

## Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: estratégias utilizadas em dois estados nordestinos

Access and Quality Improvement Program of Primary Care: strategics using in two  
northeastern states

Acceso y Calidad del Programa de Mejoramiento de Atención Primaria: la política  
utilizada en dos estados del noreste

Mailson Fontes de Carvalho<sup>1</sup>, Ana Roberta Vilarouca da  
Silva<sup>2</sup>, Maristela Ines Osawa Vasconcelos<sup>3</sup>, Anya Pimentel  
Gomes Fernandes Vieira Meyer<sup>4</sup>

**Resumo:** **Objetivo:** Analisar a utilização das estratégias propostas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica nos estados do Piauí e Ceará. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal utilizando dados provenientes da Avaliação Externa e apresentados diante do cruzamento das variáveis explicativas: estado e porte populacional dos municípios. A análise estatística dos dados foi realizada com auxílio do software SPSS versão 20.0. **Resultados:** Foi possível identificar diferenças significativas nos resultados entre equipes de municípios de porte

populacional diferente e constatar que mesmo sendo estados com similaridades, Piauí e Ceará apresentaram diferentes resultados na utilização das estratégias propostas no âmbito do desenvolvimento do programa (Autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional). **Considerações:** As estratégias de melhoria do acesso e qualidade, apesar de seu papel indutor de mudanças, ainda não protagonizaram as ações diante do programa nos estados investigados, o que sugere negligência à fase de desenvolvimento do programa, que aparenta meramente induzir ao cumprimento de tarefas pré-estabelecidas.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

**Abstract: Objective:** To analyze the use of strategic dimensions proposed by Access Improvement Programme and Quality of Primary Care in the states of

<sup>1</sup> Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública (ICF) e Docência na Saúde (UFRGS). Mestre em Saúde da Família (Fiocruz). Doutorando em Enfermagem e Saúde (UESB). Docente da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Piauí, Brasil. E-mail: [mailsoncarvalho@yahoo.com.br](mailto:mailsoncarvalho@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente da Universidade Federal do Piauí. Membro da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Piauí, Brasil. E-mail: [robertavilarouca@yahoo.com.br](mailto:robertavilarouca@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente da Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA). Membro da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Ceará, Brasil. E-mail: [miosawa@gmail.com](mailto:miosawa@gmail.com)

<sup>4</sup> Cirurgiã-Dentista. Doutora em Odontologia (University of Toronto). Pesquisadora da FIOCRUZ-Ceará. Coordenadora da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Ceara, Brasil. E-mail: [anyavieira@gmail.com](mailto:anyavieira@gmail.com)

Piauí and Ceará. **Methodology:** This is a cross-sectional study using data from the External Evaluation and presented before the intersection of explanatory variables: status and population size of the municipalities. Statistical analysis was performed using SPSS software version 20.0. **Results:** It was possible to identify significant differences in the results of the dimensions between teams of different population size of municipalities and realize that even though states with similarities, Piauí and Ceará showed different results in the use of strategic proposals under the program of development (Self-assessment, monitoring, continuing education and institutional support). **Considerations:** The improvement of access and quality strategies, despite its inductive role changes, has not staged the actions before the program in the surveyed states, suggesting neglects the program development phase, which appears merely lead to the fulfillment of tasks pre established.

**Descriptors:** Primary Care; Family Health; Health Evaluation; Program Evaluation and Health Projects.

**Resumen: Objetivo:** Analizar el uso de las dimensiones estratégicas propuestas por el Programa de Mejoramiento de Acceso y Calidad de la Atención

Primaria en los estados de Piauí y Ceará. **Metodología:** Se trata de un estudio transversal con datos de la evaluación externa y presentada antes de la intersección de las variables explicativas: situación y tamaño de la población de los municipios. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20.0. **Resultados:** Fue posible identificar diferencias significativas en los resultados de las dimensiones entre los equipos de diferente tamaño de la población de los municipios y darse cuenta de que a pesar de que estados con similitudes, Piauí y Ceará mostraron resultados diferentes en el uso de las propuestas estratégicas en el marco del programa de desarrollo (auto-evaluación, monitoreo, la formación continua y el apoyo institucional). **Consideraciones:** La mejora de las estrategias de acceso y de calidad, a pesar de sus cambios de funciones inductivas, no ha efectuado las acciones antes de que el programa en los estados encuestados, lo que sugiere descuida la fase de desarrollo del programa, que aparece solamente conducen al cumplimiento de las tareas preestablecido.

**Descriptores:** Atención Primaria; salud; Evaluación de la Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud.

## Introdução

A realização e a divulgação de pesquisas e avaliações que busquem orientar a implantação de políticas e práticas de saúde são atribuições irrevogáveis dos gestores, em todos os níveis do sistema de saúde<sup>(1)</sup>. Porém, mesmo com o empenho do Ministério da Saúde (MS) em pautar a discussão em torno da avaliação da atenção básica, apoiando iniciativas e propondo instrumentos, a avaliação em saúde no país sempre apresentou um contexto de processos incipientes e pouco incorporados à prática.

Na atenção básica, a busca pela qualidade vem sendo impulsionada pelas evidências de melhores indicadores, menor custo e maior satisfação em países onde os sistemas nacionais de saúde que priorizam ações primárias como eixo organizador das práticas sanitárias<sup>(2)</sup>.

Assim, a iminência de processos avaliativos como eixo central de aprimoramento dos serviços de saúde prestados e a pressão pela garantia de padrões de qualidade nos serviços públicos de saúde, impulsionaram ações governamentais no intuito de qualificar a atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: Sala de Situação, Avaliação para Melhoria da Qualidade

(AMQ), Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e mais recentemente o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Este último, foco deste estudo, estrutura-se a partir do estabelecimento de um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, dividido em quatro fases, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e monitoramento. Assim, visando potencializar o alcance de seus objetivos, são propostas estratégias para a fase de desenvolvimento, que se destinam a promoção de movimentos de mudança na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado<sup>(3)</sup>.

Autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, são colocados aos atores da atenção básica (gestores e profissionais) como táticas de indução aos processos de melhoria e aperfeiçoamento das ações, capazes de deflagrar movimentos de mudança concreta entre os atores envolvidos, sejam eles gestores, profissionais de saúde e comunidade. É nesse contexto que ocorre a participação ativa da gestão municipal e das equipes de atenção básica, provocando um modo

de ação compartilhado que deverá ser capaz de assumir as responsabilidades pela mudança pretendida na situação-problema encontrada<sup>(4)</sup>.

Porém, apesar de apresentar estratégias que notadamente pretendem provocar movimentos em todos os sujeitos envolvidos na atenção básica, o PMAQ-AB pode ser implementado de modos diferentes em cada realidade, podendo ser capturado por uma lógica absurdamente burocrática, formal e subordinada aos poderes existentes nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários<sup>(4)</sup>. Este fato leva-nos a questionar como se deu a utilização das estratégias indicadas pelo programa, investigando ainda possíveis características comuns e variações entre eles.

## Metodologia

Trata-se de estudo transversal, realizado a partir dos microdados produzidos através da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB, ocorrido em 2012. Foram utilizados dados provenientes de equipes de atenção básica dos estados Piauí e Ceará, estados nordestinos que apesar das proximidades geográficas e de características culturais semelhantes, possuem significativas diferenças na

Programa de melhoria do acesso e qualidade...

implantação e desenvolvimento do setor saúde, em especial das estratégias e programas relacionados à atenção básica.

Assim, esta investigação apresenta resultados de questionários da avaliação externa PMAQ-AB, respondidos por profissionais de equipes de atenção básica, em sua maioria (66%) localizadas em municípios de pequeno porte. São equipes de 136 municípios (60,7%) no Piauí e 171 municípios (92,9%) no Ceará, totalizando um universo de 1281 equipes de saúde da família/atenção básica distribuídas em 307 municípios, que representam uma amostra de 75,2% do total de municípios dos dois estados.

A análise dos dados foi realizada por meio do software SPSS versão 20.0 (*Statistical Package for Social Science, SSPS Incorporation, Chicago, IL, USA*), a partir de questões previamente selecionadas no banco de dados disponibilizado pelo Ministério da Saúde, que se relacionavam às dimensões de desenvolvimento do PMAQ-AB: Educação Permanente, Apoio Institucional, Autoavaliação e Monitoramento.

O planejamento da pesquisa considerou a análise das equipes sob a ótica de dois aspectos:

I – *Estado*: visando estabelecer comparação entre os estados do Piauí e Ceará;

II – *Porte populacional*: consideradas as estimativas populacionais dos municípios brasileiros de 2014, classificando os municípios em:

- Pequeno Porte 1: população menor ou igual a 20 mil habitantes;
- Pequeno Porte 2: população entre 20-50 mil habitantes;
- Médio Porte: população entre 50-100 mil habitantes;
- Grande Porte : população maior ou igual a 100 mil habitantes.

Os dados foram analisados considerando (i) o cruzamento entre os níveis ou estratos de cada variável e as respostas apresentadas para cada dimensão e (ii) através da estatística descritiva de alguns indicadores. Destaque-se que para o cruzamento de dados, foi utilizado do teste *qui-quadrado*, com nível de significância  $p \leq 0,05$ .

Convém ressaltar que no intuito de garantir o respeito aos princípios éticos de pesquisa científica envolvendo seres humanos, a Avaliação Externa do PMAQ-AB fora submetida a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, obtendo aprovação através do

parecer nº 21904, de 13 de março de 2012.

## Resultados e Discussão

Um total de 1281 equipes foram avaliadas, das quais 910 no estado do Ceará e 371 no estado do Piauí. Destas, 15,3% localizavam-se em municípios de grande porte, 18,7% em municípios de médio porte e 66% em municípios de pequeno porte, onde 35,4% classifica-se como pequeno porte 1 e 30,6% como pequeno porte 2.

## Autoavaliação

Primeira das dimensões estratégicas a ser implementada no âmbito do programa, a autoavaliação carrega em si a presunção negativa dada aos processos avaliativos, taxados assim pela sua estreita relação com aspectos punitivos<sup>(5)</sup>.

Um elevado percentual de equipes (84,7%) afirmou ter realizado a autoavaliação proposta, com destaque para o estado do Ceará com percentual de 87,9%. Esse resultado altera-se timidamente em razão da alternância entre padrões de porte populacional.

A consideração dos resultados da autoavaliação na organização do processo de trabalho, apontando por 81% das equipes, reafirma o papel

indutor exercido pelo programa no desenvolvimento das ações na atenção básica, vinculando-se ao realinhamento de práticas e ações instituídas na

política nacional de atenção básica sob a responsabilidade não somente de equipes, mas também dos gestores.

**Tabela 1:** Realização da autoavaliação no âmbito do PMAQ-AB nos estados do Piauí e Ceará, 2012.

		Autoavaliação realizada		Utilização da autoavaliação para organização da equipe		Apoio da gestão ao processo de autoavaliação		Apoio da gestão para qualificação dos padrões de acesso e qualidade	
		n	%	n	%	n	%	N	%
UF	PI	285	76,8	267	72,0	270	72,8	319	86,0
	CE	800	87,9	771	84,7	785	86,3	887	97,5
	<b>Total</b>	362	79,9	345	76,2	352	77,7	414	91,4
	<i>Qui-Quadrado</i>	p ≤ 0,0001		p ≤ 0,0001		p ≤ 0,001		p ≤ 0,0001	
Porte	Peq. 1	362	79,9	345	76,2	352	77,7	414	91,4
	Peq. 2	336	85,7	317	80,9	328	83,7	373	95,2
	<b>Médio</b>	204	85,4	198	82,8	196	82	227	95
Populacional	<b>Grande</b>	183	92,9	178	90,4	179	90,9	192	97,5
	<i>Qui-Quadrado</i>	p = 0,003		p ≤ 0,0001		p = 0,008		p = 0,051*	

\* p > 0,05

Destaca-se ainda o elevado percentual de ocorrência da autoavaliação em municípios como Parnaíba (PI), Crato (CE), Sobral (CE), Juazeiro do Norte (CE), Itapipoca (CE), Maracanaú (CE) e Maranguape (CE), considerados de médio porte e dotados de elevada cobertura populacional pela ESF.

No tocante à consideração dos resultados da autoavaliação na organização do processo de trabalho, o percentual também se apresentou elevado (81%) mesmo diante das variáveis analisadas. Vale destacar

também a grande utilização do instrumento Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ), utilizado em 62% dos municípios, seguido do Autoavaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), precursor do PMAQ-AB, com 23,4%.

O acentuado percentual de utilização do instrumento Autoavaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), baseado no modelo donabediano de análise dos serviços de saúde, em municípios de maior porte, demonstra que o referido, apesar de não ter alcançado a capilaridade necessária em

municípios de pequeno porte, ainda apresenta notória relevância e utilização, principalmente entre equipes de municípios de maior estrato de certificação.

A dificuldade de efetivação de políticas públicas em municípios de menor porte e estrato podem encontrar justificativa na ausência de suporte técnico e financeiro para sua execução, visto que estes municípios geralmente estão localizados em regiões interioranas, de acesso territorial dificultado e cultura flexneriana ainda instalada. Ainda que no âmbito da saúde, a estratégia saúde da família tenha encontrado melhor desempenho em municípios dessa categoria, ainda que questionada a condição da gestão municipal responder pelas ações da APS isoladamente<sup>(6,7)</sup>.

### **Monitoramento**

Ainda que não se possa mensurar a qualidade do apoio e estímulo dispensados pela gestão nos diversos municípios estudados, convém ressaltar que cabe à gestão implantar processos regulares de monitoramento e

Programa de melhoria do acesso e qualidade...

avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados das ações de saúde realizadas e promoção da melhoria do desempenho da equipe de acordo com padrões de qualidade<sup>(3)</sup>.

Foi possível constatar que a maioria (87%) das equipes avaliadas em ambos estados já havia realizado alguma atividade de monitoramento e/ou análise dos indicadores no âmbito da atenção básica. Porém, apesar de ser um mecanismo central presente nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, nota-se que as equipes de saúde ainda apresentam dificuldades no planejamento de suas atividades, em especial, com processos sistemáticos de avaliação e monitoramento das ações<sup>(8,9)</sup>.

Conforme apresentado na Tabela 2, parte considerável das equipes afirmou receber apoio e estímulo da gestão à realização dessa atividade, apresentando percentuais que se acentuam quando comparados entre os estratos populacionais, apresentando melhores resultados no estado do Ceará e em geral entre as equipes de municípios de médio porte.

**Tabela 2:** Utilização do monitoramento e avaliação de indicadores do PMAQ-AB nos estados Piauí e Ceará, 2012.

		<b>Recebe informação s para análise da situação de saúde</b>		<b>Realiza monitorament o e análise dos indicadores e informações de saúde</b>		<b>Recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitorament o do SIAB</b>		<b>Monitorament o e análise de indicadores e informações de saúde como tema de reuniões</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>UF</b>	<b>PI</b>	315	84,9	289	77,9	270	72,8	298	80,3
	<b>CE</b>	865	95,1	820	90,1	797	87,6	782	85,9
	<b>Total</b>	1180	92,1	1109	86,6	1067	83,3	1080	84,3
<i>Qui-Quadrado</i>		p ≤ 0,0001		p ≤ 0,0001		p ≤ 0,001		p = 0,016	
<b>Porte Populaciona l</b>	<b>Peq. 1</b>	410	90,5	374	82,6	368	81,2	367	81
	<b>Peq. 2</b>	365	93,1	342	87,2	334	85,2	333	84,9
	<b>Médio</b>	225	94,1	213	89,1	200	83,7	207	86,6
	<b>Grand e</b>	180	91,4	180	91,4	165	83,8	173	87,8
<i>Qui-Quadrado</i>		p = 0,516 *		p = 0,057 *		p = 0,387*		p = 0,047	

\* p > 0,05

Frente a importância desta dimensão convém ainda ressaltar a forte presença desta temática nas reuniões de equipe, com diferenças significativas de percentual conforme o porte populacional, fato que pode ser justificado pela peculiaridade de cada região ou estado, ainda que não possamos neste estudo generalizá-los.

A importância do monitoramento e análise de indicadores reside primordialmente no fato destes apresentarem-se como possibilidade de reflexão da situação epidemiológica de uma população. Logo são utilizados como ferramenta essencial para a gestão das unidades de saúde<sup>(10)</sup>.

Assim, apesar dos resultados apontarem a frequente utilização dos dados e indicadores da atenção básica, é possível que estes indicadores tenham reflexo questionável na tomada de decisões para a qualificação dos serviços e ações, visto que apenas monitorar não garante os avanços necessários. Porém, no âmbito da qualificação dos serviços, desprezar esta estratégia atribui fragilidade no desenvolvimento das ações, visto que o planejamento será inexistente ou inconsistente diante da ausência de embasamento da realidade em que se deseja intervir.



### Educação Permanente

Adotada como política de desenvolvimento humano para o Sistema Único de Saúde (SUS), a educação permanente na atenção básica é apontada como estratégia a ser utilizada concretamente no cotidiano dos serviços frente ao grande potencial provocador de mudanças no processo de trabalho em saúde. Mesmo que possamos constatar elevado percentual de ocorrência das ações de educação permanente entre as equipes de atenção básicas investigadas, ainda é possível ressaltar que os processos relacionados a educação permanente no SUS

apresentam fragilidades e inconsistências por razões associadas à falta de incentivos dos gestores, falta de envolvimento da equipe de trabalho e falta de sensibilização de profissionais da equipe, promovendo desmotivação e desinteresse da equipe na busca de capacitações<sup>(11)</sup>.

Os resultados mostram que 72% do total das equipes revelaram existir no município a oferta de educação permanente, apresentando padrão crescente quando avaliado entre equipes instaladas em municípios de maior porte populacional.

**Tabela 3:** Educação permanente na atenção básica nos estados Piauí e Ceará, 2012.

		Presença de ações de educação permanente.		A educação permanente contemplam as demandas da equipe.	
		n	%	n	%
UF	PI	242	65,2	158	42,6
	CE	688	75,6	498	54,7
	<b>Total</b>	930	72,5	656	51,2
<i>Qui-Quadrado</i>		p ≤ 0,0001		p ≤ 0,0001	
Porte Populacional	Peq. 1	278	61,4	200	44,2
	Peq. 2	296	75,5	210	53,6
	Médio	185	77,4	119	49,8
	Grande	171	86,8	127	64,5
<i>Qui-Quadrado</i>		p ≤ 0,0001		p ≤ 0,0001	

Apesar de gestores e profissionais da saúde reconhecerem a relevância da aprendizagem baseada na prática e a construção coletiva do conhecimento, diversas são as

dificuldades encontradas para a implementação da educação permanente: participação incipiente dos gestores; resistência de alguns segmentos integrantes dos polos em

acatar as diretrizes da nova política e a gestão colegiada; indefinição de parâmetros para construção dos projetos/ações; fluxos burocráticos na aprovação dos projetos/ações; entre outros<sup>(12)</sup>.

Dentre as equipes investigadas ficou evidente que as ações de educação permanente não conseguem contemplar suas demandas e necessidades, principalmente entre municípios de menor porte populacional, que pode justificar-se pela dificuldade de interiorização das ações de educação, visto que ainda há maior oferta de educação permanente nos grandes centros urbanos, onde os polos e linhas de atuação (rede de escolas técnicas do SUS; especializações e mestrados profissionalizantes para atendimento às necessidades do SUS; qualificação de agentes de saúde e profissionais de nível médio, entre outros) encontram-se estruturados e bem definidos.

Todavia, ao constatar que o PMAQ-AB estrutura-se sob os mesmos princípios, diretrizes e dispositivos que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), é possível afirmar que mesmo sendo proposta como estratégia de desenvolvimento do âmbito do programa, não se trata de algo completamente novo para as equipes,

Programa de melhoria do acesso e qualidade...

mas uma proposta que, associada a processos avaliativos, procura efetivar os pressupostos da atenção básica<sup>(13)</sup>.

Assim, figura como estratégia capaz de produzir movimentos de melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, proporcionando subsídios à reflexão sobre as práticas de trabalho, gestão e formação, o que potencializa mudanças nos mais amplos aspectos.

### **Apoio Institucional**

O termo apoio institucional pretende enfatizar a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso para movimento, refletindo acerca do trabalho sistêmico, de forma orgânica, em rede, fugindo dessa tradição autoritária de supervisão e controle verticalizados presentes nos serviços de saúde<sup>(14)(15)</sup>.

Elevado percentual das equipes no Ceará e Piauí afirmou ter recebido apoio institucional, em consonância com os resultados nacionais<sup>(16)</sup> que apontam entre todas as equipes avaliadas no 1º ciclo do PMAQ-AB, mais de 80% receberam apoio institucional. Porém, se considerado o porte populacional é possível detectar diferenças significativas entre os percentuais de ocorrência, apresentando padrão decrescente em razão de equipes

localizadas em municípios de maior porte.

**Tabela 4:** Realização de apoio institucional nos estados Piauí e Ceará, 2012.

		Recebe apoio institucional		Contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho									
				Muito bom		Bom		Regular		Ruim		Muito ruim	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UF	PI	290	78,2	85	22,9	182	49,1	40	10,8	5	1,3	0	0
	CE	779	85,6	267	29,3	501	55,1	78	8,6	4	0,4	2	0,2
<i>Qui-quadrado</i> p ≤ 0,0001				p ≤ 0,0001									
Porte Pop.	Peq.1	375	82,8	124	27,4	235	51,9	36	7,9	4	0,9	0	0
	Peq.2	339	86,5	101	25,8	218	55,6	41	10,5	4	1	0	0
	Méd.	199	83,3	57	23,8	136	56,9	21	8,8	0	0	1	0,4
	Gran.	156	79,2	70	35,5	94	47,7	20	10,2	1	0,5	1	0,5
<i>Qui-quadrado</i> p = 0,001				p = 0,063*									

\* p > 0,05

No tocante a quantidade de apoiadores por equipe, os valores máximo e mínimo foram respectivamente treze e um, com média de 2,8 (±1,96) apoiadores por equipe. Estes exerceram suas atividades prioritariamente de forma presencial (98%), ainda que também utilizassem meios como telefone (71%) e internet (20%) como forma de comunicação com as equipes.

Observa-se ainda altos níveis de satisfação para o desenvolvimento das atividades do apoiador e contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e nos momentos de autoavaliação, com maior satisfação entre equipes de municípios de grande

porte e estratos de certificação intermediários. Para compreender esse quadro, onde o porte populacional e o estrato de certificação tornam-se condicionantes na determinação da satisfação para com o apoio institucional realizado, faz-se necessária a compreensão acerca da complexidade e desafiadora função do apoiador institucional. O apoiador tem a função de tentar interferir nas relações de trabalho e de gestão, buscando ampliar o diálogo e possibilitar a deliberação conjunta, não se resumindo a apenas um facilitador<sup>(14)</sup>.

Há de se considerar ainda a possível sobrecarga de trabalho dos apoiadores, bem como a possibilidade

de inexperiência e despreparo para o desempenho da função, visto que frente a um novo modelo de organização do trabalho são necessárias também novas competências e habilidades, tais como alta escolaridade, conhecimentos aprofundados, capacidade de planejamento, comunicação, trabalho em equipe, tomada de decisão, acesso a informações, bem como características pessoais específicas como responsabilidade, criatividade, iniciativa e criticidade.

### **Considerações Finais**

Ainda que possamos reafirmar a potência do PMAQ-AB no processo de qualificação do trabalho na atenção básica em saúde, é preciso ponderar as considerações diante da multiplicidade de fatores que podem interferir no desempenho das equipes no programa.

As estratégias de desenvolvimento propostas surgem como táticas capazes de desencadear processos de melhorias da qualidade na atenção básica. A autoavaliação e o monitoramento analítico de indicadores de saúde surgem como disparadores do processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança, processos estes que se devidamente subsidiados pelo apoio institucional e educação permanente, no intuito de fomentar

consequência prática àquilo que fora outrora nomeado como problema, possibilitam, ao fim de cada ciclo, melhorias reais na atuação da ESF, que deverão ser reconhecidas pela avaliação externa. Neste contexto, cada dimensão tem uma parcela potencial de contribuição no desempenho das equipes, em especial, no alcance das metas e padrões propostos<sup>(17)</sup>.

Embora diante da garantia de compromissos entre gestores e profissionais destacada no âmbito da adesão ao PMAQ-AB, fica claro nesta investigação que as mudanças no processo de trabalho advindas das estratégias de desenvolvimento do programa ocorreram de forma tímida e irregular, ficando o programa focado na lógica do financiamento recebido e do resultado da certificação alcançado.

Em síntese, os resultados reiteram que possíveis diferenças apresentadas no desenvolvimento do PMAQ-AB sofrem influência diante de características peculiares relacionadas a localização entre estados e entre municípios de porte populacional diferentes. A variação dos percentuais ocorrida entre os níveis de porte populacional comprovam que este indicador possui padrão de interferência relevante no desempenho do programa, e fortalece a decisão do Ministério da

Saúde em utilizar uma classificação própria como critério de agrupamento de municípios em razão da certificação comparativa.

Também convém destacar as diferenças ocorridas entre os resultados sob a ótica dos estados. Piauí e Ceará, ainda que possuam similaridades regionais, apresentaram perfis diferentes no âmbito das políticas de atenção a saúde, em especial no âmbito da atenção básica, aqui ressaltado pelo melhor desempenho apresentado pelo Ceará na implementação das estratégias do programa, ainda que apresente uma consideravelmente baixa cobertura populacional da ESF, quando comparado ao estado vizinho.

É na fase de desenvolvimento que o PMAQ-AB de fato acontece, se institui e provoca movimentos. Porém, realizados dois ciclos do programa podemos destacar que esta fase vem sendo negligenciada, tornando-se meramente o cumprimento de tarefas pré-estabelecidas sem ao menos conhecê-las a fundo ou imaginar os desdobramentos que cada estratégia é capaz de provocar, tornando-se apenas plano de fundo para o alcance de incrementos financeiros para gestão e profissionais.

Assim, mesmo com as limitações dadas pela natureza e recorte

Programa de melhoria do acesso e qualidade...

deste estudo, acredita-se que o mesmo possa contribuir para a melhor utilização das estratégias de desenvolvimento do PMAQ-AB mediante a consideração da interferência dada pelas características de cada localidade e pela reafirmação das estratégias como potenciais disparadoras de movimentos profundos nas realidades das equipes de saúde e gestões municipais.

## Referências

1. Brasil. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID; 2004.
3. Brasil. Programa de Melhoria da qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Pinto HA. Informe Técnico Institucional. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* 2012; 6(2):315-18.
5. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): documento síntese para avaliação externa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Kluthcovsky FA, Kluthcovsky ACGC. Análise da avaliação do PSF em municípios de pequeno porte. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2007; 3(10):116-24. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf3\(10\)354](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf3(10)354)

7. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* 2014; 38(n.esp):13-33.

8. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto & Contexto Enferm* 2009; 18(2): 313-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400012>

9. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(3): 537-48. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300014>.

10. Paes L, Bellato T, Machado B, Lima S. O uso de indicadores como ferramenta de gestão na estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2015; 5(1): 40-49. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769214150>

11. Araújo RRM, Moura MEB, Nunes BMVT, Lago EC, Nery IS. Permanent nursing education in family health strategy. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* 2013; 5(6): 64-73.

12. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP; 2009.

13. Ferraz F, Vendruscolo C, Kleba ME, Prado ML, Reibnitz KS. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. *O Mundo da Saúde* 2012; 36(3): 482-93.

14. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Jr. N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2014; 18 (Supl.1): 983-95.

15. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. *Práxis e Formação Paidéia: apoio e cogestão na saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.

16. Klitzke DD. Apoio institucional na gestão da Atenção Básica no Brasil: um caminho possível? *Dissertação[Mestrado em Saúde Coletiva]* - Universidade de Brasília; 2013.

17. Pinto HA, Souza AN, Florencio AR. 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* 2012; 6(2). doi:<http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v6i2.492>

#### Participação dos autores

CARVALHO, MF atuou na concepção dos objetivos do estudo, análise de dados, discussão dos achados e organização do manuscrito. VASCONCELOS, MIO atuou na análise e discussão dos achados e organização e revisão do manuscrito. SILVA, ARV atuou na análise e discussão dos achados e organização do manuscrito. MEYER, APGFV atuou na construção da ideia inicial; Acompanhamento e orientação do trabalho; análise e discussão dos achados; Organização e revisão geral do manuscrito

Recebido: 07.06.2016

Revisado: 01.07.2016

Aprovado: 04.07.2016