação dos dados e a inferência. Dessa análise, emergiram diversas categorias e para os objetivos deste estudo, foram destacadas as seguintes: 1) conhecimento sobre as políticas de gestão do trabalho; 2) inserção no cargo; 3) vínculo trabalhista; e 4) Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) e remuneração.

O projeto de pesquisa (nº 303/2011) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, em 15 de novembro de 2011.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Destaca-se inicialmente a estrutura de gestão do trabalho da Secretaria de Saúde do município. Os três gestores entrevistados, quando questionados se o município havia

sido contemplado no ProgeSUS, responderam que sim. Além disso, informaram que foram enviados, durante a gestão municipal anterior, no período de 2005 a 2008, dois técnicos do setor responsável pela gestão do trabalho na secretaria para participar da capacitação oferecida pelo MS, que faz parte do Componente III desse programa – Capacitação da Equipe de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. No entanto, essa participação no ProgeSUS não produziu mudanças concretas para a estrutura no município, que, segundo os gestores, ainda funciona nos moldes semelhantes a um departamento pessoal, responsável por atividades meramente burocráticas. Ademais, essa estrutura está vinculada à Diretoria de Administração da secretaria municipal de saúde, ocupando o terceiro escalão da gestão.

Nas três equipes pesquisadas, em todas as categorias ocupacionais havia trabalhadores inseridos na ESF desde a sua implantação no município. A média de tempo de exercício na função foi de seis anos para ACS e os médicos. Para os técnicos de enfermagem e enfermeiros, a média foi de sete anos. Entre os gestores, a média de tempo de exercício no cargo foi de oito anos.

Não obstante o tempo de experiência, o conhecimento desses trabalhadores e gestores sobre políticas de gestão do trabalho se apresentou muito limitado. Quando questionados se conheciam essas políticas, dos 24 trabalhadores que participaram dos grupos focais, 18 permaneceram em silêncio, dois afirmaram não as conhecer e apenas quatro mencionaram alguma política ou iniciativa de gestão do trabalho.

Esses profissionais apontaram ações voltadas para a qualificação profissional como especialização, educação permanente e continuada. Uma enfermeira citou o PCCS e outra apontou o protocolo de saúde do trabalhador. Em relação aos gestores, houve menção ao PCCS e também às ações de qualificação como treinamentos, especialização em APS e oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, estas duas últimas ofertadas pelo estado.

O desconhecimento sobre as políticas e programas de gestão do trabalho propostos pelo MS também foi observado em pesquisa realizada com os responsáveis pela gestão do trabalho e da educação em secretarias de saúde estaduais e municipais no País, nos anos de 2004, 2005 e 2008. Esses estudos constataram a falta de capilaridade dessas estratégias para os estados e municípios e a baixa institucionalidade da área³.

Esse quadro aponta para a necessidade de desenvolvimento de metodologias para monitorar e aprimorar a implementação de políticas na área.

Em Linhares, todos os trabalhadores ingressaram no atual cargo via processo seletivo. No caso dos ACS, foram realizados três processos seletivos públicos, desde a institucionalização da ESF. Os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos participaram do primeiro processo seletivo simplificado no final da gestão municipal do período de 2009 a 2012. Esse processo foi composto por avaliação de títulos, sendo considerado para a pontuação o tempo de serviço e a titulação dos candidatos.

Sobre o processo seletivo simplificado, um dos gestores criticou o critério de pontuação adotado, questionando a importância dada aos títulos e ao tempo de serviço, nos casos em que a titulação ou a experiência do profissional não possui relação com o tipo de atividades que serão desempenhadas na estratégia, o que poderia comprometer o trabalho realizado na ESF.

Para mim, um título de enfermagem obstétrica não deveria contar ponto [...] Houve o caso de uma médica que apresentou uma pontuação elevada, mas a pontuação do tempo de serviço era toda voltada para hospital. Então, ela está tendo dificuldade de assumir a estratégia (G1).

Da mesma forma, alguns profissionais criticaram o fato de não haver diferença entre o tempo de atuação na ESF e outras experiências na saúde, enquanto outros avaliaram de forma positiva os pontos considerados pelo tempo de serviço, independentemente da área.

Não deu mais pontos pelo tempo de serviço no PSF (Programa Saúde da Família), entendeu? Foi a mesma pontuação para o tempo em hospital e PSF. Eles não priorizam o tempo de serviço na estratégia (E1).

Eu acho bom o processo seletivo em cima do currículo, porque nos favorece, já que estamos há muitos anos trabalhando (M1).

Já o processo de inserção no cargo dos três gestores entrevistados ocorreu por meio de convite realizado com base na experiência anterior no cargo que esses trabalhadores apresentavam.

Eu tinha conhecimento técnico, devido à experiência anterior, ligado ao lado político (G3). Pela experiência que eu tinha

adquirido numa gestão anterior, recebi o convite e aceitei mais um desafio (G2).

Os trabalhadores também mencionaram a vulnerabilidade política à qual estão expostos, ocasionada pela forma de contratação sem a existência de concurso público, modalidade de inserção no cargo público que, além de preencher o princípio da isonomia da administração pública, impede que o aparelho estatal seja manipulado de maneira a favorecer os “apadrinhados” políticos.

Foi uma coisa estranha, porque o prefeito tinha perdido [...] Qual era a ideia do prefeito que entrou? Tirar quem era da outra gestão, o que sempre acontece, e inserir quem era da nova gestão. Foi tudo feito rápido. [...] O prefeito da outra gestão quis atrapalhar o desta gestão, amarrando a contratação em cima do processo seletivo. Política, né? (M1).

A esse respeito, Nunes⁹ alerta que a redemocratização no País não aboliu práticas políticas arcaicas, como o clientelismo patrimonialista, que considera o Estado como uma extensão da vida privada das famílias, devendo, dessa forma, estar a serviço de seus amigos e familiares. A ausência de concurso público como recurso para inserção nas instituições públicas no SUS parece ratificar as práticas destacadas por este autor.

Nesta categoria, bem como nas outras, chama a atenção o uso frequente do termo PSF nos discursos dos entrevistados, dado que, desde o ano de 2006, o PSF passou a ser tratado pelo MS como uma estratégia política, tornando-se fundamental na reorganização da prática assistencial no SUS.

Em relação ao vínculo trabalhista, todos os trabalhadores manifestaram insatisfação relacionada à modalidade por meio da qual estão inseridos no trabalho. O tipo de vínculo adotado pelo município para profissionais de nível superior e técnico é o contrato temporário. Segundo Girardi *et al.*¹⁰, os contratos temporários com a administração pública são regidos por legislação especial visando ao atendimento à necessidade temporária de excepcional interesse público, cumprindo o requisito da legalidade, porém, não se configuram como cargos públicos, e sim como vínculos temporários com a administração que incorporam, conforme a situação, direitos previdenciários e trabalhistas em maior ou menor extensão. Os contratos temporários constituem uma forma transitória de regularização dos vínculos, contudo, para os pesquisadores, acabam por

preferir uma solução definitiva para a precarização das relações de trabalho na ESF.

Para Kalleberg¹¹, trabalho precário é aquele “[...] incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo”. No Brasil, a categoria trabalho protegido inclui o regime estatutário (vínculo padrão dos ocupantes de cargos públicos) e o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (vínculo dos empregados públicos e privados), que apresentam como características a cobertura legal, a proteção social, com garantia plena dos direitos trabalhistas e previdenciários, e a indeterminação temporal dos contratos¹⁰.

Com base nesses critérios, concluímos que o regime adotado por essa prefeitura para os profissionais de nível técnico e superior na ESF está dentro da categoria de trabalho desprotegido, devido ao fato de os vínculos serem frágeis, à falta de garantia plena de direitos previdenciários e trabalhistas e por apresentar prazo determinado de vigência.

Para muitos gestores, as dificuldades para o processo de criação de cargos públicos e realização de concursos públicos, a inflexibilidade para demitir, contratar e remanejar, bem como as limitações ao gasto com pessoal impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, oficialmente Lei Complementar n.º 101/2000, são fatores que determinam a opção por modalidades de regime consideradas não protegidas¹⁰. No caso em questão, os três gestores alegaram o custeio das equipes, que é realizado por meio de incentivos financeiros, e não de financiamento fixo. Dessa forma, o município não poderia assumir o risco financeiro de ter os trabalhadores das equipes de saúde da família na condição de servidores estatutários.

A estratégia deixou de ser programa, e o financiamento tem que deixar de ser incentivo e se tornar fixo, para que os municípios realmente façam concursos públicos (G3).

Os gestores revelaram ainda preocupação com a efetivação dos profissionais por meio de concurso público, o que, segundo eles, poderia provocar acomodação e diminuição de desempenho na realização das atividades. Como alternativas para evitar esse comportamento, são apontadas a terceirização e o concurso público atrelado a mecanismos de controle de produtividade.

Eu sou a favor da terceirização, à contratação de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, uma Organização Social, para administrar o serviço público. A secretaria seria fiscalizadora, auditora e acompanharia os dados (G2).

[...] a gente tem que ter o termo de compromisso, um contrato de gestão mesmo, para ter a questão de produtividade (G1).

No contexto estudado, um aspecto bastante mencionado por todas as categorias foi a insegurança gerada por um vínculo do tipo contrato temporário.

Acho que o PSF só não melhora devido ao vínculo precário. Acho que esse vínculo é frustrante, é desumano e é inseguro. Ele não garante continuidade do processo de trabalho e atrapalha o vínculo do profissional com a comunidade (M1).

A rotatividade na ESF, verificada em estudo com 855 municípios brasileiros¹², ocorre principalmente entre profissionais da Medicina, e não permite o aprofundamento de vínculo entre equipe e usuários, necessário para responder às necessidades variadas e complexas da população atendida. O desenvolvimento da relação de vínculo entre os trabalhadores e a comunidade é uma das diretrizes básicas da ESF e exige tempo para se estabelecer, como indicado por um dos profissionais.

Eu acho que para o profissional do PSF o importante seria a estabilidade, essa questão do vínculo estável com o município. [...] a base do PSF é esse envolvimento com a comunidade, o que não se consegue com 2, 3 anos. [...] Hoje eu consigo ter esse feedback com a minha comunidade, porque já estou há quase 7 anos. Mas só eu sei como foi difícil quando eu cheguei. Eu precisei de muito tempo pra eles confiarem em mim (E2).

Como podemos verificar, o estabelecimento de uma relação de confiança entre sujeitos não ocorre de uma hora para outra e é fundamental no processo de cuidar, interferindo positivamente na continuidade das ações de saúde e na longitudinalidade desse cuidado, resultado que se almeja para a ESF.

Apesar de não constarmos um quadro de rotatividade entre os trabalhadores das equipes selecionadas para esta pesquisa, o problema de fixação dos médicos foi apontado por um dos gestores como o maior entrave para o funcionamento efetivo da ESF, o que, segundo ele, estaria relacionado à questão do mercado de trabalho.

É a disponibilidade do profissional mesmo. Não tem médico no mercado. Se o município pagasse um salário maior, atrairia muito mais pessoas (G2).

Campos *et al.*¹³ apontam para a dificuldade de gerenciamento do trabalho médico em unidades de saúde, “muito frequentemente com presença rarefeita de médico, tanto proporcionalmente à população, quanto em função do pequeno envolvimento dele”, indicando ainda o hábito de não cumprimento da carga horária contratada.

Esse quadro compele os gestores a adotarem incentivos diversos a fim de atrair e fixar esse profissional na equipe, por exemplo, o incremento salarial e a melhoria das condições de trabalho¹⁴. No caso de Linhares, os gestores oferecem ao profissional médico uma remuneração superior comparada à maioria dos municípios da região e permitem o denominado “day-off”, um dia de folga na semana que, segundo o entendimento dos próprios gestores, deveria ser utilizado para a realização de cursos de qualificação ou para a programação de atividades.

Na prática, segundo os gestores, o “day-off” se configura em uma folga para os profissionais realizarem um plantão extra no hospital local e, assim, aumentarem sua renda, ou então para realização de curso preparatório para a aprovação em residência médica. Essa condição gera impactos na organização do trabalho e oferta de ações e serviços para a comunidade, além de causar insatisfação nos demais integrantes da equipe que não são beneficiados com esse dia de folga.

A insatisfação dos trabalhadores das equipes de saúde da família também está relacionada à falta da garantia de todos os direitos trabalhistas e previdenciários gozados pelos trabalhadores estatutários ou regidos pela CLT, gerando dificuldades na própria sustentação financeira do trabalhador.

Eu saí em dezembro, só com o salário do mês, o 13º salário, as férias e acabou [...] Você não tem direitos. Seu direito é enquanto você está no trabalho (F1).

Como podemos perceber, os trabalhadores apresentam-se frustrados por não contarem com a proteção social relacionada aos seus direitos trabalhistas e previdenciários. Há também uma percepção de injustiça na forma como são tratados pelo empregador em comparação aos funcionários efetivos da prefeitura. Mesmo no caso do

profissional que é efetivo, quando se trata do vínculo com a ESF, a instabilidade e a falta de direitos estão presentes. Essa percepção de desigualdade de tratamento pode gerar, além da insatisfação, a desmotivação para o trabalho, influenciando de maneira negativa o desempenho na execução dos respectivos processos de trabalho por parte desses trabalhadores.

Além de tudo descrito até aqui, a instabilidade do vínculo favorece ainda uma desestabilização dos interesses afetivos, subjetivos e profissionais dos trabalhadores, gerando impactos negativos para todos os envolvidos no processo de produção de saúde¹⁵. Ademais, a estabilidade no emprego é fator preponderante para um maior agir político dos trabalhadores na gestão em saúde, visto que promove segurança para se expressarem mais livremente nos ambientes de trabalho¹⁶.

A opção política de priorizar o acesso via processo seletivo e a manutenção de contratos temporários acaba determinando relações de trabalho instáveis e efêmeras que são negativas para a produção de saúde na ESF, pois provocam a rotatividade de profissionais, a descontinuidade dos processos de trabalho, a dificuldade de se estabelecer vínculos de confiança, além de diversas inseguranças nos trabalhadores, que interferem, direta e negativamente, na qualidade das ações em saúde, bem como na saúde do profissional.

Dessa forma, essa modelagem marca um distanciamento da aposta na construção de carreiras profissionais públicas voltadas para o trabalho no SUS, uma premissa que, reiteradamente, tem se constituído como uma das bandeiras de luta com vistas à desprecarização das relações de trabalho e efetivação das políticas públicas.

De acordo com o que determina a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para municípios, estados e Distrito Federal para cobertura de ações e serviços tem como um dos pré-requisitos a existência de uma comissão para elaboração do PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implementação. No entanto, o município estudado não dispõe de um PCCS para seus servidores, o que acarreta insatisfação para os trabalhadores entrevistados, que se sentem desvalorizados.

[...] para eles (gestores) tanto faz se a pessoa é recém-formada e não sabe o que está fazendo, ou se a pessoa já tem 10 anos

de experiência e sabe o que faz. É a mesma coisa. Isso seria diferente se tivesse um plano de carreiras, cargos e salários, né? Acho que a falta de um PCCS nivela todo mundo por baixo. O profissional tem uma qualificação, mas isso não é visto (M1).

Vale ressaltar que o descontentamento dos trabalhadores com a inexistência de um PCCS está atrelado ao fato de não haver uma diferenciação salarial, mesmo quando o profissional investe em capacitação profissional, possui larga experiência na ESF e convive com condições desfavoráveis de trabalho e de acesso ao trabalho.

Eu acho que no interior tinha que ter diferenciação no salário, ajudas, porque a nossa realidade é totalmente diferente da realidade da cidade (E2).

Nós temos a pós-graduação, a capacitação. O que nos diferencia dos outros? Nada (M1).

Essa falta de perspectiva de progressão na carreira, além de promover descontentamento, acaba por desestimular o investimento na qualificação do exercício profissional e um envolvimento maior do trabalhador com seu processo de trabalho, provocando a desmotivação e a não responsabilização perante o serviço e o usuário, impactando negativamente no estabelecimento de vínculos institucionais e comunitários¹⁷.

Em relação ao PCCS, os gestores reconhecem sua importância, apontam iniciativas realizadas pela gestão municipal no sentido de desenvolvimento de um plano, todavia, ressaltam a falta de autonomia no que diz respeito a sua elaboração e implantação.

A nossa proposta era ter um diferencial de 30% para o interior, para valorizar quem ia para lá. Mas não conseguimos, porque não tínhamos essa liberdade financeira (G3).

Essa questão aponta, de certa forma, a insatisfação que é comum, tanto por parte dos trabalhadores, quanto dos gestores. A impressão é de que a junção de um modo “insatisfeito” adotado pelos trabalhadores da ponta, com um modo de pensar em que trabalhadores em cargos oficiais de gestão priorizam o vínculo temporário, e não a carreira no SUS, como opção política, agrava-se num engessamento de não responsabilização pela forma como a gestão do trabalho se organiza no município. A percepção é a de que os modos “trabalhadores da ponta” e

“trabalhadores-gestores” se complementam na fragilização do próprio SUS e, com efeito, da gestão do trabalho da ESF nos princípios do SUS.

O descontentamento com a ausência de um PCCS mantém-se quando se trata de remuneração. É importante destacar que a remuneração se apresenta como um dos fatores capazes de resgatar o orgulho profissional dos trabalhadores de saúde, visto que o dinheiro produz subjetividade, e é importante que essa remuneração esteja atrelada à produtividade com o objetivo de se prevenir a burocratização dos processos de trabalho e desinteresse desses profissionais¹⁸. Com exceção dos ACS, fica evidente o descontentamento dos técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros.

Nós, técnicos, não estamos satisfeitos com o salário (E3).

A carga horária está boa, mas o salário tinha que ser melhor. No PSF, você é mais cobrada pela população, você tem o vínculo, então, sua cobrança é maior. Você se sente mais responsável pelos seus pacientes, diferente de ir lá ao hospital, dar um plantão, ganhar dinheiro e acabou (M2).

Eu estou insatisfeita com meu salário. As cobranças são todas em cima de mim (E2).

Não obstante a insatisfação com a remuneração apontada pelos entrevistados, os gestores destacam que os trabalhadores de saúde da família recebem salários maiores que os demais da rede pública de saúde, constituindo-se um importante atrativo para atuarem na ESF.

Hoje, todo o profissional que sai da faculdade quer fazer ESF, porque o salário está diferenciado (G1).

Essa diferenciação na remuneração dos trabalhadores da equipe de ESF, embora pareça um fator de atração para o campo, não garante, no entanto, a inserção de trabalhadores com experiências e perfis afins para atuarem dentro do modelo proposto. Haja vista, como citado anteriormente, os critérios utilizados para seleção de profissionais para a ESF, que não valorizaram a experiência prévia no campo específico da estratégia.

Importa destacar que, na análise desta categoria, assim como das demais, é notável o grau de insatisfação dos trabalhadores com as relações e condições de trabalho aos quais estão submetidos. Contudo, chama a atenção o fato

de que, ao serem questionados se o trabalho traz alegria ou tristeza, a maior parte (vinte trabalhadores) respondeu que o trabalho traz mais alegria do que tristeza, enfatizando que estão realizados com as atividades que desempenham, mas apontando o descontentamento com as condições de trabalho. Provavelmente, esse sentimento de alegria está mais relacionado com a natureza do trabalho do que com as condições em que ele é executado.

CONCLUSÃO |

A análise da gestão do trabalho no contexto da ESF, no município estudado, possibilitou observar alguns desafios que necessitam ser enfrentados.

Ainda que haja um consenso sobre a centralidade dos trabalhadores no processo de produção de saúde, neste estudo, verificamos que as políticas relacionadas a essa área são pouco conhecidas pelos gestores e trabalhadores da saúde da família, reforçando o vazio da área no município, comprometendo o desenvolvimento de ações que poderiam melhorar as condições de trabalho desses trabalhadores e o cuidado em saúde.

Sobre a precarização do trabalho, embora no primeiro momento de implantação dessa política a desprecarização tenha sido priorizada na agenda¹⁹, cerca de dez anos depois ainda é possível observar situações como a do município em questão, onde prevalece a inexistência de concurso público e de trabalho protegido para trabalhadores da saúde da família, contexto que pode favorecer a maior rotatividade de profissionais e a descontinuidade das ações de saúde. Entendemos a necessidade de maior responsabilização da gestão municipal para a regularização dos vínculos de trabalho na ESF, de maneira a atender às necessidades dos trabalhadores e entendê-las.

Da mesma forma, no âmbito federal, uma das estratégias adotadas para a desprecarização do trabalho foi a construção de diretrizes para a implementação do PCCS, contemplando as especificidades do setor saúde¹⁹. No entanto, nesse município, ainda que exista um reconhecimento sobre a importância desse instrumento de gestão, o PCCS não é uma realidade. Dessa maneira, fica comprometida a profissionalização e a valorização de todos os trabalhadores da saúde, considerando que esse instrumento destaca as especificidades do setor saúde e

possibilita a composição de um quadro de pessoal com competências para o processo de produção de saúde.

Ademais, ainda que para a maioria dos trabalhadores o trabalho na ESF traga mais alegrias que tristezas, constatamos um elevado nível de insatisfações, frustrações, além de sentimentos de insegurança, desvalorização e desigualdade, entre os trabalhadores das equipes estudadas, determinado pela forma como as condições e relações de trabalho estão estabelecidas no município. Assim, aponta-se a necessidade de ampliação dos debates entre os trabalhadores e gestores sobre o seu cotidiano, sobre os modos de gerir e operar o trabalho.

Considerando o caráter estratégico do campo da gestão do trabalho e da educação para o favorecimento de um maior protagonismo desses trabalhadores na consolidação da ESF, reconhecida, até mesmo, pelos gestores e trabalhadores entrevistados, essa valorização ainda se encontra mais no plano do discurso, e não se reflete na agenda política municipal, enquanto ações capazes de provocar mudanças paradigmáticas no processo de produção de saúde, de modo a romper com o modelo assistencial tradicional.

REFERÊNCIAS |

1. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(3):383-93.
2. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanela L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2355-365.
3. Pierantoni CR, Garcia ACP. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. *Divulg Saúde Debate*. 2012; (47):45-55.
4. Lins AM, Cecilio LCO. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):503-14.
5. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos

- de atenção. In: Merhy EE, Magalhães HM, Romili J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 15-35.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da política nacional de humanização: gestão participativa e co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko CRT. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Nunes EO. A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2010.
10. Girardi SN, Carvalho CL, Der Mass LW, Farah J, Araújo JF. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na estratégia da saúde da família. *Divulg Saúde Debate*. 2010; (45):11-23.
11. Kalleberg AL. Crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Ver Bras Ci Soc*. 2009; 24(69):21-30.
12. Girardi SN, Carvalho CL, Girardi Junior JB, Araújo JF, Vaz F. Precarização e qualidade do emprego no programa de saúde da família. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde/UFMG; 2007.
13. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-53.
14. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Maas LWD. Monitoramento da qualidade de emprego da estratégia saúde da família. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/UFMG; 2010.
15. Santos Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos Filho SB, Barros MEB, organizadores. *Trabalhador da saúde: muito prazer! protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí; 2007. p. 73-96.
16. Campos GW. A saúde pública e a defesa da vida. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
17. Daleprani K. Trabalhadores de saúde no SUS: vínculos frágeis? Implicações complexas? Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Espírito Santo; 2008.
18. Campos GW. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
19. Teixeira M, Oliveira RG, Arantes RF. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 197-225.

Correspondência para/Reprint request to:

Ana Cláudia Pinheiro Garcia

An. Marechal Campos, 1468,

Maripe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7287

E-mail: anacpgarcia@hotmail.com

Submetido em: 29/01/2016

Aceito em: 28/03/2016

Thaís Antunes Sossai¹
Heletícia Scabelo Galavote¹
Elza Cléa Lopes Vicira¹
Paula de Souza Silva Freitas¹
Rita de Cássia Duarte Lima¹

National Program for Improving Access and Quality of Primary Care

Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

ABSTRACT | Introduction: *Basic Care (AB), as it is called in Brazil, is defined as the first level of attention of the National Health System (SUS). Objective: To analyze the evidence available from the national scientific literature about the impact of the implementation of the Program on Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB) in Primary Health Care. Methods: This is an integrative literature review, carried out between 2011 and 2016, using scientific publications indexed in the virtual library on Health. Four articles met the inclusion criteria. Results: With the implementation of PMAQ-AB, the Ministry of Health attempted to strengthen professional qualification to improve the delivery of basic health care. Some of the challenges for the implementation of the Program were as such: the precariousness of the physical network, the need to further qualify the work of the teams and the weaknesses of the management processes. The PMAQ is multifaceted and, in practice, has not been able to establish strategies for reorienting practices, given the limitations and difficulties encountered during its implementation. Conclusion: PMAQ-AB needs to be re-organized, particularly in areas such as integration of different actors, workers, managers and users, with the commitment to devise new practices to ensure the improvement of access and quality in Primary Care.*

Keywords | Health policy; Primary health care; Assessment; Access and quality.

RESUMO | Introdução: A Atenção Básica (AB), como denominada no Brasil, é definida como o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Analisar as evidências científicas disponíveis na literatura científica nacional sobre o impacto da implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na Atenção Básica à Saúde. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, do período de 2011 a 2016, utilizando publicações científicas indexadas na biblioteca virtual em Saúde. Atenderam aos critérios de seleção quatro artigos. **Resultados:** Com a implantação do PMAQ-AB, o Ministério da Saúde tenta dar força à qualificação na direção da melhoria dos resultados das ações ofertadas na atenção básica à saúde. São verificados alguns desafios para a implementação do Programa, como: a precariedade da rede física, a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes e a incipiência dos processos de gestão, pautados na melhoria da qualidade. O PMAQ é multifacetado e, na prática, não conseguiu instituir as estratégias de reorientação das práticas, haja vista as limitações e dificuldades encontradas durante a sua implantação. **Conclusão:** É necessária a reorganização de sua execução, assim como a integração dos diferentes atores, trabalhadores, gestores e usuários, com o compromisso de produzir novas práticas que garantam a melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica.

Palavras-chave | Política de saúde; Atenção primária à saúde; Avaliação; Acesso e qualidade.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), como denominada no Brasil, é definida como o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. É caracterizada por um conjunto de ações de saúde, em nível individual e coletivo, que visam à prevenção de agravos, promoção, reabilitação e manutenção da saúde, a fim de proporcionar à população uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades².

No Brasil, a partir da segunda metade da década de 1990, o processo de consolidação do SUS foi sendo traçado paralelamente à modelação de uma política de Atenção Básica, tendo como experiência brasileira de implantação dos princípios da APS o Programa de Saúde da Família (PSF), que foi referência para a reordenação do modelo assistencial do SUS³.

Nesse cenário, o processo de trabalho na ESF, muitas vezes não consegue ser estruturado, sistematizado, previsível, visto que é constituído por multiplicidades que lhe conferem características próprias. Essa nova forma de trabalhar em saúde, trouxe consigo a necessidade de mudanças nas práticas de saúde, na gestão em saúde e do paradigma até então imperante. Somada a essa necessidade, entre 1999 e 2003, houve grande expansão da ESF e emergiu a preocupação com a qualificação da AB ofertada à população e com o desenvolvimento e a implementação de ferramentas que fossem convenientes para sua avaliação permanente monitoramento, de forma a possibilitar a reflexão crítica de profissionais e a ressignificação de seus processos de trabalho⁴.

Em 2011, foi instituído o PMAQ-AB pela Portaria 1.654 GM/MS, de 9 de julho de 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de AB, por meio de incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável), mediante pactuação de compromissos e avaliação de indicadores de equipes da AB⁵.

Atualmente, o PMAQ-AB configura parte de uma ampla estratégia do Ministério da Saúde denominada “Saúde mais perto de você – acesso e qualidade”. Traz a proposta de avaliação e coordenação de ações para melhoria do padrão de qualidade assistencial nos serviços públicos de saúde

por meio das equipes de Atenção Básica. O PMAQ-AB representa para o Ministério da Saúde uma nova estratégia que busca qualificar a assistência na Atenção Básica⁶.

O PMAQ-AB apresenta como diretrizes: construir parâmetro de comparação entre as equipes de Atenção Básica (EAB); estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade; transparência em todas as suas etapas; envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde e os usuários; desenvolver cultura de negociação e contratualização; estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e demarcar o caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de atenção básica quanto pelos gestores municipais³.

É composto por quatro fases: (1) Adesão e contratualização; (2) Desenvolvimento; (3) Avaliação externa; e (4) Recontratualização³. O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde³.

Entre os seus objetivos específicos, destacamos: ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários; fornecer padrões de boas práticas e organização das unidades básicas de saúde (UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da AB; promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB; promover a qualidade e inovação na gestão da AB; melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação; institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e estimular o foco da AB no usuário³.

Diante disso, julga-se relevante conhecer as publicações científicas sobre o efeito da implantação do PMAQ-AB no processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde, considerando a exiguidade de estudos e pesquisas nesta área e partindo do pressuposto de que ele tem como principal objetivo ampliar o acesso e qualificar a AB, por meio da mudança de práticas e incentivo ao protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários.

MÉTODOS |

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com o objetivo de analisar as publicações científicas sobre o efeito da implantação do PMAQ-AB no processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos⁷.

Para elaboração da presente revisão integrativa, foram percorridas as seguintes fases:

1ª fase: elaboração da pergunta norteadora: Qual o efeito da implantação do PMAQ-AB no processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde? Após a elaboração da pergunta, foram escolhidas as palavras-chave/descriptores, sendo elas: política de saúde, atenção primária à saúde, avaliação, acesso e qualidade.

2ª fase: O levantamento dos artigos foi realizado por meio do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo as bases de dados: LILACS e MEDLINE. Para a busca dos artigos na BVS, foram utilizados os descritores selecionados, e para relacioná-los foi acrescentado o operador booleano “AND”. Foram encontrados 42 artigos indexados. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis com texto completo e em idioma português. Posteriormente, os estudos foram organizados por ano e revista de publicação.

Essas etapas foram realizadas no mês de março de 2016.

3ª fase: Para coleta e organização de dados coletados, foi utilizado um formulário próprio, e os dados foram organizados em um quadro, adaptado de Ursi (2005)⁸, para a comparação dos estudos, contendo o número do artigo, título, autores, objetivo, principais resultados e considerações finais.

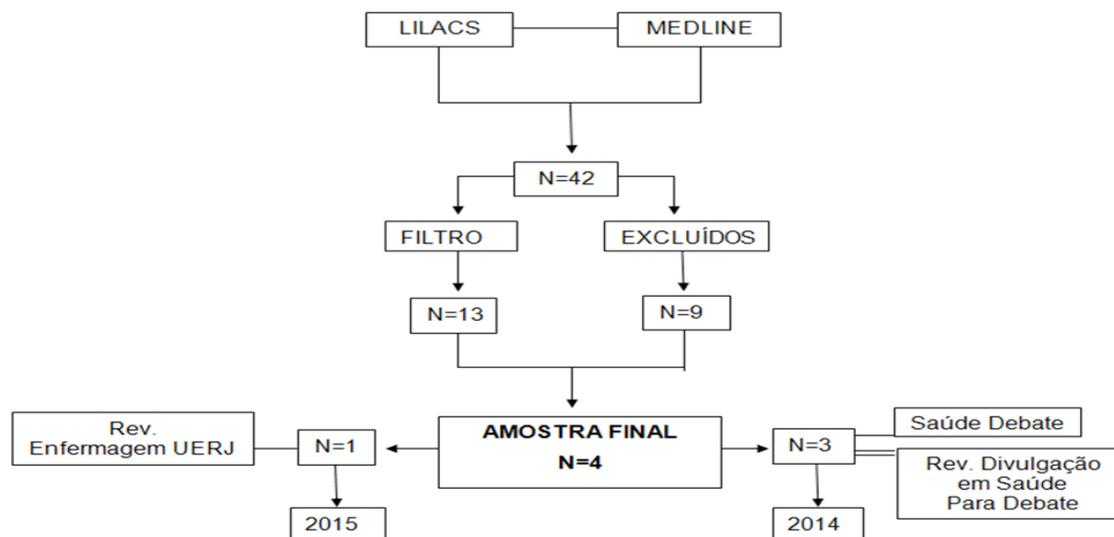
4ª fase: Análise dos artigos selecionados com a descrição dos analisadores em relação às linhas conceituais.

Foram encontrados nas bases de dados LILACS e MEDLINE 42 artigos indexados. Com os critérios de inclusão, foram selecionados 13 artigos. Após a leitura do título e resumo foram excluídos 9 artigos por não contemplarem o eixo temático deste estudo – revisão integrativa. Assim, foram selecionados 4 artigos para a amostra final (Figura 1).

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Para a identificação dos estudos, realizou-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca, para posteriormente verificar sua adequação aos critérios de inclusão do estudo. A partir da conclusão desse procedimento, elaborou-se um quadro adaptado de Ursi⁸ com os estudos pré-selecionados, para a revisão integrativa.

Figura 1 - Fluxograma dos artigos selecionados para a amostra final e relacionados por ano e revista de publicação



Quadro 1 - Apresentação da síntese dos artigos selecionados na revisão integrativa

| Nº | Título | Autor | Objetivo | Resultados | Conclusão |
|----|---|----------------------|---|--|--|
| 1 | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar | Motal e Davidll | Refletir sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia atual de avaliação dos serviços de atenção básica utilizada pelo Ministério da Saúde. | O PMAQ-AB estabelece parâmetros de avaliação definidos, a serem implementados por meio de fases, que incluem desde processos de autoavaliação pelos sistemas municipais, até a avaliação externa. Os resultados obtidos nessa avaliação podem se desdobrar em incentivos financeiros para os fundos municipais de saúde, de acordo com o desempenho demonstrado. Estabelece-se, dessa forma, uma aproximação entre esse processo de avaliação de política pública e o que vem sendo denominado de Novas Políticas de Recursos Humanos - aquelas que se pautam por conceitos e estratégias de gerenciamento da qualidade total, gerenciamento participativo, entre outras denominações. | Apesar de sua recente implantação, o PMAQ-AB tem sido questionado também no que tange aos demais processos de trabalho nas equipes. Sendo uma das principais políticas do MS, aspectos de estímulo à relação competitiva entre equipes e à obtenção do reconhecimento por mérito, essencialmente relacionados à quantificação da produção e aos indicadores de resultados, com ênfase na diminuição de doenças, levam a questionar em que medida não se está avançando na direção de uma saúde por resultados, em lugar de reafirmar o direito universal à saúde integral. |
| 2 | A posição da Estratégia Saúde Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB | Fausto et al. | Conhecer e analisar a situação atual da Atenção Básica no País no que concerne à integração à rede assistencial e como esse desafio se apresenta para municípios de distintos portes populacionais, na perspectiva da efetivação de uma APS abrangente no Sistema Único de Saúde (SUS). | Os resultados indicam que as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. | Persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada. |
| 3 | O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora | Pinto, Sousa e Ferla | Contextualizar a formulação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), analisar diferentes papéis do programa na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reunindo alguns resultados em seus primeiros três anos de implantação. | Em uma perspectiva mais ampla, o PMAQ-AB busca gerar movimento, por meio da valoração dos padrões que tenta conduzir a direção desse movimento, em cada contexto local, ao indicar diretrizes de ação e resultados esperados em cada problema abordado. Se as fases sinalizam uma dinâmica e um sentido geral, são os padrões que ofertam os significados e conteúdos específicos. Padrões enunciados e auferidos diretamente na realidade local, como prática avaliativa que pode desenvolver também a inteligência local para a gestão das ações e do processo de mudança. | O PMAQ-AB é entendido como um revelador da nova PNAB, capaz de, ao usarem-se os instrumentais analíticos do campo de análise de políticas públicas, expor elementos essenciais dessa política, assim como compreender a dinâmica de atores e a construção de novas agendas. A análise mais próxima de experiências e da realidade local permitirá, em estudos futuros, dimensionar o efeito concreto do que, neste artigo, foram destacadas como características de um processo de âmbito nacional. |

*continua.

*continuação.

| Nº | Título | Autor | Objetivo | Resultados | Conclusão |
|----|---|--------------|---|--|---|
| 4 | Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) | Pinto et al. | Analisar questões relativas à Educação Permanente em Saúde (EPS) no cotidiano da Atenção Básica, a partir dos dados coletados na etapa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) | No País como um todo, aproximadamente 81% das eSF tiveram participação em atividades educativas, e dessas, aproximadamente 76% consideraram que contemplavam suas necessidades e demandas. Em ordem de frequência: Telessaúde, cursos presenciais, troca de experiências, educação a distância, tutoria/preceptorial e Rede Universitária de Telemedicina (Rute) ou outras atividades. No Telessaúde, principalmente a teleconsultoria, a segunda opinião formativa e o teliagnóstico. | Concluiu-se que a EPS teve expansão e abrangência importantes na Atenção Básica; que as equipes têm se conectado com ofertas formativas; que ainda há evidência de processos educativos pontuais e de cunho informacional; e que as variações regionais de acesso às tecnologias de informação e comunicação são produzidas pelos problemas de infraestrutura, não pelo interesse e adesão. São formuladas considerações e recomendações para o fortalecimento da presença da EPS no cotidiano da Atenção Básica. |

*conclusão.

Uma das principais diretrizes atuais do MS é executar a gestão pública com base na proposição, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo o acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversos esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de AB ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País, sendo o PMAQ-AB o mais recente⁹.

O MS reconhece que essa mudança não está livre de entraves, portanto destaca alguns dos desafios que o PMAQ se propõe a enfrentar para garantir a qualificação da APS: precariedade da rede física; ambiência pouco acolhedora das Unidades Básicas de Saúde (UBS); condições inadequadas de trabalho para os profissionais; necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB; instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais; incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade; sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS); baixa integralidade e resolutividade das práticas; financiamento insuficiente e inadequado da AB. Apesar da menção desses

muitos desafios, em sua publicação original, não se percebe uma real reflexão sobre os determinantes dessas condições⁹.

O programa sugere e valoriza certas diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com amplo espaço para as singularidades de cada contexto e com prioridades definidas por cada coletivo³.

A melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, tal como preconizado pelo PMAQ, está estreitamente relacionada à participação efetiva dos trabalhadores da saúde para implementar as mudanças propostas, o que constitui um desafio e envolve situações complexas que merecem ser estudadas. O PMAQ-AB foi desenhado como uma estratégia da PNAB de mobilização de atores locais para enfrentar problemas e situações entendidas como condicionantes do desenvolvimento e da qualificação da AB no Brasil¹⁴. Podemos afirmar que se trata de uma inovação na PNAB, que buscou integrar diferentes processos numa mesma estratégia, tanto processos novos como outros que já existiam (como o AMQ, as estratégias de institucionalização da avaliação e monitoramento, o apoio institucional do HumanizaSUS, elementos da Política de Educação Permanente, etc.), apostando fortemente na mobilização dos sujeitos locais e no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão, que impulsiona permanentemente a ação local para a mudança³.

Baseia-se na adesão voluntária dos trabalhadores e os incentiva a atuarem ativamente na construção de processos que modifiquem as condições e práticas de atenção, gestão, educação e participação. O Programa define um elenco amplo de situações/problemas/potências por meio de seus padrões de qualidade e incita os atores locais a reconhecê-los, problematizá-los e definir quais são os prioritários, conforme sua realidade (fase de contratualização e momento de autoavaliação); induz esses atores a problematizar, avaliar, monitorar, refletir e pensar modos de intervir na realidade, além de gerir o processo de mudança (fase de desenvolvimento); avalia, reconhece e premia aqueles que avançam na direção desses resultados esperados e que sigam alimentando o permanente movimento de mudança (fase de Avaliação Externa e certificação e fase de recontratualização).

Há uma aposta de que em torno da participação e da implantação do programa seja mobilizado um coletivo que tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas¹⁵.

De acordo com um estudo de caso, realizado no DF, os profissionais entrevistados, quando questionados sobre a preparação e participação da equipe para adesão, manifestaram ausência de escolha e de preparo, ambas condições necessárias para o envolvimento deles no processo, o que constitui uma fragilidade na implantação e condução do PMAQ. A compreensão dos profissionais das ESF sobre o PMAQ foi identificada como uma concepção parcial e, em alguns casos, distorcida acerca dos princípios e diretrizes do programa. O estudo sugere que os profissionais das ESF que fizeram adesão ao PMAQ-AB não foram envolvidos na fase de contratualização e desconheciam os objetivos, os princípios e as diretrizes do programa, o que acarreta possíveis riscos à implementação de ações indutoras de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica¹³.

Para as equipes¹³, aderir significa assumir o compromisso de seguir regras do programa e diretrizes organizadoras do processo de trabalho, que incluem: a implantação de padrões de acesso e qualidade e de dispositivos de gestão colegiada, autoavaliação, planejamento e avaliação; ser monitorada por seis meses a partir dos indicadores pactuados; e, finalmente, passar por um processo de avaliação que inclui a realização da autoavaliação, o desempenho nos indicadores monitorados e a avaliação *in loco*, realizada por avaliadores do programa. O Município, por sua vez, ao aderir, passa a receber 20% do componente

de qualidade do PAB variável por equipe. Quando é realizada a Avaliação Externa e concluída a certificação, esse percentual, a depender do desempenho alcançado por cada equipe, pode ser interrompido, no caso de desempenho insatisfatório, manter-se em 20% ou aumentar para 60%, chegando a 100%. O município deve implantar e/ou qualificar os padrões de qualidade destacados no programa; adequar-se às exigências de informação e monitoramento; além de desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes em todas as ações e fases do programa. A utilização dos recursos deve estar associada ao custeio da AB naquilo que o município julgue possuir potencial de contribuir para o avanço dos objetivos do programa, de ações de educação permanente, passando por melhorias das condições de trabalho até a instituição de diferentes premiações por resultados alcançados⁶.

O PMAQ-AB, em seu documento base, propõe uma articulação entre os processos de EPS e as estratégias de apoio institucional. Sugere que a EPS seja um modo de agir do apoio para fortalecer as equipes no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores, na superação dos padrões que as equipes, no contexto do programa, elencaram como objeto de problematização e mudança a partir de sua situação e demanda concreta⁶. Nos resultados da avaliação externa¹³, 77,9% das equipes confirmaram receber apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde. Dessas, 76% avaliaram como muito boa ou boa a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas.

Pinto *et al.*¹⁴ sugerem que ocorreu uma prática de Educação Permanente, associada ao apoio institucional, muito mais próxima da concepção defendida neste artigo do que aquelas que, com questões genéricas e inespecíficas, o PMAQ-AB permitiu identificar. Por isso tudo, entendemos que outros estudos devem ser utilizados para aprofundar esta questão, até mesmo porque existem questões abertas sobre necessidades e práticas desenvolvidas de Educação Permanente, tanto no chamado módulo on-line do programa, aplicado aos gestores, quanto em questões dirigidas aos trabalhadores pelos avaliadores do programa. Com base nesses dados, teríamos informações sobre ofertas mais singulares e moleculares de práticas de Educação Permanente e da avaliação que os profissionais fazem delas. As dimensões Educação Permanente e Apoio Institucional estão atreladas uma à outra e, se trabalhadas dessa forma, possuem grande potencial de produzir mudança no cotidiano

dos serviços, em sua micropolítica, fortalecendo os objetivos do programa de efetivar mudança do modelo de atenção e gestão. A educação permanente pretende não só qualificar os trabalhadores por meio de seu caráter pedagógico, mas ir além, como importante estratégia de gestão capaz de mobilizar os atores para mudanças. O apoio institucional, por sua vez, pretende transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais, dando suporte aos movimentos de mudança deflagrados pelos coletivos³. Essas dimensões reforçam a ideia de que, para que mudanças sejam concretizadas no cotidiano de trabalho das equipes, o processo precisa fazer sentido para o coletivo, caso contrário, não gera a mobilização dos atores envolvidos.

Observa-se que, no Brasil, a maioria das UBS onde atuam as equipes participantes do PMAQ-AB (83%) se encaixa no funcionamento considerado como mais acessível – no mínimo cinco dias na semana, com a carga horária de oito horas ou mais. Entre os municípios com equipes que aderiram ao PMAQ-AB, quanto maior o porte populacional do município, maior a quantidade de UBS que funcionam dessa forma, exceto para o estrato de mais de 500 mil habitantes. Essa configuração chamada de ‘acessibilidade temporal’ é comparável a estudos sobre municípios brasileiros de grande porte, em que a acessibilidade considerada adequada em um município obedecia ao padrão de atendimento de três turnos e aos sábados. Logo, podemos supor, de acordo com os resultados do PMAQ-AB comparado a este estudo, que pelo menos 17% das UBS não possuem acessibilidade temporal¹².

Nota-se o importante efeito mobilizador do PMAQ-AB, que chegou ao seu 2º ciclo com uma altíssima adesão: quase 90% das equipes do País, de todos os tipos, e uma baixíssima taxa de abandono do Programa¹¹.

Foi percebida outra evidência importante da mobilização gerada pelo programa no questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais de cada um dos municípios participantes, entre o 1º e o 2º ciclos. Foram inquiridas questões do funcionamento e dos resultados do PMAQ-AB, respondidas por gestores de 2.336 municípios (58,9% do total de participantes do 1º ciclo). Indagados diretamente se perceberam ‘maior mobilização e trabalho em conjunto das equipes do PMAQ-AB para melhoria do processo de trabalho e implantação dos padrões de qualidade’, 40,9% dos gestores relataram muita mobilização dessas equipes, 47,5%, moderada, e apenas 10,7% assinalaram que ela foi pequena ou não existiu¹³.

O PMAQ-AB estimulou que as equipes de Atenção Básica, após a realização da autoavaliação, recortassem de forma interessada os problemas e priorizassem, planejassem, pactuassem e acompanhassem as ações de mudança³. Na Avaliação Externa do 1º ciclo, na pergunta ‘nos últimos 12 meses a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?’, 86,6% das equipes responderam que sim, 72,4% delas mostraram o documento que continha o plano formulado e 85,6% confirmaram ter recebido apoio da gestão local para a atividade. Mais um exemplo de indução de esforço combinado entre as equipes e a gestão¹³.

A Avaliação Externa mostrou que 80% das equipes disseram ter implantado o acolhimento, passando a fazer a escuta e a avaliação de toda a demanda, 92,2% dessas mostraram reserva de vagas de consultas na agenda para garantir retaguarda aos casos agudos, mas só 47,8% demonstraram a existência de protocolos de avaliação de risco e vulnerabilidade para orientar essa avaliação. Indagados sobre a redução nos tempos de espera dos usuários nas UBS, participantes do PMAQ-AB, 36,6% disseram que houve muita redução, outros 50,9% destacaram que ela foi moderada e apenas 11,8% indicaram que foi pequena ou não houve. Quanto à ampliação do número de atendimentos pelas EqAB do PMAQ-AB, 37,3% disseram que houve muita ampliação; 50,1% afirmaram que ela foi moderada e apenas 12,1% avaliaram que foi pequena ou não houve. Por fim, inquiridos sobre melhoras no acesso e na humanização do atendimento aos usuários, 43,7% destacaram que houve muita melhora, 47,9% que ela foi moderada e apenas 8% que não houve ou foi pequena¹³.

Um estudo realizado no Brasil¹³, de mesmo enfoque temático, evidenciou que, resultados encontrados a partir de uma pesquisa realizada, sugerem que o PMAQ contribuiu para estimular o alcance de melhores resultados na certificação segundo os critérios do programa e daquilo que os participantes da pesquisa (profissionais de saúde) consideraram necessário, e para o desenvolvimento de uma cultura avaliativa ou reflexiva nas equipes.

CONCLUSÃO |

Com a realização deste estudo, foi possível analisar as publicações científicas sobre o efeito da implantação do PMAQ-AB na Atenção Básica à Saúde, com enfoque em seu processo de implantação e organização dos processos de trabalho em saúde.

Conforme dados da literatura já apresentados, neste estudo, conclui-se que, com a implantação do PMAQ-AB, o Ministério da Saúde tenta dar força à qualificação na direção de melhoria dos resultados das ações ofertadas na atenção primária à saúde. Com o foco nos princípios e diretrizes do programa, observa-se seu caráter amplo e abstrato em muitos aspectos, com difícil implementação de seus preceitos, vista à variabilidade de práticas e diferentes formas de organização da gestão e do trabalho, no âmbito da AB.

O PMAQ é multifacetado, constitui um programa recente e sua implementação ainda não conseguiu instituir a mudança das práticas no contexto da AB, haja vista as limitações e dificuldades encontradas durante o seu processo de implantação, com destaque para a desarticulação entre os atores, especialmente, gestores e trabalhadores, que conferem ao Programa um caráter meramente punitivo e de compensação financeira, sendo, na maioria das vezes, imposto pela gestão municipal à mercê do desejo das equipes em participar. Sua implementação envolve uma gestão do trabalho pautada em processos de controle de resultados por meio de metas estabelecidas, sem considerar as especificidades regionais das equipes, o que reforça seu caráter desarticulado do cenário real de práticas na AB. Atenta-se à amplitude e à importância dos objetivos do programa e à preocupação que existe com as práticas de desenvolvimento de suas fases. Recente e promissor, o PMAQ propõe em seus principais objetivos que haja mudanças nas práticas dos gestores e profissionais da AB, para que ocorra a melhoria do acesso da qualidade na rede de atenção básica à saúde.

Em relação à educação permanente em saúde, evidenciou-se a sua importância para a implantação e implementação do PMAQ-AB, como uma estratégia de gestão. De toda forma, o desafio de implantar um programa que visa a inovações nas práticas hegemônicas, requer proposição de atividades informativas, educativas e formativas.

REFERÊNCIAS |

1. 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.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3): 783-94.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde (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; Seção 1.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
8. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Fundamental] – Universidade de São Paulo; 2005.
9. Motal RRA, Davidii HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Rev Enferm Uerj*. 2015; 23(1):22-127.
10. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.

11. Fausto MCR, Fonseca MHS, organizadores. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes; 2013.

12. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J, 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 Debate*. 2014; 38(nº. especial):13-33.

13. Pinto HA; Sousa ANA; Ferla AA, organizadores. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Divulg. Saúde Debate*. 2014; 38(nº. especial):43-57.

14. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB, Florêncio AR, Barbosa MG, Stédile NLR. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg Saúde Debate*. 2014; 20(51):145-60.

Correspondência para/ Reprint request to:

Heletícia Scabelo Galavote

Avenida Antônio Gil Veloso, 1950, apt. 1306,

Praia da Costa, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29101-022

Tel.: (28) 99921-0624

E-mail: heleticiagalavote@yahoo.com.br

Submetido em: 21/01/2016

Aceito em: 26/03/2016

**Educational practices for
health workers of the Family
Health Strategy Program**

**| Práticas educativas para os
trabalhadores da Estratégia Saúde
da Família**

ABSTRACT | Introduction:

Primary Health Care (PHC) is a model of health care that emerged from the Alma-Ata Conference in the 1970s. Objective:

To identify the evidence available in the national scientific literature concerned with the educational practices being developed in the context of the Family Health Strategy Program (ESF). Methods: The Latin American and Caribbean Literature (LILACS) database was used to select the articles. The sample of this review consisted of 10 articles, with the descriptors "Continuing Education" and Family Health Program (PSF). Results: Most of the articles introduce their discussion emphasizing the importance of continuing health education as a model for modifying and/or transforming educational practices.

Conclusion: In the search for the best available results concerning educational practices developed by ESF, we found that many of them were directed towards permanent education. These educational practices make it possible to reconfigure healthcare when professionals work in a reflexive and problematizing way.

Keywords | Family Health Program, Continuing Education; Workers.

RESUMO | Introdução: A Atenção Primária a Saúde (APS) é um modelo de atenção à saúde originada a partir da Conferência de Alma-Ata na década de 1970.

Objetivo: identificar as evidências disponíveis na literatura científica nacional sobre as práticas educativas que estão sendo desenvolvidas para os trabalhadores no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Para seleção dos artigos, utilizou-se a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS). A amostra desta revisão constitui-se de 10 artigos, com descritores "Educação Continuada" e Programa Saúde da Família (PSF). **Resultados:** A maioria dos artigos introduz sua discussão ressaltando a importância de instituir a educação permanente em saúde como um modelo de modificação/transformação das práticas educativas. **Conclusão:** Na busca dos melhores resultados disponíveis, em relação às práticas educativas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF), foi possível reconhecer que muitas são essas ações direcionadas a educação permanente. Visto que tais práticas educativas possibilitam a reconfiguração das práticas em saúde por parte dos profissionais de forma reflexiva e problematizadora.

Palavras-chave | Programa Saúde da Família; Educação continuada; Trabalhadores.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Atenção Primária a Saúde (APS) é um modelo de atenção à saúde originada a partir da Conferência de Alma-Ata na década de 1970. É entendida como o primeiro nível de atenção do sistema e integra-se aos níveis secundário e terciário¹. No Brasil, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) é proposto com o mesmo caráter semântico da APS e com ênfase na desfragmentação da ideia da assistência de baixo custo e simplificada.

A ABS define-se como o conjunto de ações de saúde, tanto no plano individual como no coletivo, com o objetivo de assegurar uma atenção integral que influencie a autonomia e a situação de saúde das pessoas e aquilo que interfere na saúde da coletividade². A Atenção Básica é entendida como nível de atenção mais complexo no que tange à resolução de problemas mais comuns e na coordenação de fluxos e contrafluxos¹. Tem como funções principais a clínica reformulada e ampliada, com a elaboração de políticas visando à intervenção clínica e à análise subjetiva individual, ao acolhimento da demanda, à busca ativa e análise dos riscos e vulnerabilidades e à promoção da saúde que se refere à prevenção, buscando a melhoria da qualidade de vida da coletividade³.

Educação é entendida, segundo Rodrigues e Santos⁴, “como processo pedagógico sistematizado de intercessão na dinâmica da vida social” que, associado à saúde, contribui de forma integral na vida do ser humano. Na saúde, um dos modelos pedagógicos adotados é o tradicional, em que não há desenvolvimento de habilidades que estimulem a interação entre o usuário e o trabalhador, o educador com o educando. Esse modelo é entendido como o da educação continuada, que representa o segmento do modelo escolar ou acadêmico. Realizado em ambiente didático, direcionado à transmissão de saber e que distancia a prática do saber e o saber das soluções dos problemas da prática. O saber é voltado para um único indivíduo ou grupo específico, não havendo interação entre as equipes e os variados grupos de trabalhadores, voltado apenas a uma categoria profissional⁵.

Mas é a partir da década de 1970 que esse modelo tradicional, focado na centralização do saber e apontado por Paulo Freire como educação bancária, é deixado de lado para dar lugar a um novo modelo, pós-Reforma Sanitária, incorporando os princípios da educação popular em saúde e da humanização⁶. Modelo esse em que a educação permanente em saúde é entendida como

a representatividade da inovação da capacitação de trabalhadores de saúde quanto às práticas e sua concepção, de modo a incorporar o ensino e o aprendizado às práticas sociais e laborais, e à vida cotidiana, havendo interação das equipes e grupos na problematização do próprio fazer. Assim há construção de receptores e ampliação dos espaços educativos visando à renúncia à fragmentação disciplinar⁵.

Esse novo modelo de educação foi reconhecido em 2004 pelo Ministério da Saúde e reafirmado, por meio da Portaria GM/MS 1996, como Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), sendo uma estratégia educativa para o desenvolvimento do SUS, tendo em vista a inserção do profissional de saúde na ABS, agora com fomento ao desenvolvimento de ações na Estratégia Saúde da Família, que tem por objetivo promover a saúde das comunidades por meio de uma equipe multiprofissional que necessita de qualificação para solucionar os problemas da comunidade⁷⁻⁹.

A EPS busca “transformar o cotidiano do trabalho, ao agregar a qualificação do trabalhador à melhoria dos serviços de saúde, mantendo-se de acordo com os contextos e necessidades locais”⁹. Nesse cenário, o trabalhador deixa de atuar de forma mecanizada e passa a atuar crítica e reflexivamente, usando experiências vividas no trabalho, na sociedade e até mesmo na família, para que possam atender e entender a população, colaborar na organização dos serviços e educação institucional dos trabalhadores de saúde¹⁰.

Assim, o presente estudo tem por objetivo identificar as evidências disponíveis na literatura científica nacional sobre as práticas educativas que estão sendo desenvolvidas para os trabalhadores no contexto da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS |

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, pois tem como objetivo reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um delimitado tema ou questão, de forma sistemática e organizada, colaborando para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado¹¹.

As etapas da elaboração da presente revisão integrativa foram: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão

integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados e discussão.

A presente revisão teve como questão norteadora: Quais as práticas educativas para os trabalhadores estão sendo desenvolvidas no contexto da Estratégia Saúde da Família? Foi realizada uma busca na base de dados LILACS por meio do sítio da Biblioteca Virtual em Saúde, para determinação da amostra. O uso dessa base de dados visou minimizar os possíveis vieses no processo de elaboração da revisão integrativa.

A pesquisa foi realizada no dia 15 do mês de junho de 2015 e utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, no idioma português, tendo o Brasil como país de afiliação; artigo como tipo de documento, no período compreendido entre 2009 e 2015. Os descritores utilizados foram: “Educação Continuada” e “Programa Saúde da Família”. E como critérios de exclusão foram adotados: artigos de editoriais; cartas ao editor; monografias; teses e resumos de congresso ou eventos científicos.

Para a seleção das publicações, inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante de cada título e resumo para confirmar se eles contemplavam a questão norteadora desta investigação e se atenderiam aos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos. Foram encontrados 531 artigos e, após definição dos critérios de inclusão e refinamento da pesquisa, obtivemos uma amostra final de 21 artigos. Em sequência foi realizada uma leitura em profundidade dos artigos selecionados, com a obtenção de 10 artigos finais que atenderam aos critérios de busca e seleção.

Para a análise dos dados, os artigos selecionados foram dispostos em um quadro sinóptico a fim de facilitar a identificação dos eixos temáticos. Posteriormente, foram organizados de forma a contemplar os seguintes aspectos: nome dos autores; objetivo do estudo; ano de publicação; metodologia; resultados e considerações finais.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Na presente revisão integrativa, analisou-se dez artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresentar-se-á um panorama dos

artigos avaliados.

Entre os artigos incluídos na revisão integrativa, três são de autoria de enfermeiros; um, de fonoaudiólogos; um, redigido por médicos e enfermeiros; um de médicos, enfermeiros e fonoaudiólogos e, em três, não conseguimos identificar a categoria profissional de seus autores.

Dos artigos selecionados, oito foram desenvolvidos em unidades saúde da família. Um por diferentes profissionais, mestres, doutores, médicos, enfermeiros de uma universidade e de uma instituição hospitalar, e outra de profissionais que aderiram a um programa de educação em saúde.

Em relação aos tipos de revista aos quais foram publicados os artigos incluídos na revisão, quatro foram publicados em revistas de enfermagem geral, duas em educação saúde, uma em revista médica, e duas foram publicadas em revistas de outras áreas da saúde.

O Quadro 1 apresenta a síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa.

A maioria dos artigos introduz sua discussão ressaltando a importância de instituir a educação permanente em saúde como um modelo de modificação/transformação das práticas educativas da gestão, formação, formulação de políticas, atenção, participação popular e controle social em saúde¹². Sendo esse um dos motivos da implementação da PNEP pelo MS, visando à qualificação dos trabalhadores para que contemplem o que se preconiza no Sistema Único de Saúde (SUS) - a integralidade, a universalidade e a equidade - de modo a reestruturar o modelo de atenção à saúde¹³.

Foi encontrada, em diferentes descrições, a metodologia da problematização para desenvolvimento desse modelo de educação, em que há identificação do problema e há busca por soluções ou transformação dessa situação visando à resolução do problema. O que a diferencia do modelo tradicional, como afirma Feuerwerker e Ceccim¹⁴, é o fato de se atentar não apenas ao “diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos”, e sim ao desenvolvimento das condições de saúde das pessoas de forma a torná-las independentes/autônomas e detentoras do próprio cuidado. Daí o uso desse tipo de metodologia, como foi referido acima, que se associa diretamente a esse modelo de educação em

Quadro 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

| Autores | Objetivo | Ano | Método | Resultados | Conclusão |
|-----------------|---|------|--|---|---|
| Prado et al. | O objetivo desse estudo é relatar a experiência da enfermagem na teleamamentação do Programa Nacional de Telessaúde no Brasil no Núcleo São Paulo. | 2013 | Como metodologia de trabalho, adotou-se a criação de um grupo multidisciplinar composto por pediatras, enfermeiras, fonoaudiólogas, nutricionistas e dentistas. Foram elaborados materiais didáticos multimídia inseridos na plataforma Cybertutor. | Como resultado deste trabalho, para os profissionais de saúde, obteve-se a produção de um texto técnico sobre amamentação, composto por doze capítulos, com adequação de linguagem realizada por profissionais da comunicação; um vídeo sobre amamentação; a produção de dez casos clínicos relacionados às áreas profissionais que compõem o Grupo de Teleamamentação; a elaboração de roteiros de questões para constituírem as áudios-dicas e a construção de um roteiro de sucção e deglutição no bebê para o desenvolvimento das iconografias em 3D. | A Tele-enfermagem deve ser inserida na formação e na capacitação dos profissionais de enfermagem, desenvolvendo habilidades técnicas, científicas e ético-políticas, bem como priorizando a interação humana que acontece, especialmente, no trabalho de enfermagem, representado pela relação face a face, respeitando a individualidade do ser humano, pela importante responsabilidade social que tem e pelo compromisso ético com a vida. |
| Lopes e Andrade | To ascertain the potential of the CHE process with regard to family health teams; to determine how the CHE professionals define the FHS; to identify the social and economic profile of FHS professionals; to discuss, in a participatory way, possible facilities and difficulties for the implementation and maintenance of CHE in the family health teams; to develop an action plan with the participation of FHS professionals, in order to improve the dynamics of the CHE. | 2013 | This is a descriptive study that presents a qualitative approach, and offers an action research proposal. The planned period of data collection is from November 2013 to February 2014, and it will be developed through the analysis of CHE practices performed in the family health teams Pillar III, IV and V of the municipality of Duque de Caxias, RJ. Data will be collected based on two research techniques: a) semi-structured interviews and; b) collective elaboration of an action plan for restructuring of CHE in the family health units involved. | The CHE is a pedagogical strategy that could facilitate the use of transformative actions in local realities, when structured and performed appropriately. Based on this principle, the optimum structuring and execution of CHE actions may provide benefits for professionals, the population and the work process. | To be healthy, the patient must have access to care activities and services through the work of sensitized and qualified professionals. Therefore, one cannot think of reorganizing the practices of health care without investing in new training policies and the introduction of a continuing process of education with regard to human resources. |

*continua.

*continuação.

| Autores | Objetivo | Ano | Método | Resultados | Conclusão |
|----------------|--|------|--|--|--|
| Machado et al. | Analisar a prevalência e as características das ações de Educação Permanente e as ações de planejamento e de gestão em interface com a Educação Permanente em Saúde (EPS), no cotidiano da AB, no Estado de Mato Grosso do Sul, a partir dos dados revelados pela Avaliação Externa do PMAQ ciclo 1. | 2015 | Foi realizado um estudo observacional analítico transversal, utilizando os dados provenientes do primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do PMAQ, no estado do Mato Grosso do Sul. O estudo foi de ordem multicêntrica, com a participação de Instituições de Ensino e Pesquisa do País e seguido pelo Ministério da Saúde. A fase de Avaliação Externa no Mato Grosso do Sul ocorreu de junho de 2012 a fevereiro de 2013, e foi coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a participação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e da Fiocruz Mato Grosso do Sul. | Os resultados apresentados foram referentes à totalidade das equipes que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ no estado do Mato Grosso do Sul: 184 EqSF, sendo 33 de Campo Grande (capital) e 151 de municípios do interior do estado. | Os resultados demonstraram que, embora as ações de Educação Permanente tenham obtido um percentual expressivo a partir dos relatos das equipes avaliadas, não foi possível afirmar, nesse estudo, as configurações conceitual e metodológica utilizadas nas avaliações de tais ações. Os cursos presenciais e a troca de experiências geralmente seguem o modelo assistencial adotado pela instituição de saúde, o que não ficou evidente nos resultados apresentados. |
| Araújo et al. | Verificar a retenção das informações sobre saúde auditiva infantil por agentes comunitários de saúde que participaram de um curso de capacitação. | 2015 | Participaram do estudo 24 agentes comunitários de saúde que haviam sido capacitados por meio de um <i>Cybertutor</i> , sistema de ensino baseado na web. O conteúdo programático dessa capacitação envolveu informações que versaram desde a prevenção à reabilitação da deficiência auditiva. Imediatamente após a capacitação, os agentes comunitários de saúde responderam a um questionário de múltipla escolha, contendo 20 questões, divididas em domínios (1: conceitos gerais; 2: tipo, prevenção e causas da deficiência auditiva; 3: técnicas de detecção e identificação da deficiência auditiva; 4: aspectos gerais da deficiência auditiva). Os agentes comunitários de saúde responderam novamente ao questionário decorridos 15 meses da capacitação. O nível de retenção das informações foi analisado comparando o desempenho nos dois momentos por meio do teste de Wilcoxon e adotando-se nível de significância de 5%. | Houve uma redução significativa ($p=0,03$) em percentual, do conhecimento geral dos agentes comunitários de saúde sobre saúde auditiva infantil ($73,5\pm 8,4/66,7\pm 12,5$). Na análise por domínios foi possível constatar uma piora nos domínios 1 ($76,4\pm 14,7/58,3\pm 22,5$), 2 ($72,9\pm 30,3/64,6\pm 19,4$) e 3 ($69,4\pm 14,5/68,8\pm 17,2$), sendo significativa para o domínio 1 ($p=0,012$). No que se refere ao domínio 4, observou-se discreta melhora ($76,0\pm 11,6/78,1\pm 11,2$). | Houve redução significativa, em percentual, do conhecimento geral dos agentes comunitários de saúde sobre saúde auditiva infantil, demonstrando a importância da educação continuada para estes profissionais. |

*continua.

*continuação.

| Autores | Objetivo | Ano | Método | Resultados | Conclusão |
|------------------|--|------|---|---|--|
| Tomaz e Molen | O objetivo desse estudo é descrever as características e percepções dos profissionais de Saúde da Família como potenciais alunos em um curso à distância no Estado do Ceará, Brasil. | 2011 | Esse estudo é um inquérito transversal, com abordagem quantitativa. O desenho é parcialmente adaptado do trabalho desenvolvido por Terry Evans ³ , da Faculdade de Educação da Universidade de Deakin, Austrália. Em seu trabalho, ele investigou em detalhe uma variedade de temas relacionados, desde o histórico educacional e social dos estudantes a outros importantes aspectos das vidas dos alunos e suas inter-relações com seus contextos. | A taxa de resposta dos participantes foi de 81,9% (209 de 255). As taxas de respostas por categoria profissional foram: 70,4% (81 de 115) entre os médicos de família e 91,4% (128 de 140) entre os enfermeiros de família. Os respondentes representaram 23,7% do total da população do estudo (209 de 881). | Esse estudo investigou um dos aspectos mais importantes para a implantação de um curso baseado em EAD: a aceitabilidade do curso por parte dos potenciais alunos, no caso, profissionais do Programa Saúde da Família. As bases teóricas do estudo, adaptadas de Evans ³ , se mostraram efetivas para o nosso propósito. Importantes informações foram coletadas, incluindo características, percepções, opiniões, preferências e atitudes dos potenciais alunos. |
| Franco e Koifman | Busca estabelecer a relação entre produção do cuidado e produção pedagógica, que pode ocorrer por meio de práticas educativas desenvolvidas no processo de planejamento participativo, possibilitando interlocução com a Educação Permanente em Saúde. | 2010 | Esse trabalho é fruto da experiência das Oficinas de Planejamento Participativo realizadas em uma Unidade de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. Demonstra a importância do planejamento participativo e da educação permanente como ferramentas de organização do trabalho e de ensino para a qualificação em serviço. | Na realidade local, permitiu o exercício do controle social – a democracia em ato – capaz de potencializar e dar continuidade ao processo de transformação nas relações trabalhadores-usuários, trabalhadores-trabalhadores e maior autonomia dos usuários. | Assim, essa experiência trata uma das formas de resolução de conflitos mediante instrumentos reconhecidos e capazes de auxiliar o processo de trabalho das equipes e a aproximação com a comunidade. |
| Alves et al. | Conhecer as ações de educação permanente desenvolvidas para os Agentes Comunitários de Saúde do município de Montes Claros- MG. | 2014 | Estudo qualitativo realizado com 15 Agentes Comunitários de Saúde. Os dados foram coletados por meio da entrevista e analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o Parecer 880/2007. | Em 40% das equipes pesquisadas, o processo de educação permanente não ocorria. Os Agentes relataram que a sobrecarga de atividades desenvolvidas na equipe contribuiu para a ausência de realização de educação permanente. A escolha dos temas abordados na educação permanente baseia-se na prática cotidiana dos Agentes, no Plano Diretor da Atenção Básica, sendo geralmente escolhidos pelos coordenadores. | Assim, faz-se necessário sensibilizar quanto à importância da educação permanente para a qualificação do processo de trabalho dos ACS. |

*continua.

*continuação.

| Autores | Objetivo | Ano | Método | Resultados | Conclusão |
|-----------------------|--|------|--|---|--|
| Paulino et al. | Esse estudo teve como objetivo verificar o significado e contribuições da educação permanente sob a ótica dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. | 2012 | Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, realizado em um dos distritos sanitários de Goiânia-GO, no período de fevereiro e março de 2007, com 12 enfermeiros, por meio de um questionário que abordava questões sobre o tema e suas contribuições. | A partir das respostas foi possível extrair as seguintes categorias: Identificação de falhas e resolução de problemas na organização do trabalho; maior integração entre equipe e comunidade e maior estímulo para a qualificação. Foram identificadas pelos profissionais contribuições na organização e no funcionamento do serviço, além de mudanças na prática quanto à forma de atendimento aos usuários, trabalho em equipe e sua qualificação. | Dessa forma, a qualidade dos serviços de saúde na ESF representa o resultado de ações e atitudes dos profissionais, tais como criação de vínculos, compromisso e respeito aos valores da comunidade, fundamentados em princípios éticos, capacidade e habilidades para a promoção e proteção da saúde. |
| Faria, David e Acioli | Objetivou-se caracterizar os enfermeiros inseridos num programa de educação permanente à distância. | 2012 | A pesquisa é quantitativa, longitudinal e descritiva. Os dados foram obtidos nos anos de 2009 e 2010, por meio do banco de dados do Telessaúde Rio de Janeiro, em que se analisou o perfil de 120 sujeitos. | Observou-se a predominância de enfermeiros com faixa etária abaixo de 40 anos, residentes de áreas urbanas; 85% afirmavam ter concluído curso de especialização. O vínculo de trabalho mais comum dos enfermeiros é o contrato temporário, entretanto esses são os que revelaram maior grau de insatisfação. O recurso mais utilizado para a busca de conhecimento é o livro; 50% dos sujeitos informaram realizar pesquisas diárias na internet para capacitação profissional. | A educação a distância é uma forma viável de manter programas educativos, contudo é indispensável o reconhecimento do público-alvo para o êxito das atividades. |
| Costa et al. | Analisar a educação contínua no espectro do processo de trabalho do Programa Saúde da Família no Brasil, por meio de seus realizadores, o lugar de realização, o modo de desenvolvimento e a finalidade. | 2010 | Estudo qualitativo no que se realizou entrevista semi-estruturada a 65 enfermeiros. | As atividades de educação são concebidas pelos enfermeiros entrevistados, como uma ação que tem como fim a qualificação do processo de trabalho: seja ajudando o enfermeiro para seu atuar, seja colaborando para a constituição de uma força propulsora das ações em saúde em diversos níveis de atuação. | Com a educação permanente se qualifica não só ao enfermeiro senão também em seu ambiente de trabalho |

*conclusão.

saúde, não apenas com olhar para a comunidade, mas na simultânea intenção de modificar a gestão e o modelo de atenção, buscando dialogar e problematizar, visando construir novos pactos de práticas e de convivência⁸.

No que tange à implementação desse novo modelo de educação pós-Reforma Sanitária refere-se a influência freiriana exposta na maioria dos artigos. Suas definições e a busca por um novo método de educação em saúde que foge do tradicional. É o que afirma Feuerwerker e Ceccim¹⁴ de que a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia aos modelos atuais, quanto à organização da gestão setorial e aos debates críticos sobre a estruturação do cuidado, perpetuando e formando profissionais de saúde com base em modelos essencialmente conservadores. Daí a necessidade de sair da zona de conforto e aliar os saberes técnicos aos da prática e buscar alternativas para produzir transformações⁸. Além disso, a aproximação do serviço com a educação permite que o trabalhador diferencie o real do ideal, envolvendo seus condicionantes e determinantes, que é função principal da “educação problematizadora”¹⁵.

Apresenta-se em alguns textos desta revisão a confluência dos termos educação permanente e educação continuada e que possivelmente interferem no desenvolvimento das ações de educação permanente por parte dos trabalhadores de saúde. O não desenvolvimento ou a falta de compreensão e diferenciação desses dois modelos deve-se em parte às instituições formadoras com metodologias conservadoras e que não trabalham na estimulação das habilidades de aprender a aprender, e sim da captação de informações¹⁵.

Ceccim⁸ esclarece que educação permanente corresponde à educação em serviço, a educação continuada e a educação formal de profissionais, mas com sentidos e em tempo e lugar diferentes. E o que nos interessa e que diverge a educação permanente da educação continuada é que a primeira “entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática” e a segunda “aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria”¹⁴.

A educação a distância é referida em alguns artigos como estratégia para os profissionais de saúde para a efetivação da educação permanente de forma a facilitar o acesso à informação, compartilhamento de saberes e esclarecimento das dúvidas. A busca por esses novos métodos de ensino se justifica pelas mudanças de práticas e pelo desenvolvimento global, que interferem diretamente na saúde e na

formação dos trabalhadores de saúde, assim como o uso de tecnologias cada vez mais sofisticadas, os custos econômicos e o predomínio da formação hospitalar, que exigem altos investimentos de transformação da formação de trabalhadores. Os recursos tecnológicos disponíveis no campo da educação e formação em saúde têm por finalidade estabelecer aprendizado individual, coletivo e institucional⁸.

Contrário a isso, de acordo com Franco¹⁵, ainda há incompreensão sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por parte dos gestores quanto às mudanças do modelo de assistência tecnológica e na formação dos trabalhadores de saúde, que prejudicam a ascensão do SUS, já que não há investimentos para a EPS e conseqüentemente sucateamento das instituições formadoras.

CONCLUSÃO |

Concluindo a presente revisão integrativa, na busca dos melhores resultados disponíveis em relação às práticas educativas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, foi possível reconhecer que muitas são essas ações direcionadas a educação permanente. Visto que tais práticas educativas possibilitam a reconfiguração das práticas em saúde por parte dos profissionais de forma reflexiva e problematizadora. E, concomitante a isso, há o desenvolvimento do trabalho transdisciplinar, em que as questões da coletividade não são mais fragmentadas de acordo com a especialidade de cada profissional, mas agora são discutidas como um todo, pensando no indivíduo, na sua família, na sua comunidade e tudo que interfere na sua condição de saúde.

Contudo, existem, por meio da análise dos artigos selecionados, lacunas relacionadas ao conceito de educação permanente que diverge da educação continuada. Até mesmo na busca e seleção dos documentos para a atual revisão utilizou-se o descritor “educação continuada”, e o interesse inicial seria utilizar o descritor educação permanente que inexistente como um descritor em Ciências da Saúde, o que pode reforçar a interpretação errônea dos dois diferentes métodos pedagógicos.

Outro fator que interfere na conceituação desses métodos é que, mesmo com a inovação do sistema de saúde, ainda

existem instituições formadoras que não investem e não inserem na sua grade curricular a educação permanente. Consequentemente há formação de profissionais mecânicos, preocupados apenas em depositar e infundir saberes, desprezando os saberes populares e legítimos da coletividade e do próprio ambiente em que vivem, impossibilitando a troca de conhecimentos.

Por sua vez, existem unidades de saúde que se preocupam em desenvolver esse tipo de trabalho, por acreditar que a equipe preparada, e que trabalha com suas diferenças direcionadas à equidade, podem proporcionar o cuidado efetivo e resultar no estabelecimento de suas metas, a partir do que foi problematizado. Além disso, aliado à evolução tecnológica, há o desenvolvimento da educação em saúde a distância, com o propósito de acessar os profissionais que utilizam o meio eletrônico para pesquisa e atualização.

Faz-se necessária a ampliação, dentro das instituições formadoras, do conceito de educação permanente, que possa ser trabalhada de forma prática nos períodos de ensino, voltadas para os alunos que estão mais próximos da inserção no mercado de trabalho, de modo a se estabelecer a capacidade de aprendizagem e da formação de mentes criativas, que saibam trabalhar em equipe e que, conseqüentemente, melhorem a qualidade do cuidado a saúde, além da formação de profissionais críticos, com princípios morais e com tratamento mais humano.

REFERÊNCIAS |

1. Millão LF, Figueiredo MRB. Enfermagem em saúde coletiva: vol. 1. São Caetano do Sul: Difusão; Rio de Janeiro: Senac, 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Xavier J, Machado K. Equipes e unidades de saúde mais perto do cidadão. RADIS Comunic Saúde. 2005; (34):8-12.
4. Rodrigues D, Santos VE. A Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. J Health Sci Inst. 2010; 28(4):321-4.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Coriolano MWL, Lima MM, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS, et al. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. Trab Educ Saúde. 2012; 10(1):37-59.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n°. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007; Seção 1.
8. Ceccim RB. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):161-8.
9. Costa VZ, Cezar-Vaz MR, Cardoso LV, Soares JFS, et al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3):336-44.
10. Branquinho NCSS, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Paulino VCP et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. Rev Enferm UERJ. 2012; 20(3):312-16.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
12. Prado C, Silva IA, Soares AVN, Aragaki IMM, Shimoda GT, Zaniboni VF, et al. Teleatendimento no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):990-6.
13. Machado JFFP, Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM, et al. Educação permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. 2015; 39(104):102-13.
14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004; 14(1):41-65.

15. Franco CM. A concepção problematizadora: uma didática para educação permanente em saúde. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal Fluminense; 2010.

Correspondência para/Reprint request to:

Heletícia Scabelo Galavote

Avenida Antônio Gil Veloso, 1950, apt. 1306,

Praia da Costa, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29101-022

Tel.: (28) 999210624

E-mail: beleticiagalavote@yahoo.com.br

Submetido em: 17/01/2016

Aceito em: 23/03/2016

Rafael Rocha dos Santos¹
Eliane de Fátima Almeida Lima¹
Paula de Souza Silva Freitas¹
Heletícia Scabelo Galavote¹
Erika Maria Sampaio Rocha¹
Rita de Cássia Duarte Lima¹

The role of teamwork in Primary Health Care

A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT | Introduction: *Primary Health Care (PHC) has been conceptualized as a set of values and principles underlying the implementation health systems worldwide. Objective:* *To analyze the available evidence in the national scientific literature about the impact of teamwork in Primary Health Care. Methods:* *This is an integrative review covering the years 2004 to 2013, and using the Latin Literature database (LILACS) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Eight articles were selected according to the inclusion criteria. Results:* *The contribution of teamwork in the Family Health Strategy Program is characterized a solid flow of information sharing, motivated by the clarification of doubts. Some difficulties were identified in the work process, such as: lack of infrastructure, lack of planning and lack of interaction among workers. However, it should be emphasized that teamwork is capable of re-signifying health acts, making care more committed to the democratization of work relations and to the professional development of health workers. Conclusion:* *Teamwork is an important factor for the reorientation of the healthcare model based on primary health care.*

Keywords | *Work; Patient care team; Primary health care or primary healthcare.*

RESUMO | Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido conceituada como um conjunto de valores e princípios que delimitam a orientação do desenvolvimento dos sistemas de saúde por todo o mundo. **Objetivo:** Analisar as evidências disponíveis na literatura científica nacional sobre a influência do trabalho em equipe no atendimento realizado na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, do período de 2004 a 2013, utilizando a base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Atenderam aos critérios de seleção oito artigos. **Resultados:** A contribuição do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família é relacionada ao compartilhamento de informações, motivado pelo esclarecimento de dúvidas. São apontadas algumas dificuldades no processo de trabalho, tais como: falta de infraestrutura, falta de planejamento e a falta de interação entre os trabalhadores. Destaca-se, contudo, que o trabalho em equipe é capaz ressignificar os atos em saúde, tornando o atendimento mais comprometido com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde. **Conclusão:** O trabalho em equipe constitui-se como fator importante para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.

Palavras-chave | Trabalho; Equipe de assistência ao paciente; Atenção Primária à Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido conceituada como um conjunto de valores e princípios que delimitam a orientação do desenvolvimento dos sistemas de saúde por todo o mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) presume o trabalho em equipe como elemento-chave na área da APS. Consequentemente ocorreu uma forte expansão da APS por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Portanto, a ESF configura-se como um dos itens da estratégia de revolução da APS, tendo no trabalho em equipe um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho¹.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 1993 e lançado um ano mais tarde. Em 1997, foi publicada a segunda versão oficial, que substituiu o termo Programa por Estratégia, com o objetivo de desmistificar o caráter normativo e verticalizado do primeiro, propondo um enfoque na organização e reorientação do modelo assistencial na atenção básica, reconhecendo sua potencialidade e capilaridade. Desde a sua implantação vem abrangendo, em seu bojo, uma série de dicotomias: por um lado, reitera sua condição de programa por apresentar objetivos, metas e passos definidos, ou seja: com uma organização e com *modus operandi* estabelecido/normatizado; enquanto, por outro lado, uma Estratégia indica um caminho possível para se atingirem os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, por isso, capaz de influir e produzir impactos no sistema como um todo².

Além disso, é premissa que essa reorientação a partir da atenção básica também atinja o processo de trabalho, a fim de envolver os trabalhadores articulando uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe e também fazendo com que haja uma reconfiguração do processo de trabalho na ESF^{3,4}. O espaço da micropolítica dos processos de trabalho em saúde, enquanto o agir cotidiano dos sujeitos, representa o terreno fértil de fomento às mudanças de ressignificação do modo de fazer saúde, visto que os trabalhadores detêm alto controle da condução dos microprocessos decisórios, de forma que novas práticas devam surgir no cenário real de trabalho, com reconhecimento do protagonismo e autogoverno dos diferentes atores, seja eles profissionais, seja usuários.

A ótica hegemônica neoliberal, vigente nos serviços de saúde, que orienta o modelo assistencial, acaba por

definir a missão que os serviços possuem, bem como as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos⁵. Para Schraiber *et al.*⁶, esse modelo tende a adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador quanto – no caso da saúde – a regular rigorosamente o que é produzido de modo direto pelos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho.

Merhy e Franco⁷ atribuem ao trabalho em saúde um caráter eminentemente relacional, de forma que ele se produz no encontro trabalhador-usuário, no qual todos são protagonistas e detêm diferentes graus de autonomia e controle do processo. Para os autores, o trabalho pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, enquanto, aquele, restrito às normas e equipamentos, e este nunca será capaz de anular a potência de vida do trabalhador. Ao contrário, o trabalho vivo em ato, representa um encontro de valorização da autonomia e protagonismo dos atores, com ênfase em tecnologias de trabalho relacionais, as tecnologias leves, que têm a possibilidade de instituir novas formas de produção do cuidado, com estímulo ao estabelecimento de vínculo e responsabilização no cenário de práticas.

Um dos fundamentos para o rearranjo estrutural da atenção à saúde no SUS, bem como no desenvolvimento de práticas na ESF, é o formato do trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares^{3,4}. Essas equipes possuem como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, atendendo às necessidades de saúde da população adscrita, com enfoque na família. Para se atingir os objetivos supracitados, requer-se: abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social¹.

Franco⁸, ao analisar a imanência das redes no trabalho em saúde, aponta a ideia de pertencimento dos trabalhadores entre si, e destes com outras equipes e usuários, de forma que a execução das ações se realiza por meio de atos sincronizados, que configuram uma rede potente de produção do cuidado. O autor afirma que não há uma autossuficiência no trabalho em saúde, sendo necessário o trabalho coletivo para o atendimento usuário centrado nas necessidades reais de saúde. Assim, o trabalhador opera sempre em um campo relacional de acordos e contratos, conflituosos ou harmoniosos, com o compartilhamento de saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades.

Sendo assim, com o intuito de obter o alcance de um modelo assistencial que conceda a articulação de diversas intervenções, com ênfase na participação dos usuários e trabalhadores, espera-se que o trabalho em equipe seja uma construção de uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo deva propiciar a aproximação entre os diferentes atores, tendo-se a clareza de que todo o conhecimento parcial só ganha significado quando compartilhado no coletivo. Discute-se, portanto, a importância da transdisciplinaridade, que envolve não só as interações ou reciprocidades entre conhecimentos especializados, mas a inserção dessas relações dentro de um sistema total, sem qualquer limite rígido entre as disciplinas. Dessa maneira, enfatiza-se que a importância e a necessidade das ações, inter, multi e transdisciplinares no setor saúde, e para além dele, passaram a preencher a agenda de debates de forma oficial desde 1980. O objetivo dessas ações é promover a saúde dos indivíduos e das comunidades, com controle e participação social^{9,10}.

Alguns dos projetos assistenciais que sustentam e guiam as mudanças nos processos de trabalho na Atenção Básica são ancorados nas relações pessoais diretas de profissionais entre si e com a população em geral, no acolhimento como porta de entrada aos serviços de saúde e na visita domiciliar como espaço de encontro entre trabalhador e usuário¹¹.

Em virtude da importância que a ESF adquire por sua expansão e difusão, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhadores envolvidos, busca-se refletir sobre o trabalho das equipes e sua influência no atendimento na atenção primária levando em consideração que o trabalho em saúde é produzido a partir do encontro entre os trabalhadores e desses com os usuários.

Objetiva-se, portanto, analisar as evidências disponíveis na literatura científica nacional sobre a influência do trabalho em equipe no atendimento realizado na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS |

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca da influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. A revisão integrativa é o instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), que viabiliza a compilação

e a análise da informação produzida sobre uma temática em investigação. Trata-se de uma técnica de pesquisa com rigor metodológico que aumenta a confiabilidade e a profundidade das conclusões da revisão¹².

Para a elaboração desta revisão integrativa, foram determinadas as seguintes etapas metodológicas: estabelecimento da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos; seleção e obtenção dos artigos; avaliação dos estudos pré-selecionados; discussão dos resultados e consolidação final.

Para a primeira etapa, foi elaborada uma questão norteadora: Como o trabalho em equipe influencia o atendimento na Atenção Primária à Saúde?

A posteriori determinou-se a seleção dos artigos, feita no dia 02 de junho de 2015. A seleção deles foi realizada por meio de busca das publicações da literatura científica, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2013, no idioma português, na biblioteca virtual do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) que contempla as principais bases de dados científicos no campo nacional e internacional: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Base de dados em Enfermagem (BDENF).

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: ser artigo original; responder à questão norteadora; ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo; ter sido publicado no período supracitado; no idioma português. Foram excluídos: os estudos que se encontravam repetidos em uma ou mais bases de dados e os que não se apresentavam em formato de artigo, como: cartas, editoriais, teses e dissertações.

Para a busca dos artigos, foram utilizadas três palavras-chave indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Trabalho, Equipe de Assistência ao Paciente e Atenção Primária à Saúde, e realizadas todas as possibilidades de cruzamento entre os descritores selecionados, por meio de uma estratégia de busca. Nessa estratégia, as palavras-chave foram cruzadas utilizando-se o operador booleano AND.

Realizados todos os cruzamentos entre os descritores, foram encontrados 256 estudos. Os artigos encontrados passaram por uma pré-seleção por meio da leitura dos títulos e resumos, quando necessário. Ao término dessa

primeira fase, foram pré-selecionados 9 artigos e lidos na íntegra de modo a identificar a adequação deles aos critérios de inclusão destinados a esta revisão. Concluídas as etapas de pré-seleção dos artigos, foi excluído 1 artigo, chegando-se a uma amostra final de 8 estudos (Figura 1).

Foi realizada também a revisão por pares como forma de assegurar mais rigor e credibilidade na seleção dos artigos.

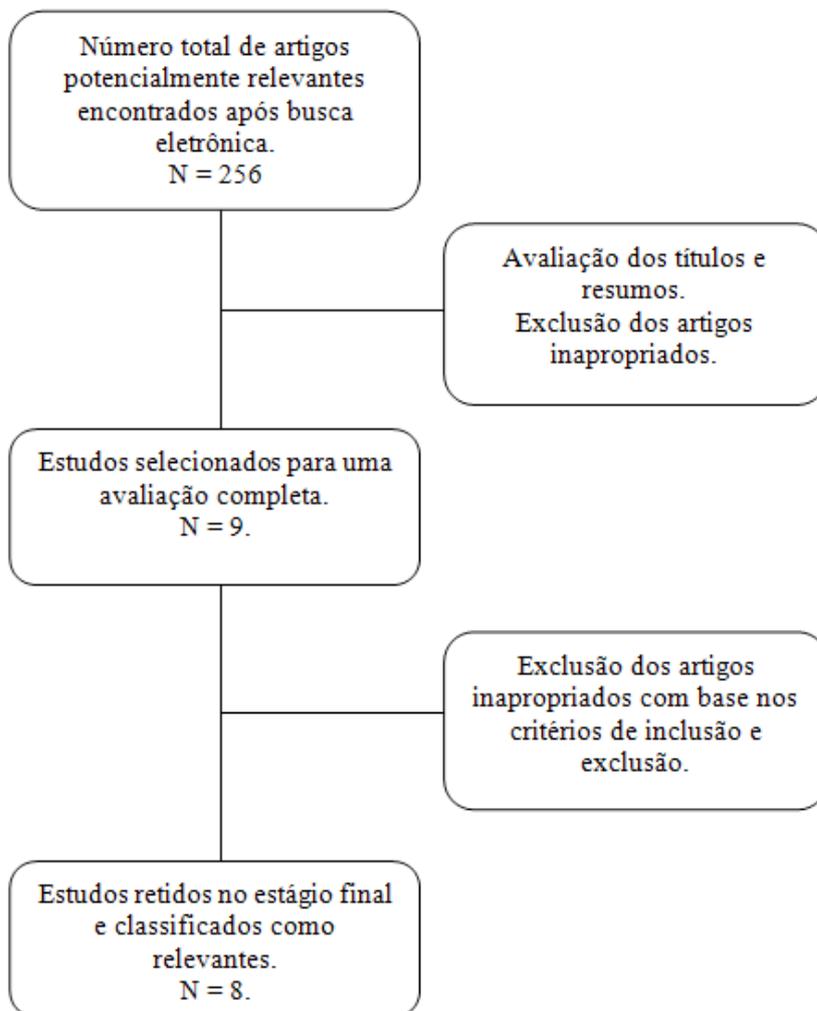
RESULTADOS |

Dos estudos selecionados, foram encontrados 7 artigos no Lilacs e 1 artigo no Medline. No que se refere ao ano de publicação, notou-se que 25% (2) dos estudos eram de 2013;

37,5% (3), de 2010; 12,5% (1), de 2009; 12,5% (1), de 2007; e 12,5% (1) de 2004. Quanto à distribuição geográfica 87,5% (7) são provenientes do continente americano e 12,5% (1) são provenientes do continente europeu. Dos estudos que compuseram esta revisão, 87,5% (7) estão situados nos estratos A2, B1 e B2 do Qualis na Saúde Coletiva. Em relação ao desenho do estudo, 25% (2) dos artigos apresentaram como desenho do estudo a revisão bibliográfica da literatura e 75% (6) se caracterizavam como estudo qualitativo.

Foram encontradas nos artigos selecionados proximidades no tocante à importância e à conformação do trabalho em equipe e sua influência no atendimento na Atenção Primária conforme retrata o Quadro 1, que sintetiza os artigos incluídos na presente revisão considerando o instrumento proposto por Ursi¹³ adaptado às necessidades do estudo.

Figura 1 - Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos



Quadro 1 - Síntese os artigos incluídos na revisão integrativa

| Nº | Nome do artigo | Autores | Resultados | Recomendações/ Conclusões |
|----|---|------------------------|--|---|
| 1. | Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? | Kell e Shimizu | Compreende-se como essência do trabalho em equipe, a união dos integrantes, na busca de um objetivo comum. Percebe ser necessário organização hierárquica e divisão de funções e deve haver flexibilidade para articulação e complementaridade das ações. | Constata-se que, para a melhoria do trabalho em equipe, é necessário: qualificar a gestão; privilegiar relações amistosas; investir na criatividade, buscando novos mecanismos para aprimoramento da qualidade da produção do cuidado em saúde. |
| 2. | Caracterização das equipes da saúde da Família e de seu processo de trabalho. | Marqui et al. | Este estudo mostrou que as dificuldades identificadas pelos trabalhadores de saúde e gestores estão relacionadas a diversos fatores, como instabilidade dos vínculos de trabalho, precariedade dos locais de trabalho, excesso de trabalho gerado pelo grande número de famílias atendidas pela equipe, entre outros. | Acredita-se que a melhoria das condições de trabalho fomenta a motivação para o exercício das atividades profissionais, pois a valorização dos trabalhadores pode possibilitar o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade e efetiva. Ressalta-se a importância de conhecer o processo de trabalho das equipes da ESF para (re)pensar e refletir sobre a organização e a produção do cuidado em saúde. |
| 3. | Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. | Caçapava et al. | A rede de conversações que se formou no serviço sustentou-se pela interação e articulação entre os profissionais que, por meio de várias discussões, refletiam seus modos de agir individual e coletivo e decidiam, a partir desses debates, os itinerários terapêuticos a serem experimentados, agenciando, portanto, singularidades e acolhendo-se uns aos outros. | Este estudo possibilitou à equipe experimentar e refletir para: evitar que os trabalhadores se fechem em suas concretudes resolutivas e potências; reinventar um cotidiano que transversalize também a organização dos processos de trabalho dos profissionais resistentes, de modo que estesousem ao gerar novas possibilidades anti-hegemônicas na compreensão da multiplicidade do sofrimento psíquico do usuário. |
| 4. | A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. | Ribeiro, Pires e Blank | Procurou-se ressaltar as condições vigentes na implementação da atual proposta de trabalho no PSF, do governo brasileiro, conduzido em um contexto neoliberal e fortemente influenciado pelo modelo biomédico e pela lógica taylorista de divisão e organização do trabalho. Algumas das condições encontradas são: burocratização; a influência da divisão capitalista do trabalho e dificuldades no trabalho em equipe, além da pouca consideração da subjetividade de usuários do sistema de saúde e dos trabalhadores. | É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para o trabalhador e o usuário. A não realização de um trabalho focado nesses dois olhares, no PSF, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à referida proposta. É fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação. |

*continua.

*continuação.

| Nº | Nome do artigo | Autores | Resultados | Recomendações/ Conclusões |
|----|--|------------------------|--|--|
| 5. | Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. | Souza et al. | Tanto em Portugal como no Brasil, merecem destaque os avanços obtidos: a avaliação positiva quanto às práticas de atenção primária em saúde, com evidências de maior acesso aos serviços, continuidade e humanização, salientando-se o trabalho em equipe como elemento central nessas mudanças. | Em Portugal e no Brasil, as dificuldades de consolidação da atenção primária em saúde como coordenadora da atenção traduzem um modelo em transição ou um processo em construção. |
| 6. | O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. | Pereira et al. | Pode-se dizer que há uma aproximação entre as ações técnicas e a interação dos sujeitos que é apresentada pelos profissionais como tendo um caráter dinâmico, processual e conflituoso. | É essencial promover uma conjuntura favorável em termos de estrutura: condições dignas de trabalho, acesso a suporte diagnóstico, educação permanente, suporte gerencial e matricial. É fundamental reconhecer a importância das relações interpessoais e da comunicação para a reestruturação das práticas assistenciais, de modo que a lógica que orienta o trabalho em saúde considere a integralidade, a democratização das relações de trabalho, na qual os profissionais reconheçam o trabalho do outro, atuem em um sistema de confiança e busquem, para além da articulação das ações, a interação comunicativa. |
| 7. | Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia | Moretti-Pires e Campos | Apesar de a Saúde da Família constituir um modelo de atenção primária que prima pela visão complexa do usuário, a formação universitária de seus profissionais ainda se pauta na visão fragmentária, reduzida ao âmbito da disciplinaridade (anatomia, patologia, genética, farmacologia, economia, sociologia, etc). | É necessária a reorientação curricular efetiva e integrada entre os cursos de saúde, com foco em objetos e objetivos comuns, fundamentados no SUS idealizado. Paralelamente, tem-se a necessidade de reorientar o trabalho na ESF em espaços que abarquem dimensões e objetos de trabalho comuns, assim como peculiaridades das competências profissionais, partindo do multidisciplinar para o trabalho interdisciplinar. |
| 8. | Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura | Marques et al. | Apesar de a multidisciplinaridade estar presente no PSF, sua realização ocorre de maneira parcial e incompleta, pois a articulação acontece quando diz respeito à troca e transmissão de informações de caráter técnico, entretanto, não em torno da necessidade da equipe e da comunidade na busca de consenso coletivo, havendo, ainda, uma sobreposição da razão instrumental sobre a razão comunicativa. | É necessário reconhecer que a construção de um projeto comum no PSF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe, observando que o ato médico pode ser encarado como um retrocesso deste avanço. |

*conclusão.

Os artigos selecionados referendam que o trabalho em equipe, com a conformação multiprofissional, é considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF. Sendo assim, os artigos que foram selecionados para integrar esta revisão, tal como o estudo de Marqui *et al.*¹⁰, mostram que as equipes de saúde da família são compostas por uma equipe mínima (um médico, um enfermeiro, dois a três auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde). Algumas possuem equipes de saúde bucal e todas poderão contar com profissionais da equipe de saúde mental (assistente social, psicólogo) e de reabilitação.

Um dos artigos mostra a conformação do trabalho em equipe em uma experiência de Portugal, na qual, as equipes portuguesas são compostas por três a 10 médicos de família, tendo igual número de enfermeiros de família e de profissionais administrativos. Além disso, as equipes recebem incentivos financeiros e profissionais que recompensam o mérito e são sensíveis à produtividade, à acessibilidade e à qualidade da atenção¹⁴.

DISCUSSÃO |

Os estudos que integram a presente revisão integrativa mencionam que, em algumas situações nas quais existem complementaridade e interdependência entre os trabalhos, a necessidade do trabalho do outro é percebido como forma de garantir a continuidade do atendimento. Além disso, frequentemente a articulação entre os profissionais acontece para o esclarecimento de dúvidas ou pela necessidade de avaliação em conjunto de um caso.

Portanto, o trabalho em equipe, no sentido de humanizar o serviço, favorece o traspasar de diferentes ações e instâncias, tornando o atendimento mais comprometido com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde¹⁵.

A análise dos estudos que integraram esta revisão revela que a contribuição do trabalho em equipe na ESF se produz por meio do compartilhamento de informações que os profissionais dessa Estratégia buscam, motivados, principalmente, pelo esclarecimento de dúvidas. Assim, são articulados os diversos saberes presentes na equipe para que se alcance um projeto comum a todos e que seja pertinente às necessidades de saúde do usuário¹⁵.

Portanto, para Peduzzi¹⁶, essa articulação é feita pelos profissionais, principalmente, porque eles estão buscando conhecer o trabalho do outro e incorporá-lo na execução do seu próprio trabalho. Contudo, essas articulações sempre estão voltadas a um determinado fim, em que a comunicação que é realizada entre a equipe ocorre com o objetivo de atender às demandas imediatas que são expressas nas queixas apresentadas pelos usuários. Para a autora, esse modo de organização do trabalho pode representar um momento de múltiplas conexões no interior da equipe, ou, diferentemente, ser efetivado pela justaposição das tarefas, sem reflexão e compartilhamento de processos terapêuticos sugeridos pelo coletivo dos trabalhadores. Quanto a isso, a integração que deve tangenciar o campo de atuação dos trabalhadores de uma equipe de saúde é viável por meio de espaços coletivos de reflexão das práticas, por meio de “conexões percebida e introduzida ativa e conscientemente pelos sujeitos do trabalho”, em processos de produção contínua de democratização e ética nas relações de trabalho.

Segundo Merhy¹⁷ as tecnologias duras (ferramentas, máquinas), leve-duras (instrumentos para examinar o “paciente”, raios-x) e as leves (que diz respeito às relações produzidas no encontro usuário-trabalhador se materializa, especialmente por intermédio de trabalho vivo em ato; tais como os momentos de fala, escutas, momentos de cumplicidade), são tecnologias interdependentes e presentes na produção do trabalho em Saúde. O autor descreve que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias quanto à utilização dos diversos saberes que cada profissional de saúde detém. Esses diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que, quando se relacionam com os usuários, produzem o cuidado em saúde.

Os estudos apontam as dificuldades no processo de trabalho das equipes da ESF como um importante analisador. Uma das dificuldades observadas com mais expressividade é a falta de infraestrutura das unidades básicas de saúde¹⁰, com destaque para a escassez de insumos (especialmente medicamentos, materiais para curativo e limpeza) e equipamentos para a realização do trabalho, bem como a falta de transporte para as visitas domiciliares – principalmente na zona rural. Colomé¹⁸ afirma que as equipes necessitam de melhores condições e locais de trabalho adequados para exercer suas atividades de maneira prazerosa e menos desgastante, já que, certamente, essa situação interfere na assistência prestada aos usuários.

Outra dificuldade relatada é a falta de planejamento coletivo do trabalho. Os momentos de reunião das equipes para planejar as atividades a serem desenvolvidas são escassos, visto que se costuma seguir o plano de trabalho determinado pelas Secretarias de Saúde. Essas atividades seguem as normatizações do Ministério da Saúde¹⁹, que definem o processo de regionalização da assistência e conferem responsabilidades às equipes nas ações de saúde, em áreas consideradas prioritárias da atenção básica à saúde, tais como ações de saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, entre outras.

Quando não ocorre um planejamento coletivo das ações, cria-se um ambiente propício para que haja uma prestação da assistência de forma parcelar por parte do profissional, o que não permite que sejam exploradas as múltiplas facetas das necessidades de saúde dos usuários, desmantelando a proposta caracterizada da ESF¹⁰.

Contudo, para Paim²⁰, as ações devem ter como ponto de partida as necessidades identificadas na população atendida pelos serviços de saúde. Kell e Shimizu⁹ relatam que um dos fatores para a inobservância proposta por Paim²⁰ é a inexistência de um espaço formal e sistematizado, nas unidades básicas de saúde, para que as necessidades e demandas da população sejam discutidas e compartilhadas. Outro fator é a necessidade que as equipes sentem de o gestor de saúde assumir, de fato, a coordenação e articulação entre as equipes e das ações desenvolvidas por elas – referindo-se à importância de certo grau de acompanhamento institucional, no que tange à orientação e apoio⁹.

No que se refere ao trabalho em equipe, a análise dos estudos permitiu perceber que a falta de interação entre os trabalhadores constitui-se em uma dificuldade, que acaba por caracterizar a individualização do trabalho, a compartimentalização das atividades, a dificuldade no fluxo de informações, entre outras¹⁰. Mas, em um dos artigos¹⁰ enfatizou-se que a maioria dos profissionais afirma que o trabalho em equipe garante liberdade, autonomia e prazer na organização do trabalho. Também é evidente que o trabalho em equipe pode representar um momento de compartilhamento de saberes e práticas ou, diferentemente, ser espaço de justaposição de atos modelares, como sugere Pedduzi²¹. Além disso, o trabalho em equipe garante a criação de vínculos, laços e corresponsabilização e acolhimento na relação entre trabalhadores e usuários²².

Outra dificuldade elucidada nos estudos analisados refere-se à organização parcelar do trabalho, que conduz os trabalhadores a se fixarem em uma determinada etapa do projeto terapêutico. Para Franco²³, quando isso ocorre, não há interação dos trabalhadores com o produto final da sua atividade laboral – mesmo que tenham dele participado, pontualmente – e, conseqüentemente não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho.

Dessa maneira, Campos²⁴ afirma ser necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho por meio da organização do atendimento com base no vínculo. Levando em consideração o protagonismo dos atores envolvidos, percebe-se que essa aproximação consiste na promoção de encontros com os usuários com base nas relações de responsabilização e de vínculo.

CONCLUSÃO |

A presente revisão evidenciou a importância que o trabalho em equipe desempenha para a reorientação do modelo assistencial de saúde a partir da atenção básica, reiterando a sua contribuição para que os objetivos do SUS possam ser atingidos de forma a influenciar e modificar o sistema em sua totalidade.

A análise dos estudos permitiu visualizar de que modo o trabalho em equipe influencia o atendimento na atenção primária. A falta de planejamento das ações coletivas e do compartilhamento de informações mostra que esses dois desafios precisam ser encarados para que o trabalho em equipe seja aperfeiçoado. Cabe ao gestor o reconhecimento da importância do trabalho coletivo, não sendo necessário que ele atue como coordenador e articulador dos trabalhos entre as equipes.

Outro agente transformador do modelo assistencial de saúde vigente – que essa revisão evidenciou – foi a noção de que a continuidade do atendimento só será garantida quando a percepção da necessidade do trabalho do outro for valorizada. Denota-se, portanto, que o trabalho em equipe deve ser constituído com a interação dos trabalhadores, sem que haja individualização do trabalho e compartimentalização das atividades.

O trabalho em equipe deve ser constituído dessa maneira, pois o compartilhamento de informações mostra-se efetivo

para a continuação do atendimento, a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde. Somente atuando concomitantemente, a valorização da percepção da necessidade do trabalho do outro e a interação dos trabalhadores garantirão a continuidade do atendimento, gerando autonomia, liberdade e prazer na organização do trabalho.

Dessa forma, é necessário viabilizar a liberdade e autonomia que o trabalho em equipe pode proporcionar na atenção primária à saúde de modo a transformar as relações entre trabalhadores e usuários, gerando criação de vínculos e um acolhimento mais efetivo.

Sendo assim, espera-se que os questionamentos apontados na presente revisão possam potencializar novas verificações, com substantiva validade e possibilidades de generalizações, subsidiando dessa forma a reorientação do modelo de assistência à saúde no SUS e a consequente modificação dos processos de trabalho em equipe na atenção básica.

REFERÊNCIAS |

1. Marquesa JB, Aprígio DP, Mello HLS, Silva JD, Pinto LN, Machado DCD, et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007; 31(2):246-55.
2. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):438-46.
3. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):455-64.
4. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface (Botucatu)*. 2001; 5(9):150-53.
5. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):305-29.
6. Schraiber LB, Peduzzi IM, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4:221-42.
7. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em debate*. 2003; 27(65):316-27.
8. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Matos Ra. *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS/IMS/UERJ; 2006. p. 459-73.
9. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15 (Supl. 1):1533-41.
10. Marqui ABT, Jahn AC, Resto DG, Colomé ICS, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):956-61.
11. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(Supl. 1):85-112.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
13. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [Internet]. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Fundamental] – Universidade de São Paulo; 2005 [acesso em 13 fev 2015]. Disponível em: URL: <<http://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/>>.
14. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33(3):190-5.
15. Marques, JB, et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007; 31(2):246-55. (Referência repetida do item 1.)

16. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas; 1998.

17. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.

18. Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(4):548-56.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

20. Paim JS. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: ISC; 2002.

21. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trab Educ Saúde. 2002; 1(1):75-91.

22. Garcia ACP, Lima RCD, Freitas PSS, Fachetti T, Andrade MAC. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. Rev Epidemiol Control Infect. 2015; 5(1):31-6.

23. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):345-53.

24. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para público. São Paulo: Hucitec; 1997 p. 229-66.

Correspondência para/ Reprint request to:

Rafael Rocha dos Santos

Rua Padre Luiz Koester, 21,

Bairro da Penha, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29047-290

Tel.: (27) 99867-5446

E-mail: rafaelrochastos@gmail.com

Submetido em: 20/01/2016

Aceito em: 27/03/2016

Evaluation of health projects: a meta-synthesis

| Avaliação de projetos em saúde: metassíntese

ABSTRACT | Introduction: *Health assessment consists of evaluating the physical, mental and quality standards of a person's life and the health policies underlying health care, thus allowing intervention in a given reality. The capitalist mode of production embraced by the establishment has eventually encouraged the field of evaluation, since the fields of knowledge generally begin to be implemented only with the perception of social and economic needs. The projects are characterized as guides for attaining a set of objectives, so as to also serve as a means of obtaining funding for carrying them out. Objective: To analyze articles that focus on the topic of evaluation in health projects. Methods: A comprehensive and exhaustive search was undertaken using two databases, and a qualitative meta-synthesis was used as a method of analysis. Results: Evaluation is often seen as fundamental, although few conduct it. Scientific production on the evaluation of health projects in Brazil remains scarce and faces limitations in the methodological and operational fields. Strategies should be devised to encourage both health managers and professionals to become more involved, and obtain the expertise needed to undertake evaluation projects in a more systematic basis. Conclusion: The evaluation of projects was found to be an important tool for improving quality in health care, emphasizing the need for permanent assessment, dissemination of results, and solid strategic guidelines for overcoming challenges.*

Keywords | Health evaluation; Meta-synthesis; Projects.

RESUMO | Introdução: A avaliação em saúde consiste em uma atividade que permita uma intervenção em uma dada realidade. Com o entendimento do modo de produção capitalista sob a ótica da Administração, foi dado um impulso ao campo da avaliação, pois os campos de conhecimento em geral passaram a ser implementados apenas com a percepção de necessidades sociais e econômicas. Os projetos são caracterizados como guias para algo que vai ser realizado, de forma a também servirem como meio de obtenção de financiamentos para sua execução. **Objetivo:** Analisar artigos que abordaram o tema avaliação em projetos de saúde, com o sentido de entender a sua dinâmica. **Métodos:** Foi desenvolvida uma busca ampla e exaustiva em duas bases de dados, sendo aplicada a metassíntese qualitativa como método de análise. **Resultados:** É comum a avaliação ser vista como fundamental, embora poucos a realizem. Observa-se que há pouca produção científica sobre avaliação de projetos em saúde, havendo indícios de que a prática avaliativa no Brasil não faça parte de uma rotina, ou enfrente limitações nos campos metodológico e operacional, sendo necessário desenvolver medidas com o intuito de tornar gestores e profissionais mais envolvidos e capazes de se apropriar desse conhecimento. **Conclusão:** A avaliação de projetos foi visualizada como importante instrumento de divulgação e aperfeiçoamento das ações desenvolvidas, enfatizando a necessidade de avaliação permanente, de divulgação dos resultados, de busca de encaminhamentos estratégicos para superação.

Palavras-chave | Avaliação em Saúde; Metassíntese; Projetos.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

²Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

INTRODUÇÃO |

Diversas atividades em saúde podem ser entendidas sob o nome de “avaliação”, principalmente as que busquem responder a perguntas que façam algum tipo de julgamento em relação a certas práticas sociais, como é o caso das práticas em saúde. Sendo assim, a avaliação em saúde consiste em uma atividade que permita uma intervenção em uma dada realidade, que possibilite relacionar práticas e necessidades de saúde, em seus vários níveis de complexidade¹.

A avaliação só começou a ser vista como um campo de conhecimento e prática sistematizados apenas a partir da segunda metade do século XX, principalmente por contribuição da Escola Clássica da Ciência da Administração, só vista como científica a partir de então graças ao trabalho de autores como Taylor e Fayol. Com o entendimento do modo de produção capitalista sob a ótica da Administração, foi dado um impulso ao campo da avaliação, pois os campos de conhecimento em geral passaram a ser implementados apenas com a percepção de necessidades sociais e econômicas².

No contexto da América Latina, a compreensão da avaliação como uma atividade neutra, objetiva e de natureza técnico-científica possibilitou vários avanços entre os séculos XX e XXI, agindo como um impulsionador para a atividade avaliativa em saúde. É muito importante destacar o papel desempenhado pelos organismos internacionais neste processo, como o Banco Mundial e principalmente por diversas outras agências de apoio, em especial as de países do chamado Primeiro Mundo. Apesar disso, ainda não é possível dizer que exista uma “cultura de avaliação” instalada na realidade de saúde da América Latina³.

No Brasil, conforme Silva e Formigli¹, a prática avaliativa não faz parte de uma rotina, ou enfrenta limitações nos campos metodológico e operacional, sendo necessário desenvolver medidas com o intuito de tornar gestores e profissionais mais envolvidos e capazes de se apropriar desse conhecimento. Compreender os níveis de organização e complexidade da realidade da saúde, os problemas podem ser muito diferentes. Outro autor, Cordoni Junior², também mostra que não há uma cultura avaliativa em nosso País, não sendo a ela dedicada a devida atenção. É comum a avaliação ser vista como fundamental, embora poucos a realizem.

No que diz respeito à avaliação de projetos, Cordoni Junior² a caracteriza como sendo guias para algo que vai

ser realizado, de forma a também servir como meio de obtenção de financiamentos para sua execução. É possível classificar os projetos em dois tipos: de investigação e de intervenção. Para avaliá-los, é preciso analisar sua estrutura e como estão organizados no sentido de transmitir informações claras e precisas. Os projetos devem possuir como característica alguma previsibilidade em relação à sua avaliação, que seja feita pelo menos uma vez ao final de sua realização.

Em face do exposto, obtém-se que a atividade de avaliação de projetos em saúde pode funcionar como um incentivo para a efetiva complementação das ações em saúde, no sentido de aperfeiçoá-las, fornecendo bases para o trabalho de profissionais, pesquisadores e órgãos de saúde que estejam envolvidos na cadeia de produção técnico-científica da área. Portanto, o objetivo do presente artigo envolve analisar artigos que abordaram o tema “Avaliação em Projetos de Saúde”, com o sentido de entender a sua dinâmica.

MÉTODOS |

As etapas do presente estudo partiram da pergunta de pesquisa: “Como têm sido construídos na literatura os critérios de pesquisa e prática sobre a avaliação de projetos em saúde?”.

A partir daí, foi desenvolvida uma busca ampla e exaustiva em duas bases de dados, optou-se pelas bases latino-americanas, como LILACS e SciELO. A base LILACS é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe e contribui para o aumento da visibilidade, acesso à informação em saúde na Região. *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, resultado de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). O Projeto tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico.

A primeira busca foi realizada na base LILACS com o descritor “Avaliação de Projetos”. A escolha do descritor se

deu pelo fato de a base de dados citada ser específica para a Saúde na América Latina. O total de resultados alcançou 3121 itens, incluindo artigos, citações de capítulos de livros e materiais produzidos por órgãos de saúde internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Na base de dados SciELO, foi utilizado o descritor “Avaliação de Projetos em Saúde”. O termo “saúde” foi especificado, levando em conta que a referida base de dados não reúne apenas produções científicas da área da saúde. Por fim, a busca resultou em 72 itens, que no caso envolviam exclusivamente artigos.

Como critérios de inclusão, foram considerados os artigos originais publicados em periódicos indexados, que foram comparados e selecionados seguindo critérios preestabelecidos, primeiro pelo título, em seguida pelo resumo e, por fim, procedeu-se a leitura do texto na íntegra.

Os artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão foram submetidos à análise individual. Em seguida, os artigos foram analisados por meio da análise comparativa, na qual foram estabelecidos critérios para agrupamentos de elementos-chave e submetidos à metassíntese.

A metassíntese foi utilizada como modalidade de revisão de literatura⁴ por ser uma ferramenta metodológica importante para integrar as informações de conjuntos de estudos realizados separadamente sobre determinada intervenção ou área⁵. Abrange tanto o processo analítico quanto a interpretação dos resultados, possibilitando sintetizar e obter ampla compreensão conceitual. Essas integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem nova interpretação, que não pode ser encontrada em nenhum relatório primário, pois todos os artigos tornaram-se uma única amostra.

Apesar de poucos autores utilizarem e assumirem essa abordagem em suas pesquisas, a metassíntese é vista como um estudo que requer o emprego de passos sistemáticos, bem como critérios científicos que permitam alcançar uma escolha adequada de estudos a serem analisados, reduzindo seus vieses e suas contradições. Metassínteses qualitativas podem ser realizadas com base nos mesmos princípios que norteiam o uso de meta-análise quantitativa, para isso sendo explicitados critérios de inclusão, exclusão e redução de vieses e contradições encontradas.

RESULTADOS |

Foram recuperadas 3193 publicações nas duas bases, das quais 203 eram duplicações. Foram excluídos: 2130 artigos na análise do título; 831 artigos após análise dos resumos; e 11 artigos após a leitura na íntegra, por não enquadrarem nos objetivos da pesquisa. Dessa forma, foram selecionadas e analisadas 17 publicações originais. A Tabela 1 apresenta o processo de inclusão e exclusão dos estudos.

Para a metassíntese, usou-se a proposta da análise focada e constante⁴. A partir desse conceito, foram estabelecidos como elementos-chave centrais de comparação quatro unidades temáticas: 1) Principais conceitos extraídos dos artigos acerca da Avaliação em Saúde; 2) Objetivos da avaliação de projetos em saúde 3) Usuários da Avaliação 4) Método e técnicas de intervenção e 5) Resultados.

O Quadro 1 apresenta os artigos analisados, seus principais objetivos e elementos-chave sintetizados.

Tabela 1 - Resultado das estratégias de busca realizadas nas bases de dados selecionadas, segundo critérios de inclusão e exclusão

| Base de Dados | Artigos encontrados | | Exclusão | | | Inclusão |
|---------------|---------------------|-------------|----------|--------|---------|----------|
| | | Duplicidade | Resumo | Título | Íntegra | |
| LILACS | 3121 | 201 | 800 | 2100 | 10 | 10 |
| SciElo | 72 | 2 | 31 | 30 | 2 | 7 |
| Total | 3193 | 203 | 831 | 2130 | 12 | 17 |

Quadro 1 - Artigos analisados a partir da busca, levando em conta os objetivos, os usuários abordados na avaliação, bem como os métodos e as técnicas empregados pelos autores

| Artigo | Objetivos da avaliação | Usuários da Avaliação | Método | Técnica |
|---|--|--|--|---|
| Freitas e Teófilo ⁶ | Avaliar construtivisticamente o Projeto Disque Idoso em Sobral (Ceará). | Profissionais e acadêmicos que atuam na sede; profissionais de diversas áreas da saúde e promotor, delegado e bispo; grupo composto por idosos líderes de grupos de convivência e outros atendidos pelo projeto. | Qualitativo | Grupo Focal, análise do conteúdo adquirido durante a coleta de dados, por meio da hermenêutica-dialética de Minayo. |
| Jardim, Cartana e Quevedo ⁷ | Avaliar a política de saúde mental em sua concretização por meio da análise dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. | 01 CAPSI no Paraná, 05 em Santa Catarina e 09 no Rio Grande do Sul e dois CAPSII no Paraná, 04 em Santa Catarina e 09 no Rio Grande do Sul. | Análise qualitativa dos projetos terapêuticos (PTs) dos CAPS | Análise Documental |
| Ferreira, Jardim e Peixoto ⁸ | Avaliar o programa de promoção de atividade física e de escolhas alimentares entre adolescentes, comparando escolas que participavam do Projeto Viver Saudável com outras não participantes. | 911 adolescentes de 13 a 18 anos de idade, de escolas públicas de Goiânia, GO, em 2010. | Quantitativo | Estudo transversal |
| Galvão, Pereira e Barroso ⁹ | Apresentar a demanda de pesquisas de enfermagem submetidas a um Comitê de Ética em Pesquisa de determinada instituição pública de referência no atendimento de doenças infecciosas da região Nordeste do Brasil, entre os anos de 2000 e 2004. | Hospital de referência para o atendimento de doenças infecciosas de Fortaleza-CE, região Nordeste do Brasil. | Qualitativo | Trata-se de pesquisa exploratória documental de avaliação retrospectiva. |
| Ribeiro, Gûnter e Araújo ¹⁰ | Avaliar o projeto "Educação ambiental via representações acadêmicas e populares do meio", desenvolvido nos municípios de Espírito Santo do Turvo e Vera Cruz, nos anos 1998 a 2001. | Agentes administrativos; representantes do setor produtivo privado e da economia local; moradores locais. | Qualitativo | Entrevista Avaliação qualitativa |

*continua.

*continuação.

| | | | | |
|--|---|--|--------------------------|---|
| Bellinati, Costa e Silva ¹¹ | Coordenação, Acompanhamento e Avaliação do Programa de Desenvolvimento Integrado do Noroeste do Brasil - POLONO-ROESTE - são analisados com base nos objetivos gerais e específicos do Programa e nos resultados parciais alcançados. | Não se aplica | Qualitativo | Auditagem técnica dos projetos de pesquisa |
| Cortês-Neto et al. ¹² | Analisar o sistema avaliativo de projetos esportivos sociais visando elaborar e desenvolver indicadores de sucesso para avaliar a eficácia e eficiência das intervenções em programas sociais. | 51 participantes do Projeto Nova Descoberta, com faixa etária entre 8 a 17 anos, do sexo masculino (n=29) e feminino (n=22). | Qualitativo | Entrevista semiestructurada |
| Burstyn ¹³ | Avaliar as mudanças incorporadas na rotina das unidades em que o projeto foi implementado de forma piloto. | Equipes locais. | Qualitativo | Técnicas de planejamento participativo e avaliação rápida (RAP) |
| Gutiérrez e Galego ¹⁴ | Determinar a eficácia e continuidade e aplicabilidade dos programas e projetos desenvolvidos pelos docentes e estudantes da Faculdade de Enfermagem. | Docentes e estudantes da Faculdade de enfermagem. | Quantitativo-qualitativo | Revisão documental |
| Goldim et al. ¹⁵ | Descrever e avaliar preliminarmente os eventos adversos graves ocorridos em projetos de pesquisa realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 1996 a 2003. | Não se aplica | Qualitativo | Levantamento dos projetos de pesquisa |
| Oliveira e Neiva ¹⁶ | Avaliar um projeto de orientação vocacional/profissional desenvolvido em um grupo de dez adolescentes em uma instituição pública de educação profissional. | Estudantes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campus Recife. | Qualitativo | Escala de Maturidade para a escolha profissional – EMEP |

*continua.

*continuação.

| | | | | |
|--|---|--|-------------|--|
| França et al. ¹⁷ | Avaliar o projeto "Adote seu quarteirão", buscando identificar o grau de participação do adotante e alguns resultados relativos à resolução de problemas locais identificados. | Amostra probabilística dos adotantes inscritos desde o início da proposta (setembro), até a primeira quinzena de novembro de 1998. | Qualitativo | Entrevista por telefone |
| Costa-e-Silva, Rivera e Horale ¹⁸ | Avaliar a contribuição do Projeto Integrar para o desenvolvimento de práticas de cuidado integral na perspectiva dos trabalhadores e gerentes envolvidos | 29 profissionais: 23 das USF e 6 do centro de especialidades. | Qualitativo | <i>Critérios para Avaliação, do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz</i> |
| Vieira et al. ¹⁹ | Discutir a experiência da aplicação da referida técnica para investigar as percepções de profissionais de saúde sobre as ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. | 52 profissionais de 13 municípios de diferentes regiões do Estado de São Paulo | Qualitativo | Grupo Focal |
| Dias, Loureiro e Loureiro ²⁰ | Apresentar o modelo avaliativo instituído no estudo multicase de índole qualitativa "Escola, Saúde e Sociedade: Estudos de Avaliação de Projetos de Educação para a Saúde" | Amostra não aleatória de cinco escolas/Agrupamentos do 2º e 3º CEB, um em cada Direção Regional de Educação (DRE). | Qualitativo | Referencial de Avaliação, entendido na aceção de Figari (1992, 1996); e (Figari & Tourmen, 2006), |
| Pedrosa et al. ²¹ | Analisar processos e resultados da construção compartilhada de conhecimento e intervenção no Projeto de Aperfeiçoamento da Gestão da Atenção Primária (AGAP) desenvolvido no âmbito da cooperação Brasil e Canadá em quatro Estados da região Nordeste do País. | Participantes dos projetos locais | Qualitativo | Oficinas de avaliação dos projetos locais. |
| Figueiredo, Fernandes e Silva ²² | Apresentar os resultados desse projeto, no ano de 2009, que foi desenvolvido num dos grupos do Programa de Atenção a Pessoa Idosa (PAPI), da Prefeitura de João Pessoa/PB. | 22 idosos, 21 do gênero feminino, com média de 70 anos, maioria viúvos e com 1º grau completo, todos participantes do grupo do PAPI, no bairro do Castelo Branco/JP. | Qualitativo | Observação participante e o registro sistemático dos movimentos, analisando-o pela técnica de análise e pelos estudos da comunicação não verbal. |

*conclusão.

DISCUSSÃO |

Os artigos analisados abordam a avaliação de projetos sociais na perspectiva da análise da dimensão da ação social em sua eficiência e eficácia após o término ou mesmo antes no transcorrer das ações desenvolvidas. Sinônimo de avaliação de impacto, as avaliações de projetos sociais começaram a partir da década de 1950, e logo, remeteram o processo avaliativo aos impactos das consequências ambientais, sociais e econômicas que provocam no contexto em que são realizados ou com vistas à certificação de efeitos sobre o bem-estar da comunidade onde estão inseridos. Dessa forma, “a avaliação de impacto é a análise sistemática das mudanças duradouras ou significativas positivas ou negativas planejadas ou não nas vidas das pessoas e ocasionadas por determinada ação ou série de ações”¹².

Mendonça²³ explicita a noção de projeto como:

[...] “um processo consciente concretiza-se pela identificação de uma tensão diferencial, entre o que se deseja e o que se faz. Possui por isso uma finalidade. Prevê certo número de meios para atingir essa finalidade. Precisa-se sob a forma de um plano de atividades sucessivas e significativas. Integra um produto que é avaliado” (p. 17).

Por conseguinte, o projeto é um conjunto de operações eminentemente úteis e práticas que visam a uma intervenção direcionada num determinado espaço de tempo, que deve obedecer a quatro princípios gerais: unidade na elaboração e na realização; singularidade da situação a melhorar; exploração de oportunidades em ambiente aberto; gestão da complexidade e incerteza da situação. Mendonça²³ chama também a atenção para três aspectos que considera significativos: o seu caráter “exemplar”, que se distancia do banal e do rotineiro para se preocupar com o idealizado e inédito; o seu caráter “operacional”, concretizando-se de uma ou de outra forma; o seu caráter “personificador”, que está ligado a alguém (um indivíduo, um grupo) que o determina, o orienta e o organiza.

Do acima referido, emerge um conjunto de características inerentes ao(s) projeto(s), das quais se salienta: “Intencionalidade” – significando que o projeto implica intenção e depende do envolvimento e do empenho dos intervenientes numa visão partilhada; “Responsabilidade e autonomia dos intervenientes” – na medida em que esses são construtores do seu desenvolvimento/

ação; “Autenticidade” – no sentido em que o projeto deve equacionar um problema relevante e pertinente para a comunidade e, ao mesmo tempo, para os seus intervenientes; “Complexidade” – integra múltiplas dimensões, sejam elas internas e/ou externas, individuais e/ou coletivas, socioculturais; “Criatividade” – dado que é necessário encontrar ideias novas; “Um processo e um produto” – o projeto é uma construção progressiva, que tem um início, um meio e um fim que se interligam (fases do projeto). Ao ser avaliado, pode dar origem a novas dúvidas ou problemas que justifiquem a (re)formulação da sua ação.

Hadji²⁴ define a avaliação como:

[...] o acto pelo qual se formule um juízo de “valor” incidindo num objecto determinado (indivíduo, situação, ação, projecto, etc.) por meio de um confronto entre duas séries de dados que são postos em relação: dados que são de ordem do facto em si e dizem respeito ao objeto real a avaliar; dados que são de ordem do ideal e que dizem respeito a expectativas, intenções ou projetos que se aplicam ao mesmo objeto (p. 31).

Nessa linha, também Rodrigues²⁵ descreve a avaliação como o confronto entre “dados de fato”, o real, o construído que constitui o referido, com o desejado, o ideal – o referente, composto de normas, objetivos ou critérios, e permite atribuir um valor, uma utilidade ou uma significação aos dados concretos. Assim, avaliar um projeto é comparar o construído com um referencial de avaliação, o qual integra o ideal desejável para o projeto.

Consigna-se, no entanto, em concordância com Figari²⁶, que a avaliação de um projeto é mais do que o estabelecimento de uma relação ou mesmo o calcular a distância entre o referente e o referido. Ainda de acordo com o autor, avaliar é, sobretudo, refletir sobre esse afastamento para que se possa compreender os significados e os sentidos do projeto e contribuir para o incremento da sua qualidade²⁰.

A prática da avaliação em saúde tem se desenvolvido bastante, tanto pela premência de basearem-se as decisões em critérios científicos quanto pelas possibilidades oferecidas pela crescente tecnologia de informação. No entanto, os esforços para estabelecer uma cultura da avaliação não têm produzido o desejado impacto na crise que enfrentam os sistemas de saúde. Contandriopoulos²⁷ postula que o grau de influência dos resultados da avaliação sobre os processos decisórios depende de sua credibilidade, fundamentação

teórica e pertinência. Estudos de avaliação podem ser classificados em três tipos: (i) investigação avaliativa, visa ao conhecimento, foca o impacto e usa os resultados como demonstração; (ii) avaliação para a decisão, visa a tomada de decisão, foca a compreensão dos processos e *outcomes* e utiliza os resultados como informação; (iii) avaliação para a gestão, visa ao aprimoramento, foca a compreensão dos processos e utiliza os resultados como instrumento para a gestão.

O artigo “Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral”²⁶ aborda o processo de avaliação construtivista, no qual inicialmente o avaliador deve descrever o modelo lógico ou modelo teórico. O modelo teórico seria uma descrição das principais hipóteses e suposições sobre as quais um programa ou serviço se baseia para obter os resultados esperados, ou seja, sua concepção teórica e seu desenho metodológico. Após descrição do modelo teórico, o próximo passo é a realização de discussões com os grupos de implicados, por meio dos princípios de horizontalidade entre os participantes. Nessa fase são levantadas as questões, reivindicações e interesses dos grupos implicados²⁸.

Ao se iniciar um processo avaliativo, deve-se buscar, desde o início, estabelecer o modelo teórico subjacente à prática desse serviço. Tal iniciativa pode determinar se o serviço ou programa é avaliável (sua avaliabilidade), ou seja, a existência de organização e consenso mínimo entre os envolvidos sobre seus objetivos e resultados pretendidos, já que a inexistência desses parâmetros básicos tornaria impossível a execução da avaliação²⁹. A definição do modelo teórico aumenta a compreensão sobre como se supõe operar o serviço – ponto de partida fundamental para a efetivação do processo avaliativo.

Raros são os serviços ou programas que possuem documentos explicitando o modelo segundo o qual desenvolvem sua prática³⁰, o que implica que ele deverá ser construído ou especificado. Para tanto, o avaliador deve se basear em dados colhidos com os implicados no programa ou serviço, por meio de entrevistas com informantes-chave e de grupos focais, da observação e de análises documentais, entre outros.

Boullosa³¹ afirma que a avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informações sobre as atividades, as características e os resultados desses programas a fim

de emitir julgamentos sobre eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a novos programas. Cohen e Franco³² afirmam que é o Programa que estabelece as prioridades da intervenção, identifica e ordena os projetos, define o âmbito institucional e aloca os recursos a serem utilizados. Dessa forma, um conjunto de projetos que perseguem os mesmos objetivos faz parte de um Programa. A Organização das Nações Unidas define projetos como o conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas para alcançar objetivos específicos dentro dos limites de um orçamento e de um período de tempo dados.

Nos artigos analisados utilizou-se predominantemente o método qualitativo para avaliação dos projetos. As técnicas variaram entre modalidades de entrevista, como por telefone ou semiaberta; realização de oficinas com os usuários participantes da pesquisa ou grupos focais; análises documentais e revisões de literatura.

Como usuários da avaliação, em grande parte dos artigos, figuraram pacientes e usuários de serviços de saúde nos quais se realizou a aplicação de algum projeto, tais como idosos e adolescentes, bem como profissionais envolvidos direta ou indiretamente com os referidos projetos. Dependendo da temática abordada nos projetos, incluíam-se neste grupo de usuários docentes ou estudantes que participaram das pesquisas.

CONCLUSÃO |

Observa-se que há pouca produção científica sobre avaliação de projetos em saúde. Conforme mencionado anteriormente, no Brasil há indícios que a prática avaliativa não faça parte de uma rotina, ou enfrente limitações nos campos metodológico e operacional, sendo necessário desenvolver medidas com o intuito de tornar gestores e profissionais mais envolvidos e capazes de se apropriar desse conhecimento.

Apesar desse cenário, nos artigos analisados a avaliação de projetos foi visualizada como importante instrumento de divulgação e aperfeiçoamento das ações desenvolvidas, enfatizando a necessidade de avaliação permanente, de divulgação dos resultados, de busca de encaminhamentos estratégicos de superação. Esses são aspectos imprescindíveis à verdadeira avaliação.

REFERÊNCIAS |

1. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1994 [acesso em 08 jan 2015]; 10(1):80-91. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>>.
2. Cordoni JL. *Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva*. Londrina: EDUEL; 2013.
3. Bosi ML, Mercado-Martinez FJ. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: Campos RO, Furtado JP. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: UNICAMP; 2011. p. 41-62.
4. Sandelowski M, Barroso J. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. *Qual Health Res*. 2003; 13(6):781-820.
5. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(1):170-85.
6. Freitas CASL, Teófilo TJS. Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil). *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(6):2825-33.
7. Jardim VMR, Cartana HF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(20):241-8.
8. Ferreira JO, Jardim PCBV, Peixoto MRG. Avaliação de projeto de promoção da saúde para adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2013; 2(47):257-65.
9. Galvão MTG, Pereira MLD, Barroso MGT. Avaliação ética de projetos de pesquisa de enfermagem no contexto das doenças infecciosas. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(1):44-8.
10. Ribeiro H, Günther WMR, Araujo JM. Avaliação qualitativa e participativa de projetos: uma experiência a partir de pesquisa em educação ambiental e saneamento do meio. *Saude Soc* [Internet]. 2002 [acesso em 08 jan 2015]; 11(2):107-32. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n2/08.pdf>>.
11. Belinati W, Costa e Silva A. Coordenação, avaliação e acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde do Programa Polonoeste. *Rev Inst Med Trop*. 1988; 30(3):125-36.
12. Cortês-Neto ED, Alchieri JC, Miranda HF, Dantas-Cavalcanti FI. Elaboração de indicadores de sucesso em programas de saúde pública com foco sócio-esportivo. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(2):208-19.
13. Bursztyjn I. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(10):2227-38.
14. Gutiérrez AMC, Gallego PP. Evaluación de los programas y proyectos desarrollados en la práctica de la asignatura de diseño y programación de modalidades de atención de enfermería. *Ciênc. Enferm*. 2005; 11(2):71-83.
15. Goldim JR, Raymundo MM, Marodin G, Boer APK, Gazzalle A. Eventos adversos graves: avaliação de pesquisas realizadas em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004; 25(2):202-6.
16. Oliveira CMR, Neiva KMC. Orientação vocacional/profissional: avaliação de um projeto piloto para estudantes da educação profissional. *Rev Bras Orientac Prof*. 2013; 14(1):133-43.
17. França E, Paula JC, Silva RR, Anunciação LR. Participação da população em projeto de controle de dengue em Belo Horizonte, Minas Gerais: uma avaliação. *Inf Epidemiol SUS* [Internet]. 2002 [acesso em 08 jan 2015]; 11(4):205-13. Disponível em: URL: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n4/v11n4a03.pdf>>.
18. Costa e Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [acesso em 08 jan 2015]; 23(6):1405-14. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/14.pdf>>.
19. Vieira CM, Santiago LS, Tavaré PCW, Brandt A, Negri F, Oliveira MRM. Aplicação da técnica de grupo focal em pesquisa da Rede-SANS sobre as ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. *Cad Saúde Colet*. [Internet]. 2013 [acesso em 08 jan 2015]; 21(4):407-13.

Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a08.pdf>>.

20. Dias MLC, Loureiro MJMN, Loureiro MIG. Projetos de educação para a saúde em meio escolar: da avaliação às práticas de referência. *Rev Port Educ.* 2013; 1(26):287-306.

21. Pedrosa JI, Sousa MF, Hamann EM, Rocha DG, Oliveira MAA. Quem participa em quê? Experiências de construção compartilhada no âmbito da cooperação Brasil - Canadá para o aperfeiçoamento da gestão na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Soc [Internet].* 2013 [acesso em 08 jan 2015]; 22(2):629-41. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a30.pdf>>.

22. Figueiredo JJM, Fernandes C R, Silva PNG. Resultados de um programa de promoção da saúde sob a expressividade e sensorialidade em idosos. *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2011; 16(2):185-98.

23. Mendonça M. Ensinar e aprender por projectos. *Cadernos CRIAP, n° 31.* Porto: Edições Asa; 2002.

24. Hadji C. Avaliação, regras do jogo: das intenções aos instrumentos. Porto: Porto; 1994.

25. Rodrigues P. A avaliação curricular. In: Rodrigues et al. *Avaliações em educação: novas perspectivas.* Porto: Porto; 1993.

26. Figari, G. Avaliar: que referencial? Porto: Porto; 1996.

27. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3):705-11.

28. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc Saude Coletiva.* 2001; 6(1):165-81.

29. Wholey JS. L'appréciation de l'évaluation d'un programme. In: Leconte R, Rutinan L, organizadores. *Introduction aux méthodes de recherche évaluatives.* Ottawa: Université de Carleton; 1982. p. 47-63.

30. Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. *Evaluation: a systematic approach.* Thousand Oaks: Sage; 1999.

31. Boullosa RF, Araújo ET. *Avaliação e monitoramento de projetos sociais.* Curitiba: IESDE Brasil; 2009.

32. Cohen E, Franco R. *Avaliação de projetos sociais.* Petrópolis: Vozes; 1994.

Correspondência para/Reprint request to:

Michele Nacif Antunes

Av. Antonio Almeida Filho, 2730, 301,

Praia de Itaparica, Vila Velha/ES

CEP: 29102-265

E-mail: michelentunes@gmail.com

Submetido em: 17/01/2016

Aceito em: 24/03/2016

Health program evaluation: a proposal for an integrative review with a focus on the Family Health Program

Avaliação de programas de saúde: um enfoque no Programa Saúde da Família

ABSTRACT | Introduction | *Systematic evaluation represents one of the pillars of health care sustainability, planning and management, being a tool to support the formulation of policies, the decision-making process and training of the subjects involved. Objective: To evaluate the research output of the Graduate Program in Public Health (PPGSC) of the Federal University of Espírito Santo (UFES) on the area of assessment of health programs. Methods: We carried out a review of the dissertations dealing with health assessment written between 2007 and 2013, and made available on the website of PPGSC. The topics investigated were as follows: health evaluation, health program evaluation and the Family Health Program (PSF). Results: The five selected studies present a proposal to evaluate a health program, the PSF, based on a participatory approach, and acknowledging the importance of the several actors involved. The emphasis was on the discourse of professionals and users in the scope of work satisfaction and quality of health care. These five studies combine different attributes of the evaluation process, particularly those related to the social availability of resources, effects of actions, implementation of programs and relational characteristics among agents of actions. Conclusion: Assessment of health programs should be a result of participatory evaluation, which values the work of the different actors who plan, conduct and modify the course of a program, whose purpose is to meet the health needs of users through an identified problem viewed as a priority.*

Keywords | *Evaluation of health programs and projects; Health evaluation; Family Health Program.*

RESUMO | Introdução: A avaliação representa um dos pilares de sustentação do planejamento e gestão em saúde, sendo um instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos. **Objetivo:** Avaliar a produção científica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sobre o tema avaliação de programas de saúde, com base no método de revisão integrativa. **Métodos:** Realizou-se um levantamento das dissertações defendidas entre 2007 e 2013 com o tema da avaliação em saúde, no site institucional do Programa, com a escolha de cinco estudos. Os eixos temáticos utilizados na definição dos estudos foram: a avaliação em saúde, a avaliação de programas de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF). **Resultados:** Os estudos selecionados apresentam uma proposta de avaliação de um programa de saúde, o PSF, com base em uma abordagem participativa, com a valorização dos diferentes atores, até com ênfase no discurso dos profissionais e usuários no âmbito da satisfação no trabalho e qualidade do cuidado em saúde. Combinam diferentes atributos no processo avaliativo, especialmente, aqueles relacionados à disponibilidade social dos recursos, efeitos das ações, implantação das ações e características relacionais entre os agentes das ações. **Conclusão:** A avaliação de programas de saúde circunda a proposição de uma avaliação participativa, que valoriza o agir dos diferentes atores que planejam, conduzem e modificam o curso de um programa, que têm como objetivo atender às necessidades de saúde dos usuários mediante um problema identificado como prioritário.

Palavras-chave | Avaliação de programas e projetos de saúde; Avaliação em saúde; Programa Saúde da Família.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre um de seus componentes visando orientar a tomada de decisão. Pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas ou se elaborar a partir de um procedimento científico. Tem como objetivos: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para a melhoria de uma intervenção; determinar os efeitos de uma ação e contribuir para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica¹.

Contandriopoulos² complementa que:

[...] avaliar pode ser definido como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir um (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Ressalta ainda a inter-relação entre as instâncias pesquisa, avaliação e tomada de decisão como alicerces nesse processo.

Avaliar surge como uma proposta de controle e direcionamento por parte do Estado, em especial, após a grande crise econômica nos Estados Unidos e antes da Segunda Guerra Mundial. Ancora-se em vertentes que sofrem influência no decorrer dos diferentes períodos históricos e que compõem quatro gerações, sendo elas: *primeira* (1900-1930), que tem como ênfase a aplicação de instrumentos de medidas e técnicas de mensuração; *segunda* (1930-1960), centrada na descrição da intervenção e que orienta o início da avaliação de programas; *terceira* (1967-1980), apoiada no julgamento do mérito e do valor de uma intervenção para as tomadas de decisão; e a *quarta* (1980 – atual), que se refere à negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação³.

Durante um processo avaliativo, podemos utilizar abordagens que transitam entre as gerações, ou seja, desenvolver uma avaliação que tem como ênfase o julgamento do mérito (terceira geração), a descrição da intervenção (segunda geração) ou mesmo a mensuração de

efeitos (primeira geração), num arranjo de estratégias para compor a abordagem avaliativa.

Donabedian⁴ apresenta um modelo de avaliação da qualidade em saúde centrado nos componentes: estrutura, processo e resultado para a observância dos pilares da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização, legitimidade). O modelo donabediano vem sendo discutido com outras propostas que buscam romper com a ideia do modelo ‘caixa preta’ no qual a avaliação está centrada na medida sobre o efeito na população ou em longo prazo, sem necessariamente, saber se a intervenção estava implementada ou mesmo sem compreender os fatores que influenciaram favoravelmente ou desfavoravelmente a obtenção de tais resultados. Numa perspectiva de cadeia de efeitos, a avaliação de processo é fundamental porque fornece informações cruciais sobre o porquê a intervenção está ou não funcionando e sobre como melhorá-la⁵.

A avaliação representa um dos pilares de sustentação do planejamento e gestão em saúde, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos. Além disso, na gestão em saúde, a avaliação de políticas deve ter como finalidades a melhoria das ações de saúde, o controle dos recursos e a produção de conhecimentos úteis e oportunos para uma prática de saúde de qualidade, na visão dos atores envolvidos na política em questão.

É necessário que o processo de avaliação tenha: utilidade, com a geração de dados que contribuam para o julgamento e a tomada de decisão; pertinência, sendo capaz de melhorar a eficiência do sistema de saúde; e credibilidade, com a produção de informação coerente e útil a todos os sujeitos envolvidos na intervenção².

Pensar na produção de uma avaliação útil de políticas e programas é pensar se a avaliação atende às necessidades de informação dos atores envolvidos⁶. Porém, a garantia de uso dos resultados da avaliação deve ser prevista desde o seu planejamento (estudo de avaliabilidade), para que sejam definidos os meios para o envolvimento dos potenciais usuários da avaliação.

A avaliação aprimora os programas com vista a atender às necessidades dos beneficiários e tem potencial para apoiar decisões políticas, aprendizagem social, responsabilização dos diferentes níveis de governo, melhoramento da gestão

pública e validação do sistema social e ideológico. Neste contexto, os programas de saúde são conceituados como uma seqüência de ações em busca de objetivos⁷ e como um conjunto de atividades ou serviços coordenados, organizados segundo uma seqüência temporal, empregando recursos para o alcance de objetivos, em resposta a um problema que afeta a população. Podem representar um conjunto articulado de insumos, recursos, atividades, intervenções, serviços e produtos compostos a partir da identificação de um problema, do desejo de mudança da realidade para a produção de resultados e impactos que intervenham sobre o problema identificado.

A avaliação de Programas de Saúde, foco deste estudo, representa um “conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade ao que é feito por referência ao que se pode e/ou se quer fazer com respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade das ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde”⁸. Representa o acompanhamento do desempenho de um processo a fim de comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos no planejamento.

A avaliação pode ser normativa, com foco no êxito técnico das ações em saúde, na quantificação e avaliação da qualidade formal; ou formativa, com atenção ao sucesso prático e os projetos de felicidade/dimensão subjetiva da qualidade, com a valorização das percepções dos sujeitos implicados nas práticas (usuários, gestores, etc.), compreendendo suas percepções e experiências materializadas nas relações no interior de um programa. A avaliação de um programa de saúde com enfoque em uma metodologia participativa e de negociação entre os atores envolvidos pode se estruturar na tríade: estrutura (ex: educação permanente ou formação em saúde); processo (ex: vínculo profissional-usuário, tempo de espera); e resultado (ex.: mudanças no estado de saúde, satisfação do usuário).

Por conseguinte, o propósito da avaliação é produzir informação sobre o desempenho do programa no alcance de seus objetivos, o que demanda procedimentos de investigação para a coleta sistemática de informação voltada para a tomada de decisão e melhoria das intervenções. Pode utilizar uma modalidade somativa, que se refere ao estudo dos resultados ou efeitos do programa, ou formativa, que se realiza durante o processo de execução de um programa ou projeto⁹.

Assim, este estudo está ancorado na análise das dissertações produzidas no Programa de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), utilizando como eixos temáticos a avaliação em saúde, a avaliação de programas de saúde e o PSF, como programa itinerante de análise. A motivação inicial surge no contexto da disciplina Tópicos Especiais em Planejamento e Gestão em Saúde, considerando que em seus onze anos de existência, o PPGSC não teve sua produção científica avaliada mediante outros estudos.

O PPGSC é voltado para profissionais de saúde, de ciências sociais, humanas e aplicadas. Orienta-se por problemas teórico-práticos concretos relativos à saúde coletiva no País e foca seus interesses na realidade regional, contribuindo para a formação de sujeitos críticos e autônomos na produção da reflexão e das práticas em saúde coletiva. O programa oferece curso de Mestrado, desde 2002, e de Doutorado, desde 2012, e mantém um perfil de qualificação acadêmica atestado pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), tendo recebido conceito cinco na última avaliação.

No levantamento dos dados, as dissertações que versavam sobre a temática da avaliação de programas de saúde tinham como unidade de análise o PSF, o que orientou o uso desse eixo temático. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), antes denominada PSF, surge com o objetivo de proceder a um novo modelo assistencial em substituição ao conhecido modelo tradicional pautado na cura de doenças e na atenção hospitalar¹⁰. Esse novo modelo elege como ponto central o estabelecimento de vínculos, compromissos e corresponsabilidade entre os profissionais que compõe a equipe e a população adscrita. Nesse aspecto, só é possível compreender a sua utilização por meio da mudança do objeto de atenção, forma da atuação e organização geral dos serviços, definidos em novas bases e critérios¹¹. Portanto, objetiva-se, neste artigo, avaliar a produção científica da Universidade Federal do Espírito Santo sobre o tema avaliação de programas de saúde.

MÉTODOS |

Para o alcance do objetivo proposto neste estudo, foi utilizado o método de revisão integrativa, possibilitando sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir do tema que se tem interesse em pesquisar. Constitui um método de pesquisa que busca analisar o resultado de

pesquisas que possam contribuir para o aprimoramento do tema proposto e apontar pontos de interesse ainda não contemplados¹². Souza, Silva e Carvalho¹³ informam que se trata de um estudo com coleta de dados por meio de fontes secundárias.

Mendes, Silveira e Galvão¹² complementam que “este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado”. Os autores propõem seis passos de elaboração, entre eles: estabelecimento de hipóteses; amostragem e levantamento bibliográfico; categorização dos estudos; avaliação dos estudos com análise dos dados; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento com as considerações finais e recomendações.

Assim, as etapas de elaboração da presente revisão integrativa foram: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados, discussão e considerações finais.

A questão norteadora desta revisão integrativa foi: Qual é a produção científica sobre o tema avaliação de programas de saúde no banco de dissertações do PPGSC?

Para a determinação da amostra, foi realizado um levantamento das dissertações defendidas entre 2007 e 2013 com o tema da avaliação em saúde no site institucional (<http://www.saudecoletiva.ufes.br/pos-graduacao/PPGSC>), que contempla cópia das dissertações publicadas entre 2004 e 2013.

Os critérios de inclusão das dissertações definidos para a presente revisão integrativa foram: dissertações disponíveis na íntegra, entre 2007 e 2013, que contemplem os três eixos temáticos estabelecidos: avaliação em saúde, avaliação de programas de saúde e Programa Saúde da Família. Na definição da amostra foram realizadas: seleção no banco de dissertações dos estudos que contemplassem o eixo temático da avaliação em saúde, identificado pela leitura do título e do resumo do trabalho, totalizando 137 produções; e leitura exaustiva das dissertações na íntegra, com o intuito de identificar os eixos temáticos da avaliação de

programas de saúde e PSF, que foram os descritores em Ciências da Saúde identificados, o que culminou com a seleção de cinco dissertações. Para a coleta de dados das dissertações que foram incluídas na revisão integrativa, foi desenvolvido um quadro sinóptico com a síntese das que atenderam aos critérios de inclusão, com base no instrumento para a coleta de dados validado por Ursi¹⁴.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Todas as dissertações selecionadas configuram-se como estudos de investigação metodológica, os quais apresentam diferentes meios para provar hipóteses, métodos de coleta de dados e medidas e técnicas de análise de dados.

Na presente revisão integrativa, analisou-se cinco dissertações que atenderam aos critérios de inclusão, previamente estabelecidos, e, a seguir, apresentar-se-á um panorama dos trabalhos avaliados.

Consideramos que o eixo temático avaliação em saúde compreende estudos que, com base em uma pesquisa avaliativa fundamentada em um modelo teórico, contemple um julgamento e atribuição de um valor a uma intervenção, direcionando o processo de tomada de decisão. Assim, as dissertações selecionadas representam uma proposta de avaliação de um programa de saúde, o PSF, com base em uma abordagem participativa¹⁵⁻¹⁸, com a valorização dos diferentes atores, até com ênfase no discurso dos profissionais e usuários no âmbito da satisfação no trabalho e qualidade do cuidado em saúde.

Os estudos selecionados¹⁵⁻¹⁸ estabelecem uma avaliação com abordagem no processo e resultado em nível das ações e serviços. A dissertação cinco¹⁹ trabalha com a avaliação de impacto com enfoque nos resultados e com o uso de uma fonte de dados secundários sem considerar os diferentes atores envolvidos no processo. As dissertações combinam diferentes atributos no processo avaliativo, especialmente aqueles relacionados à disponibilidade social dos recursos (ex.: cobertura¹⁹), efeitos das ações (ex.: Impacto¹⁷), implantação das ações (ex.: avaliação de processo¹⁵) e características relacionais entre os agentes das ações (ex.: satisfação dos usuários e relações de trabalho^{18,16}).

Quadro 1 - Apresentação da síntese das dissertações selecionadas na revisão integrativa

| Título | Autores/Ano | Objetivo | Método | Resultados | Conclusão |
|---|--|---|--|--|--|
| Dissertação 1: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CASO DE RESISTÊNCIA | Sheila Cristina de Souza Cruz/ 2007 | Estudar a contribuição da implantação da ESF e avaliar a produção dos resultados obtidos na atenção à saúde da comunidade atendida na USF de Resistência – Vitória (ES). | A abordagem metodológica selecionada foi a qualitativa, por meio de um estudo de caso. Os dados foram obtidos no período de fevereiro a abril de 2006, por meio de observação de campo, entrevistas com formulários semiestruturados com os usuários cadastrados na ESF e profissionais de saúde da estratégia envolvidos na assistência desta comunidade. | Evidenciou que as atividades básicas de assistência estão centradas na USF, com a constatação de que a organização do trabalho permanece ainda bastante centrada na oferta de assistência médica individual, reduzindo a capacidade de resposta do serviço à demanda. Evidenciou também um desconhecimento dos usuários quanto às ações das equipes de saúde da família, bem como das diretrizes da ESF por parte dos profissionais de saúde. Ficou demonstrado que a alta rotatividade dos recursos humanos desestabiliza as equipes e reforça a reprodução de práticas de pronto-atendimento na USF. | As questões levantadas neste estudo indicam a necessidade de ampliar a escuta, qualificar o vínculo, buscar inovações de caráter local com maior interação da comunidade. Ficou evidenciado que os profissionais de saúde verificam a necessidade de mudar sua prática e o modo de fazer a saúde, no entanto as suas limitações nas dimensões do modo de viver das famílias causam aos profissionais sentimentos de sofrimento por não conseguirem resolver algumas questões que ultrapassam seu fazer saúde. Dessas constatações, conclui-se que se faz necessário adaptar a prática da estratégia aos pressupostos teóricos formulados pelo Ministério da Saúde visando contribuir para a melhoria qualitativa dos serviços. Os resultados deste estudo poderão contribuir para adaptações na ESF, em busca de desenvolvimento de inovações gerenciais ou assistenciais, visando à melhoria do processo de trabalho. |
| Dissertação 2: AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESPÍRITO SANTO UTILIZANDO O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ) VITÓRIA 2009 | THIAGO DIAS SARTI/ 2009 | Propor metodologia de análise dos dados gerados com a aplicação da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) pelos municípios. Avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família do Estado do Espírito Santo, segundo processos de trabalho das equipes de saúde da família, com base nos dados gerados com a aplicação da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) pelos municípios. | Delineou-se então um estudo ecológico retrospectivo de análise de dados secundários que teve como unidade de análise 46 municípios que aderiram ao processo de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) no Espírito Santo até Dezembro de 2007. Utilizou-se banco de dados cedido pelo Ministério da Saúde. Foram desenvolvidos critérios de análise dos padrões de respostas das equipes de saúde da família ao AMQ, sendo feita a análise exploratória e multivariada dos dados. | Os aspectos do processo de trabalho do PSF que se mostraram deficientes foram as atividades de promoção da saúde, a organização do trabalho das equipes de saúde e a articulação das equipes de saúde com a comunidade. As potencialidades identificadas estão relacionadas ao acolhimento, responsabilização e humanização do cuidado, bem como às ações de vigilância à saúde, o que sugere que a APS no Estado do Espírito Santo encontra-se em um estágio de transição em seu modelo assistencial. | A relação da qualidade autorreferida do PSF com o tempo de implantação e cobertura populacional desta, bem como com o porte populacional dos municípios, não se mostrou significativa, sugerindo que a continuidade do trabalho das equipes em uma mesma comunidade, contribuindo para a construção de vínculos, é fator preponderante na qualificação da APS no Brasil. |

*continua.

*continuação.

| Título | Autores/Ano | Objetivo | Método | Resultados | Conclusão |
|--|-----------------------------|--|---|--|--|
| Dissertação 3: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO AMBULATORIAL: RELAÇÃO PRODUZIDA NO CAMPO DA PRÁTICA PROFISSIONAL | CÉLIA MÁRCIA BIRCHLER/ 2007 | Avaliar a Estratégia Saúde da Família na microrregião de Guaçuí; analisar a tendência das internações por CSAA em menores de 5 anos no período de 2000 a 2005; e analisar como as equipes de Saúde da Família se organizam de forma a criar estratégias que provoquem impactos nas internações por CSAA. | Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que incorpora componente quantitativo analisado estatisticamente, e componentes qualitativos abordados com a utilização do fluxograma analisador e entrevista de grupo. | Os resultados apontaram a gastroenterite como a principal causa de internação em menores de 5 anos. Este resultado nos levou a inserir o debate sobre os determinantes sociais e sua influência no processo de adoecimento. A análise dos dados nos proporcionou concluir que, salvo por ações isoladas de alguns profissionais, no geral <i>não há</i> o desenvolvimento sistematizado de estratégias presentes na organização do trabalho das equipes que possibilitasse afirmar que a Saúde da Família interfere diretamente na redução das internações por CSAA. | A pesquisa de campo acrescentou subsídios para a análise, possibilitando constatar a falta de estratégias voltadas para o acompanhamento deste agravo, a fragilidade dos vínculos com a população e a necessidade de implementação de políticas públicas, que extrapolam o setor saúde. Considerar a necessidade de rever a organização dos processos de trabalho, uma vez que foi possível perceber a manutenção do trabalho centrado na doença e no saber médico, e com poucas ações intersetoriais de caráter preventivo. |
| Dissertação 4: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL DIRIGIDAS ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL: TRIHANDO UM NOVO CAMINHAR | GILZA DA SILVA/ 2013 | Analisar as práticas de cuidado integral em saúde, efetivadas nas USF da Região de Maruípe, no município de Vitória (ES). | Esta pesquisa tem cunho exploratório, descritivo e é de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em três etapas: seis sessões de grupo focal; duas ações sistemáticas foram localizadas e observadas durante dois meses. Concomitante à observação, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas com os profissionais responsáveis por essas práticas. | Desvalorização dessas práticas por parte dos profissionais. As práticas de saúde mental na Atenção Básica ainda estão muito vinculadas ao modelo biomédico e devem estar relacionadas à falta de capacitação dos profissionais para atuarem em um novo paradigma. | Enfatizamos a importância da rede de atenção à saúde mental para a construção do cuidado integral, por meio dos dispositivos do acolhimento, da escuta e da responsabilização. Apostamos na mudança do cuidado às pessoas com sofrimento mental, na diminuição do preconceito, na construção de um fazer em saúde mental, que incluindo as várias categorias profissionais e os mais variados serviços possíveis no exercício do cuidado em saúde, para além daquele executado por poucos profissionais. |
| Dissertação 5: CONTRIBUIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ESPÍRITO SANTO VITÓRIA 2007 | GEISA FREGONA/ 2007 | Analisar a contribuição da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o controle da tuberculose no Espírito Santo. | Delineou-se um estudo ecológico exploratório tendo os municípios do Espírito Santo como unidade de análise no período de 1993 a 2004, utilizando dados censitários e provenientes dos sistemas de informação SIAB, SINAN e SIM. Para a formação dos grupos foi realizada a distribuição dos municípios com base no tempo de implantação e na cobertura da ESF. | Este estudo demonstrou uma significativa redução do número de novos casos da doença nos grupos de municípios que apresentaram longo período de implantação da ESF. | Contudo, acredita-se ser a ESF uma política pública de Atenção Primária a Saúde ainda em construção no País e no Espírito Santo, e sua consolidação e efetividade como tal deverão ser observadas ao longo do tempo, principalmente com a ampliação das coberturas nos municípios mais populosos. Assim, o estabelecimento de ações investigativas de cunho normativo e de pesquisas avaliativas futuras acerca dos impactos provocados por sua ação para o controle da tuberculose, sem dúvida, trarão novas contribuições aos gestores municipais e estaduais. |

*conclusão.

Na avaliação do PSF, com base nas dissertações selecionadas, há uma diversidade entre as ações e serviços que o compõe, o que reafirma o consenso de que há uma grande variabilidade na implementação e condução de um programa já que há diferentes objetivos, metas e resultados por parte da equipe que o concebe e sua operacionalização¹. Todas as dissertações estabelecem recomendações que direcionam a reformulação de práticas e a organização estrutural do programa, com o objetivo de contribuir para a definição de prioridades na condução e manutenção do sistema, subsidiando a gestão do trabalho em saúde nos processos decisórios.

As quatro dissertações iniciais incluíram no escopo de análise o discurso dos profissionais da saúde envolvidos, o que valoriza a percepção subjetiva deles em relação às fases do programa que colaboram para a consolidação do modelo proposto. Campos²⁰, ao analisar o tema, adverte sobre a impossibilidade da consolidação do SUS/PSF sem que os trabalhadores de saúde sejam um dos principais protagonistas no processo de construção dessa política pública. De acordo com o autor, não será possível fazer avançar o programa sem a integração e esforço da maioria dos trabalhadores de saúde. Assim, tem insistido na necessidade de se incluir, em qualquer projeto de mudança, as demandas e necessidades dos profissionais de saúde. A análise de Campos sobre essa problemática continua atual ao afirmar que “(...) há que se criar uma dinâmica e funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados ‘recursos humanos’ sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança” (p. 138).

A dissertação dois¹⁶ adota uma análise com base em um instrumento de medição que representa um dos componentes de uma avaliação de primeira geração, ao mesmo tempo em que valoriza o discurso dos profissionais obtidos por esse instrumento de coleta de dados, o que configura uma avaliação transeunte entre a terceira e quarta gerações. Representa um híbrido com distintas abordagens e que valoriza a perspectivas dos profissionais operantes no programa.

CONCLUSÃO |

Consideramos que a avaliação deve orientar a ação, promovendo aprendizado diversificado, participativo, não hierárquico, útil, prospectivo e democrático buscando o seu

objetivo final, que representa a melhoria do desempenho do sistema de saúde². Por sua vez, a avaliação tem um potencial de fomentar a reflexão com usuários, profissionais, gestores e outros atores envolvidos nas intervenções em saúde.

A avaliação de programas de saúde circunda a proposição de uma avaliação participativa, que valoriza o agir dos diferentes atores que planejam, conduzem e modificam o curso de um programa, que têm como objetivo atender às necessidades de saúde dos usuários mediante um problema identificado como prioritário. É capaz de orientar a gestão do trabalho e do cuidado no contexto da Atenção Primária em Saúde, oferecendo subsídios para o planejamento nos serviços de saúde.

As dissertações selecionadas apresentam como uma limitação metodológica a ausência ou insipiência de um marco teórico que aprofunde o tema da avaliação de programas de saúde, e ao leitor não há clareza quanto ao modelo teórico construído. O tema avaliação surge como um tema secundário e não há definição precisa dos objetivos em correlação com este eixo temático.

REFERÊNCIAS |

1. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):705-11.
3. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: SAGE; 1989. p. 21-49.
4. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11):1115-8.
5. Cruz MM, Santos EM. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: Matta GC, Moura AL, organizadores. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 267-84.
6. Patton MQ. Utilization Focused Evaluation: The News Century Text. 3rd ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications, 1997.

7. Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes; 2006.
8. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13(3):16-29.
9. Almeida VP. Avaliação de programas sociais: de mensuração de resultado para uma abordagem construtivista. *Pesquisas e Práticas Psicossociais.* 2006; 1(2):1-13.
10. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli JR, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
11. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial [acesso em 30 dez 2012]. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1):102-6.
14. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. – Universidade de São Paulo; 2005.
15. Cruz SCS. Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família: o caso de Resistência. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Espírito Santo; 2007.
16. Sarti TD. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
17. Birchler CM. Estratégia Saúde da Família e interações por condições sensíveis a atenção ambulatorial: relação produzida no campo da prática profissional. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. – Universidade Federal do Espírito Santo; 2007.
18. Silva G. Análise das práticas de cuidado integral dirigidas às pessoas com sofrimento mental: trilhando um novo caminho. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Espírito Santo; 2013.
19. Fregona G. Contribuição da Estratégia Saúde da Família para o controle da Tuberculose no Espírito Santo. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Espírito Santo; 2007.
20. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Correspondência para/Reprint request to:

Heletícia Scabelo Galavote

Avenida Antônio Gil Veloso, 1950, apt. 1306,

Praia da Costa, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29101-022

Tel.: (28) 99921-0624

E-mail: heleticiagalavote@yahoo.com.br

Submetido em: 19/01/2016

Aceito em: 23/03/2016

INSTRUÇÕES AOS AUTORES |

MISSÃO E ESCOPO |

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS) é uma publicação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Tem a missão de publicar manuscritos de elevado nível técnico-científico que contribuam para a promoção do conhecimento nas áreas das Ciências da Saúde e afins, com o foco interdisciplinar em Saúde Coletiva. A RBPS destina-se à publicação trimestral de manuscritos científicos, incluindo editoriais, artigos originais, artigos de revisão sistemática e relatos de casos, referentes a assuntos e estudos de interesse técnico-científico nas áreas das Ciências da Saúde.

RESPONSABILIDADE DO AUTOR |

Todos os manuscritos publicados representam a opinião dos autores e não refletem a política oficial do Centro de Ciências da Saúde, da sua diretoria, do corpo editorial da RBPS e nem da instituição à qual o autor é filiado, a menos que seja declarado em documento.

Os manuscritos submetidos à RBPS devem atender ao seu objetivo e às instruções aos autores, não sendo permitida a sua apresentação simultânea a outro periódico impresso ou eletrônico.

ASPECTOS ÉTICOS |

Conflito de Interesse

Solicita-se aos autores o envio de uma Declaração de Conflito de Interesse, assinada por todos os autores, para legitimar a idoneidade dos resultados do estudo submetido, conforme modelo a seguir:

Declaração de Conflito de Interesse

Eu, _____, autor responsável pelo manuscrito “_____”, declaro que nenhum dos autores deste estudo possui qualquer tipo de interesse abaixo descrito, ou outros que configurem o chamado Conflito de Interesse. Declaro que o manuscrito apresentado não recebeu qualquer suporte financeiro da indústria ou de outra fonte comercial e nem eu, nem os demais autores ou qualquer parente em primeiro grau possuímos interesses financeiros/outras no assunto abordado no manuscrito.

Em caso contrário, específico, abaixo, qualquer associação que possa representar um conflito de interesse que eu e/ou os demais autores ou seus parentes de primeiro grau tive(mos) nos últimos cinco anos com empresas privadas e/ou organizações, mesmo sem fins lucrativos — por exemplo: participação em inventos/desenvolvimento de *software*, aparelho, técnica de tratamento ou laboratorial, equipamentos, dispositivos ou tecnologias; participações e atividades de consultoria e/ou palestras; propriedade intelectual; participação acionária; situações de licenciamento de patentes etc.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Os resultados de pesquisas que envolvam seres humanos, submetidos à RBPS, deverão estar de acordo com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e com os princípios éticos da Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do País no qual a pesquisa foi realizada. Nos experimentos conduzidos com animais, devem

ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

Os estudos envolvendo seres humanos ou animais só serão publicados mediante o envio da cópia de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Comitê de Ética em Pesquisa com Animais ou órgão equivalente.

Registro de Ensaios Clínicos

Manuscritos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site: <<http://www.icmje.org/>>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Direitos Autorais

Solicita-se aos autores dos manuscritos submetidos à apreciação enviar à RBPS uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, contendo a assinatura de cada um dos autores, de acordo com o modelo apresentado a seguir:

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do manuscrito intitulado “_____” à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Declaramos, ainda, que o manuscrito é original e não está sendo considerado para publicação em outra revista, no formato impresso ou eletrônico. (Discriminar as funções de cada autor)

Exemplos:

(Nome do autor) realizou a aplicação do questionário, experimento clínico, correção e edição final.

(Nome do autor) realizou a busca bibliográfica, coletou dados e atuou na redação, correção e edição final.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

PROCEDIMENTOS EDITORIAIS |

Na seleção de manuscritos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância e a metodologia, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico.

Ao ser submetido à avaliação, o manuscrito é avaliado pela Secretaria para efetuar a análise inicial, observando se está em concordância com as normas de publicação da RBPS. Em seguida, o artigo é repassado aos editores científicos.

Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Diretrizes para Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas e inclusão de documentos eventualmente necessários.

Os editores científicos recebem os manuscritos enviados pelo editor-chefe, avaliam se estão em concordância com o escopo de publicação da RBPS e repassam aos editores associados.

Os editores associados recebem manuscritos científicos encaminhados pelos editores científicos e repassam a dois revisores *ad hoc*: um revisor vinculado a instituições localizadas no Estado do Espírito Santo ou em outros Estados, e o outro

revisor lotado obrigatoriamente em instituições localizadas fora do Espírito Santo ou fora do Brasil.

Os editores associados recebem as avaliações dos revisores *ad hoc*, elaboram parecer consubstanciado dos manuscritos científicos e remete-os aos editores científicos, num prazo máximo de 30 dias úteis.

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores, por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aceito; b) aceito com restrições; c) recusado. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

Os manuscritos, quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Essas eventuais modificações só ocorrerão após prévia consulta ao autor. No caso de aceite com restrições, a Secretaria devolverá o manuscrito aos autores para que façam as devidas alterações indicadas pelos revisores *ad hoc* e reapresentem para nova avaliação. Quando recusado, a Secretaria devolverá o manuscrito aos autores com a justificativa.

CONTEÚDO DAS SEÇÕES |

Os manuscritos enviados à RBPS devem ser redigidos no idioma português ou inglês e devem se enquadrar em uma das seções da revista, descritas a seguir:

1 - Editorial – comentário crítico e aprofundado, preparado pelos editores da Revista e/ou por pessoa convidada com notória vivência sobre o assunto abordado. Deve conter a estrutura de um texto dissertativo, com Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências.

2 - Artigos originais (perfazem mais de 80% da edição) – apresentam resultados inéditos de pesquisa epidemiológica, clínica ou experimental, entre outros. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

3 - Revisões sistemáticas – avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

4 - Relatos de casos – apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO |

Os manuscritos deverão ser digitados em *Word for Windows* e enviados exclusivamente pelo Sistema On-line de Submissão de Manuscritos (<http://periodicos.ufes.br/RBPS/index>), acompanhados dos

documentos digitalizados: Declaração de Conflito de Interesse, Carta de Aprovação do Comitê de Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço duplo, com alinhamento do texto justificado. O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

Página de rosto

Deverá ser enviada uma página de rosto contendo somente os seguintes itens: título do manuscrito em português e inglês e nome completo dos autores, informação sobre a afiliação dos autores (principal instituição de origem, cidade, estado e país), nome e endereço completo para correspondência, local em que o estudo foi realizado. Indicação do responsável pela troca de correspondência, fornecendo endereço completo (CEP, telefone e E-mail) para contato.

Devem ser incluídas na folha de rosto as fontes de financiamento para realização da pesquisa, tais como: bolsas de estudos e auxílios financeiros.

Resumo e Abstract

Os resumos devem possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a **saúde coletiva**. Deve conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado em português e inglês, incluindo palavras de estrutura (Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão) e palavras-chave.

Palavras-chave e Keywords

São palavras ou expressões que identificam o conteúdo do manuscrito, fornecidas pelo próprio autor. Deverão ser seguidos os cabeçalhos de assuntos dos **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**, em português e inglês, indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>).

Estrutura do texto

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Revisões Sistemáticas, Relato de Casos.

ILUSTRAÇÕES |

As ilustrações e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de **cinco**. No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua

identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”. Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da Revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens fotográficas deverão ser apresentadas na forma de *slides* e em duplicata. Na falta destes, as fotografias em papel devem ser acompanhadas dos negativos que lhe deram origem. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Muitas máquinas fotográficas digitais, comerciais ou semiprofissionais, não alcançam os parâmetros citados, portanto não se prestam a produzir imagens com qualidade profissional para reprodução. Desenhos e esquemas deverão ser limitados ao mínimo, feitos, preferencialmente, em *Corel Draw*, devendo ser fornecidos em formato digital junto com o arquivo do manuscrito e apresentados em folhas separadas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução. Essa autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à apreciação para publicação. Todas as ilustrações e tabelas, sem exceção, devem ser citadas no corpo do texto e ser apresentadas em páginas separadas.

Agradecimentos

É opcional aos autores. Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do manuscrito. Deverão estar dispostos no manuscrito antes das referências.

REFERÊNCIAS |

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Os exemplos devem estar conforme os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação das referências no texto

Seguir o sistema numérico de citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Não devem ser citados os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nome de autores (seguido de número índice e ano de publicação do manuscrito) se estritamente necessário. Exemplos de citação de referências no texto:

- Números aleatórios

“O processamento é negligenciado pela maioria dos profissionais, chegando alguns autores a afirmar que cerca de 90% das falhas em radiografias acontecem na câmara escura”^{2,8,10}.

- Números aleatórios e sequenciais

“Desde que observações clínicas comprovaram que lesões de mancha branca são reversíveis, a remineralização passou a ser um importante mecanismo na prevenção e redução clínica das cáries em esmalte”¹⁻⁴.

- Citação de nome de autor

“Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite em uma paciente submetida à apicectomia com laser de Nd:YAG, que levou à necrose de parte da maxila, pela difusão do calor gerado ao tecido ósseo adjacente ao ápice radicular.”

Abreviaturas

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo documento de Montreal publicado no *British Medical Journal* 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

Nomes de drogas

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido pelo símbolo que caracteriza a marca registrada, em sobrescrito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a sua conformidade em relação a todos os itens aqui listados. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Toda a correspondência deve ser enviada à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Avenida Marechal Campos, n. 1468, Maruípe, Vitória, Espírito Santo, Brasil, Cep: 29040-090. E-mail: rbps.ccs@ufes.br



Universidade Federal do Espírito Santo
Excelência em Ensino Superior desde 1961