

GESTÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DAS EQUIPES PARTICIPANTES DO 3º CICLO DO PMAQ-AB EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE.

MANAGEMENT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: EVALUATION OF THE TEAMS PARTICIPATING IN THE 3º PMAQ-AB CYCLE IN A MEDIUM-SIZED BRAZILIAN CITY.

Nome do Aluno Preservado

RESUMO

Este estudo analisou a implementação do 3º ciclo do PMAQ-AB, na cidade de Aracruz/ES, ocorrido no período de 2015 a 2016, a partir da vivência de diferentes profissionais. A abordagem utilizada foi qualitativa através da Análise de Conteúdo e estudo de caso. A percepção dos atores envolvidos foi predominantemente positiva, sendo identificado o reconhecimento de melhorias como o atendimento ao usuário, a organização dos métodos de trabalho e o fortalecimento da atenção primária como eixo norteador das políticas de saúde. Identificou-se como ponto negativo, a falta de retorno aos profissionais dos recursos destinados ao PMAQ, a sobrecarga de trabalho do enfermeiro diante das novas demandas em saúde e a interferência da precarização dos vínculos empregatícios na continuidade das ações. Dentre as sugestões identificadas estão a adequação da estrutura física da ESF, necessidade de realização de atividades de educação permanente em saúde e melhoria na capacitação dos profissionais para melhor utilização dos recursos do PMAQ-AB. Conclui-se que a experiência foi significativa na ótica dos participantes, que o PMAQ possui objetivos e metas consolidados, porém não há destinação à equipe do incentivo financeiro específico.

Palavras-chaves: Políticas Públicas de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programa e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

This study analyzed the implementation of the 3rd cycle of the PMAQ-AB, in the city of Aracruz / ES, occurred in the period from 2015 to 2016, from the experience of different professionals. The approach used was qualitative through Content Analysis and case study. The perception of the actors involved was predominantly positive, with the recognition of improvements such as user service, organization of work methods and the strengthening of primary care as the guiding axis of health policies. It was identified as a negative point, the lack of feedback to the professionals of the resources destined to the PMAQ, the overload of the nurse's work in face of the new demands in health and the interference of the precariousness of the employment bonds in the continuity of the actions. Among the suggestions identified are the adequacy of the physical structure of the FHP, the need to carry out permanent health education activities, and the improvement of the professionals' capacity

to make better use of the PMAQ-AB resources. It is concluded that the experience was significant from the perspective of the participants, that the PMAQ has goals and consolidated goals, but there is no allocation to the team of the specific financial incentive.

Keywords: Public Health Policies; Primary Health Care; Program Evaluation and Health Projects.

INTRODUÇÃO

Frente ao desafio de institucionalizar a cultura de avaliação nos serviços de saúde e à busca de ações voltadas para a melhoria da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) criou em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com a meta era aumentar o acesso à saúde e a prestação de cuidado com qualidade¹

1. Brasil. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

· além de padronizar no país o atendimento da 'Atenção Primária à Saúde' (APS)³.

O programa incentiva os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação das Equipes de Atenção Básica (EAB), além do oferecimento de gratificações pelo desempenho individual de cada equipe, reconhecendo os esforços empreendidos em iniciativas que estimulem a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no Brasil⁴.

Resultados importantes vêm sendo obtidos sob a ótica dos profissionais envolvidos, como o aumento do acesso à APS⁵ embora críticas sejam feitas quanto à destinação do incentivo financeiro específico⁶. A avaliação do enfermeiro gestor também foi avaliada, sendo constatado que o programa foi uma ferramenta importante na gestão dos recursos destinados à saúde⁷. Seu aprimoramento demanda a necessidade de monitoramento contínuo das ações desenvolvidas e a avaliação sob a ótica dos trabalhadores é importante por

contribuir para o aprimoramento do programa já que são eles que estão constantemente lidando com a realidade diária do sistema de saúde do município⁶.

Na gestão em saúde é imprescindível a implementação contínua do processo avaliativo para facilitar a tomada de decisão, visto que é à partir desse processo que se especifica os problemas e se reorganiza as ações e o processo de trabalho, favorecendo o alcance dos objetivos propostos e ampliando o acesso aos serviços de saúde⁸. Nesta linha, em Aracruz/ES é possível identificar que a adesão das equipes de saúde ao PMAQ-AB teve início com a implantação do 1º ciclo em 2011 com 05 equipes participantes que ao final da etapa não conseguiram obter avaliação satisfatória. No 2º ciclo do programa, ocorrido no ano de 2013, 24 equipes participaram, dentre as quais apenas 13 receberam avaliação acima da média. O 3º e atual ciclo foi implantado entre 2015-2016 e a avaliação foi realizada em outubro de 2017, porém ainda não divulgada. O olhar de profissionais, usuários e gestores municipais sobre o PMAQ no município ainda não foi realizado sendo de fundamental importância para a melhoria do serviço prestado aos usuários do município.

MÉTODOS

Este estudo exploratório descritivo foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução 466/12 para estudo com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic e aprovado sob parecer número 125092/2016 (Apêndice A). Foi realizado por meio de entrevistas no mês de março de 2017, no município de Aracruz/ES e utilizou a abordagem qualitativa por meio da Análise de Conteúdo segundo proposta de Bardin (1977)⁹ e Interacionismo Simbólico que apresenta a compreensão do indivíduo no modo de agir, interagir, interpretar e definir no seu cotidiano o significado que ele atribui à situação exposta¹⁰.

No período do estudo, o município possuía 21 unidades básicas de saúde, nas quais atuavam 26 equipes, sendo 05 ESF da área indígena, 16 ESF e 05 PACS, mas apenas 12 ESF estavam aderidas ao programa PMAQ-AB. Foram escolhidos para o estudo 22 indivíduos envolvidos no programa, sendo: o Subsecretário de Saúde, Coordenadores do PMAQ-AB no município, Conselheiros Municipais de Saúde, Apoiadores Estaduais de Saúde, gerentes, dentistas e enfermeiros da ESF. Era condição obrigatória para a participação no estudo que os entrevistados tivessem participado do processo de implementação do 3º ciclo do PMAQ, ocorrido no período de 2015 a 2016.

O instrumento utilizado foi um roteiro semiestruturado de entrevista, entregue aos entrevistados com antecedência para que os mesmos se preparassem para as perguntas. O roteiro foi utilizado em estudo prévio⁵ e contava com as categorias de análise: contexto, conteúdo, atores e processos. Dentro da proposta metodológica apresentada, foram evidenciadas duas categorias como eixos norteadores, sendo: formulação, implantação e implementação do PMAQ; e percepção do programa, focando-se assim em temas mais gerais os quais repassam todo o discurso dos sujeitos entrevistados. Cabe elucidar que as categorias não apareceram *a priori*, mas emanaram das narrativas dos entrevistados, da pesquisa empírica, de forma que as ajudaram a responder as inquietações da pesquisa. A primeira categoria envolve o processo de formulação, implantação e implementação do programa, e a segunda categoria elucidada a percepção dos entrevistados quanto a visão que têm do programa.

As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra a fim de relacionar as respostas dadas pelos profissionais à fundamentação teórica exposta neste estudo. Para preservar a identidade dos profissionais entrevistados, seus nomes não foram mencionados, porém identifica-se como E1 a E5 os gestores e representantes de usuários, e de E6 a E22 os profissionais de saúde que efetivamente exercem as ações de assistência à saúde.

RESULTADOS

Embora não tenham sido questionadas de maneira formal aos entrevistados, informações que envolvessem o tempo e a formação profissional, tempo de atuação na AB, e condições de trabalho em relação ao vínculo trabalhista, pela proximidade da pesquisadora com o serviço, sabe-se que a maioria dos participantes possui curso de Especialização há cerca de 2 anos, e vínculo trabalhista médio de 6 anos, renovado anualmente por meio de processo seletivo municipal. Dentre os que possuem cargo de gestão e representação popular, os vínculos são diferenciados, mas todos os entrevistados estavam em suas respectivas funções a mais de 2 anos.

1ª Categoria - Formulação, implantação e implementação do PMAQ

Desde o lançamento do PMAQ pelo Ministério da Saúde, o município se mobilizou e organizou parte de seus profissionais para estudar a viabilidade do programa. Foi possível constatar que antes do PMAQ o município já trabalhava com o AMAQ, e utilizava um processo de avaliação e monitoramento baseado nos indicadores do Sispecto. Como podemos perceber na fala que segue:

[...] antes da implantação do programa os parâmetros que o município utilizava para avaliação e monitoramento baseava-se nos indicadores do Sispecto e alguns indicadores locais que eram criados para poder estar monitorando principalmente com relação ao número de visitas e assistência ao pré-natal, a criança, hipertensão e diabetes [*sic passim*] (EX1).

Um dos pesos para a decisão de implementação do PMAQ no município foi a possibilidade real de aumento da arrecadação financeira da Atenção Básica, com a vinda de 20% do valor do PAB variável por equipe aderida e o possível aumento para 100% deste valor, após o processo de certificação das equipes¹⁰. Além disso, a gestão do município priorizou a assistência à saúde com qualidade, e o fortalecimento da atenção primária, sendo

possível visualizar no PMAQ uma forma de fortalecimento desses fatores. Nesse sentido, um dos entrevistados menciona:

[...] sempre priorizou manter uma assistência de saúde com qualidade e com fortalecimento na atenção primária [...] a grande base ideológica foi o fortalecimento da atenção primária como eixo norteador das políticas de saúde [...] a gente esbarra sempre com a questão de que o financiamento da saúde sempre era insuficiente por mais que o governo municipal aplicasse de 19 a 21% da sua receita em saúde, mas isso não era o suficiente para manter todas as despesas que sempre requerem da saúde, isso principalmente por causa do sub financiamento do SUS e pro Governo Federal ter um aporte financeiro para atenção básica inferior ao que realmente é gasto [...] Em relação aos aspectos financeiros como eu já disse anteriormente na saúde nunca é suficiente os recursos, principalmente porque a gente tem um serviço que é oneroso com relação a médicos, exames, consultas, uma demanda cada vez mais crescente, principalmente também por causa da judicialização onde você tem que dispensar para um único usuário um recurso por que foi definido judicialmente em detrimento a outros que poderiam ser investidos em uma população maior, então isso tem levado a um estrangulamento cada vez maior do sistema financeiro da saúde [*sic passim*] (E1).

[...] Processo de construção de programas de intervenções para as equipes da atenção básica do Espírito Santo, o AMAQ esbarrou principalmente na ausência de recursos, as equipes começaram a esfriar seus ânimos no momento de implementar as suas matrizes de intervenção, elas não tinha recursos suficiente para adequação necessárias e o processo AMAQ foi revisado ao longo do tempo e em torno de 2010 ele ganhou uma nova emulação, principalmente com a vinculação de recurso através do PIB variável de qualidade que foi quando AMQ se transformou no AMAQ. O AMAQ é o centro de toda uma política que deu origem ao PMAQ. [...] fica muito claro principalmente na questão de crise a importância esse recurso esse recurso. Hoje ele responde em termos brutos por incremento de quase 30% do PIB variável de cada município, e isso é bom e fundamental para o trabalho de manutenção das equipes [*sic passim*] (E5).

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

[...] O PMAQ foi minha primeira experiência de atuação com um programa deste tipo [...] sei que temos que primeiro dar o ponta pé inicial, fazer a implantação do programa no município, para depois implementar de fato e dar seguimento (E11).

Quando o PMAQ surgiu ninguém tinha noção de nada, pois as informações não eram repassadas para nós [...] (E6).

No início, quando surgiu o PMAQ, eram feitas reuniões para informar os profissionais das coisas, pois ninguém sabia de nada, ninguém tinha noção do que era de fato aquilo tudo. Mas as coisas vêm melhorando. Eu acho que é necessário o envolvimento de mais profissionais, mas acredito que as coisas acontecem dessa forma não só aqui, mas em outros lugares também (E8).

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

[...] eu estou completamente inserida no programa. Tenho segurança para atuar nele [...] (E10).

[...] Eu gosto muito de trabalhar com todas as ações que envolvem o programa [...] me identifiquei demais com o PMAQ e penso que ele ainda tem muita contribuição a dar ao município [...] o programa é simples, sendo fácil o trabalho, principalmente com a comunidade [...] (E9).

Nas narrativas pode-se perceber também, o cenário de enfrentamentos para a implementação do PMAQ-AB, sendo esta decorrente de limites que os profissionais apresentaram quanto à avaliação e da fragilidade de manejo de tempo para realizar atividades de avaliação em decorrência da sobrecarga de funções acumuladas, conforme descrevem as narrativas:

[...] ainda é um pouco fraco, o enfermeiro e qualquer outro profissional ainda tem que evoluir muito neste aspecto avaliativo, a gente acaba às vezes até por falta de tempo, falta de conhecimento [...] repensar as práticas é importante, estamos engatinhando [...] (E7).

[...] equipe que já é sobrecarregada com a estratégia de saúde da família ainda fica mais sobrecarregada com a questão do PMAQ, são mais coisas a desenvolverem e mais metas a serem cumpridas (E9).

[...] não fiz nenhum curso [...] (E18).

[...] a gente vê que isso precisa melhorar, pois muitas vezes essa equipe acha que essa implantação PMAQ está direcionada só ao enfermeiro (E19).

[...] a partir de cada ciclo a gente percebe que os atores criam maturidade as mudanças do evento. Desta forma, vão fazendo que o PMAQ não seja mais uma novidade, e apesar da aflição provocada pelo mediatismo de troca de técnicos e enfermeiros, os vínculos mais precários, e a troca permanente das equipes, a gente vê com passar do tempo uma relação mais madura entre os atores, onde as falas deles são mais coerentes, os gestores do município encaram uma situação mais leve do processo [*sic passim*] (E2).

Percebe-se nas narrativas apontadas pelos entrevistados algumas dificuldades em relação a implantação do PMAQ-AB, dentre as quais destaca-se a estrutura física das

unidades, a falta de material e a falta de capacitação sobre o programa. Isso pode ser verificado nas seguintes falas:

Muitas vezes o nosso serviço é prejudicado por causa da estrutura física da unidade, muitas vezes vários quesitos do PMAQ fica comprometido por causa da precariedade dessas estruturas (E22).

O nosso serviço as vezes é comprometido pela questão de recursos materiais, pois muitas coisas precisam de formulários, e as vezes falta esses materiais impressos (E15).

Penso que é muito importante capacitar e preparar os profissionais para implantar e implementar o PMAQ. Falta muito isso, pois eles apenas jogam as informações, mandam os formulários, e dizem que deve ser preenchido e pronto. A gente não recebe uma capacitação profissional para atuar de maneira eficiente (E16).

Nestas falas nota-se que enquanto tem-se profissionais que estão completamente “por dentro” do PMAQ, há outros que ainda não se sentem tão a vontade com o programa. Nessa categoria abordou-se os limites e as potencialidades dos profissionais que se encontram inseridos nas ESF, implementando o PMAQ. Verifica nessa categoria que quando o assunto é desenvolvido previamente, os envolvidos na proposta tornam-se empoderados do saber, o que é essencial para o êxito do programa.

2ª Categoria – Percepção do programa

Nesta categoria, aborda-se as diversas opiniões dos entrevistados sobre a avaliação e percepção do PMAQ e as mudanças observadas.

[...] Mudança no setor da saúde não vi até agora, só agregou mais trabalho, mas mudança que a população ou os funcionários possam receber benefícios eu não vi até agora não (E6).

[...] As mudanças foram grande pois as equipes passaram ter uma visão diferenciada de estratégia de saúde da família, visando assim melhoramento na condição de saúde das pessoas e visando uma melhor informação aos pacientes, e observando mais formas de adoecimento para combater esse adoecimento (E10).

Os entrevistados possuem formas de conhecimento diferentes sobre o PMAQ-AB.

Alguns acreditam que o programa veio fortalecer a reflexão sobre a prática de gestão da unidade, cuja prática não era totalmente condizente às exigências do Ministério da Saúde.

Para alguns:

O programa é uma ferramenta muito importante para estar propiciando uma organização do processo de trabalho, e também estar fazendo com que a equipe possa de fato se envolver para que as ações que são básicas do PSF e que já estão definidas na portaria, elas venham ser implementadas. Então eu vejo o programa como forma de total incentivo e organização do processo de trabalho no PSF (E5).

[...] ele vem resgatar ações que a gente acaba não fazendo, resgatar mesmo a filosofia da saúde da família, ele é um programa bem bacana (E16).

É uma ferramenta muito importante pra atenção primária no sentido que ele faz os profissionais e a equipe refletirem sobre seu trabalho (E10).

Ele vem acrescentar assim, você analisando em geral uma gestão de qualidade tanto na organização da equipe quanto no atendimento a comunidade (E15).

Acredito que o programa foi uma benfeitoria enorme para a saúde, pois ele veio melhorar a prática de gestão das unidades de saúde, o qual algumas vezes não era exatamente o que Ministério da Saúde exigia (E1).

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

O fator principal do PMAQ é a atenção primária, e a forma como as unidades trabalham na atenção primária, o desenho, infraestrutura, instalações e a educação permanente. Também abrange como os serviços da atenção primária estão oferecendo a prevenção e atenção da saúde, e como eles conseguem chegar aos trabalhadores e usuários (E1).

(...) O PMAQ traz essa visão da equipe, ele coloca que as pessoas fazem parte de um time que têm que jogar do mesmo lado do Campo. Essa é uma mudança que a gente observa em muitas equipes e principalmente entre gestões que tem que trabalhar junto, tem que ter um tipo de gestão participativa com suas equipes em tempo real [...] mesmo a questão do apoio mútuo ele faz com que todo processo de melhoria do acesso e da qualidade da população, de fatos inclemente. A minha avaliação do programa é que hoje é muito bom mas tem condições de ser muito melhor, basta que haja um processo de continuidade ou seja educação permanente (E5).

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

O PMAQ é muito importante para a atenção primária de modo que ajuda os profissionais a pensarem melhores sobre o seu trabalho [...] se ele fosse implantado da forma correta seria um programa muito bom. Só que até hoje todas as vezes que são implantados programas como esse nas unidades de saúde, o profissional não tem retorno disso, então você não fica sabendo para onde aquilo foi, você não fica sabendo nem a nota que a unidade recebeu na avaliação dele, você não fica sabendo para onde foram os insumos, se você ganhou ou não, ou que você adquiriu com aquilo, fica sempre a mesma coisa (E13).

[...] o programa tem contribuído muito para melhoria da atenção primária, no entanto com as mudanças de gestão, sempre há uma troca de profissionais né, troca os enfermeiros, troca tudo, então fica tudo as vezes meio perdido, e foi o que aconteceu nesse terceiro ciclo do PMAQ (E8).

O PMAQ funciona, mais eu nunca vi a nota do PMAQ mas eu acredito que a gente recebeu uma nota bem legal, uma nota boa que eu gostaria de ter visto em todos os outros, mas eu não acredito que agora a gente vai ter uma nota boa, uma nota que seja suficiente (E21).

[...] O que percebo é que elas ficam preocupadas em organizar tudo, melhorar tudo, para quando vem a equipe de avaliação depois um pouco fica deixado de lado, a rotina, a correria do dia a dia e aquilo não acabada sendo tão aplicado (E4).

Eu vejo muitas vantagens, penso que de fato houve melhoria na qualidade para os usuários em todos os aspectos, mas vejo é que os profissionais estão ficando desmotivados por não receberem retorno financeiro e nem se quer quanto a auto avaliação, ou seja não temos retorno nenhum (E13).

[...] ele não traz mais aquela carga de ser uma carga negativa de avaliação punitiva mas ele traz um processo de Auto avaliação como seu principal eixo, e traz o recurso vinculado das equipes Lógico que essa gestão de recursos sempre gera Muita confusão no sentido de que grupos insistem que esse recurso tem que ser para eles falta então seja quê de fato falta debate faltam mais maturidade Nesse contexto de gestão e de equipes de atenção à saúde no sentido de formar Mesa de negociação de construir de fato o espaço até para construir saber partilhar (E5).

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

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

A saúde sempre vai ser um poço sem fundo na questão verbas. Verba na saúde nunca será suficiente, pois não existe uma administração correta (E6).

Na saúde se gasta muito, mas deveria investir mais em saúde do que em área de lazer (E10).

Quanto a questão da verba eu acho que não atende porque cada território tem sua particularidade então eu acho que o investimento teria que ser feito de acordo com a necessidade de cada território e não igual para todos (E14).

[...] visando desenvolver o trabalho e oferecer uma saúde de qualidade e igualitária para todos e principalmente para os que mais precisam e se encontravam adoecidos. A vigilância do município trabalha muito atuante, nós não temos muitos casos de mortalidade no município, estamos dentro da meta, então o município sempre conseguiu se manter na meta (E11).

[...] Na saúde os recursos nunca são suficientes, principalmente porque a gente tem um serviço que é oneroso com relação a médicos, exames, consultas, uma demanda cada vez mais crescente, principalmente também por causa da judicialização onde você tem que dispensar para um único usuário um recurso por que foi definido judicialmente em detrimento a outros que poderiam ser investidos em uma população maior, então isso tem levado a um estrangulamento cada vez maior do sistema financeiro da saúde (E1).

Financeiramente sabemos que na saúde os recursos nunca são suficientes e que sempre irá faltar alguma coisa (E21).

Apesar de todas as dificuldades com relação aos aspectos políticos e econômicos e sociais no processo de 2015 e 2016 nós estamos falando dessa transição do 3º ciclo isso tudo vem no momento de muita perturbação do país no momento onde o fator econômico tá gerando uma atenção diferenciada da população grande parte da população que tinha acesso a medicina privada plano de saúde hoje está migrando para os serviços públicos então trazendo critérios diferenciados influenciando que tenha todo um olhar tentativa de melhorar a qualidade desse processo ou também estão vendo que o processo já tinha qualidade mas eles desconheciam então acredito que no campo social esses anos de 2015/2016 trazem essa descoberta do SUS, uma parcela de população que não conhecia o SUS (E5).

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

de transformação do processo de trabalho na saúde da família. Nesta direção aponta-se as falas dos entrevistados, que demonstram a contribuição que o programa trouxe para a ESF.

Ele ajuda a equipe a refletir no seu trabalho e melhorar naquilo que ele pode melhorar, na verdade ele leva o profissional a refletir sobre o seu papel como gestor da equipe (E16).

Contribuiu em tudo, principalmente na questão da organização de arquivos, agendas, fluxos de atendimentos, informação para o próprio usuário (E18)

Ele facilita um pouco, porque ele tem os instrumentos de gestão que a gente usa para detectar os problemas da unidade e da comunidade e tentar resolver da melhor forma possível (E10).

O PMAQ faz com que as equipes criem instrumentos para a gestão local, os problemas de saúde e das famílias, então ele nos dá a ferramenta para que a gente possa melhorar o nosso trabalho como gestores nas unidades (E5).

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

[...] quanto a educação permanente tem a questão das escovações supervisionada, mas infelizmente nos faltam material né aqui no município (E22).

É essencial o desenvolvimento de ações de educação permanente, no entanto ainda é preciso gerir melhor os recursos para que chegue para tudo [...] (E5).

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

De certa forma o programa faz uma pressão para que melhore mesmo. Para que todos os atores fiquem envolvidos com a atenção primária e que de certa forma fazem uma maquiagem, por exemplo, quando a gente for ser avaliado por esse serviço do PMAQ acaba tendo uma melhoria em infraestrutura, pinta uma sala ou então é construído um relatório do que foi realizado de melhorias como aconteceu na minha unidade de saúde que ainda não tinha, e faz mais cadernos de protocolo, acaba se estruturando melhor serviço das unidades de saúde para ter uma boa avaliação do PMAQ (E22).

As falas seguintes sinalizam a precariedade do sistema e indicam que ainda há muito a fazer em relação a gestão política, para que de fato o município possa oferecer aos usuários um atendimento de qualidade. Apesar de todos os entrevistados terem mencionado que houve alguma melhoria, nota-se que, muitas vezes, essa melhoria é insignificante perto do muito que ainda tem que ser feito.

Muita coisa melhorou. O atendimento melhorou, o serviço dos profissionais ficou mais organizado. Noto que todos estão engajados no programa. Mais ainda tem muito o que ser feito. É preciso que haja uma reforma política, e que os recursos destinados a saúde cheguem mesmo até a saúde. É preciso melhorar a infraestrutura das unidades de básicas de saúde, qualificar melhor os profissionais, oferecer aos usuários uma educação permanente para que os programas desenvolvidos nas unidades sejam extensivos a seus lares (E5).

DISCUSSÃO

A partir das evidências encontradas neste estudo, nota-se que na percepção dos entrevistados, o PMAQ-AB tem sido uma ferramenta importante na gestão dos recursos destinados à saúde, especialmente na prática dos gestores da 'equipe de saúde além de tornar aparentes algumas características que contribuem para sua existência, como precariedade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); as condições de serviço que os profissionais de saúde são submetidos, com prejuízo à qualidade da assistência prestada pelos mesmos; a dificuldade de melhora dos processos de trabalho; o grande rodízio de profissionais prejudicando o vínculo e o prosseguimento do cuidado além do repasse financeiro escasso e impróprio para as UBS¹².

Desta reflexão, emanaram sugestões que poderiam ser eficazes para sua melhoria como a adequação da estrutura física da ESF, a realização de atividades de educação

permanente em saúde e a melhoria na capacitação dos profissionais para melhor utilização dos recursos advindos do programa. O PMAQ foi compreendido como uma ferramenta de trabalho importante, que motiva a reflexão sobre o investimento dos recursos, além de proporcionar a reflexão sobre o seu papel diário e fortalecimento da equipe inter e multidisciplinar.

Problemas relatados com a estrutura física das unidades foram também relatados em outros estudos brasileiros⁵⁻⁷, como também a interferência destes problemas na qualidade do atendimento aos usuários e na integração dos profissionais da equipe¹³. Apontou-se a necessidade da existência de um espaço específico, equipado e com material didático pode estimular os profissionais a fazerem reuniões periódicas de planejamento, além do desenvolvimento de atividades de educação permanente como capacitações e atualizações. A realização adequada de atividades de educação fortalece a participação popular, promove a interação com os usuários, identifica situações de risco e faz da comunicação um importante instrumento terapêutico e promotor da saúde, além de estimular os usuários a fazerem suas próprias escolhas⁸.

Os profissionais que atuam no sistema de saúde têm progredido muito em relação à sua atuação nas Unidades Básicas, uma vez que se nota que maior envolvimento nos processos que envolvem os programas de melhoria de oferta da saúde pública no país, em especial os que ocupam cargo de gestão, e esse progresso se deve, principalmente, à implantação do PACS em 1991¹³.

No município foram identificados como fatores restritivos a falta de retorno aos profissionais sobre o uso dos recursos destinados ao PMAQ, a sobrecarga de trabalho dos profissionais diante das novas demandas em saúde e a interferência da precarização dos vínculos empregatícios na continuidade das ações. Foi observado na fala dos entrevistados que há um esforço no intuito de potencializar o programa, já que acreditam em sua

potencialidade em melhorar o serviço. No entanto, notou-se desmotivação pelo não recebimento dos recursos, sendo que sobre isso Cunha (2013)¹² menciona que o repasse financeiro é escasso e impróprio para a ABS, prejudicando o prosseguimento dos cuidados. Silva et al. (2010)¹⁴ menciona que os recursos recebidos podem ser utilizados para a educação permanente de forma a potencializar o serviço oferecido.

Percebeu-se que os profissionais são capazes de administrar, de desenvolver suas tarefas e ações, e modificar a realidade do local em que atuam. Enquanto gestores, os profissionais em geral devem ser hábeis para compor consensos e alianças socialmente construídas, se contrapondo à racionalidade gerencial burocrática, normativa e tradicional¹³. Vanderlei e Almeida (2007)¹⁵ mencionam que os trabalhadores precisam trabalhar não só por obedecer ordens, mas sim por responsabilidade. Entretanto, é a gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia de prática profissional. Conforme os achados deste estudo, percebe-se que essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisões que envolvem os profissionais tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais, quanto da avaliação dos resultados.

Os resultados mostraram que a experiência vem sendo significativa, que o programa tem metas e objetivos consolidados, porém sem a destinação esperada pelos profissionais do incentivo financeiro. Foi possível identificar na fala dos entrevistados que a utilização dos recursos financeiros ainda é uma variante que afeta de forma negativa na gestão da saúde pública do Brasil, e sobre isto Ferraz et al. (2013)¹⁶ mencionam que a utilização dos recursos financeiros da educação permanente em saúde no Brasil, por exemplo, apesar de seguir o que é proposto pelo Pacto de Gestão, ainda é um problema, o que também foi constatado na fala dos entrevistados quando mencionado a falta de investimento em educação

permanente, sendo esta uma das sugestões de melhoria para o contexto apresentado no município.

Apesar dos resultados mostrarem que, de modo geral, a experiência com o programa foi positiva, é preciso considerar a observação de todos os profissionais, desde enfermeiros à gestores, quanto a falta de clareza quanto ao uso dos recursos destinados ao PMAQ. Foi observado que a maioria dos trabalhadores se queixa da sobrecarga de trabalho, aponta melhorias na rotina, e de forma unânime sentem falta do retorno quanto ao resultado das avaliações. O reconhecimento e a valorização dos profissionais é de suma importância para que o outro possa ser motivado e sentir que é realmente contribui para que ocorra o sucesso ou fracasso da equipe. Nunca é tarde para aprender, sempre existe algo que pode ser aprendido.

É essencial capacitar o profissional para enfrentar situações do dia a dia que compõem suas funções, muni-lo de conhecimento e possibilidades de criar soluções para os problemas encontrados, dar sugestões que apresentem alternativas no ambiente de trabalho para que ele possa ter autoconfiança e gerar crescimento e melhor. A competência é um dos resultados da capacitação. Fazer reuniões para planejar ações junto aos gestores, para que se forme um alimento padronizado das equipes. Fazer cumprir o que está preconizado dentro da ESF, realizando reuniões de equipe quinzenalmente.

Faz-se necessário que a gestão seja mais participativa, pois para obter bons resultados, o gestor deve, além de gerir e planejar, buscar a cumplicidade e formar um elo com os trabalhadores. Estes, por sua vez, quanto não sentem que o gestor está junto com a equipe, sentem-se inseguros e acabam não tendo eficácia no serviço a ser desenvolvido.

CONCLUSÃO

A percepção dos atores envolvidos foi predominantemente positiva, tendo sido identificado o reconhecimento de melhorias envolvendo o atendimento ao usuário, a organização dos métodos de trabalho e o fortalecimento da atenção primária como eixo norteador das políticas de saúde. Foi observado que a partir do PMAQ os profissionais conseguiram resultados mais rápidos, conseguindo aprender mais com o programa, sendo que o mesmo fez com que tivesse fortalecimento do APS, as equipes ficaram mais unidas, resgatando-se ações que não eram feitas anteriormente.

No entanto, identificou-se como pontos negativos, a falta de retorno aos profissionais quanto aos resultados da avaliação e destinação dos recursos financeiros oriundo do PMAQ, ponto este relacionado à desmotivação identificada. Além disso, citou-se a sobrecarga de trabalho dos profissionais diante das novas demandas em saúde e a interferência da precarização dos vínculos empregatícios na continuidade das ações.

Dentre as sugestões identificadas estão a adequação da estrutura física da ESF, realização de atividades de educação permanente em saúde, melhoria na capacitação profissional, melhoria na comunicação com os profissionais no que diz respeito ao retorno quanto às avaliações do programa e clareza quanto à destinação dos recursos financeiros.

REFERÊNCIAS

2. Brasil. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011.
3. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, GWS et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.
4. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. Saúde debate [Internet]. 2017 Sep [cited 2018 Mar 15] ; 41(spe3): 171-187. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0171.pdf>.

5. Bello FMA. Análise do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife: [s.n.], 2014.
6. Jesus AS, Cardoso TSG, Vilela ABA, Nery AA. O enfermeiro no contexto do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): Relato de experiência. *Rev.Saúde.Com* 2015; 11(2): 193-200.
7. Andrade CPS, Souto LES, Henrique G, Lacerda A, Macedo OHO, Silva CSO, Maciel APF. Gestão na estratégia de saúde na família com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: percepção do enfermeiro. *Revista Bionorte*, v. 4, n. 2, jul. 2015.
8. Oliveira WMA, Bezerra ALQ. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por Enfermeiros. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011; 19(1): 20-5.
9. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Persona Edições, 1977.
10. Carvalho DV, Borges OL, Rêgo PD. Interacionismo Simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. *Psicol. Cienc. Prof.*, v. 30, n. 1, p. 146-61, 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. BRASIL. In: _____. *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011b, p. 35-38.
12. Cunha GT, Castro CP, Oliveira MM, Santos CSR, Rosa IF, Rodrigues MC. Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. (2013). Disponível em: <www.politicaeinsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/235.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.
13. Barrêto AJR, Sá LD, Silva CC, Santos SR, Brandão GCG. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. *Texto Contexto-Enferm.*, Florianópolis, 2010 Abr.-Jun., 19 (2): 300-8.
14. Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação Permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectivas de uma práxis transformadora. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 3 (2010).
Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e a prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2): 443-453, 2007.
16. Ferraz F, Backes VMS, Mercado-Martinez FJ, Feuerweker LCM, Lino MM. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (6): 1683-1693, 2013.