



Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica

Influences of the program for access and quality improvement in work processes in primary care

Influencias del programa de mejoría del acceso y calidad en los procesos laborales en la atención básica

Lucilene Renó Ferreira¹, João Antônio da Silva Júnior², Thaís Arrigotti², Vanessa Ribeiro Neves³, Anderson da Silva Rosa⁴

Como citar este artigo:

Ferreira LR, Silva Júnior JA, Arrigotti T, Neves VR, Rosa AS. Influences of the program for access and quality improvement in work processes in primary care. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03407. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017046403407>

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil

² Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Administração em Serviços de Saúde e Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To assess the perception of professionals of Family Health Strategy Teams on the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care and the possible changes in the work processes resulting from its implementation. **Method:** Oral history methodology conducted with members of Basic Health Units' teams who participated in the first two cycles of the Program in São Paulo. **Results:** Six team members participated in the research. The professionals described the use of information to support the planning, diverged on the changes in the organization of the service and identified contributions to the direction of the teams and the control of the activities. The implementation of the Program led to changes in professional practice and favored autonomy and teamwork. The Community Health Workers stood out in the information acquisition process, and the teams found difficulties to organize the information. The collection and retrieval of information contributed to broaden the professionals' view of the service, and the interviewees criticized the fragility of information dissemination in the Units. **Conclusion:** Despite its limitations, the Program led to direct improvements in the work of the teams in Primary Care.

DESCRIPTORS

Primary Health Care; Health Evaluation; Program Evaluation; Health Services Administration; Health Information Management.

Autor correspondente:

Vanessa Ribeiro Neves
Rua Napoleão de Barros, 754, Vila
Clementino, São Paulo/SP,
CEP 04024-002 – São Paulo, SP, Brasil
vanessa.neves@unifesp.br

Recebido: 23/11/2017
Aprovado: 17/07/2018

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) constitui a porta de entrada preferencial do sistema de saúde pública no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A AB é composta de ações de prevenção de agravos, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, que se concretizam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e nos territórios a elas adscritos, e propõe que tais ações sejam voltadas à realidade da população local e materializem os princípios e diretrizes do SUS⁽¹⁾.

É nesse cenário que a avaliação dos resultados e da qualidade dos serviços oferecidos pela AB surge como um importante recurso para fundamentar decisões e aprimorar o atendimento à população, pois sua operacionalização é permeada por questões políticas e valores intrínsecos ao serviço e às pessoas que nele atuam e demanda a utilização de instrumentos bem elaborados e adequados à realidade local. Além disso, esse serviço requer o envolvimento de todos os profissionais, a fim de viabilizar as decisões tomadas e utilizar os resultados para melhorar os processos de trabalho⁽²⁾.

Entende-se por processo de trabalho a transformação de um objeto ou ação num produto ou serviço devido ao emprego de determinados instrumentos e com o objetivo de gerar algo que possua valor para o ser humano⁽³⁾. O processo de trabalho em saúde concretiza-se por meio das relações entre os indivíduos e destes com o ambiente, articula a cooperação à utilização de conhecimentos e tecnologias e resulta em serviços que são oferecidos e consumidos simultaneamente⁽⁴⁾. Tais características justificam a complexidade e a importância da avaliação desse processo nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Muitas iniciativas ocorreram no sentido de implementar programas efetivos de avaliação na AB. Como promessa de um programa estruturado e com critérios objetivos, o governo federal criou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), organizado em três fases – Adesão e Contratualização; Certificação; e Reconstrução – e em um eixo estratégico transversal de desenvolvimento, os quais compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB⁽⁵⁾. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho que “pretende mensurar os possíveis efeitos das políticas de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários”⁽⁶⁾.

A avaliação e utilização de estratégias que aprimorem a qualidade e resolutividade dos serviços de atenção básica é uma preocupação em diversos países do mundo⁽⁷⁻¹⁰⁾. No Brasil, onde é necessária a ampliação do acesso ao sistema de saúde, o PMAQ-AB tem contribuído para a identificação de necessidades e a implementação de melhorias⁽¹¹⁾. Apesar de sua relevância, há lacunas na produção científica sobre a influência do Programa nos processos de trabalho na AB. Estudos com essa temática tornam-se referências relevantes para a identificação das forças e fragilidades do Programa

e podem fundamentar a reflexão sobre a efetividade das ações por ele propostas e favorecer o aperfeiçoamento da prática profissional.

Assim, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de profissionais de Equipes de Saúde da Família quanto ao PMAQ-AB e às possíveis mudanças nos processos de trabalho decorrentes da implementação do Programa.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Utilizou-se da história oral temática, que permite apreender e registrar, em depoimentos escritos, as vivências relatadas por pessoas ou grupos significativos a respeito de um determinado tema⁽¹²⁾. Assim, optou-se por entrevistar integrantes de Equipes Saúde da Família que pudessem narrar suas experiências durante o processo de desenvolvimento do PMAQ-AB em suas respectivas UBS.

CENÁRIO

O estudo foi realizado no município de São Paulo, num distrito administrativo composto de 15 UBS e reconhecido pela ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). A implantação do PMAQ-AB nessas unidades ocorreu a partir da gestão compartilhada, controle social e participação ativa das equipes, que se reuniam diariamente. Todas as unidades possuíam Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e contavam com apoio institucional, pactuado entre a Coordenadoria Regional de Saúde e a Organização Social de Saúde (OS) responsáveis pela gestão desse distrito.

POPULAÇÃO

Foram considerados sujeitos significativos⁽¹²⁾ e selecionados para participar deste estudo todos os integrantes da ESF do referido distrito, que direcionaram o trabalho das equipes nas UBS durante todas as etapas do PMAQ-AB e atuaram no primeiro e no segundo ciclo de adesão ao Programa, etapas iniciadas em 2011 e 2013, respectivamente. A utilização desses critérios no território estudado levou à identificação de seis profissionais – cinco enfermeiros e um médico – provenientes de cinco UBS. Todos foram incluídos na pesquisa e são denominados no texto como E1, E2, E3, E4, E5 e E6. Não houve indicação por parte das equipes de outras categorias profissionais que atuaram na coordenação das ações do PMAQ-AB.

COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre os meses de agosto de 2016 e fevereiro de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas por um dos autores em salas reservadas no local de trabalho de cada participante. As questões que compuseram o roteiro para as entrevistas foram: “Como você avalia o processo do PMAQ-AB nesta UBS?” e “O PMAQ-AB influenciou seu processo de trabalho e o das equipes? De que maneira?”. As entrevistas duraram aproximadamente 1 hora, foram gravadas em arquivos de áudio e transcritas, na íntegra, pelos pesquisadores.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise dos dados obedeceu às seguintes etapas: 1. leitura e releitura do material transcrito, em busca de eixos norteadores para a organização das informações; 2. textualização dos depoimentos, por meio da incorporação das perguntas realizadas durante as entrevistas às falas dos narradores e da aproximação dos textos das narrativas que se referiam ao mesmo tema; 3. codificação dos trechos dos depoimentos, de acordo com os temas neles abordados, para a identificação dos núcleos de sentido; e 4. análise do conteúdo dos depoimentos e definição dos agrupamentos temáticos, segundo modelo de análise temática proposto por Minayo⁽¹³⁾. Para a construção de categorias temáticas e analíticas, foram avaliadas a similaridade, pertinência e equivalência entre os temas encontrados por meio do processo de codificação efetuado.

Da análise dos depoimentos, emergiram duas categorias: O PMAQ-AB e os processos de trabalho nas UBS e O PMAQ-AB e a gestão da informação em saúde, as quais foram apresentadas, interpretadas e discutidas à luz da literatura científica sobre o tema.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o parecer n.º 1.402.862 e Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, parecer n.º 1.473.641.

RESULTADOS

Os entrevistados, cinco do gênero feminino e um do masculino, tinham, em média, 50 anos de idade, 19 de formação no ensino superior e 12 de atuação na ESF. Três deles eram especialistas em Saúde da Família, e o tempo médio de atuação naquelas UBS, no momento da entrevista, era de 8 anos e meio.

O PMAQ-AB E OS PROCESSOS DE TRABALHO NAS UBS

A maioria dos depoentes apontou a utilização das informações obtidas por meio do Programa para fundamentar o planejamento nas UBS.

A gente faz o planejamento todo o início de ano, (...) a gente já deixa reservada uma data de reavaliação do que está acontecendo: O que você está conseguindo atingir?, O que você não conseguiu atingir?, O que andou?, O que ficou parado?, O que dá para melhorar?, Onde precisa melhorar?. Com essas informações do PMAQ, a gente alimentou muita coisa que supriu melhor esse resultado (E5).

No final do ano, a gente sempre revê, pega todas as planilhas, vê quem passou, quem não passou, porque não passou (...). A gente tem tudo mapeado. (...) as internações, os óbitos, as causas, hipertensão novo. (...) Em cima disso, fica fácil você planejar (E4).

Os sujeitos apresentaram opiniões divergentes quanto à influência do PMAQ-AB na organização do serviço. Alguns deles afirmaram que o desempenho dessa função

administrativa se tornou mais fácil com a implantação do Programa, diferentemente da Entrevistada 3, que foi mais cautelosa ao estabelecer essa relação no seu local de trabalho.

A gente usa as planilhas para tudo, elas ajudam na organização do trabalho (E1).

O PMAQ foi organizador para a equipe, porque você passa a ter um conceito diferente de tudo, a organizar o trabalho o tempo todo (E6).

Para a Unidade e para as equipes, o Programa ajudou na organização, porque cada um fazia do jeito que queria e, aí, padronizou. Mesmo fazendo o que eu quero, eu estou padronizada e, dentro desse padrão, eu desenvolvo a melhor forma de manter esse serviço (E4).

Como equipe, a gente tentou se organizar, mas há outros setores da Unidade que também mudaram, e você não sabe se o que mudou, por exemplo, se melhorou, foi impacto do Programa ou não (E3).

Segundo os entrevistados, o PMAQ-AB contribuiu para a direção das equipes nas UBS.

Eu acho que [o PMAQ-AB] deu foco, direção, direcionamento para nós que estamos aqui. Nisso nós éramos até questionados [pela equipe]: Por que vocês pegam tanto no pé? (E2).

Eu sou bem caxias mesmo, de planilhar, de ver, eu não tive dificuldade nenhuma de implementar [o Programa], nem de dar seguimento. A gente acaba definindo prioridades em cima disso. (...) o serviço do ACS não tinha contrarreferência da equipe, ele não sabia (o que estava acontecendo). Eu mandava chamar a gestante, ele não tinha interesse. Ele começou a ficar interessado porque começou a enxergar que a gestante não vem, porque eu cobro que a gestante não veio, ele vai ter que ir lá avisar a gestante, o hipertenso (E4).

O aumento do controle das atividades realizadas nas UBS, em decorrência do PMAQ-AB, foi apontado pela maioria dos depoentes, assim como os benefícios dessa prática para o acompanhamento do trabalho e a busca de soluções.

Hoje nós temos planilhas de pacientes com o uso de psicotrópicos, por exemplo, bem-controlada. Hoje eu faço acompanhamento dos adolescentes. Eu vejo que algumas equipes não têm. Isso é um trabalho da nossa equipe que eu vejo que está engatinhando, mas eu tenho uma boa resposta, eu consigo visualizar o nosso trabalho (E2).

A gente fazia muita coisa e, às vezes, não tinha muita noção do que estava acontecendo de verdade. E com as planilhas você tem um acompanhamento muito melhor. (...) isso facilitou muito pra gente, ajudou a enxergar as adequações que a gente precisa fazer (E5).

As pastilhas que a gente montou de PMAQ, que a gente abastece todo dia, toda semana, com as diferenças, é ali que a gente sabe... a gente sabe que pelo PMAQ, por todos esses controles que a gente tem, que a gente consegue investir mais no que a população precisa (E1).

Eu acho que foi melhor depois do PMAQ, porque a gente se situou mais em relação ao que a gente falha. E onde estava a falha, a gente tenta resolver (E6).

Segundo os entrevistados, a implementação do PMAQ-AB favoreceu a reflexão dos integrantes das equipes e impulsionou mudanças no trabalho que realizavam nas Unidades.

Com o PMAQ, o meu trabalho de enfermeira mudou. Eu vejo melhoras que, no dia a dia, muitas vezes a gente não consegue valorizar. Mas, ao longo do tempo, você fala: Passei esse ano. O que eu fiz? O que eu deixei de fazer?. Essa reflexão faz a gente melhorar (E2).

O PMAQ me faz lembrar de várias coisas que a gente tem que correr atrás. Não, isso não está legal ainda, a gente tem que resolver, tem que ir atrás disso (E6).

Às vezes a gente quer fazer uma coisa nova, porque não está dando certo, (...) aí começam as ideias. E os que mais têm ideias são os agentes, porque eles todos os dias estão lá, vendo [os usuários e o território]. Aí você tem aquela ideia, e eles dizem: Não vai dar certo porque é isso e isso. (...) Não é porque eles não querem fazer, é porque naquele momento não dá para fazer porque outra coisa está acontecendo. A gente faz isso (E4).

Parte dessas mudanças, de acordo com a maioria dos entrevistados, referiu-se à percepção do valor do trabalho pelos membros das equipes, especialmente pelos ACS, que antes do Programa não tinham essa visão.

O ACS não sabe que aquilo que ele faz tem um impacto global, então você tem que trabalhar a cabeça dele. Para eles é uma questão mais difícil, eu acho, e que precisa ser estimulada de alguma forma (E3).

O fato de um hipertenso não vir [à UBS] e estar sendo tratado lá fora, para ele [o ACS] estava ótimo, porque ele não tinha crítica... [Mas] se uma jovem em idade fértil, hipertensa, morre lá, vão vir atrás da gente, não adianta, e eles viram isso. [Agora] eles não sabem trabalhar sem planilha e passaram a enxergar a importância do trabalho deles (E4).

O Programa ajuda o ACS a perceber a importância do próprio trabalho e, com isso, a equipe fica fortalecida também (E6).

De fato, ninguém percebia que fazia algumas coisas, porque [o trabalho] era muito rotineiro, habitual. O Programa ajudou bastante, porque mostrou algumas coisas que a gente não enxergava e, com isso, a gente conseguiu valorizar nosso trabalho (E2).

Essa visibilidade do trabalho, decorrente da participação no Programa, favoreceu o empoderamento das equipes, segundo a Entrevistada 2, e ofereceu respaldo aos seus integrantes.

Nós trabalhávamos sempre, mas, muitas vezes, nós não conseguíamos nos certificar e apoderar do nosso trabalho, porque não havia dados, não tinha planilha para o acompanhamento adequado. Com o Programa, isso melhorou muito, mas eu acredito que [ele] ainda poderia nos respaldar melhor (E2).

Não tem jeito, mesmo com tanta planilha e com tanta coisa pra escrever, é no PMAQ que a gente está respaldada (E1).

Assim, de acordo com a Entrevistada 4, as equipes tornaram-se autônomas para decidir e incorporar as mudanças que surgiram com o desenvolvimento do PMAQ-AB.

Desde que a gente começou o PMAQ, eu falo pra minha equipe que eles são gerentes do território deles, porque isso é importante pra eles. A gente tem até um lema na nossa equipe que é assim: Você sabe por que você é da Área 1?, e eles respondem: Porque a Área 1 decide!. (...) Eles têm autonomia para decidir dentro do território e trazer a resposta pra gente (E4).

Os depoentes também afirmaram que o Programa facilitou o trabalho em equipe e entre equipes nas Unidades e destacaram a integração decorrente da autoavaliação.

A princípio, ficamos em dúvida se era mais uma coisa para dar trabalho e não trazer resultados, mas depois percebemos que a própria implementação do Programa acabou surtindo um bom efeito no trabalho da equipe (E5).

O preenchimento das planilhas foi trabalhado com a equipe com muita dificuldade, mas valeu a pena. As agentes tinham mais dificuldades, mas todo mundo foi se juntando, um estruturando o outro, e deu certo (E1).

As equipes caminham todas juntas, e eu acho que isso é consequência do PMAQ (E6).

A gente leu em equipe todo o aquele livro do PMAQ, o AMAQ, e foi respondendo, todo mundo junto, para ir chegando a um consenso quanto às nossas notas. Foi legal (E6).

A gente percebia que, às vezes, as pessoas olhavam para direções muito diferentes umas das outras e a gente precisa olhar em uma direção só. Durante a autoavaliação, essa integração é grande, isso é fundamental (E5).

O PMAQ-AB E A GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os ACS foram apontados pelos depoentes como os principais atores do processo de aquisição de informações nas UBS. Os sujeitos mencionaram, ainda, a necessidade de conscientização desses profissionais quanto à importância do trabalho que realizam.

Quem traz o levantamento [de informações] são elas [as ACS]. (...) E é em cima disso que a gente vai trabalhando (E1).

São eles [os ACS] que trazem esse levantamento [de informações]. Eu acho que eles não têm conhecimento da importância disso, não sabem o porquê. Se a gente chamar a atenção, eles podem se conscientizar do trabalho deles (...) e dessa forma a gente aproxima eles do processo de trabalho (E6).

A equipe também foi descrita como importante fonte de aquisição e compartilhamento de informações nas UBS. (...) a equipe levanta esses dados e passa para outro setor da UBS, que (os) consolida (E3).

Os depoimentos trouxeram as dificuldades apresentadas pelos profissionais quanto à organização de informações nas Unidades. Foram mencionados como agravantes o número excessivo de planilhas e a sobrecarga de trabalho.

Planilha, mais planilha, mais planilha. E está sempre aumentando, não tem jeito. (...) É tanta coisa que tem que escrever... (E1).

O que dificulta um pouco é a gente conseguir alimentar essas planilhas. (...) A gente faz reunião de equipe semanal, e tem um monte de coisas para discutir e um monte de coisas para alimentar. Você não consegue alimentar no dia a dia, então às vezes falta um pouco de perna, mas a gente vai adequando (E5).

Criar planilhas é fácil. Alimentar planilhas é a coisa mais difícil que a gente tem que fazer, porque o nosso trabalho não é linear (E3).

O interesse pessoal dos profissionais em organizar os dados e a necessidade de compreensão da utilidade desse processo também foram abordados pela Entrevistada 3.

[A dificuldade de] alimentação [das planilhas] é um problema importante. (...) Isso depende do seu interesse pessoal, se você tem interesse pessoal em fazer isso, você monta, elabora, faz. Acho que para o agente comunitário fica a questão de eles não terem noção do resultado do trabalho deles (E3).

Diante dessas dificuldades, os entrevistados buscaram maneiras de facilitar a organização de informações, como demonstram os excertos a seguir:

Tem equipe que alimenta (as planilhas) na reunião, tem equipe que procura alimentar todo dia. As equipes que ficam até o último período acabam tendo uma facilidade maior das 16h00 às 18h00, porque o movimento é muito menor. Mas as equipes que entram às 7h00... 7h00 o negócio ferve! Meio-dia você tem as consultas. Então, falta tempo até para fazer a estatística. Nesse sentido, eu acho que precisa identificar as diferenças entre as equipes e como elas podem conduzir esse processo para ter o retorno (E5).

Quando as VD [visitas domiciliares] estão adiantadas, damos uma adiantada (no preenchimento das) planilhas (E5).

Os protocolos que têm que ser criados e alimentados por toda a UBS, não pode deixar muito a critério só de uma equipe (E3).

A falta de padronização na organização dos dados foi mencionada pela Entrevistada 6.

Enfermeiro adora uma planilha [risos]. E a gente vai acumulando um monte de cadernos, livros, tudo tem que ter uma planilha, a gente tem esse jeito. Se você perguntar para qualquer uma das enfermeiras, cada uma tem o seu jeito de anotar diferente. Mas todo mundo tem a sua situação organizada e o PMAQ facilitou isso (E6).

Segundo a Entrevistada 3, o armazenamento e a recuperação de informações propiciaram a ampliação da visão dos profissionais quanto ao serviço oferecido e às necessidades e possibilidades de melhoria.

Eu gosto de dados. (...) Muitas vezes você não tem uma visão clara, e o número é uma das melhores maneiras de você enxergar porque não está conseguindo fazer as coisas. (...) têm muitos dados que você poderia colher e guardar e que serviriam, no futuro, para fazer coisas comparativas, índices. Eu acho que isso é muito produtivo (E3).

Já a Entrevistada 6 apontou a dificuldade de recuperar determinadas informações, mesmo na vigência do Programa.

A primeira vez que eu fui entrevistada no PMAQ, (...) eu lembro, até hoje, um dos questionamentos: Vocês têm noção de quantos preservativos masculinos na sua área foram retirados?. Eu falei: Não tenho, e ele disse: Mas tem que ter isso. Da minha equipe, não tem como eu saber (E6).

Foi unânime entre os entrevistados a percepção sobre a fragilidade da disseminação de informações nas UBS. Os depoimentos demonstraram a utilização limitada dos dados

referentes aos resultados, obtidos pelas equipes, como retroalimentadores da prática profissional.

O grande problema, independente de existir PMAQ ou não, é que nós juntamos dados, mas os dados não voltam pra gente. Esse ciclo a gente não consegue fazer. Não tem um boletim de melhora ou de piora: Olha, no município, na nossa área, melhorou isso, piorou aquilo. Você fica sem ter uma avaliação do resultado do seu trabalho. (É) impessoal, é muito solto. Se eu não tenho índices sobre os quais trabalhar, como é que eu vou trabalhar esses índices na minha região? Como eu vou fazer as contas da minha área? São dados que a gente levantou, que foram para algum lugar, mas não tem agilidade nesse retorno. (...) A gente precisa ver os resultados (E3).

Por esse motivo, segundo os entrevistados, os integrantes das equipes passaram a questionar a utilidade da gestão dessas informações nas Unidades.

A gente faz essas planilhas, mas, às vezes, não sabe muito bem a finalidade disso. (...) É importante saber qual é a finalidade e por que é importante fazer daquela forma, eu sempre tento trabalhar assim (E2).

DISCUSSÃO

A participação do profissional de nível superior nos dois ciclos do PMAQ-AB como critério de seleção deste estudo revelou, indiretamente, a rotatividade dos médicos nas ESF. Pesquisa sobre o tema identificou maior rotatividade de médicos nas regiões Sudeste e Sul do Brasil em decorrência do mercado de trabalho mais concorrido, modelo de gestão por OS, oferta de maiores salários e diferentes estímulos para a atração desses profissionais⁽¹⁴⁾.

Estudo com 17.482 ESF que aderiram ao PMAQ-AB em 3.972 municípios brasileiros destacou a “posição diferenciada do enfermeiro na equipe da AB, apontando para a ampliação dos limites de atuação profissional e agregando as atividades administrativas às práticas da assistência direta ao usuário”. O enfermeiro tem assumido “papel de autoridade cognitiva na passagem de informações sobre os processos de organização do trabalho” vinculado ao PMAQ-AB⁽¹⁵⁾, assim como demonstra o presente estudo.

A institucionalização da avaliação é um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Os processos de avaliação sistematizados podem e devem subsidiar a gestão em suas dimensões de planejamento, execução, monitoramento, decisões político-institucionais, alocação de recursos e construção de diretrizes capazes de aumentar a eficiência e efetividade da AB e das Redes de Atenção do SUS⁽¹⁸⁾.

É essencial refletir sobre a qualidade dos serviços de AB, considerando sua função estrutural num sistema de saúde responsável pela resolutividade e coordenação do cuidado em toda a rede de serviços. Práticas inovadoras têm sido utilizadas para a qualificação de ações em prol da qualidade, como demonstrou um estudo norte-americano, realizado com profissionais de serviços de cuidados primários, que identificou a presença de equipe ampliada, atuação de profissionais leigos no apoio ao autocuidado, manejo de doenças crônicas e orientações de saúde, direcionamento de atividades médicas,

autonomia dos profissionais e atuação sob protocolos, trabalho em comunidade, entre outras ações⁽⁷⁾.

O presente estudo revelou dados semelhantes, na medida em que os profissionais valorizaram o trabalho em equipe e reconheceram, de forma unânime, a importância estratégica do ACS como elo entre a comunidade e as equipes, sua assertividade na coleta de dados em saúde para os processos de avaliação e a autonomia que adquiriram ao tomarem consciência do próprio trabalho, por intermédio do PMAQ-AB. O texto recém-lançado, que altera a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽¹⁾, flexibiliza a presença do ACS nas ESF e confere-lhe novas atribuições, como aferição de pressão arterial e glicemia capilar, reacendeu a discussão acerca do trabalho do ACS. A despeito da importância desse profissional para a AB, essas deliberações podem descharacterizar sua atuação e, ao longo do tempo, diminuir sua presença nas equipes.

Houve convergência com os resultados de um estudo realizado em Campinas, SP, sobre os modos de produção do trabalho e o desempenho dos trabalhadores a partir da proposta do PMAQ-AB e seus documentos-base. A implementação do Programa no âmbito assistencial, a democracia da gestão, a remuneração e a motivação dos profissionais, as relações de avaliação de desempenho dos trabalhadores, a reflexão sobre autonomia e o protagonismo no trabalho foram os principais assuntos discutidos⁽¹⁹⁾, sendo os três últimos os que mais se assemelham aos achados do presente estudo.

O olhar para a prática cotidiana de forma sistematizada, incentivado pelo PMAQ-AB, permite aos profissionais identificar redirecionamentos necessários, como sujeitos integrados ao funcionamento do SUS. A partir dos resultados, foi possível notar, nas UBS estudadas, potencial para que os processos de trabalho estejam mais diretamente relacionados às necessidades prioritárias de produção de ações em saúde. Garantir a autonomia das equipes favorece a influência dos aspectos sociais, culturais, históricos e políticos nos processos de trabalho e na relação com a comunidade assistida, em busca dos resultados almejados.

Considerando a gestão do processo de trabalho na AB, faz-se necessário criar alternativas para superar práticas fragmentadas e mitigar a desconexão entre formuladores e executores das ações em saúde, a trivialidade da repetição de tarefas, a sobrecarga de trabalho, o caráter punitivo da fiscalização por desempenho, a fragilidade de comunicação entre níveis de gestão e assistência e os desafios no aprimoramento da prática a partir dos resultados das avaliações⁽¹⁸⁾.

Processos de trabalho centrados num “modelo assistencial produtor de saúde” devem “tomar por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade”⁽⁴⁾. Nesse sentido, os trabalhadores que compuseram este estudo avaliaram que, com a implantação do PMAQ-AB, passaram a ter lugar na agenda das equipes o diálogo, a reflexão e a construção coletiva de estratégias para as demandas dos usuários e da comunidade.

Todos os narradores associaram o PMAQ-AB à gestão da informação em saúde, que compreende os fluxos de utilização dos dados e sua articulação com o processo decisório

e avaliativo do trabalho⁽²⁰⁾. Resultado semelhante foi encontrado num estudo sobre PMAQ-AB, realizado em Natal, região Nordeste, que identificou a organização do trabalho e dos registros como duas das principais mudanças advindas do Programa⁽¹¹⁾.

A percepção mais premente dos entrevistados, também destacada num estudo sobre insatisfação profissional⁽²¹⁾, referiu-se à sobrecarga de trabalho decorrente da coleta de dados e do preenchimento de planilhas, mesmo que se reconheça a importância dessas informações para a avaliação das necessidades da comunidade, dos resultados das ações realizadas e das possibilidades de melhorias⁽⁸⁾. Também houve unanimidade quanto à fragilidade na disseminação das informações produzidas pelas equipes na própria UBS, limitando o potencial de melhoria no acesso e qualidade objetivados pelo Programa, além do risco de desmobilizar a equipe que não consegue visualizar os resultados alcançados.

Um estudo⁽¹¹⁾ apontou o incentivo financeiro às equipes participantes do PMAQ-AB como estratégia positiva para a motivação dos profissionais. No entanto, a contratualização realizada no município de São Paulo não previu tal remuneração adicional aos trabalhadores, o que denota as disparidades na gestão municipal da AB no Brasil.

A AB foi idealizada com a perspectiva de planejar e executar ações baseadas no diagnóstico do território e nas necessidades de saúde da população. Para tanto, fundamenta-se nas premissas da gestão da informação, a fim de garantir a qualidade do cuidado prestado às pessoas e à comunidade, integrar as atividades assistenciais e de gestão e potencializar os resultados dos serviços. Nesse sentido, destaca-se o uso do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como ferramenta gerencial dos Sistemas Locais de Saúde. Criado em 1998, esse sistema incorporou, em sua formulação, conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária⁽²²⁾.

Resultados referentes ao uso do SIAB, a partir da implantação do PMAQ-AB, demonstraram a necessidade de investir em recursos tecnológicos e em formação e incentivo aos profissionais e gestores, para o uso da informação no cotidiano de trabalho e planejamento⁽²³⁾. Em 2013, o SIAB foi gradativamente substituído pelo Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica (SIS-AB)⁽²⁴⁾, estratégia do Ministério da Saúde (MS) para ampliar e melhorar a disponibilidade de informações necessárias ao planejamento e avaliação de ações em todo o território nacional, e tornou-se o sistema de informação vigente em todo o país a partir de 2016⁽²⁵⁾.

Os resultados deste estudo mostraram que, gradativamente, os profissionais das equipes de saúde estão incorporando a gestão das informações decorrentes do PMAQ-AB para apoiar o planejamento de suas ações e como forma de qualificar os processos técnicos e administrativos sob sua responsabilidade. Quiçá, desta forma, estejam priorizando demandas mais urgentes ou antes negligenciadas, construindo intervenções possíveis para as realidades locais e contribuindo para o melhor funcionamento do sistema de saúde como um todo.

Destaca-se que o município de São Paulo, lócus deste estudo, opta pela utilização de um sistema próprio de gestão

de informações, que caminha para a transferência parcial de dados e integração com o sistema oficial do MS. Tal fato pode explicar parte da percepção dos participantes desta pesquisa quanto à falta de padronização e organização no processo de gestão da informação. As variáveis estrutura tecnológica, utilização de sistemas de informação, incluindo prontuário eletrônico, uso e disponibilidade de informações nos sistemas, entre outras, foram relacionadas num estudo que avaliou a incorporação tecnológica no âmbito do PMAQ-AB. Os municípios mais populosos das regiões Sul e Sudeste apresentaram maior incorporação tecnológica, associada a melhores resultados no desempenho das ESF no Programa⁽²⁶⁾.

Constatamos, por meio dos resultados sobre o trabalho das equipes, a partir da implantação do PMAQ-AB, que as etapas do Programa, principalmente a autoavaliação, têm propiciado reflexões e conhecimento sobre a atuação das próprias equipes e impulsionado melhorias na qualidade e convergência das ações em busca das metas pactuadas com a gestão da UBS. Também é relevante a percepção de que houve melhora na relação entre os profissionais, valorização pessoal e autonomia com que os profissionais exercem suas atividades, fatores que contribuem para a satisfação profissional e a qualidade do serviço oferecido aos usuários^(11,21).

Um estudo realizado em sete países da Europa avaliou a satisfação de profissionais de equipes de cuidado primário e, embora voltado especificamente à categoria médica e caracterizado pela diversidade de modelos e serviços, demonstrou maior satisfação profissional quanto maior o tempo de atuação, o trabalho em redes integradas de serviços de cuidado primário e o acesso e troca de informações com profissionais de atendimento especializado⁽²⁷⁾. Esse estudo indicou, ainda, o aumento da autonomia e do conhecimento como consequência da prática profissional, da existência de espaços de troca de conhecimentos com outros profissionais, de devolutivas sobre o cuidado prestado e do uso de informações do paciente para fundamentar o cuidado integrado^(9,27). A relevância do compartilhamento de informações também foi apontada no presente estudo, especificamente com relação ao serviço oferecido e às necessidades de melhorias nas unidades, o que representa um desafio a ser enfrentado pelas equipes, e é crucial para que a aquisição e organização de informações impactem a qualidade do serviço.

Além da disponibilidade de espaços de troca, a formação de profissionais também propicia bons resultados, segundo estudo realizado na Escócia com equipes de cuidado primário, que consistiu na implantação de um projeto-piloto para avaliar a qualidade do cuidado e foi conduzido de forma

colaborativa por 2 anos. Os resultados desse estudo impactaram a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos pelos profissionais, a atribuição de importância ao ambiente de trabalho e cuidado onde estavam inseridos e à devolutiva sobre o cuidado oferecido, a qualidade dos protocolos e o uso de sistemas de registro de informações do paciente⁽¹⁰⁾, experiências que apontam um caminho para a compreensão, por parte das equipes, da necessidade de gerenciar informações nas unidades, fragilidade identificada pelos depoentes do presente estudo.

De modo semelhante, Portugal, no esforço de reestruturar o cuidado primário, focalizou o trabalho em equipe, o número reduzido de pessoas sob responsabilidade da equipe, os serviços informatizados e bem estruturados, o estabelecimento de metas, objetivos e planos de ação com autonomia de gestão técnico-assistencial, a qualidade no acesso e na assistência e a satisfação de profissionais e trabalhadores⁽²⁸⁾.

Por fim, apesar das diferenças entre os países citados, há elementos comuns que subsidiam a estruturação da AB, a organização dos processos de trabalho e a precisão dos critérios de avaliação, os mesmos que se têm buscado no Brasil.

Pelo fato de o desenho metodológico não pressupor generalizações, pode-se apontar como limitações do estudo que os resultados representam experiências locais de um distrito administrativo e as estratégias ali adotadas para implementação do PMAQ-AB. Digressões sobre a temática do estudo no âmbito nacional ou internacional devem considerar as possíveis influências de cada conjuntura.

CONCLUSÃO

No Brasil, a avaliação é pouco incorporada aos serviços, tornando-se algo mais burocrático, pouco utilizada para as decisões e formação dos profissionais. Para tanto, faz-se necessária a institucionalização de processos avaliativos com o objetivo de qualificar e organizar um modelo de atenção básica de saúde com maior resolutividade. O presente estudo aponta que o PMAQ-AB representa um avanço nesse sentido.

A percepção dos profissionais acerca do PMAQ-AB indica melhorias diretas nos processos de trabalho das equipes e na gestão das informações em saúde, pois tem permitido reflexão, autoavaliação, planejamento, integração entre os profissionais e convergência nas ações realizadas pela equipe. Por outro lado, aponta a sobrecarga de trabalho, a grande quantidade de informações a serem coletadas e as fragilidades na disseminação dos resultados para as equipes como fatores que limitam o potencial do Programa de qualificar as ações na AB.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção de profissionais de Equipes de Saúde da Família quanto ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e às possíveis mudanças nos processos de trabalho decorrentes da sua implementação. **Método:** História oral temática com integrantes de equipes de Unidades Básicas que participaram dos dois primeiros ciclos do Programa em São Paulo. **Resultados:** Participaram seis integrantes de equipes. Os profissionais descreveram a utilização de informações para fundamentar o planejamento, divergiram quanto às mudanças na organização do serviço e identificaram contribuições para a direção das equipes e o controle das atividades. A implementação do Programa propiciou mudanças na prática profissional e favoreceu a autonomia e o trabalho em equipe. Os Agentes Comunitários de Saúde destacaram-se no processo de coleta de informações, e as equipes apresentaram dificuldades para organizá-las. O armazenamento e a recuperação de informações contribuíram para ampliar a visão dos profissionais

quanto ao serviço, e os entrevistados criticaram a fragilidade da disseminação de informações nas Unidades. **Conclusão:** A despeito de suas limitações, o Programa propiciou melhorias diretas no trabalho das equipes na Atenção Básica.

DESCRITORES

Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Gestão da Informação em Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de profesionales de Equipos Sanitarios de la Familia en cuanto al Programa Nacional de Mejoría del Acceso y la Calidad de la Atención Básica y a los posibles cambios en los procesos laborales consecuentes de su implantación. **Método:** Historia oral temática con integrantes de equipos de Unidades Básicas que participaron en los dos primeros ciclos del Programa en São Paulo. **Resultados:** Participaron seis integrantes de equipos. Los profesionales describieron la utilización de informaciones para fundamentar la planificación, divergieron en cuanto a los cambios en la organización del servicio e identificaron los aportes para la dirección de los equipos y el control de las actividades. La implantación del Programa proporcionó cambios en la práctica profesional y favoreció la autonomía y el trabajo en equipo. Los Agentes Comunitarios de Salud se destacaron en el proceso de recolección de informaciones, y los equipos presentaron dificultades para organizarlas. El almacenamiento y la recuperación de informaciones contribuyeron a ampliar la visión de los profesionales en cuanto al servicio, y los entrevistados criticaron la fragilidad de la diseminación de informaciones en las Unidades. **Conclusión:** A despecho de sus limitaciones, el Programa proporcionó mejorías directas en el trabajo de los equipos en la Atención Básica.

DESCRIPTORES

Atención Primaria de Salud; Evaluación en Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Administración de los Servicios de Salud; Gestión de la Información en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.
2. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [citado 2017 set. 26];17(4):821-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>
3. Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo; 2013.
4. Chagas HMA, Vasconcellos MPC. When the entrance does not solves: analysis of the health family units in the city of Rio Branco. Saúde Soc [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 4]; 22(2):377-88. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/en_v22n2a10.pdf
5. 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) - terceiro ciclo: manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2017 mar. 8]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
6. 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 [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2018 jul. 10]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_programa_acesso_atencao_basica_site.pdf
7. Wagner EH, Flinter M, Hsu C, Cromp D, Austin BT, Etz R, et al. Effective team based primary care: observations from innovative practices. BMC Fam Pract [Internet]. 2017 [cited 2017 May 18];18:13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5289007/>
8. Bailie R, Matthews V, Brands J, Schierhout G. A systems-based partnership learning model for strengthening primary healthcare. Implement Sci [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 08];8:143. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878728/>
9. Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jarusevicene L, Vehko T, et al. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. BMC Fam Pract [Internet]. 2014 [cited 2017 May 13];15(128). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4083126/>
10. Bowie P, Halley L, Blamey A, Gillies J, Houston N. Qualitative evaluation of the Safety and Improvement in Primary Care (SIPC) pilot collaborative in Scotland: perceptions and experiences of participating care teams. BMJ Open [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 19];6:e009526. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4735198/>
11. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Júnior JOS, Oliveira KKD, Freitas RJM, Silva WF. Changes offered by the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. Saúde Soc [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 04];25(3):821-29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
12. Meihy JCS, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2010.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. Saúde Debate [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 05];39(106):637-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300637&script=sci_abstract&tlng=pt
15. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contrato PC, Andrade MAC, Lima RCD. The nurse's work in primary health care. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 2];20(1):90-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0090.pdf
16. Carvalho ALB, Shimizu HE. The institutionalization of monitoring and evaluation practices: challenges and prospects in the view of the Brazilian National Health System managers. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 8];21(60):23-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/en_1807-5762-icse-1807-576220150817.pdf

17. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. User satisfaction with primary health care by region in Brazil: 1st cycle of external evaluation from PMAQ-AB. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2017 June 19];22(6):1829-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1829.pdf
18. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 3];39(107):1033-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01033.pdf>
19. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 30];37(98):416-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a05v37n98.pdf>
20. Santos CD, Valentim MLP. As interconexões entre a gestão da informação e a gestão do conhecimento para o gerenciamento dos fluxos informacionais. *Perspect Gestão Conhec* [Internet]. 2014 [citado 2017 maio 13];4(2):19-33. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>
21. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Job dissatisfaction among health professionals working in the Family Health Strategy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 5];26(3):e2500016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/en_0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf
22. Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMC. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 2];20(3):947-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00947.pdf>
23. Cavalcante, RB, Bernardes MFVG, Gontijo TL, Guimarães EAA, Oliveira VC. Sistema de Informação da Atenção Básica: potencialidades e subutilização no processo decisório. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2017 fev. 16];18(3):460-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4836/483649281006.pdf>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1976, de 12 de setembro de 2014. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013. *Diário Oficial da União, Brasília, 15 set. 2014. Seção 1, p. 53.*
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 2015. Seção 1, p. 668.*
26. Santos AF, Sobrinho DF, Araújo LL, Procópio CSD, Lopes EAS, Lima AMLD, et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2017 jul. 9];33(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00172815.pdf>
27. Sanchez-Piedra CA, Jarusevicene L, Prado-Galbarro FJ, Liseckiene I, Sánchez-Alonso F, García-Pérez S, et al. Factors associated with professional satisfaction in primary care: results from EU primicare project. *Eur J Gen Pract.* 2017;23(1):114-20.
28. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 2017 abr. 26];33(3). Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a05v33n3>

