

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

EMANUELA DO SOCORRO ROCHA

**GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM PICOS-PIAUI:  
RESULTADOS DA AUTOAVALIAÇÃO DO PMAQ-AB**

PICOS-PIAUI

2015

EMANUELA DO SOCORRO ROCHA

**GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM PICOS-PIAUI:  
RESULTADOS DA AUTOAVALIAÇÃO DO PMAQ-AB**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Prof. Me. Mailson Fontes de Carvalho.

PICOS-PIAUI

2015

**FICHA CATALOGRÁFICA**

**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí**

**Biblioteca José Albano de Macêdo**

**R672g**Rocha, Emanuela do Socorro

Gestão da atenção básica em Picos-Piauí / Emanuela do Socorro Rocha. – 2015.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (47 f.)

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2015.

Orientador(A): Profº. Ms. Mailson Fontes de Carvalho.

1. Atenção Básica à Saúde 2. Gestão em Saúde. 3. Atenção

EMANUELA DO SOCORRO ROCHA

**GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM PICOS-PIAÚÍ:  
RESULTADOS DA AUTOAVALIAÇÃO DO PMAQ-AB**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Prof. Me. Mailson Fontes de Carvalho.

Data de Aprovação: 02 / 07 / 15

**Banca Examinadora:**

Mailson Fontes de Carvalho

Prof. Me. Mailson Fontes de Carvalho (Orientador)

Universidade Federal do Piauí-UFPI

Wevernilson Francisco de Deus

Prof. Esp. Wevernilson Francisco de Deus (1º Titular)

Universidade Federal do Piauí-UFPI

Maria Valdete de Lima

Enfermeira Esp. Maria Valdete de Lima (2ª Titular)

Secretaria Municipal de Saúde-SMS, Ipiranga-PI

Dedico este trabalho aos meus pais Anísio Francisco da Rocha e Rita Maria da Rocha pela paciência e incentivo constante durante a pesquisa e aquelas pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu chegasse até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus ser único e supremo, por ter me proporcionado coragem, saúde e sabedoria suficiente para a realização desta pesquisa.

Aos meus amados pais Anísio Francisco da Rocha e Rita Maria da Rocha por estarem sempre ao meu lado, apoiando e incentivando de forma incondicional em todos os momentos da pesquisa.

Aos amigos e amigas presentes em minha vida por me proporcionarem momentos alegres e descontraídos diante de tamanha preocupação e por acreditarem no meu potencial durante a realização deste trabalho.

As amigas de sala de aula Flávia Nunes Barbosa e Priscila de Sousa e Silva, por compartilharem comigo de momentos semelhantes, sempre me aconselhando e estimulando no decorrer do curso e da pesquisa.

Ao meu orientador Mailson Fontes de Carvalho pelo auxílio, paciência e mais do que pelos conhecimentos repassados, por instigar e inspirar a busca deles.

Aos professores do curso dentre os quais destaco Marília Braga Marques que além de docente foi uma amiga, conselheira e competente profissional enfermeira.

Aos profissionais que aceitaram participar da banca examinadora de análise deste trabalho, pela disponibilidade, confiança e contribuição para minha formação acadêmica.

A todos que acreditaram e torceram por mim, meu muito obrigada!

*O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.*  
(José de Alencar)

## RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de Julho de 2011, sendo produto de negociação entre as três esferas de gestão do SUS e visando o enfrentamento de problemas que afetam a qualidade da Atenção Básica por meio de soluções que priorizam e qualificam o atendimento em saúde. Apresenta-se organizado em quatro fases que se complementam formando um ciclo contínuo de atividades que são constantemente aperfeiçoadas de acordo com os seus resultados: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização. Inserida na fase de desenvolvimento, a autoavaliação, é uma estratégia fundamental do programa, para o seu desenvolvimento o Ministério da Saúde criou a ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), nela são respondidas perguntas a respeito das seguintes Dimensões: Gestão Municipal; Gestão da Atenção Básica; Unidade Básica de Saúde; Educação Permanente; Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. Objetivou-se através do presente estudo analisar a autoavaliação realizada pelas Equipes de Saúde da Família acerca da Gestão da Atenção Básica no município de Picos-PI. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com delineamento documental e abordagem quantitativa. Os dados foram coletados nas equipes de Atenção Básica da cidade de Picos-PI que haviam aderido ao PMAQ-AB, totalizando um quantitativo de 26 equipes. Os resultados atribuídos na AMAQ-AB foram inseridos e contabilizados em plataforma Microsoft Excel, 2010, analisados através de estatística descritiva. Foram atribuídas notas de 0-10 para cada padrão, classificando as equipes de acordo com orientações da ferramenta AMAQ-AB. A classificação geral para a Gestão da Atenção Básica encontrada fora: Muito insatisfatório 1% (N=1); Insatisfatório 5% (N=4); Regular 19% (N=15); Satisfatório 42% (N=32) e Muito satisfatório 33% (N=26). Apesar dos limites da ferramenta, obteve-se por parte das equipes respostas para a atuação da Gestão da Atenção Básica em sua maioria satisfatórias, indicando que a gestão busca cumprir com o seu papel e implanta com frequência mecanismos de Apoio Institucional, Educação Permanente e Monitoramento e Avaliação.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Autoavaliação; Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde.



## ABSTRACT

The National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) was established by decree No. 1,654 GM / MS of 19 July 2011, being the product of negotiation between the three spheres of SUS management and aimed at coping problems that affect the quality of Primary Care through solutions that prioritize and qualify the health care. It presents organized into four phases that complement forming a continuous cycle of activities that are constantly improved according to your results: membership and contracting; development; external evaluation and recontractualização. Inserted in the development phase, self-assessment, is a key strategy of the program for its development the Ministry of Health created the Self-Assessment Tool for Improving Access and Quality of Primary Care (AMAQ), her questions are answered about the following Dimensions: Municipal Management; Primary Care Management; Basic Health Unit; Continuing Education; Working Process and Comprehensive Health Care. The aim is through this study to analyze the self-assessment carried out by Family Health Teams of about Primary Care Management in the municipality of Picos-PI. It is a descriptive, cross-sectional study to document design and quantitative approach. Data were collected in teams of Primary Care in the city of Picos-PI who had joined the PMAQ-AB, totaling a quantity of 26 teams. The results attributed in AMAQ were entered and recorded in Microsoft Excel platform, analyzed using descriptive statistics. 0-10 grades were assigned for each standard, ranking the teams in accordance with guidelines of AMAQ tool. The overall rating for the Primary Care Management found out: Very poor 1% (N=1); Unsatisfactory 5% (N=4); Regular 19% (N=15); Satisfactory 42% (N=32) and Very satisfactory 33% (N=26). Despite tool boundaries, was obtained by the teams answers for the performance of Care Management Basic mostly satisfactory, showing that the management seeks to fulfill its role and deploys frequently mechanisms of Institutional Support, Continuing Education and Monitoring and Evaluation.

**Keywords:** Primary Health Care; Self-evaluation; Health Evaluation; Health Management.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1</b> -Resultado da autoavaliação sobre a subdimensão Apoio Institucional. Picos, 2015.....	32
<b>Gráfico 2</b> -Resultado da autoavaliação sobre a subdimensão Educação Permanente. Picos, 2015.....	36
<b>Gráfico 3</b> -Resultado da autoavaliação sobre a subdimensão Monitoramento e Avaliação. Picos, 2015.....	39
<b>Gráfico 4</b> -Resultado geral da Dimensão Gestão da Atenção Básica. Picos, 2015.....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
AMAQ-AB	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio-Padrão
EAB	Equipe de Atenção Básica
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M	Média
Md	Mediana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PI	Piauí
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	15
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	15
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
<b>3.1</b>	<b>Atenção Básica à Saúde</b> .....	16
<b>3.2</b>	<b>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)</b> .....	18
<b>3.3</b>	<b>Gestão da Atenção Básica no Brasil</b> .....	24
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	27
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b> .....	27
<b>4.2</b>	<b>Local do Estudo</b> .....	27
<b>4.3</b>	<b>Dados da Investigação</b> .....	28
<b>4.4</b>	<b>Coleta e Análise dos Dados</b> .....	28
<b>4.5</b>	<b>Aspectos Éticos</b> .....	29
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	31
<b>5.1</b>	<b>Apoio Institucional</b> .....	31
<b>5.2</b>	<b>Educação Permanente</b> .....	34
<b>5.3</b>	<b>Monitoramento e Avaliação</b> .....	38
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	43
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45
	<b>APÊNDICE</b> .....	49
	<b>ANEXO</b> .....	51

## 1 INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira articulou-se como resposta às reivindicações sociais por um sistema de saúde único e abrangente, que atendesse a todos de forma qualificada, humanizada e eficaz. A saúde não era garantida pelo estado, tampouco vista como prioridade, em um contexto capitalista como o da época o que importava eram os lucros e a política econômica e privatista. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi legalmente estabelecido na constituição de 1988, sendo regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 e a partir de então passou a ser exercido como um direito de todos e dever do estado.

O SUS é, portanto, o oficial sistema de saúde brasileiro, tendo a Atenção Básica (AB) como porta de entrada preferencial. Esta, caracterizada como um conjunto de ações de saúde individual e coletiva, abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde através de uma atenção integral que impacte na situação de vida e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Seu modelo de atenção encontra-se representado atualmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve como principal finalidade reorientar e reorganizar o modelo de AB existente no país (BRASIL, 2012).

A ESF apresenta como premissas: a expansão, qualificação e consolidação das práticas ambulatoriais, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS; ampliação da resolutividade na situação de saúde das pessoas e coletividades; além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Diante das responsabilidades mencionadas, percebe-se a importância e magnitude que tem os serviços de AB no Brasil. De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) (2014), na última década o quantitativo de equipes implantadas aumentou consideravelmente alcançando uma estimativa de cobertura populacional de 118.348.067 pessoas até o ano de 2014 (BRASIL, 2014).

Atentando-se para o fato dos números serem quantitativamente significativos, ainda ficam lacunas no que se refere ao quesito qualidade, pois, próximo à realidade local da vida das pessoas, é nítida as precariedades ainda existentes nos serviços de saúde, a exemplo de estruturas físicas inadequadas, ausência de equipamentos necessários às ações de saúde, rotatividade de recursos humanos, ambiente pouco acolhedor, falta de informação aos usuários, dentre outros fatores, levando a um cuidado fragmentado e fragilizado.

Nesse contexto surge a necessidade da superação destes desafios, em especial, através da busca pela qualidade das ações em saúde. Assim, visando utilizar a avaliação para mensurar a qualidade dos serviços e garantir processos de reflexão direcionada à ação o MS optou pela criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de Julho de 2011, sendo produto de negociação entre as três esferas de gestão do SUS e visando o enfrentamento de problemas que afetam a qualidade da AB por meio de soluções que priorizam e qualificam o atendimento em saúde (BRASIL, 2011a).

De adesão voluntária, o programa apresenta-se organizado em quatro fases que se complementam formando um ciclo contínuo de atividades que são constantemente aperfeiçoadas de acordo com os seus resultados: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2011).

Inserida na fase de desenvolvimento, a autoavaliação figura como uma dimensão estratégica do programa. Esta, é executada através de instrumentos próprios ou utilizando a ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ – AB), onde são apresentados questionamentos a respeito das seguintes Dimensões: Gestão Municipal; Gestão da Atenção Básica; Unidade Básica de Saúde; Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, sendo analisadas também as equipes de saúde bucal e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio de Dimensões, subdimensões e padrões distintos voltados para as referidas áreas (BRASIL, 2013).

A Dimensão Gestão da Atenção Básica, foco desta investigação, destaca-se pelo fato de atuar diretamente junto à equipe e quando não supre as necessidades impostas pelos serviços de saúde pode dificultar sua qualidade repercutindo negativamente na saúde dos usuários. A Gestão da Atenção Básica é uma forma de trabalhar os problemas de saúde encontrados nas áreas delimitadas geograficamente, de modo coerente com a realidade, buscando relacionar as necessidades dos usuários e articulando-se para definir prioridades, obter recursos financeiros e solucionar os problemas por meio de ações reais e concretas direcionadas para os conjuntos sociais.

Dessa forma a Gestão da Atenção Básica possui diversos eixos a serem trabalhados. Em muitos casos, as deficiências encontradas condizem com uma gestão fragilizada e inadequada, que não apoia os profissionais e deixa vazios a serem preenchidos nos serviços de saúde. Ao utilizar a ferramenta AMAQ-AB busca-se analisar onde estão os problemas que

afetam os serviços e que causam prejuízos para a sociedade, podendo assim intervir nos fatores condicionantes e causadores de tais problemas.

Neste trabalho, busca-se apresentar a visão dos profissionais de saúde sobre as subdimensões da Gestão da Atenção Básica, sob a ótica dos resultados apresentados na Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), a fim de conhecer o perfil do trabalho realizado pela Gestão, trazer informações concretas de interesse público e identificar pontos de melhoria no trabalho da Gestão em saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar a Gestão da Atenção Básica no município de Picos-PI sob a perspectiva da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB).

### **2.2 Específicos**

- Avaliar o preenchimento da AMAQ-AB realizado pelas Equipes de Atenção Básica de Picos-PI.
- Identificar o apoio e/ou realização das estratégias de desenvolvimento do PMAQ-AB (Apoio Institucional, Educação Permanente e Monitoramento e Avaliação).
- Apresentar uma análise da atuação da Gestão da Atenção Básica em Picos-PI, sob a ótica da autoavaliação dos profissionais da Atenção Básica.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Atenção Básica à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado oficialmente no país na década de 1990 por meio das leis 8080/90 e 8142/90 que normatizaram sua estruturação inicial. A primeira trata da constituição e organização dos serviços de saúde, além das condições necessárias para o seu funcionamento e a segunda prioriza a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências dos recursos financeiros (BRASIL, 1990). Duas décadas depois, estas normas foram regulamentadas através do decreto 7.508, de 28 de Junho de 2011, o qual apresenta mudanças destinadas à organização da saúde, redefinindo as portas de entrada do SUS, entre as quais está a Atenção Primária e estabelecendo os diversos espaços de saúde (BRASIL, 2011b).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como atenção essencial a saúde, baseada em tecnologias e práticas ofertadas a indivíduos e comunidades, sendo parte integral do sistema de saúde de um país com enfoque central e principal e sendo o primeiro nível de contato dos usuários, levando a saúde o mais próximo possível da vida das pessoas como um primeiro elemento para um processo de atenção a saúde continuada (BRASIL, 1978). Na conferência de Alma Ata ocorrida em 1978 seus princípios foram enunciados e confirmados em consenso com os da OMS, a mesma a partir de então passou a ser amplamente debatida e difundida entre os sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Em sua concepção sobre APS Starfield (2002), afirma que todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais: otimizar a saúde da população e minimizar as disparidades entre os subgrupos populacionais. Assim sendo ela define APS como uma estratégia de reorientar os sistemas de saúde e uma forma de cuidado peculiar e centrada o mais próximo possível da vida das pessoas, atende os problemas mais comuns e determina a continuidade de todos os outros setores da saúde. Em discussão a autora destaca:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim é definida, como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A Atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar (STARFIELD, 2002, p. 30).

No Brasil o termo utilizado para tais concepções é Atenção Básica à Saúde (ABS). O Ministério da Saúde utiliza essa expressão para evitar talvez que seja confundido com o termo APS correspondente a “atenção primitiva de saúde” (PAIM, 2006). A ABS passou a ter maior visibilidade no país a partir da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1980, a partir desse momento foram articuladas configurações para o estabelecimento do SUS e diversos programas passaram a ser criados com a finalidade de reorganizar o modelo de atenção a saúde vigente, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (PAIM, 2006).

O PSF passou a constituir a mais nova forma de reorientar os serviços de atenção básica à saúde, através da busca por um melhor acesso, superação de desigualdades e alcance de equidade. Apontado como uma maneira de solucionar a crise da saúde no país, não necessita de tecnologias sofisticadas e tem como foco principal satisfazer os usuários, diminuindo a demanda hospitalar e constituindo um nível assistencial racional voltado especialmente para a promoção e prevenção das doenças (MACIEL, CALDEIRA e DINIZ, 2014), possui abrangência prioritária e reflete a expansão, consolidação e qualificação da AB por meio de mudanças na rede de atenção à saúde (GARCIA et al, 2014).

Após a discussão e produção de vários documentos o PSF passou a ser considerado não mais como um programa, mas como uma estratégia para a reorganização das práticas assistenciais em substituição ao modelo tradicional orientado para cura de doenças e centrado no hospital, passando então a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). (AGUIAR, 2011). A ESF com seus diversos formatos está inserida no contexto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sua consolidação é essencial para reorganizar a AB o que denota a necessidade de ser constantemente normatizada e atualizada (BRASIL, 2012).

Assim sendo, foi criada a portaria 2.488, de 21 de Outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece novas diretrizes e normas para a sua organização, focando especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011c).

A nova PNAB assim como é chamada descreve a atuação da AB e afirma:

[...] é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 19).

A AB possui como principais fundamentos e diretrizes: ter território adstrito sobre o mesmo, o que resulta em ações descentralizadas voltadas para a realidade local; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos promovendo o contato inicial com os cidadãos e dando continuidade ao vínculo estabelecido; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita com garantia da efetividade e longitudinalidade do cuidado, além da atenção para suas principais necessidades; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; estimular a participação dos usuários e cumprir funções que contribuam para o funcionamento das redes de atenção à saúde, essas são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais (BRASIL, 2012).

A AB tem na Estratégia Saúde da Família sua principal representação e seu primordial ponto de atuação, sendo, portanto, uma forma de interligar os níveis hierárquicos de atendimento a saúde e caracterizando-se como uma forma de expansão e qualificação por favorecer uma nova maneira de trabalho com maior potencial de aprofundamento e esclarecimento de seus princípios e diretrizes, ampliando assim a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades por meio de uma melhor relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012).

Fazendo um paralelo sobre os dados informatizados de implantação da ESF em território nacional, vê-se um crescimento nítido. No início do ano de 1998 contabilizava-se um quantitativo de 2.054 equipes de saúde da família implantadas em 739 municípios, esse número aumentou gradativamente e neste ano de 2015 já contabiliza 39.308 equipes em 5.458 municípios, o que reflete a importância da ESF como uma estratégia reorientadora em construção e que vem sendo preferivelmente adotada em comparação as modalidades tradicionais (BRASIL, 2015).

### **3.2 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**

A Atenção Básica juntamente com a ESF seu principal foco de atenção, ainda que consolidada e largamente difundida especialmente quantitativamente encaixa-se em um contexto de desigualdades sociais, econômicas e institucionais, repleto por divergências entre as diversas regiões do país, assim urge a necessidade de ajustar a oferta dos serviços de saúde, por meio da qualificação e efetividade de suas intervenções. Após décadas de criação do SUS e da ESF são reconhecidas as melhorias alcançadas no que diz respeito ao acesso,

desenvolvimento, expansão e cobertura da ABS, no entanto, ainda são evidentes problemas relacionados a fragmentação de políticas, programas, ações e práticas no campo da saúde, o que se torna um entrave para os avanços do modelo assistencial (TEIXEIRA et al, 2014).

A avaliação em saúde é uma prática que vem sendo difundida e destaca-se como importante estratégia para o planejamento e gestão, devendo avaliar a efetividade, eficácia e eficiência das estruturas e processos relacionados aos riscos, acesso e satisfação da população (BRASIL, 2004), ela julga a cobertura, equidade, qualidade técnica, funcionamento, percepção dos usuários, além de produzir informações para melhorar as intervenções em saúde (SILVA, 2008).

Buscando a garantia da integralidade e qualidade da assistência na atenção básica tem-se como exemplo recente a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) sendo estabelecido por meio de novos formatos de equipes e de incentivos de repasses financeiros o que está de acordo com a nova PNAB (CARVALHO, 2014), sua contribuição é decisiva para a construção de processos coerentes com os princípios do SUS e abrangentes nas Dimensões da gestão, do cuidado e do perfil epidemiológico (LINHARES, LIRA e ALBUQUERQUE, 2014).

O PMAQ-AB tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente permitindo maior transparência e efetividade nas ações da Atenção Básica no país (BRASIL, 2011a).

As diretrizes do PMAQ-AB têm como objetivos: construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica; ser incremental estimulando processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e qualidade; ser transparente em todas as suas etapas; envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB; desenvolver cultura de negociação e contratualização ao estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, com caráter voluntário (BRASIL, 2011). Organizado em quatro fases distintas o desenho do PMAQ está descrito a seguir.

A adesão e contratualização consiste no primeiro passo para participar do programa, nesse momento serão estabelecidos formalmente os compromissos entre as equipes e os gestores e entre estes e o MS, ela terá um tempo limite para acontecer, tem caráter voluntário, e suas metas tendem a ser alcançadas no decorrer do programa (BRASIL, 2011).

Ao aderir, as equipes deverão assinar um termo de compromisso no qual assumirão diversas responsabilidades, a saber: seguir as diretrizes organizantes do processo de trabalho;

seguir as regras de funcionamento do programa; implantar dispositivos de acesso, co-gestão, autoavaliação, planejamento e avaliação; ser monitorada por seis meses a partir de quarenta e sete indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e passar por um processo de avaliação que inclui a autoavaliação, o desempenho em vinte e quatro indicadores e a avaliação in loco realizada por avaliadores externos que visitarão cada equipe na terceira fase do programa. (PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012).

Pinto, Sousa e Florêncio (2012), sobre adesão e contratualização afirmam:

É um dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia as possibilidades de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns (PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012, s. p.).

Após a adesão o município passa a receber imediatamente vinte por cento do Componente de Qualidade do PAB por equipe aderida. O repasse seguirá até a realização da avaliação externa e conclusão da certificação da equipe. A partir desse momento o percentual dependerá do desempenho alcançado por cada Equipe de Atenção Básica, podendo ser de cem por cento no caso de desempenho “Ótimo” ou a suspensão de qualquer repasse do Componente no caso de desempenho “Insatisfatório”, (PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012).

De acordo com Sousa (2013), encerrada a etapa de adesão do 2º ciclo do PMAQ-AB, 5.070 (91%) municípios concluíram a contratualização, em relação a 3.972 do 1º ciclo, evidenciando um grande incremento da adesão municipal. Dado relevante é que apenas 2% dos municípios que participaram do 1º ciclo não participaram do 2º, o que surpreende pelo fato de ser um programa novo e voluntário. Cabe ressaltar que no segundo ciclo não houve limite de número e todas as equipes puderam aderir, além dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e os Centros de Especialidades Odontológicas.

Na segunda fase do programa tem-se a etapa do desenvolvimento na qual serão realizadas ações com a finalidade de promover mudanças na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado, está organizada em quatro Dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente e Apoio Institucional (BRASIL, 2011).

A autoavaliação é o ponto de partida da fase do desenvolvimento, seus processos visam à melhoria da qualidade da AB por meio da identificação pelas próprias equipes dos problemas mais comuns encontrados em seu trabalho e dos pontos positivos existentes, buscando aprimorar o serviço por meio de práticas que possam corrigir e facilitar os fatores que dificultem o serviço e assim produzir mudanças. (BRASIL, 2011).

Para o desenvolvimento da autoavaliação propõe-se a utilização da ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), trata-se de uma extensa ferramenta na qual serão abordadas Dimensões variadas, fomentando a identificação de problemas pouco perceptíveis, em que a EAB poderia tomar como centro prático de ação, os gestores poderão optar em adotá-la ou escolher outra que se adeque a realidade local, (BRASIL, 2013). Entre os objetivos da AMAQ-AB destacam-se o subsídio para orientar a negociação e contratualização de metas entre a equipe e gestor da AB, além da definição de prioridades em saúde (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

A AMAQ-AB apresenta-se organizada com base em dois componentes nucleares ou unidades de análise para avaliação, agrupados em padrões de gestão e equipe. Os padrões são divididos em quatro Dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, separadas por Equipe de Atenção Básica/Programa Saúde na Escola e Equipe de Saúde Bucal. Os padrões revelam a qualidade esperada, expressando as expectativas e desejos a serem alcançados. Para sua classificação há uma escala do tipo não comparativa com pontuação que varia de 0 a 10, 0 ou Muito insatisfatório significa a não adequação ou o não cumprimento total do padrão ao passo que 10 ou Muito satisfatório é a adequação ou o cumprimento total ao padrão (BRASIL, 2013).

Ao final da avaliação dos padrões, será possível conhecer a classificação correspondente para cada subdimensão e Dimensão através do cálculo de sua porcentagem nas categorias: 1-Muito insatisfatório, 2-Insatisfatório, 3-Regular, 4-Satisfatório e 5-Muito satisfatório (BRASIL, 2013).

De acordo com Sousa (2013), a AMAQ-AB obteve uma boa aceitação. Em referência ao 1º Ciclo do PMAQ-AB ele relata que 16.113 (92,2%) das EAB realizaram a autoavaliação, sendo que aproximadamente 98% delas utilizaram a AMAQ-AB. A Autoavaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), instrumento que antecedeu a AMAQ-AB, em 6 anos, havia sido utilizada por pouco mais de 2.500 equipes, ou seja, a AMAQ-AB teve um uso 6 vezes maior, em um tempo 6 vezes menor.

A diferença de uso não está ligada à qualidade dos instrumentos, mas ao contexto no qual eles se inserem, uma vez que a autoavaliação é impulsionada pelo PMAQ-AB ela surge como um processo de reflexão e articulação para a mudança de práticas, de forma a identificar e solucionar os problemas encontrados. A ferramenta AMAQ-AB cumpre assim o papel de alimentar o diálogo da equipe para que ela possa eleger os problemas e pactuar ações conforme suas explicações, prioridades, interesses, disposição e capacidade de ação (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

O monitoramento é um elemento essencial para a implementação e consolidação do programa tendo como finalidades: orientar os compromissos pactuados entre as equipes e os gestores; definir as ações prioritárias para qualificar a AB; promover a responsabilidade sanitária, a participação social, a democratização e a transparência da gestão. Desenvolve-se através do cumprimento de indicadores, estes referem-se a áreas estratégicas e prioritárias da AB, são elas: saúde da mulher; saúde da criança; controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde Bucal; Produção Geral; Tuberculose e Hanseníase; Saúde Mental (BRASIL, 2011).

A Educação Permanente se caracteriza como uma forma de atualizar conhecimentos, através de aprendizados e habilidades diversas, adquiridos muitas vezes por meio dos desafios cotidianos, ela tem por finalidade propor mudanças na forma de conduzir e gerir os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

As estratégias de educação permanente podem se estruturar com base na vivência e nos problemas da prática de trabalho das Equipes de Atenção Básica com vistas à qualidade, humanização e acesso na AB, promovendo a inovação na gestão da AB, por meio do fortalecimento dos processos de monitoramento, avaliação, apoio institucional e planejamento em saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2011, p. 31).

No contexto do Sistema Único de Saúde, vem sendo adotada como ação estratégica para o desenvolvimento humano, sendo norteadada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 278 de 27 de Fevereiro de 2014), e busca romper com a lógica da repetição e fragmentação dos cursos de capacitação, realizados de forma vertical e programática. Ela ganha espaço através da introdução da educação à distância, esta oferece novos formatos de aprendizagens e chega mais próximo à realidade da vida das pessoas, aumentando assim as oportunidades de qualificação para os profissionais da AB (CARVALHO, 2014).

O apoio institucional pode ser entendido como uma função estratégica para a produção de espaços democráticos, onde poderão ser discutidos os processos de trabalho, suas condições e relações (OLIVEIRA, 2012).

O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Por isso, o trabalho do apoiador envolve sempre a constituição/inserção do apoiador em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. Opera em “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente” trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (OLIVEIRA, 2012, p. 224).

Compreende a função de auxiliar as equipes no enfrentamento de desafios. No cotidiano do seu trabalho elas se deparam com problemas de difícil resolução, como o manejo

e composição das equipes; discussão de casos; implantação do acolhimento; implementação de projetos terapêuticos, entre outros. O apoiador institucional poderá interagir por meio das seguintes ações: discussão e montagem das agendas das equipes; suporte à implantação do acolhimento a demanda espontânea; suporte à construção de projetos terapêuticos singulares; facilitação da organização de intervenções intersetoriais; análise de indicadores e informações em saúde; facilitação dos projetos locais de planejamento; discussão do perfil de encaminhamentos da unidade; mediação de conflitos (BRASIL, 2011).

A terceira fase corresponde a avaliação externa, neste momento realiza-se um conjunto de ações que averiguará a situação do acesso e qualidade das equipes de atenção básica que participam do programa. Para esta fase foi criado o instrumento denominado “instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você acesso e qualidade”, o mesmo tem finalidade de avaliação e gerará um escore de pontuação, sendo subdividido em quatro módulos (PORTELA, DIAS e VASCONCELOS, 2013).

A quarta e última fase corresponde ao processo de reconstrução que ocorrerá após a certificação das equipes. Parece exigir um momento nacional tripartite de balanço e de ajuste de trajetória, ao mesmo tempo que tem sua dimensão local de repactuação de regras e de incremento nos objetivos do movimento de mudança, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população (BRASIL, 2011). É uma fase na qual há pouca descrição, pois, a mesma está sendo formulada e aguarda acontecer, como consequência do que lhe é exigido por meio de todo o processo (PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012).

[...]é aquela em se pretende conectar tudo aquilo que foi desenvolvido durante as fases anteriores e aquelas que virão, a partir de um processo de retroalimentação no qual os avanços e entraves servem como balizadores para a reconstrução e seguimento do processo permanente de qualificação da atenção básica (PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012, s. p. ).

A avaliação em saúde visa, portanto, fortalecer a gestão da atenção básica, por meio do incremento de metas e instrumentos de planejamento e gestão, incluindo os mecanismos de desenvolvimento de ações em saúde, administração, recursos humanos e fortalecimento do controle social (PAIM, 2006).

Sobre o PMAQ-AB conclui-se:

Trata-se de uma política nacional que estimula os atores implicados a implantar dispositivos como acolhimento, agenda compartilhada, gestão do cuidado, remuneração por desempenho, gestão colegiada, conselhos locais de saúde, etc. Assim, o PMAQ busca estimular a reflexão crítica sobre o instituído e provocar o coletivo a agir ativamente pela mudança do cotidiano, mas não comete excesso de definir formas. Antes o contrário, induz todo o tempo que as equipes “inovem”, “criem”, “experimentem” conforme sua realidade e possibilidade e que compartilhem (PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012, s. p.).



### 3.3 Gestão da Atenção Básica no Brasil

Os esforços estabelecidos após a criação do SUS, da Política Nacional de Atenção Básica e mais recentemente da criação do PMAQ-AB foram importantes para implementar uma Gestão em saúde mais participativa, compromissada e compartilhada com diversos atores.

A ESF composta por equipe multidisciplinar concentrada em unidade física própria atuante na produção de ações em saúde voltadas para grupos de risco como hipertensos, diabéticos, crianças, adolescentes, idosos e outros, deve ser acompanhada por uma coordenação que estimule a continuidade do trabalho e que por sua vez receba orientações da gestão por meio do elenco de pontos prioritários a serem atendidos (PAIM, 2006).

Quando se fala em Gestão da Atenção Básica pode-se propor como sua principal finalidade administrar o primeiro nível do sistema de serviços de saúde, buscando uma estratégia de reorientar todo o sistema e atuar de forma intersetorial (PAIM, 2006), ela relaciona os problemas e necessidades em saúde dos conjuntos sociais que vivem em espaços delimitados geograficamente de modo a definir prioridades, considerar alternativas reais de ação, alocar recursos e conduzir o processo até a resolução ou controle do problema (OPS, 1992). Utiliza um conjunto de ferramentas para conduzir seu trabalho, como cadastro e implantação do cartão SUS; adscrição de clientela; referência para assistência de média e alta complexidade; acompanhamento; avaliação e “estratégia de saúde da família” (PAIM, 2006).

São responsáveis pela gestão da AB a União, o estado e Distrito Federal e os municípios, estes estão mais próximos à realidade local de saúde e possuem responsabilidades específicas na Gestão da AB, o que pressupõe que a União não é por si só gestora da AB. Sugere-se assim o desenvolvimento de prioridades pelos gestores municipais, como: desenvolvimento de instrumentos de planejamento e gestão; coordenação e operacionalização municipal de saúde; produção de mecanismos para controle e avaliação em saúde; além do desenvolvimento de vigilância sanitária, recursos humanos e fortalecimento do controle social (PAIM, 2006).

O texto acima se confirma através das Normas Operacionais e Assistenciais da saúde e através do Pacto da Atenção Básica que juntamente com a Programação Pactuada Integrada (PPI) estabelece novas maneiras de conduzir a gestão da AB, tendo como pressupostos os indicadores para seleção e negociação de metas, acompanhamento de processos, e avaliação em saúde, formulados por meio de uma espécie de contrato de gestão. Além disso cabe

ressaltar o papel da Agenda Nacional de Saúde na gestão da AB nos municípios, esta vem sendo amplamente discutida e estrutura eixos prioritários de intervenção, o que reforça ainda mais o papel do município na Gestão da AB (PAIM, 2006)

A Gestão da AB, no entanto, apesar de estabelecida pelos municípios enfrenta problemas constantes, necessitando adequar-se para melhor atender a população, entre estes se destacam: o desprestígio da análise da situação de saúde; o viés do planejamento agregado e normativo e a segmentação do sistema de saúde (PAIM, 2006).

Percebe-se assim que os desafios que a gestão da AB terá de enfrentar para o desenvolvimento dos sistemas de saúde brasileiros no geral são muitos, as divergências entre saúde pública e medicina são históricas e servem de reflexão para a sua atuação. Ao reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do estado a Constituição de 1988 eleva a expressão da qualidade de vida das pessoas por meio de políticas sociais e econômicas. A gestão da AB deve interagir com todo o sistema de saúde e arranjos intersetoriais para garantias efetivas e qualificadas de intervenções, para que isso ocorra destaca-se a importância da produção de conhecimentos e a cooperação técnica em políticas públicas; o bom planejamento e gestão para formulação e implementação de políticas de saúde e mudanças das práticas sanitárias que contem com o apoio democrático de governos comprometidos com a transformação social, seja a nível de Estado, Município ou União (PAIM, 2006).

A avaliação da gestão da AB surge como uma proposta para comparar um padrão desejado com a realidade encontrada, chama-se atenção para o planejamento e o processo de autoavaliação nesse contexto, o mesmo não deve ser visto como burocrático e sem sentido, mas como um mecanismo que estimula a reflexão dos atores envolvidos, reconhecendo os problemas e prioridades levantados pela equipe, com práticas que devem ser integradas e aprimoradas de forma que melhore o atendimento da AB repercutindo na qualidade da atenção e no cuidado dos usuários (CRUZ et al, 2014).

Assim, a utilização de ferramentas a exemplo da AMAQ-AB do PMAQ-AB tem a função de proporcionar discussões e reflexões acerca do desenvolvimento da Gestão da AB, com a produção de mudanças na sua condução, o que reflete em avanços para melhoria da saúde dos usuários e do manejo do trabalho em equipe.

Dentro desse processo de autoavaliação chama-se a atenção para os seguintes pontos estratégicos a serem estabelecidos pela Gestão da AB: Apoio Institucional; Educação Permanente; Monitoramento e Avaliação. Tais mecanismos visam à qualificação do trabalho da AB e propõe inovações no modo de fazer saúde. Pressupõe-se que ao responder a AMAQ-

AB a equipe estará expressando uma realidade a qual vivencia e através dela poderá pactuar metas a serem alcançadas em um determinado período (BRASIL, 2013).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com delineamento documental e abordagem quantitativa. Segundo Gil (2010), as pesquisas descritivas tem a função de descrever as características de determinada população, assim como a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis. Elas estudam as especificidades de um determinado grupo, o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, o levantamento de opiniões, atitudes e crenças. Não pretende aprofundar o problema tampouco identificar os fatores que os determinam, mas caracterizá-los e avaliá-los. São realizadas em sua maioria com objetivos profissionais.

A pesquisa documental caracteriza-se pelo fato de utilizar dados já existentes, sendo, portanto, muito semelhante à pesquisa bibliográfica. Trata do estudo de documentos, elaborados com finalidades diversas, como assentamento, comunicação, autorização, e demais exemplos. Os mesmos podem ser escritos ou não e obtidos de fontes primárias ou secundárias, contemporâneas ou retrospectivas, sendo encontrados em arquivos públicos, particulares, fontes estatísticas, dentre outros. A pesquisa é considerada documental quando sua fonte é interna a organização, ao passo que é considerada bibliográfica quando for obtida em bibliotecas e/ou bases de dados (GIL, 2010).

Configura-se como quantitativa, apresentando-se centrada na objetividade e realidade do alvo estudado. Possui linguagem matemática e quantifica causas diversas por meio de instrumentos geralmente padronizados para aquele fim (FONSECA, 2002).

### **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado nas equipes de atenção básica da Estratégia Saúde da Família (ESF) participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB (ciclo 2013/2014) do município de Picos – Piauí (PI), sede do Território de Desenvolvimento do Vale do Rio Guaribas. O município de Picos possui uma população de 76.309 habitantes (IBGE, 2014), com porcentagem da população em extrema pobreza de 8,01 e uma porcentagem de população com plano de saúde de 7,20 (Dezembro/2013) (IBGE, 2010; BRASIL, 2014).

Na saúde, o município apresenta 100% de cobertura da AB, com a atuação de 36 equipes de saúde da família com saúde bucal, 03 Núcleos de saúde da família e 01 polo da academia da saúde. Nesse universo, 30 das equipes realizaram adesão ao PMAQ-AB (ciclo 2013/2014). Em sua atuação estas equipes desenvolvem também programas estratégicos como Programa Saúde na Escola (PSE), acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, e passam atualmente pela fase de expansão do número de equipes e implantação do novo sistema em saúde, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que tem a finalidade de atender as necessidades da AB e deve ser utilizado pelos diversos profissionais que ali atuam (BRASIL, 2014).

### **4.3 Dados da Investigação**

Para este estudo, foram utilizados dados secundários, resultantes do preenchimento da ferramenta AMAQ-AB (ANEXO) acerca da Dimensão Gestão da Atenção Básica, realizada pelas equipes de saúde que participaram do 2º ciclo 2013/2014 do PMAQ-AB. Foram incluídas no estudo todas as equipes participantes do programa que manifestaram interesse em participar da pesquisa e que preencheram/realizaram a AMAQ-AB. Sendo excluídas aquelas que por algum motivo preencheram incorretamente a ferramenta ou a fizeram de forma incompleta.

Assim, fizeram parte deste estudo as autoavaliações realizadas por 26 equipes de atenção básica, sendo justificada a ausência de dados de quatro equipes pelo fato de três não terem respondido a ferramenta e uma ter se negado a contribuir com a pesquisa.

### **4.4 Coleta e Análise dos Dados**

Os dados foram coletados nos meses de Março e Abril/2015 através do recolhimento da ferramenta AMAQ-AB das equipes (ANEXO).

Para tal, as seguintes etapas foram realizadas:

*Etapa 1* - Recolhimento da AMAQ-AB das equipes.

*Etapa 2 - Organização dos dados:* Os dados foram inseridos e contabilizados em plataforma Microsoft Excel 2010.

*Etapa 3 – Análise e apresentação dos dados:* Para a análise dos dados as notas foram quantificadas e classificadas de acordo com orientações da ferramenta AMAQ-AB (2013), a Dimensão em análise foi a Gestão da Atenção Básica, dentro desta, estão inseridos o Apoio

Institucional, composto por dois padrões de qualidade que descrevem a qualidade esperada sendo composto por notas explicativas; a Educação permanente, com seis padrões de qualidade e suas notas explicativas e por último a Avaliação e Monitoramento, esta sendo contemplada com quatro padrões de qualidade e suas respectivas notas explicativas. Para cada padrão é dada uma nota que varia de 0 a 10, 0 significa Muito insatisfatório e corresponde a não adequação ao padrão, ao passo que 10 reflete o termo Muito satisfatório ou a adequação total ao padrão. Sendo assim analisou-se a nota de cada padrão das 26 equipes com o cálculo da sua Média (M), Mediana (Md) e Desvio-Padrão (DP). De acordo com Toledo e Ovalle (2012), a Média é utilizada como forma de padronizar uma única nota para determinado padrão, a mesma significa a medida exata e representativa real dos dados; ao passo que a Mediana tem como característica dividir a série ordenada em duas partes iguais em relação a quantidade de elementos, é o valor que ocupa o centro da distribuição e tem a vantagem de analisar dados agrupados ou não, possui ainda a capacidade de quantificar os números que apresentam grande dispersão, o que se encaixa nesta investigação, pois, as notas muitas vezes variam de muito alta a muito baixa em um mesmo padrão; já o Desvio-padrão tem como finalidade a análise da Média, pois, quanto maior ele for, maior será a dispersão das notas e menor a eficácia da Média. Após esse momento foram contabilizadas as frequências absoluta e relativa de cada subdimensão, por meio da soma das notas dos seus padrões. O critério de avaliação utilizado classifica as equipes de acordo com suas notas, adotando como referência a AMAQ-AB (2013). Para tanto, soma-se as notas de cada padrão e classifica-se o resultado com a soma geral de cada subdimensão. No Apoio Institucional as notas pontuadas classificam-se da seguinte forma: 0-3 Muito insatisfatório, 4-7 Insatisfatório, 8-11 Regular, 12-15 Satisfatório e 16-20 Muito satisfatório. Na Educação Permanente: 0-11 Muito insatisfatório, 12-23 Insatisfatório, 24-35 Regular, 36-47 Satisfatório, 48-60 Muito satisfatório. No Monitoramento e Avaliação: 0-7 Muito insatisfatório, 8-15 Insatisfatório, 16-23 Regular, 24-31 Satisfatório, 32-40 Muito satisfatório.

*Etapa 4 – Apresentação dos resultados:* Discussão proposta por meio da abordagem quantitativa e sob a luz da literatura pertinente.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

Foram respeitados todos os aspectos éticos necessários ao correto encaminhamento e conclusão da pesquisa, resguardados os preceitos de privacidade e confidencialidade dos dados utilizados e os princípios constantes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466/2012 (BRASIL, 2012a). Por se tratar de uma investigação com a utilização

de dados secundários, exime-se da necessidade de avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, foi solicitada Carta de Anuência (APÊNDICE) da Secretária Municipal de Saúde de Picos – PI para a realização da investigação.

São documentos públicos, de livre acesso (uma vez que poderão ser disponibilizados para todo e qualquer cidadão que tenha interesse em conhecer como está a situação de saúde do município, apesar de ficarem muitas vezes restritos ao ambiente de trabalho dos profissionais) e não trarão prejuízos aos envolvidos, com exceção de um possível constrangimento gerado pelos resultados da AMAQ-AB que poderá mostrar pontos desfavoráveis das equipes, dos gestores e dos serviços de saúde, o que, no entanto não influenciará na pontuação final do PMAQ-AB, sendo amenizado também pela garantia do sigilo dos dados o que está de acordo com o texto da Carta de Anuência. Entre os benefícios podem ser citados: conhecimento das características da Gestão da Atenção Básica de Picos, possibilitando intervir em seus problemas; melhora na forma de conduzir a Gestão da Atenção Básica; aprimoramento das práticas de AB realizada em grande parte por enfermeiros; visão crítica dos fatos o que poderá ocasionar novos acordos e mudanças para qualificar os serviços de saúde e conseqüentemente o atendimento dos usuários.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Fizeram parte desta análise os dados provenientes da AMAQ-AB de 26 Equipes de Saúde da Família, do município de Picos, que aceitaram participar da investigação.

Para uma melhor compreensão do estudo os resultados acerca da Dimensão Gestão da Atenção Básica no município de Picos serão apresentados e discutidos com base nas subdimensões propostas na ferramenta AMAQ-AB, a saber: Apoio Institucional, Educação Permanente e Monitoramento e Avaliação.

### **5.1 Apoio Institucional**

O Apoio Institucional é uma função a ser exercida por alguém com a finalidade de debater e priorizar problemas, além de melhorar a forma de relacionamento dos trabalhadores, diferente de um coordenador possui diretriz democrática e autônoma para com os sujeitos (OLIVEIRA, 2012). Dentre as funções do apoiador institucional, pode-se citar: ativar espaços coletivos fazendo interagir os sujeitos; reconhecer as relações de poder, afeto e saberes; mediar o estabelecimento de objetivos comuns e firmar compromissos; agir em conjunto, trabalhando para a qualificação do trabalho e valorização do profissional; promover e ampliar a capacidade crítica dos profissionais, com o intuito de melhorar a Gestão da AB (OLIVEIRA, 2010).

Refere-se ainda a um modo peculiar de fazer gestão junto à comunidade, portanto, espera-se que a gestão da AB adote essa ideia junto à equipe, por meio de uma relação de diálogo em que haja o funcionamento de espaços para compartilhar problemas e solucioná-los, indagando sobre a importância da construção de projetos que desafiem a equipe, com a mediação de conflitos, organização de intervenções intersetoriais, planejamento, perfil de encaminhamento da unidade e articulação da rede com outros programas necessários para a atuação na ESF (BRASIL, 2013).

Criado como um método de reflexão para auxiliar e ampliar a tomada de decisão foi desenhado por Campos (2003) com a sugestão do Apoio Paideia, que reunia diversos recursos metodológicos e buscava lidar com a supervisão de forma que envolvesse os sujeitos em relações construtivas que reconhecesse a diferença de papéis, o poder e o conhecimento.

Para tanto a Gestão da AB deverá assumir o papel de transformadora do instituído, trazendo mudanças àquilo que já foi incorporado aos serviços. Quando a mesma não estabelece processos de gestão coparticipativos poderá produzir subjetividades metastáticas,



indisciplinaridade, descontrole e uma programação moldada exclusivamente na vertente do capital. O Apoio Institucional, portanto, irá fomentar uma gestão compartilhada, exercida nas práticas cotidianas com a premissa de que todo trabalhador em saúde é gestor de seu trabalho e o mesmo deverá afetar os coletivos de modo a fortalecer e acolher os grupos que se deslocam dos modelos tradicionais de gestão autoritários e individualistas (BARROS, GUEDES E ROZA, 2011).

Na ferramenta AMAQ-AB, o Apoio Institucional apresenta-se como uma subdimensão da Gestão da AB, composta por dois padrões de qualidade. O primeiro padrão 2.1 trata da relação democrática e dialógica da Gestão com as equipes, os resultados demonstram uma  $M=7$ ;  $Md=7$ ;  $DP\pm 2,26$ . O segundo padrão 2.2 relaciona-se a oferta pela Gestão da AB de Apoio Institucional ou similar para as equipes, obteve uma  $M=7$ ;  $Md:=7$ ;  $DP\pm 1, 89$ . Nos dois casos percebe-se que a média e mediana são iguais, porém, chama a atenção o fato do desvio padrão no primeiro indicador diferente do segundo ter sido alto, significando uma baixa eficácia da média, pois os números são dispersos, havendo com frequência notas muito baixas e muito altas para esse padrão.

Supõe-se que apesar de muitas vezes existir o Apoio para a equipe, há a ausência de uma relação melhor e mais esclarecedora entre ela e a Gestão da AB. O resultado explanado reflete uma média regular em relação aos padrões 2.1 e 2.2, o que traduz que os processos de Apoio Institucional estabelecidos pela Gestão da AB estão em fase de desenvolvimento, necessitando serem consolidados e compreendidos como maneiras de transformar e adequar o modo de fazer trabalho.

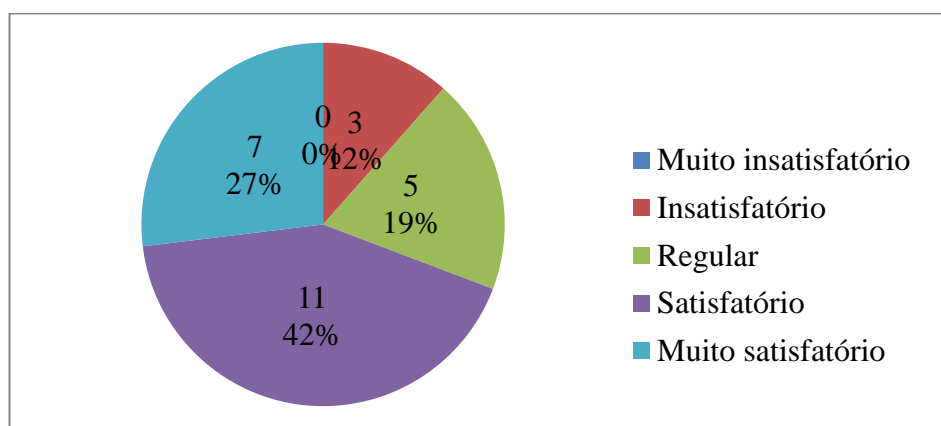
Cabe ressaltar que são muitas as funções do Apoiador Institucional, e o mesmo surge como um desafio para a Gestão da AB, porque busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, tendo a premissa de mudar as organizações, misturar, articular e propor novos conceitos e tecnologias (OLIVEIRA, 2010).

Ao refletir sobre os resultados, a pontuação do padrão 2.1 sugere que seria importante por parte da gestão uma maior atenção para com as equipes sobre o que precisa ser modificado para melhorar seu trabalho, seria necessário explicar o que é de fato esse apoio institucional, pois, na visão dessas equipes ele pode até existir, mas cabe compreender se ele realmente está funcionando como deveria e se está exercendo o seu papel de transformador de relações, caso contrário ele poderia apenas estar seguindo modelos tradicionais de coordenar a saúde, sem instigar os atores envolvidos a exercer a gestão de forma compartilhada.

Em estudo de Barros (2010) relata-se sobre a experiência do Apoio Institucional, onde se afirma que trabalhar com esse mecanismo significa apostar em um novo modo de produção do cuidado, concebendo mudanças na cultura de atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho, ainda ressalta-se a importância de manejar ferramentas que possibilitassem o diálogo entre os profissionais e usuários e a otimização dos recursos. Os principais questionamentos levantados foram sobre o enfrentamento dos pontos estratégicos do apoio como a instituição do hábito do encontro entre os trabalhadores; o hábito de análise e tomada de decisão de forma coletiva; a construção de projetos de intervenção fora do núcleo biomédico; entre outros. Por meio da observação ele percebeu que a implantação do Apoio Institucional fazia toda a diferença no cotidiano, as equipes passaram a desenvolver habilidades, tinham mais segurança no acolhimento, priorizavam o compartilhamento de casos e passaram a construir agendas de visitas partilhadas.

Toda transformação no trabalho traz dificuldades o que não poderia ser diferente com a adoção de uma nova estratégia de apoiar a Gestão, a pontuação média em relação a esse tema, também pode ser explicada pelo fato da sua incorporação ser uma novidade que está aos poucos adentrando nos serviços e ainda passa por uma análise criteriosa. O que pode ser corroborado pela existência de equipes que não contam com esse apoio, o mesmo sendo desconhecido e/ou desvalorizado. Em relação à pontuação que classifica essa subdimensão podemos analisar o gráfico a seguir.

**Gráfico 1**-Resultado da autoavaliação sobre a subdimensão Apoio Institucional. Picos, 2015.



Fonte: autoria própria.

O mesmo apresenta as notas das equipes com porcentagem de 0% (N=0) para o termo Muito insatisfatório; 12% (N=3) Insatisfatório; 19% (N=5) Regular; 42% (N=11) Satisfatório e 27% (N=7) Muito satisfatório. Para esse resultado percebeu-se pontos positivos

em relação ao Apoio Institucional, pois, a maioria respondeu como Satisfatório e Muito satisfatório, seguidos por Regular e Insatisfatório, não pontuando nenhum item como Muito insatisfatório. Percebeu-se que houve satisfação significativa em relação ao Apoio Institucional, dispondo da sua existência e funcionamento na maioria das equipes analisadas.

Em estudo de Carvalho (2014), o mesmo questiona municípios do Ceará e Piauí quanto à existência de Apoio Institucional, obtendo uma resposta de 85,6% das equipes no Ceará e 78,2% das equipes no Piauí que afirmaram receber apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da secretaria municipal de saúde, o que possui semelhança com as respostas do presente estudo.

## **5.2 Educação Permanente**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) não é apenas uma Dimensão do PMAQ-AB de responsabilidade da Gestão da Atenção Básica, mas deve também ser entendida como uma Política de Saúde prioritária do SUS. Instituída pela Portaria nº 198 de 13 de Fevereiro de 2004, e regulamentada pela Portaria nº 1996 de 20 de Agosto de 2007 e recentemente pela Portaria nº 278 de 27 de Fevereiro de 2014, traz como pressupostos a implementação de uma política de Educação Permanente em Saúde, com ações de educação a serem executadas de forma regionalizada/territorializada ampliando o acesso ao desenvolvimento e utilização dos recursos (BRASIL, 2014a).

Apresenta-se como uma forma de aprendizagem no trabalho onde ocorre a união do ensinar e aprender, incorporando-a ao cotidiano das organizações e dos serviços, de modo que possa modificar as práticas em saúde, com a construção de novos conhecimentos por meio de saberes prévios e da resolução e enfrentamento dos problemas impostos na vivência e convivência entre as equipes e os usuários (BRASIL, 2014a).

No tocante a esta subdimensão considerada essencial para a melhoria das ações de saúde da AB, os resultados encontrados são apresentados a seguir. No padrão 2.3 que descreve sobre a construção de estratégias de Educação Permanente baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da AB, obteve-se como resultados, M=8; Md=8; DP±1,28. No padrão 2.4 que descreve sobre a utilização pela Gestão da AB do Apoio Matricial como estratégia de Educação Permanente, pontuou-se, M=7; Md=8; DP±1,51. No padrão 2.5 sobre a disponibilidade da Gestão da AB de estratégias que estimulam a troca de experiências tivemos, M=6; Md=6; DP±2,19. No padrão 2.6 sobre a garantia da Gestão da AB de momentos destinados às reuniões para as equipes, obteve-se, M=8, Md=8, DP±1,78. No

padrão 2.7 que relata sobre as articulações que a Gestão da AB faz para propiciar que as unidades de atenção básica sejam espaços de formação e aprendizagem,  $M=6$ ;  $Md=7$ ;  $DP\pm 2,88$ . E no padrão 2.8 sobre a viabilização pela Gestão da AB da participação dos profissionais de saúde em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação,  $M=7$ ;  $Md=8$ ;  $DP\pm 2,02$ .

Os resultados para o padrão 2.3 sobre a construção de estratégias de Educação Permanente baseadas em temas definidos pela Gestão da AB juntamente com as equipes, mostra que os questionamentos levantados são atendidos e adequados, o que reflete as necessidades sugeridas pelas equipes. Segundo Stroschein (2012), é necessário que os profissionais da saúde reservem um tempo para observarem o espaço no qual estão inseridos, devendo elencar os problemas existentes no trabalho, assim como estratégias educacionais de enfrentamento, unindo teoria e prática e buscando soluções e hipóteses que rompam com a reprodução do modelo biomédico e que faça substituir a forma de transmissão do conhecimento frequentemente utilizado para aquele baseado na problematização. Isso implica que não se deve apenas construir estratégias de Educação permanente baseado em temas pertinentes, mas também saber transmitir essa ideia, incluindo novos mecanismos de aprendizagem que busquem um foco voltado especialmente para os problemas encontrados pelas equipes.

O padrão 2.4 que fala sobre a utilização pela Gestão da AB do Apoio Matricial, mostra uma pontuação intermediária, pressupondo a existência desse apoio. O Apoio Matricial poderá contribuir para a consolidação da Educação Permanente, uma vez que ele representa uma forma de apoiar as equipes e introduzir novos mecanismos de se trabalhar a saúde, por meio dele as equipes são auxiliadas na sua função e passam a adquirir novas maneiras de enfrentar os problemas de trabalho, a exemplo de encaminhamentos; filas; pacientes que necessitem de um profissional especializado, dentre outros. Utilizá-lo pela gestão da AB como uma estratégia de Educação Permanente poderá suprir os problemas mencionados.

Para o padrão 2.5 sobre a disponibilidade pela Gestão para a troca de experiências tivemos uma Média 6 e um Desvio-Padrão um pouco maior que os anteriores. Sugere-se que nessa modalidade ainda haja a necessidade de um maior empenho pela gestão para fazer funcionar a troca de experiências, pois, para que a Educação Permanente seja consolidada ela necessita ser discutida entre a própria equipe e entre equipes que vivenciam realidades diferentes.

O padrão 2.6 sobre a garantia pela Gestão de reuniões destinadas para as equipes obteve-se Média 8 e Desvio-Padrão 1,78, caracterizando uma boa pontuação para esse item. Essas reuniões são importantes para discutir o trabalho da equipe, propor soluções para os casos de difícil resolução, intervir nas dificuldades que atrapalham o encaminhamento dos programas de saúde e contribuir para a qualificação dos serviços de saúde. A Média citada supõe a sua existência e sugere que a Gestão busca formas de discutir o trabalho das equipes.

O padrão 2.7 sobre as articulações realizadas pela Gestão para que as unidades de atenção básica sejam espaços de formação e aprendizagem apresenta uma Média 6 e alto desvio-padrão, nesse item há uma carência quando se classifica as pontuações das equipes da zona rural, pois, as mesmas possuem notas mais baixas sugerindo a necessidade de uma maior atenção para a implantação e/ou consolidação desse mecanismo.

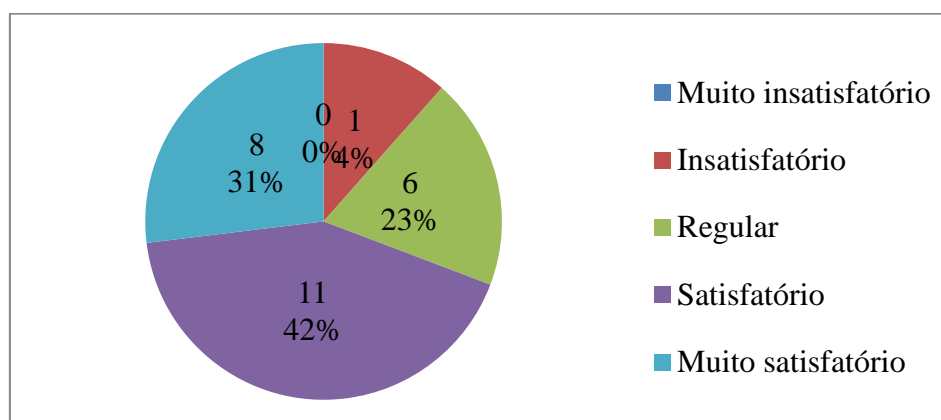
O padrão 2.8 sobre a viabilização pela gestão para que os profissionais participem de cursos de atualização, qualificação e pós-graduação obteve Média 7 e Desvio-Padrão 2,02. Em semelhança com os demais padrões essa média sugere a existência dessa viabilização, porém ainda há o que se melhorar especialmente porque houveram notas muito baixas para esse item.

A Educação Permanente tem a finalidade de transformar o serviço das equipes e o seu envolvimento, a gestão da AB deverá nesse momento programar dispositivos que contemple novos conhecimentos e habilidades assim como o aperfeiçoamento dos mesmos (BRASIL, 2013).

Em suma, percebeu-se que os resultados acima demonstraram uma Média que variou de 6 a 8, o que caracteriza essa subdimensão com práticas de Educação Permanente ainda a serem consolidadas; a mediana sugere pontuação semelhante a média com variação idêntica de 6 a 8 o que significa notas semelhantes nas respostas dadas pelas equipes. O menor Desvio-Padrão de 1,28 foi obtido no indicador 2.3 que fala sobre a adequação de temas para a construção de Educação Permanente, dando, portanto, a ideia de que ao ser respondido esse item as equipes concordam que os temas são delimitados de acordo com as necessidades dos profissionais. O maior Desvio-Padrão de 2,88 foi encontrado no padrão 2,7 que descreve sobre as articulações realizadas pela Gestão da AB para propiciar que as unidades de atenção básica sejam espaços de formação e aprendizagem, o que sugere que algumas equipes sentem-se estimuladas para a produção e formação de novos conhecimentos, ao passo que outras não. Muitas vezes essa afirmação pode ser percebida pela estrutura do ambiente de trabalho, pela recepção de estudantes estagiários em alguns locais e em outros não, além de atividades de extensão, oferta de cursos para formação aos trabalhadores, dentre outros, o que nem sempre

chega a todos os lugares, a exemplo das zonas rurais. Esta linha de pensamento pode ser confirmada pelo preenchimento da ferramenta recolhida durante a coleta de dados, onde algumas equipes pontuaram 0 o que significa a não adequação total ao padrão e colocaram a observação de que a equipe atuava na zona rural. A seguir estão os resultados da classificação das notas por subdimensão.

**Gráfico 2-**Resultado da autoavaliação sobre a subdimensão Educação Permanente. Picos, 2015.



Fonte: autoria própria.

Para essa subimensão tivemos: 0% (N=0) Muito insatisfatório; 4% (N=1) Insatisfatório; 23% (N=6) Regular; 42% (N=11) Satisfatório; 31% (N=8) Muito satisfatório.

Em semelhança ao Apoio Institucional, também percebeu-se uma prevalência dos termos Satisfatório e Muito satisfatório, supondo a disponibilidade de estratégias de Educação Permanente para a maioria das equipes. Seguidos por Regular e Insatisfatório, não pontuando o item Muito insatisfatório.

Em estudo de Machado et al (2015), sobre a Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul, o mesmo analisou as ações de Educação Permanente em saúde na perspectiva de 184 equipes participantes do primeiro ciclo do PMAQ-AB, de Junho de 2012 a Fevereiro de 2013. Nos seus resultados obteve-se um quantitativo de 92,2% (N=171) equipes que responderam sobre a existência da experiência do desenvolvimento de Educação Permanente com o envolvimento dos profissionais da AB. Entre os que responderam afirmativamente, concluiu-se que 100% (N=33) das equipes eram de Campo Grande e relataram que as ações foram desenvolvidas, ao passo que apenas 91,4% (N=138) das equipes localizavam-se no interior relatando a concretização dessas ações. Em um outro estudo de Pinto et al (2014), realizado em diversos municípios das regiões brasileiras sobre a

utilização do PMAQ-AB em que analisou o resultado da Avaliação externa de 17.202 equipes, pontuou-se para a existência de Educação Permanente um total equivalente a 81,1% das equipes que responderam afirmativamente à questão; 18,3% negativamente e 0,5% não souberam ou não quiseram responder a questão, relatando assim uma alta prevalência desse apoio de acordo com o dispositivo da Avaliação Externa.

Os casos citados possuem resultados semelhantes ao do presente estudo, visto que há uma boa satisfação em relação ao desenvolvimento das estratégias de Educação Permanente, sendo perceptível, no entanto, uma leve insatisfação no que diz respeito às equipes do interior, o que pode corresponder a uma certa dificuldade em estabelecer processos de Educação Permanente em pontos mais distantes, menos desenvolvidos e de difícil acesso. Em contrapartida, a sua pontuação regular sugere a existência dessa Educação, embora não seja 100% satisfatória.

Machado et al (2015), ressalta a questão dos desafios na educação dos profissionais de saúde no Brasil, que deve contemplar as necessidades de saúde, na construção de desenhos que incluam o ideário do SUS, instigando as competências, habilidades e atitudes para o trabalho em equipe, buscando caracterizar a atenção e gestão das ações de saúde com qualidade e humanização.

### **5.3 Monitoramento e Avaliação**

O Monitoramento configura-se como uma estratégia essencial para o sucesso do PMAQ-AB, ele busca orientar a negociação e contratualização de metas entre os indivíduos envolvidos, definindo prioridades e permitindo a identificação de desafios para a qualificação da AB, estimulando a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores (CARVALHO, 2014). Garcia (2001), ainda o coloca como sendo um processo sistemático e contínuo que produz informações em tempo eficaz, oportunizando uma avaliação rápida da situação e propiciando uma intervenção cabível.

A avaliação por sua vez, traz a visão de julgamento, sendo uma prática intervencionista que auxiliará na tomada de decisão, sendo capaz de subsidiar mudanças no desenvolvimento e/ou implementação de projetos, programas ou políticas de saúde (CARVALHO et al, 2012). Garcia (2001), também afirma que avaliar não significa apenas medir, mas julgar a partir de um referencial de valores, de maneira a encontrar uma constante e precisa correção de rumos com economia de esforços (recursos) e de tempo.

Fazer uma análise dos resultados da autoavaliação em relação ao monitoramento e avaliação é uma forma de pontuar onde estão os defeitos que dificultam esse processo tão importante para a continuidade das ações qualificadas da Gestão da AB.

Quando se trata dos indicadores desta subdimensão os mesmos são descritos em quatro padrões, o padrão 2.9 relata sobre a organização e adoção pela Gestão da AB de ações de monitoramento no âmbito da AB, com  $M=7$ ;  $Md=8$ ;  $DP\pm 2,04$ . Em relação ao padrão 2.10 o mesmo dispõe sobre a utilização por parte da Gestão da AB de processos avaliativos como ferramenta de gestão,  $M=7$ ;  $Md=8$ ;  $DP\pm 1,99$ . Para o padrão 2.11 que fala sobre a atuação da Gestão da AB na promoção da discussão de resultados e estimulação do uso da informação pelas equipes de AB, obteve-se  $M=8$ ;  $Md=8$ ;  $DP\pm 1,66$ . E por fim o padrão 2.12 descreve sobre a adoção pela Gestão da AB de estratégias que fortalecem a alimentação e o uso dos sistemas de informações, com  $M=7$ ;  $Md=8$ ;  $DP\pm 2,20$ .

Após os resultados serem contabilizados para o padrão 2.9, é demonstrado que a Gestão adota mecanismos de monitoramento embora não sejam pontuados em sua maioria com notas máximas. O monitoramento se configura em uma forma de quantificar indicadores por meio de informações ofertadas por diversos meios, seja no próprio ambiente de trabalho das equipes ou em banco de dados secundários. Ao adotar estratégias de monitoramento o que ocorre no padrão avaliado, a Gestão estará contribuindo para a qualificação da Atenção Básica.

Para o padrão 2.10 que dispõe sobre a utilização por parte da Gestão de processos avaliativos obteve-se uma pontuação média, isso pode ser explicado pelo fato do Brasil ser um país que ainda está caminhando para a institucionalização de processos avaliativos, o que é o caso do PMAQ-AB que foi instituído há poucos anos atrás e está em fase de adaptação.

No padrão 2.11 sobre a atuação da Gestão na promoção da discussão de resultados e estimulação do uso da informação pelas equipes pontuou-se uma boa média, o que implica o adequado papel da Gestão no cumprimento desses compromissos o que conseqüentemente traz alterações benéficas para os serviços de saúde, pois, ao seguir esses mecanismos as equipes estarão com respostas em mãos que poderão qualificar o atendimento aos usuários.

Sobre o padrão 2.12 que dispõe sobre as estratégias adotadas pela Gestão para fortalecer a alimentação e o uso dos sistemas de informação obteve-se uma média 7 e um Desvio-Padrão 2,20, isso quer dizer que essas estratégias não são totalmente adequadas e que ainda possuem lacunas nesse quesito, pois, apesar dos sistemas de informação estarem a disposição de todos, seria interessante que a Gestão da AB fortalecesse o seu uso e fosse

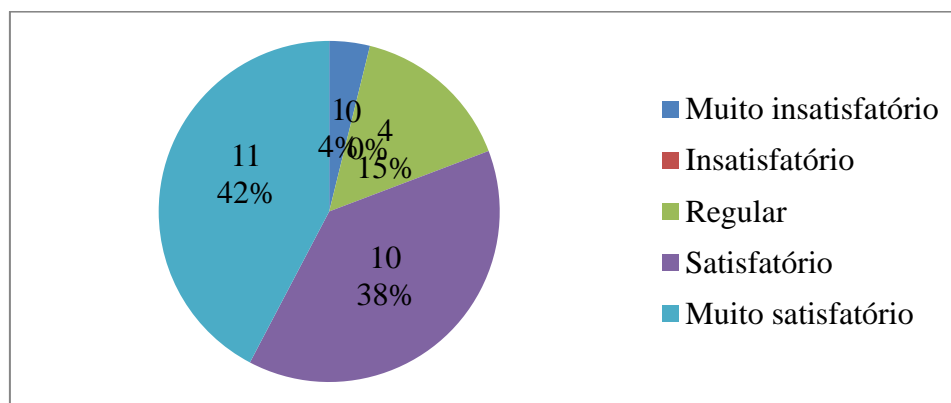


mais rígida no seu preenchimento, o que se percebe ainda é que em diversos serviços de saúde muitas informações são negligenciadas, deixando de serem quantificadas e informatizadas.

Diante da discussão mencionada percebeu-se uma relevância dos resultados com ênfase para o padrão 2.12, que apontou um  $DP \pm 2,20$ , o que por ser alto em relação aos demais pode significar uma certa ineficácia da Média, o que cabe insinuar a existência de equipes com condições precárias no que diz respeito a alimentação e uso dos sistemas de informações, muitas vezes dificultados pela falta de informatização na UBS, a exemplo da ausência de computadores nos consultórios, sala de vacina, recepção e outros locais. Além disso, muitas vezes as informações adquiridas não são utilizadas para interpretar as necessidades do usuário e assim as decisões não são tomadas e não ocorre o aprimoramento dos serviços baseados nessas informações como deveria acontecer. Espera-se que a Gestão da AB atue presentemente com o incorporamento deste aspecto de modo que envolva a participação de todos e gere uma política institucionalizadora dessa prática. O Gráfico 3 a seguir apresenta os resultados da classificação das notas da referida subdimensão.

**Gráfico 3**-Resultado da autoavaliação sobre a subdimensão Monitoramento e Avaliação.

Picos, 2015.



Fonte: autoria própria.

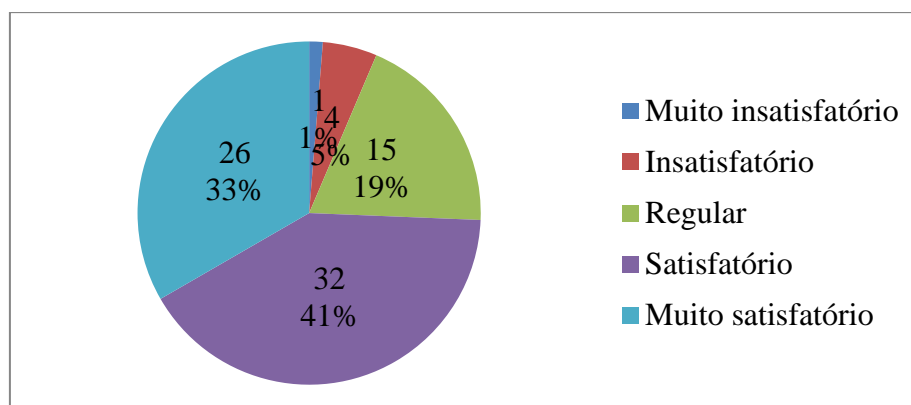
Para esta subdimensão obteve-se: 4% (N=1) Muito insatisfatório; 0% (N=0) Insatisfatório; 15% (N=4) Regular; 38% (N=10) Satisfatório; 42% (N=11) Muito satisfatório. Semelhante aos demais gráficos deste estudo prevaleceram os resultados Satisfatório e Muito satisfatório, com maior porcentagem deste último. Chama-se atenção para o fato de não haver nenhuma equipe pontuado o item insatisfatório, ao mesmo tempo que 4% (N=1) pontuou como Muito insatisfatório, ficando o item Regular como intermediário.

Assim sendo percebeu-se que já estão sendo adotadas estratégias de Monitoramento e Avaliação nas equipes de AB, a exemplo do PMAQ-AB e da ferramenta AMAQ-AB, porém, a equipe que respondeu com uma pontuação Muito insatisfatória, pode estar relacionando a nota as precariedades ainda existentes, como relatado na primeira discussão dessa subdimensão, o que está em desacordo com as repostas das demais equipes.

O estudo de Carvalho (2014), aponta que no estado do Ceará e Piauí, 77,9% e 90,1% das equipes respectivamente realizaram monitoramento e análise de indicadores, o que se assemelha com os resultados aqui obtidos através do grau de satisfação das equipes.

Ainda pode-se ressaltar que apesar dos avanços no que concerne ao monitoramento e avaliação em saúde no Brasil, Carvalho et al (2012), sugerem que os mesmos ainda possuem um caráter quase sempre prescritivo e burocrático, aparecendo de maneira pouco ordenada e sistematizada e nem sempre contribui com a formação dos profissionais e o processo decisório em saúde.

**Gráfico 4**-Resultado geral da Dimensão Gestão da Atenção Básica. Picos, 2015.



Fonte: autoria própria

Por fim, o gráfico 4 apresenta o resultado geral para a Dimensão Gestão da Atenção Básica, o que corresponde à soma das respostas de suas três subdimensões.

Confirma-se nele o que foi exposto nos demais gráficos, com 1% (N=1) de equipes com notas correspondentes ao item Muito insatisfatório; 5% (N=4) Insatisfatório; 19% (N=15) Regular; 42% (N=32) Satisfatório; 33% (N=26) Muito satisfatório.

No geral os resultados encontrados foram classificados em sua maioria como Satisfatório e Muito satisfatório, seguidos por Regular, Insatisfatório e Muito insatisfatório. Essa visão identifica que os requisitos propostos para serem atendidos pela Gestão da AB de acordo com a AMAQ-AB foram em sua maioria pontuados como satisfatórios, o que significa

que a Gestão da AB na cidade de Picos está cumprindo com o seu papel de apoiadora, estimuladora e organizadora da Atenção Básica.

Em relação ao processo de autoavaliação, uma das fases de desenvolvimento do PMAQ-AB e foco deste estudo, percebeu-se a utilização da ferramenta AMAQ-AB por 100% (N=26) das equipes. Em outros estudos como o de Carvalho (2014), houve uma prevalência maior de utilização da AMAQ-AB em relação a outros instrumentos, sendo a mesma mais constante nos municípios de pequeno porte; Sousa (2013), também destaca sua utilização apontando para um total de 98% de equipes que a adotaram durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB, o que fez com que o seu uso fosse 6 vezes maior que o seu antecedente AMQ em um período de tempo 6 vezes menor.

O PMAQ-AB esclarece em suas diretrizes que a critério da gestão e das equipes poderá ser utilizado um outro instrumento de autoavaliação, a exemplo da AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade) ou qualquer outro validado e produzido pelo município. A escolha da AMAQ-AB por todas as equipes representa sua eficácia, transparência e entendimento, uma vez que se optou por utilizá-la, visto, que a mesma já vem pronta e não necessita de modificações.

Assim, pode-se afirmar a contribuição da AMAQ-AB como um novo dispositivo de analisar a atuação da Gestão da AB no município, uma vez que as respostas dadas pelas equipes refletirão a atuação dessa Gestão e trarão subsídios para o enfrentamento das fragilidades encontradas. Ao contabilizar a pontuação da ferramenta obtém-se uma ideia do desenvolvimento das ações da Gestão, especificando o que está adequado e o que precisa ser melhorado. Espera-se, portanto, que a exemplo dos diversos estudos publicados sobre o assunto a presença do Apoio Institucional, Educação Permanente, Monitoramento e Avaliação realizado pela Gestão e pontuado pelas equipes através da autoavaliação, possam fazer grande diferença no trabalho das equipes e trazer inúmeros benefícios para os serviços.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o objetivo de analisar as respostas das equipes de Saúde da Família aderidas ao PMAQ-AB na cidade de Picos, por meio da ferramenta AMAQ-AB no que diz respeito a Gestão da Atenção Básica, através de suas subdimensões: Apoio Institucional, Educação Permanente e Monitoramento e Avaliação.

Como principal dificuldade encontrada para a realização deste estudo destaca-se a coleta dos dados, primeiro no que concerne à desorganização de algumas equipes, que não sabiam onde estavam a sua ferramenta, segundo pelo fato de muitas emprestarem suas respostas para outras equipes, o que foi percebido pelo fato das ferramentas de uma equipe estarem com outra e pelas respostas que muitas vezes eram iguais. Também houve certa dificuldade na hora da análise dos dados, pois, além de não ter nenhum estudo igual, apenas alguns poucos semelhantes, ainda soma-se o fato das respostas serem obtidas por pontuação (0-10), pontuando resultados objetivos, sem nenhuma questão subjetiva, não apresentando assim dados mais concretos e claros a respeito dos indicadores.

A AMAQ-AB é uma ferramenta extensa e tem a finalidade de fazer com que as equipes se autoavaliem. Independente das suas repostas, o seu simples preenchimento já pontua 10% na nota final do PMAQ-AB, após esse momento são pactuados os pontos que devem ser melhorados através de intervenções a serem aplicadas nos serviços de saúde. Eu proporia pequenas reformulações para sua melhor execução, de início seria interessante que fossem feitas algumas perguntas subjetivas dentro de cada padrão, mas que no geral o instrumento fosse resumido, o que poderia fazer com que os profissionais tivessem um maior interesse no seu texto e assim deixassem suas respostas mais claras, produzindo a uma boa pactuação de metas para a melhoria do processo de trabalho mais rica e abrangente.

Percebeu-se que a maioria dos profissionais responderam a ferramenta, o que pode ser explicado pelo fato de pontuar 10% na nota final do PMAQ-AB, porém, notou-se fragilidade na qualidade das respostas, muitas vezes repetidas e realizadas de forma fragmentada por cada membro da equipe, ainda acrescenta-se a questão de muitos profissionais não entenderem a sua importância e não colocarem em prática os pactos acordados, sendo realizados apenas para efeito da avaliação externa.

As respostas das equipes em sua maioria Satisfatórias e Muito satisfatórias supõem que existe um certo entendimento por parte da Gestão sobre as funções do Apoio Institucional, Educação Permanente e Monitoramento e Avaliação, o que sugere o seu cumprimento por parte da Gestão, com a implantação frequente desses mecanismos. Apesar

dos limites da ferramenta, pode-se justificar a veracidade das respostas por não haver necessidade por parte das equipes em pontuarem boas notas para a Gestão, uma vez que isso não influenciará o seu resultado, ainda assim percebeu-se a existência de notas incoerentes e muito diferentes de uma equipe para outra, não condizendo em alguns itens com a realidade vivenciada.

Em síntese ressalta-se a importância deste estudo, pois, através dele foi possível avaliar em parte o desenvolvimento do PMAQ-AB e suas diretrizes, analisar como está acontecendo a autoavaliação, se suas respostas demonstram a qualidade esperada pela Gestão da AB nas subdimensões analisadas e se a ferramenta AMAQ-AB teve o seu uso consolidado pelas equipes.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 1º ed. São Paulo: Martinari, 2011.
- BARROS, S. C. M; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 48-67, 2010.
- BARROS, M. E. B; GUEDES, C. R; ROZA, M. M. R. O Apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.655, de 19 de Julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional para 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você-Acesso e Qualidade**. Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Documento Síntese para Avaliação Externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica: PNAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa Brasileira. Brasília, DF, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. [online]. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 21 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 278, de 27 de Fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080/90 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. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. [online]. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 10 abr. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNAAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p.901-911, 2012.

CARVALHO, F. M. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em municípios do Piauí e Ceará** (Dissertação). Fortaleza: Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, 2013, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2014.

CRUZ, M. M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 124-139, out. 2014.

**Estimativa Populacional do IBGE**. [on line]. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/pt/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2704>> Acesso em: 22 Ago. 2014.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GARCIA, A. C. C. P. et al. Análise da Organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 221-236, out. 2014.

GARCIA, R. C. **Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2001. Texto para Discussão nº 776.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Perfil dos municípios brasileiros 2012**. [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2012/>>. Acesso em: 21 out. 2014.

LINHARES, P. H. R; LIRA, G. V; ALBUQUERQUE, I. M. N. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 195-208, out. 2014.

MACIEL, A. G; CALDEIRA, A. P; DINIZ, F. J. L. S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 319-330, out. 2014.

MACHADO, J. F. F. P. et al. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p. 102-113, jan-mar. 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata**. [online]. OMS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

OLIVEIRA, G.N. **Apoio Institucional: Orientações metodológicas para o trabalho do Apoiador da Política Nacional de Humanização** – Material de apoio para egressos de cursos ofertados pela PNH – MS/SAS/PNH, 2010.

OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Revista Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 223-235, 2012.

OPS/OMS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. **Publicación Científica**, Washington, D.C., n. 540, 1992.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PINTO, H. A; SOUZA, A.N; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde** (on-line). Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012.

PINTO, H. A. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. Especial, n. 51, p. 145-160, out. 2014.



PORTELA, L. R; DIAS, M. S. A; VASCONCELOS. M. I. O. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Análise da Autoavaliação em Sobral, Ceará. **SANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 40-45, jan./jun, 2013.

REIS, A.T; OLIVEIRA, P.T.R; SELLERA, P.E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, (on-line), v. 6, n.2, Sup., 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SOUSA, A. N. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 35 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 52-68, out. 2014.

TOLLEDO, G. L; OVALLE, I. I. **Estatística Básica**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

STROSCHEIN, K. A; ZOCCHÉ, D. A. A. Educação Permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2011/fev. 2012.

**APÊNDICE**

### Carta de Anuência

Ilma. Secretária Municipal de Saúde de Picos-PI  
Dra. Maria da Conceição Portela Leal

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada **Gestão da Atenção Básica em Picos-Piauí: resultados da autoavaliação**, a ser realizada pelo discente do curso de bacharelado em Enfermagem **Emanuela do Socorro Rocha**, da instituição de ensino **Universidade Federal do Piauí-UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros** sob orientação do Prof. Me. **Mailson Fontes de Carvalho**, com os objetivos descritos no projeto em anexo, necessitando, portanto ter acesso aos dados a serem recolhidos nas **Estratégias de Saúde da Família (ESF) participantes do PMAQ**. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que os dados recolhidos possam constar no relatório final de pesquisa para fins acadêmicos. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS 466/12). Salientamos ainda que tais dados devem ser utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta secretária, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Picos - PI, 30 de maio de 2015.

Mailson Fontes de Carvalho  
Pesquisador responsável

### Autorização

- Concordo com a solicitação  
 Não concordo com a solicitação

Maria da Conceição Portela Leal  
Dra. Maria da Conceição Portela Leal  
Secretária Municipal de Saúde de Picos-PI

**ANEXO**

**DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA****E – SUBDIMENSÃO: APOIO INSTITUCIONAL**

O apoio institucional busca auxiliar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções. Para isso, ajuda as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos e auxilia na construção e na utilização de ferramentas e tecnologias para a melhoria do trabalho. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e parte dos problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano utilizando-os como matéria-prima para o seu trabalho, e sempre que necessário busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

2.1	A gestão da atenção básica estabelece relação democrática e dialógica com as equipes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão da AB estabelece mecanismos de gestão participativa com as equipes de saúde, estimula a criação e funcionamento de espaços de gestão colegiada em que atuem trabalhadores e gestores, potencializando a democratização institucional, o compartilhamento dos problemas e a construção de soluções. Essa relação atende às realidades e singularidades de cada território e unidade de saúde, por meio de planejamento, pactuação, avaliação constante, ações de educação permanente.</p>		
2.2	A gestão da AB oferta apoio institucional ou similar para as equipes de atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão da AB está organizada com apoiadores de referência para as equipes de atenção à saúde. O processo de trabalho do apoiador institucional está orientado e organizado para promover ações de qualificação da AB no município, de forma democrática e solidária, contribuindo para maior autonomia e compartilhamento do trabalho, observando-se o adequado dimensionamento do número de equipes por apoiador. Realiza-se: A- discussão e montagem das agendas das equipes em função da análise das informações em saúde, necessidades e prioridades de saúde; B – Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea; C – Suporte à elaboração de projetos terapêuticos singulares e implantação de dispositivos de gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS; D –Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; E – Facilitação de processos locais de planejamento; F – Mediação de conflitos, a fim de conformar projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários; G – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede.</p>		

## F – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE

Para o redirecionamento do modelo de atenção, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação. Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem, nas ofertas educacionais, elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

2.3	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

Os processos de educação são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.



2.4	A gestão da atenção básica utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão da AB utiliza o apoio matricial com a finalidade de auxiliar as equipes em aspectos em que as mesmas julguem necessitar de apoio, seja em relação ao processo de trabalho de maneira geral, seja em relação à clínica e ao cuidado direto ao usuário. São exemplos de práticas de apoio matricial na gestão da AB: atuação da coordenação de AB junto às equipes a fim de apoiar o desenvolvimento de suas atividades; acompanhamento e avaliação das ações de cuidado em saúde; planejamento conjunto/compartilhado com outras áreas da gestão com expertise na temática; apoio de outros níveis de atenção à saúde na qualificação dos encaminhamentos para especialistas; e outras ações desenvolvidas pela equipe da gestão em conjunto com as equipes de AB. Essa dimensão gerencial e pedagógica da intervenção junto aos serviços resulta na qualificação dos processos de trabalho e dos trabalhadores.</p>		
2.5	A gestão da atenção básica dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A coordenação disponibiliza mecanismos presenciais e/ou virtuais, como as comunidades de práticas, Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos. Tais dispositivos favorecem a cooperação horizontal entre profissionais do mesmo município e de outros.</p>		
2.6	A gestão da atenção básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão da AB garante <del>momentos para</del> a realização de reuniões de equipe da AB. Nesses espaços são discutidos temas referentes à organização do processo de trabalho, ao planejamento, ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, a construção de projetos terapêuticos singulares, à avaliação das ações, à educação permanente, à integração e a troca de conhecimentos entre os profissionais. Nesse espaço há participação dos apoiadores institucionais e matriciais na AB, através de discussão durante as reuniões e esses momentos têm periodicidade semanal ou quinzenal, com duração média de duas horas.</p>		
2.7	A gestão da atenção básica faz articulações de forma a propiciar que as unidades de atenção básica sejam espaços de formação e aprendizagem.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão da AB estimula processos de formação e produção de conhecimento nas UBS tais como: pesquisas, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação. São exemplos: os alunos do PET-Saúde, dos cursos técnicos, da graduação, dos estágios de vivência, das especializações, de residências multiprofissionais, etc. A gestão oferta cursos de formação aos trabalhadores que realizam a preceptoría/tutoria.</p>		

2.8	A gestão da atenção básica viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão da AB incentiva e viabiliza a participação dos profissionais da gestão e equipes da AB em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação na área de atuação direta ou indiretamente ligada ao seu processo de trabalho, oferecidos por Instituições de Ensino Superior, Escolas de Saúde Pública, Escola Técnica do SUS e/ou Centros Formadores. Responsabiliza-se por articular a formulação, execução e implementação dessa oferta. Estabelece, quando necessário, critérios para acesso que levam em consideração as necessidades e dificuldades identificadas, relevância do tema, interesse do profissional, tempo de serviço, desempenho, dedicação, entre outros.</p>		

#### G - SUBDIMENSÃO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - M&A

A incorporação do monitoramento e avaliação (M&A) constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento caracteriza-se como uma ação de levantamento e análise de informações, realizada de forma permanente e rotineira propiciando intervenções pontuais para correção de problemas identificados. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre a situação analisada, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados. Para que as ações de monitoramento e avaliação atinjam seu potencial no aprimoramento das políticas públicas é necessário que não se perca de vista seu caráter formativo e pedagógico, trabalhando-se sempre com uma abordagem de informação para a ação, incorporado-as no conjunto das atividades cotidianas dos gestores e das equipes de AB.

2.9	A gestão da Atenção Básica organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da Atenção Básica	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O monitoramento está organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados planejados na medida em que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias. É parte integrante do planejamento no âmbito da AB, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Dentre as estratégias de organização do monitoramento são realizadas: (a) Definição das ações prioritárias para o acompanhamento; (b) Definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades; (c) Definição de responsáveis; (d) Periodicidade do acompanhamento; (e) Instrumentos de sistematização das ações que contribuem com a melhoria dos indicadores; (f) Mecanismos de divulgação de resultados; (g) discussão de resultados entre gestores e profissionais de saúde. As áreas técnicas que desenvolvem ações de AB – por exemplo, saúde bucal, saúde da criança, saúde da mulher, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição – são envolvidas e integradas nesse processo.</p>		



2.10	A gestão da atenção básica utiliza processos avaliativos como ferramenta de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão da AB faz avaliação dos projetos prioritários, refletindo criticamente suas potencialidades e fragilidades, bem como as necessidades de aprimoramento. A gestão da AB utiliza os resultados de avaliações para adoção de estratégias que qualifiquem as ações de AB, tais como: Avaliação externa do PMAQ, suplementos da PNAD sobre Panorama de Saúde; Segurança Alimentar, entre outras. Promove ou participa de avaliações, no contexto da AB, realizadas por atores externos à gestão municipal.</p>		
2.11	A gestão de atenção básica promove a discussão de resultados e estimula o uso da informação pelas equipes de AB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal debate e decide junto com os profissionais das equipes de AB as informações/indicadores de saúde a serem acompanhados, considerando as necessidades do território, bem como as pactuações realizadas em âmbito regional/estadual e/ou federal a (COAP, PMAQ, PSE, entre outros). Realiza discussões periódicas dos resultados, estimulando a reflexão sobre o fazer cotidiano e possíveis estratégias de intervenção. Promove cursos /oficinas sobre análise de informações epidemiológicas para os profissionais.</p>		
2.12	A gestão da atenção básica adota estratégias que fortalecem a alimentação e uso dos sistemas de informações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão garante o abastecimento adequado das fichas necessárias para o registro das informações nas UBS. Possui estratégias para a informatização e conectividade das UBS, garantindo computadores, nos consultórios, sala de procedimentos, sala de vacina, sala acolhimento, recepção e outros ambientes identificados como necessários. Promove aperfeiçoamento dos profissionais para o correto registro das informações, seja por meio de registro manual ou eletrônico. Verifica a consistência dos dados e os envia de forma periódica às bases nacionais. Utiliza as informações para interpretar necessidades de saúde dos usuários e toma decisões que visam o aprimoramento dos serviços com base nessas informações. A gestão implantou o Cartão Nacional do SUS para todos os usuários.</p>		



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- Tese  
 Dissertação  
 Monografia  
 Artigo

Eu, **Emanuela do Socorro Rocha**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **Gestão da Atenção Básica em Picos-Piauí: Resultados da Autoavaliação do PMAQ-AB**, de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada na universidade.

Picos-PI, 20 de Outubro de 2015.

*Emanuela do Socorro Rocha*  
Assinatura

*Emanuela do Socorro Rocha*  
Assinatura

