

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

**SORAYA DANTAS SANTIAGO DOS ANJOS**

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO EIXO ESTRATÉGICO TRANSVERSAL  
DE DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E  
DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIO DA BAHIA**

**JEQUIÉ-BA**  
**2019**

**SORAYA DANTAS SANTIAGO DOS ANJOS**

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO EIXO ESTRATÉGICO TRANSVERSAL  
DE DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E  
DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIO DA BAHIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Área de Concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

**Linha de Pesquisa:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristina Setenta Andrade.

**JEQUIÉ-BA  
2019**

A599a Anjos, Soraya Dantas Santiago.  
Análise de implantação do Eixo Estratégico Transversal de  
Desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da  
Atenção Básica em municípios da Bahia / Soraya Dantas Santiago Anjos.-  
Jequié, 2019.  
149f.

(Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB,  
sob orientação Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade)

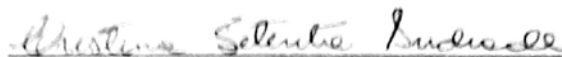
1.Atenção Primária à Saúde 2.Qualidade de acesso 3.Avaliação de  
políticas e programas de saúde 4.Análise de implantação I.Universidade  
Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 614.068

Rafaella Câncio Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

ANJOS, S.D.S. *Análise de implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em municípios da Bahia*. Tese [Doutorado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia. 2019.

### **Banca Examinadora**



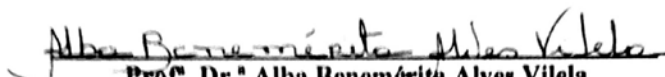
**Prof. Dr.ª Cristina Setenta Andrade**

Doutora em Saúde Pública

Professora Plena da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (UESB)

*Orientadora e Presidente da Banca*



**Prof. Dr.ª Alba Benemérita Alves Vilela**

Doutora em Saúde Coletiva

Professora Plena da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UESB)



**Prof. Dr.ª Silvone Santa Bárbara da Silva**

Doutora em Enfermagem

Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UEFS)

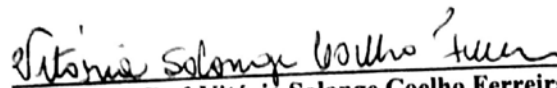


**Prof. Dr.ª Maria Rocineide Ferreira da Silva**

Doutora em Saúde Coletiva

Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE)



**Prof. Dr.ª Vitória Solange Coelho Ferreira**

Doutora em Medicina

Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Mestrado Profissional em Enfermagem (UESC)

**Jequié/BA, 21 de agosto de 2019.**

# *Dedicatória*

*(...) Naquela mesa 'tá faltando ele  
E a saudade dele 'tá doendo em mim (...)  
Sérgio Bittencourt*

Dedico esta produção e o título conquistado aos meus amados e queridos pais (*in memoriam*),

**João Barbosa Santiago e Maria Dantas Santiago**

Vocês estiveram presentes em todos os momentos da minha vida, me deram raízes e também asas. Vocês estão em mim. O amor não desaparece jamais!

*“Vossos filhos não são vossos filhos.  
São os filhos e as filhas da ânsia da vida por si mesma. (...)  
(...) Podéis outorgar-lhes vosso amor, mas não vossos pensamentos,  
Porque eles têm seus próprios pensamentos.”  
Kalil Gibran (1923)*

Dedico aos meus filhos, **Tarcísio e André**, vocês são a maior potência de amor da minha vida.

## *Agradecimentos*

*“Tu me cercaste por detrás e por diante, e puseste sobre mim a tua  
mão.*

*Salmô 139:5*

A **Deus**, pela luz que dele emana, não me deixando desanimar e perder a esperança. Por me dar força para lutar na construção de um mundo melhor.

*“(…) E aprendi que se depende sempre de tanta, muita, diferente gente (...)  
Gonzaquinha (1982).*

A **painho e mainha (in memoriam)**, obrigada pelo amor sem medida, pelo exemplo de vida, sabedoria, humanidade, ética e responsabilidade. Vocês mostrarem a direção correta, foram apoio, confiança e motivação incondicional que me impulsionou a buscar, lutar e conquistar meus sonhos. Durante os quatro anos de formação no doutorado, painho acompanhou incentivando, apoiando. Sua presença sempre foi carregada da presença de mainha (*in memoriam*), *com um carinho, um café quentinho, um abraço, o suporte a meus filhos. Que pena você ter partido antes da defesa da tese. Gratidão eterna.*

Aos **meus filhos Tarcísio e André**, pela presença amorosa, compreensiva e de muita cumplicidade, aprendo diariamente com vocês o desafio e a delícia da maternidade. Obrigada por estarem comigo em todo o tempo apoiando, incentivando, influenciando, participando do meu crescimento pessoal e profissional.

As queridas, **Elza e Rita**, irmãs que a vida me deu, agradeço pelo amor desmedido. Sem vocês eu não teria chegado aqui. Vocês são exemplo de amizade, apoio, segurança. Obrigada pelo amor e cuidado de mãe com meus filhos, e de filhas zelosas com meu pai. Gratidão eterna.

Aos **meus irmãos Antônio Carlos e Thiago**, obrigada por estarem sempre ao meu lado, pelo apoio de perto ou de longe que sinto de vocês. Obrigada pelas orações.

À minha **orientadora, Profa. Dra. Cristina Setenta**, por todo o conhecimento compartilhado com leveza e energia positiva. Pelos momentos felizes durante este e outros períodos que caminhamos na formação em saúde. Obrigada pelos ensinamentos, por sua amizade, carinho, confiança, por entender as dificuldades e os obstáculos que enfrentei durante essa jornada, pelo incentivo apoio para superação dos desafios. Gratidão.

A amiga **Vitoria Solange** pelo incentivo, apoio e valiosas contribuições à realização do estudo.

À **banca de qualificação e de defesa de Tese**, por terem acolhido meu convite, pela disponibilidade e contribuições ao trabalho. Obrigada!

A **Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC**, pelo incentivo à qualificação docente com a concessão da bolsa de Doutorado.

Aos colegas do Curso de Enfermagem do Departamento de Ciências da Saúde da UESC, que apoiaram e entenderam a necessidade de me afastar e me qualificar, em especial, **Noelia, Sonia, Joao Luís, Vitória Solange**, que assumiram a minha carga-horária na graduação de enfermagem para garantir meu afastamento para qualificação docente.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**, pelo relevante papel na interiorização e *expansão* da pós-graduação stricto sensu na Bahia e no Nordeste, em especial, as professoras **Dr.<sup>a</sup> Alba Benemérita Vilela e Dr.<sup>a</sup> Adriana Alves Nery** que coordenaram a sua implantação. Gratidão pela dedicação, competência e compromisso ético e político com a formação de excelência.

Ao **corpo docente e aos funcionários** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), agradeço pela acolhida, ensinamentos, incentivo, apoio e carinho.

Agradeço aos amigos da **Casa dos Artistas, Adilson, Mailson e Manu**, compartilhamos momentos de muito afeto, dias e noites de risos e choros. Vocês permaneceram comigo. Obrigada por cada gesto de amor a mim dedicado.

A **Adilson** pela amizade construída, incentivo, apoio e parceria. Você foi essencial durante todo esse caminhar. Obrigada.

A **Ícaro**, pela presença amiga, agente facilitador na construção no compartilhados, pelo carinho e cuidado. Você é nosso anjo!

A **Mailson Fontes**, por sua presença segura, amiga, um anjo bom que soube dividir, ensinar, construir e aprender juntos. Gratidão.

À **Rose Manuela**, pela disponibilidade em cuidar e apoiar a nossa Casa dos Artista, você foi nosso porto seguro. Agradeço pelas valiosas discussões, reflexões e trocas. Obrigada.

Aos colegas do doutorado **Adilson, Alessandra, Cláudio, Ícaro, Juliana, Lélia, Mailson, Patrícia, Rose Manuela, Sâmia, Saulo, Sumaya e Tatiane**, nosso encontro durante os quatro anos produziu afetos de alegria, solidariedade e cuidado. Vocês contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Hospital Regional Luiz Vianna Filho, Ilheus-BA, por meio da sua Direção, em especial as enfermeiras, **Rusnner dos Anjos Rehem - Diretora de Enfermagem e Enfa. Jussara de Oliveira Matos**, Coordenadora da Emergência, pela sensibilidade e apoio. Gratidão.

A **todos/todas integrantes da Equipe de Enfermagem da Emergência do Hospital Regional Luiz Vianna Filho, Ilhéus-BA** com quem compartilhei a prática e o cuidado de enfermagem. Gratidão.

Aos **profissionais das Equipes de Saúde da Família, equipe gestora e técnicos-administrativos da Atenção Básica** do município de Itabuna/BA, obrigada por participarem como atores nesta pesquisa, pela disponibilidade, participação, contribuições e apoio. Vocês foram essenciais, minha gratidão.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo.

*Ando devagar porque já tive pressa,  
E levo esse sorriso  
Porque já chorei demais,  
Hoje me sinto mais forte  
Mais feliz, quem sabe  
Só levo a certeza  
De que muito pouco sei  
Ou nada sei*

*Conhecer as manhãs e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs*

*É preciso amor pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para florir*

*Penso que cumprir a vida  
Seja simplesmente  
Compreender a marcha  
E ir tocando em frente*

*Como um velho boiadeiro  
Levando a boiada  
Eu vou tocando os dias  
Pela longa estrada, eu vou  
Estrada eu sou*

*Conhecer as manhãs e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs*

*É preciso amor pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para florir*

*Todo mundo ama um dia  
Todo mundo chora  
Um dia a gente chega  
E no outro vai embora*

*Cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si  
Carrega o dom de ser capaz  
E ser feliz*

*Conhecer as manhãs e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs*

*É preciso amor pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para florir*

*Ando devagar porque já tive pressa  
E levo esse sorriso  
Porque já chorei demais*

*Cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si  
Carrega o dom de ser capaz  
E ser feliz.*



ANJOS, S.D.S. Análise de implantação do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em municípios da Bahia. **Tese** [Doutorado em Enfermagem e Saúde]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), 2019. 149p.

## RESUMO

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica vem se constituindo em importante indutor de mudanças no âmbito da gestão atenção básica e gestão do cuidado, com vistas à ampliação do acesso e da melhoria da qualidade. O objetivo geral foi avaliar de implantação de uma das suas etapas, o Eixo Estratégico Transversal do Desenvolvimento, e seus componentes, a autoavaliação, monitoramento, apoio institucional, educação permanente e cooperação horizontal. Os objetivos específicos foram: realizar o estudo sobre a avaliabilidade do Eixo Estratégico Transversal do Desenvolvimento do PMAQ; analisar o grau de implantação; conhecer as concepções das equipes de saúde da família e dos gestores da atenção básica acerca do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ; discutir a influência dos fatores contextuais facilitadores e restritivos a implantação. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. **Na primeira** foi realizado um Estudo de Avaliabilidade (EA), para tanto foram construídos o Modelo Lógico e a matriz de julgamento validado por especialistas através da Técnica de Consenso. **Na segunda etapa** foi feita a análise da implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB em um município a, dos determinantes contextuais facilitadores e restritivos à implantação dos seus componentes, através da realização de estudo de caso único com múltiplos níveis de análise, a gestão municipal da atenção básica e as equipes de saúde da família. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada, grupo focal, observação simples e análise documental. Foi elaborado uma matriz de julgamento com níveis, dimensões e critérios correspondentes para avaliar o grau de implantação, e um quadro com a características do governo para análise dos fatores contextuais. Para análise apoiou-se na Análise de Conteúdo temático em Bardin, e na Triangulação de Métodos em Minayo (2005). A primeira etapa apontou que o Eixo Estratégico Transversal do Desenvolvimento Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ é avaliável e o modelo lógico orientou a definição de critérios e padrões para julgamento acerca da implantação em contexto real, o município-caso. O grau de implantação do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ é *incipiente, com percentual de adequação de 46%*. A análise grau de implantação por componentes do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ apresenta uma variação de *Não Implantado para Apoio Institucional e Cooperação Horizontal, com percentuais de adequação de 20% e 0% respectivamente, Incipiente (32,1%) para Educação Permanente, Parcialmente Implantado (66,7%) para Monitoramento; e. Implantado (80,0%) para Autoavaliação*. São fatores restritivos ao efetivo desenvolvimento do PMAQ a não incorporação no processo de trabalho da equipe gestora da atenção básica os elementos do apoio institucional e da educação permanente junto as eqSF contratualizadas, revelando a ausência de processo que favoreçam a análise, reflexão, construção compartilhada d estratégias de superação das dificuldades encontradas e adequação das unidades de saúde e do processo de trabalho das eqSF aos padrões de qualidade definidos no PMAQ para qualificar a a gestão do cuidado nas unidades de saúde, ademais, a falta de insumos e materiais, ausência de estratégias de educação permanente e o monitoramento são outros elementos restritivos a implantação do PMAQ. Nesta perspectiva, é necessário avançar na melhor utilização dos componentes do Eixo Estratégico Transversal do Desenvolvimento PMAQ para alcançar os resultados na melhoria e no acesso da atenção básica no contexto do município do estudo.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; qualidade, acesso; avaliação de políticas e programas de saúde, análise de implantação.

ANJOS, Soraya Dantas Santiago dos. Analysis of the implementation of the transversal strategic axis of the Program for Improving access and quality of primary health care in a municipality in the south of Bahia. **Thesis** [Doctorate]. Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia, Jequié-Bahia. 2019. 149p

### ABSTRACT

The Program for Improving Access and Quality of Primary Care has become an important inducer of changes in the scope of primary care management and care management, with a view to expanding access and improving quality. The general objective was to evaluate the implementation of one of its stages, the Transversal Strategic Development Axis, and its components, self-assessment, monitoring, institutional support, permanent education and horizontal cooperation. The specific objectives were: to conduct a study on the evaluability of the PMAQ's Cross-cutting Strategic Development Axis; determine its degree of implantation; get to know the conceptions of family health teams and primary care managers about the cross-cutting strategic axis of development of the PMAQ; discuss the influence of contextual factors that facilitate and restrict the implementation. The research was carried out in two stages. In the first, an Evaluability Study (EA) was carried out, for which the Logical Model and the judgment matrix validated by specialists through the Consensus Technique were built. In the second stage, the analysis of the implementation of the transversal strategic axis of development of the PMAQ-AB in a municipality was carried out, of the contextual determinants that facilitate and restrict the implantation of its components, through the accomplishment of a single case study with multiple levels of analysis, municipal management of primary care and family health teams. Data were collected through semi-structured interviews, focus groups, simple observation and document analysis. A judgment matrix was prepared with levels, dimensions and corresponding criteria to assess the degree of implementation, and a table with the characteristics of the government for analysis of contextual factors. For analysis, it was based on the Thematic Content Analysis in Bardin, and in the Triangulation of Methods in Minayo (2005). The first step pointed out that the Transversal Strategic Development Axis Program for Access and Quality Improvement in Primary Care - PMAQ is assessable and the logical model guided the definition of criteria and standards for judgment about the implementation in a real context, the case municipality. The degree of implementation of the Transversal Strategic Development Axis of the PMAQ is incipient, with a percentage of adequacy of 46%. The analysis of the degree of implementation by components of the Transversal Strategic Axis of Development of the PMAQ presents a variation of Not Implemented for Institutional Support and Horizontal Cooperation, with percentages of adequacy of 20% and 0% respectively, Incipient (32.1%) for Permanent Education, Partially Implemented (66.7%) for Monitoring; It is. Implemented (80.0%) for Self-Assessment. Restrictive factors to the effective development of the PMAQ are the non-incorporation in the work process of the primary care management team, the elements of institutional support and permanent education with the contracted eqSF, revealing the absence of a process that favors the analysis, reflection, shared construction of strategies for overcoming the difficulties encountered and adapting the health units and the work process of the eqSF to the quality standards defined in the PMAQ to qualify the management of care in the health units, in addition, the lack of inputs and materials, lack of strategies for Permanent education and monitoring are other restrictive elements for the implementation of the PMAQ. In this perspective, it is necessary to advance.

**Keywords:** Primary Health Care; quality, access; evaluation of health policies and programs, implementation analysis.

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AE</b>	Avaliação externa
<b>AI</b>	Apoio Institucional
<b>AMAQ</b>	Avaliação para melhoria do acesso e da qualidade
<b>AMQ</b>	Autoavaliação para melhoria da qualidade
<b>APS</b>	Atenção Primária à saúde
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CAA</b>	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>DECS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>eqAB</b>	Equipe de Atenção Básica
<b>EqSF</b>	Equipe Saúde da Família
<b>EUROPEP</b>	European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>IDSUS</b>	Índice de Desempenho do SUS
<b>IEP</b>	Instituições de Ensino e Pesquisa
<b>ISC</b>	Instituto de Saúde Coletiva
<b>MS</b>	Ministério da saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
<b>PCATool</b>	Primary Care Assessment Tool
<b>PMAQ</b>	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNASS</b>	Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SESAB</b>	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
<b>TCG</b>	Termo de Compromisso de Gestão
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UESC</b>	Universidade Estadual de Santa Cruz
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>UFPEL</b>	Universidade Federal do Pelotas
<b>UFPI</b>	Universidade Federal do Piauí
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>UFRN</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
<b>UFS</b>	Universidade Federal de Sergipe
<b>USF</b>	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	18
2.1.	OBJETIVO GERAL	18
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
<b>3.</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	19
3.1.	O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ-AB E A AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	20 21
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	38
4.1.	CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DO JOGO SOCIAL DE CARLOS MATUS	38
4.2.	CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DE MARIO TESTA	43
<b>5.</b>	<b>METODOLOGIA</b>	46
5.1.	TIPO DE ESTUDO E ESCOLHA DO CASO	46
5.2.	CENÁRIO DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DE ITABUNA	47
5.3.	PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
5.4.	COLETA E INSTRUMENTOS DE DADOS	50
5.5.	ETAPAS DA PESQUISA	52
5.6.	ESTUDO DE CASO	60
5.7.	ANÁLISE DE DADOS	68
5.8.	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	71
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS</b>	72
6.1.	MANUSCRITO 01 – Avaliabilidade do Programa de melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ-AB em município da Bahia~Brasil	72
6.2.	MANUSCRITO 02 – Avaliação do grau de implantação do Programa de Melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ-AB em município da Bahia -Brasil	95
6.3.	MANUSCRITO 03 – Fatores restritivos e facilitadores a implantação do Programa de Melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ-AB em município da Bahia –Brasil	113
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	131
	<b>REFERÊNCIAS</b>	133
	<b>APÊNDICES</b>	139
	<b>ANEXO</b>	149

## 1. INTRODUÇÃO

Esta investigação tem como objeto de estudo o eixo estratégico transversal de desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujas ações se organizam através dos componentes, autoavaliação, monitoramento, apoio institucional, educação permanente e a cooperação horizontal (BRASIL, 2015c).

O PMAQ se caracteriza por um conjunto de processos que visam promover mudanças no âmbito da gestão e da gestão do cuidado, com vistas à ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica, composto por três fases, a saber: adesão e contratualização, certificação e a recontratualização, e um eixo estratégico de desenvolvimento, que transversalmente, atravessa cada uma das fases. (BRASIL, 2015c)

O seu desenho tem como intencionalidade intervir sobre problemas na atenção básica relacionados às dimensões de infraestrutura da rede física; do processo de trabalho das equipes, o modelo de atenção, a gestão do cuidado e gestão da atenção básica, num contexto de expansão da estratégia saúde da família (ESF) e do reconhecimento da necessidade de avaliar e monitorar seus resultados e os possíveis efeitos sobre a saúde da população. (MALTA et al., 2016; CRUZ, 2015; BRASIL, 2011, 2015c; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; BRASIL, 2011a).

A avaliação é uma prática antiga, os chineses há mais de quatro mil anos utilizam métodos avaliativos para recrutamento de trabalhadores, no entanto a moderna avaliação no ocidente, surge na França e Grã-Bretanha, no século XVIII no contexto de modernização da sociedade e o surgimento de novas correntes do pensamento no contexto da produção do conhecimento possibilitaram um refinamento e diversidade de estratégias de investigação no campo da pesquisa social e da vida que irão fomentar e subsidiar grandes transformações políticas, sociais, econômicas e culturais no mundo.

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que as verdadeiras avaliações têm início no século XIX na Europa, impulsionadas pela revolução intelectual e humanista, revolução industrial e pelos ideários das políticas de bem-estar-social, que possibilitaram a implantação de testes padronizados e de inteligência, escalas e coletas sistemáticas de dados para avaliar e medir, classificar e estabelecer comparações se constituindo na primeira geração da avaliação com ênfase na testagem e eficiência.

A avaliação na contemporaneidade resulta do esforço de diversos movimentos e controvérsias que permitiram a ampliação do seu escopo, de suas abordagens, técnicas e métodos para medir programas sociais e intervenções. Por sua natureza contingente e cambiante aponta para diversos períodos e gerações com características próprias e peculiares que tem possibilitado a colocação de novas questões e a buscas de novos e diferenciados modos de respondê-las por meios de abordagens e estratégias de cunhos avaliativos.

Neste âmbito, identifica-se uma polissemia conceitual, diferentes tipologias, metodologias e abordagens, resultante das múltiplas possibilidades de expressão acerca de sua concepção nos diferentes campos, particularmente a avaliação de programas, que imputa aos gestores e pesquisadores a necessidade de explicitação de sua opção teórico-metodológica na elaboração e execução de pesquisas avaliativas. (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; VIEIRA DA SILVA, 2005; HARTZ, 2005).

Com o processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS, o fortalecimento da atenção básica e a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), emerge a necessidade de avaliar e monitorar os possíveis efeitos sobre a saúde da população e a organização dos serviços, na perspectiva de instrumentalizar a gestão e de atender as agências internacionais de fomento cujos critérios de seleção de projetos incluíam mecanismos de acompanhamento dos resultados (CRUZ, 2011; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

Neste cenário, estudos apontam o crescimento da prática avaliativa enquanto um processo social, formal e sistemático, com significativa produção no âmbito dos serviços, de programas, de políticas sociais, entre outros enfoques. (CRUZ, 2015; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011; FERNANDES et al., 2011; SANTOS, M.G. et al., 2010; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Na perspectiva de ampliar o escopo da avaliação no âmbito do SUS, em 2011 foi criado o Sistema de Avaliação para qualidade no SUS. Esse sistema reunia um conjunto de programas de avaliação que se complementavam e disponibilizavam dados e indicadores necessários e estratégicos para o desenvolvimento e qualificação do SUS, constituído pelos seguintes componentes, a saber: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), as Pesquisas Nacionais de Avaliação do Acesso e de Satisfação dos Usuários - Carta SUS, e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Instituído através das Portarias nº 1.654/2011 e 1645/2015, o PMAQ introduz a avaliação de desempenho e novos critérios de financiamento, além de se constituir como um dispositivo de mudança do modelo de atenção, com ênfase em processos de negociação e implicação dos sujeitos, trabalhadores de saúde e gestores, com os processos de mudanças. (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Tem como um dos seus objetivos fornecer padrões que orientem as boas práticas e a organização das unidades básicas de saúde, bem como torná-las em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Neste sentido, Chimara et al (2013) destaca a necessidade de as equipes de atenção básica incorporarem os objetivos da qualidade no processo de trabalho e não apenas reproduzir suas práticas conforme os padrões de qualidade presentes no instrumento de avaliação para melhoria da qualidade o AMAQ<sup>1</sup>.

Nesta direção, Pinto e Florêncio (2012) consideram o PMAQ como um dispositivo que possibilita o protagonismo dos sujeitos, equipes de atenção básica e gestores em processos dialógicos de construção de interesses e compromissos comuns. (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; BUARQUE et al., 2012). Já Moraes (2013) considera que o PMAQ opera como um modelo de gestão por avaliação de desempenho do trabalhador, estimulando a competição permanente entre os trabalhadores das eqAB, julgados segundo competência e mérito, podendo ser uma forma de construir a qualidade e eficiência da atenção básica.

Em relação ao eixo estratégico transversal de desenvolvimento<sup>2</sup>, do PMAQ, foram encontrados artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Scielo, Lilacs, Web of science, BDENF (Base de Dados em Enfermagem) do período de 2011 a 2015, identificamos os artigos que utilizaram o banco de dados da avaliação externa do primeiro e do segundo ciclos dos aspectos relacionados a autoavaliação, apoio institucional e a educação permanente, com pouco destaque para o monitoramento e sem referências à cooperação horizontal presencial e digital (CARVALHO et al.; 2016; ANDRADE, C.P.S. et al., 2015;

---

<sup>1</sup> **AMAQ - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.** Instrumento autoavaliativo, construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, organizado em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade. É composto por um conjunto de ações consideradas estratégicas e potenciais produtoras de mudanças no cotidiano dos serviços. Possibilita a reflexão sobre os objetivos e diretrizes do PMAQ; permite a reflexão sobre as responsabilidades quanto a forma de organização e as práticas de trabalho dos atores da ABS e da gestão; estimula a mudança do modelo de atenção à saúde e o fortalecimento dos serviços orientados para atendimento às necessidades de saúde e satisfação dos usuários; reflexão dos padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação se dá por escala numérica e possibilita a quantificação das respostas viabilizando a constituição de escores gerais de qualidade.(BRASIL, 2012; 40-41).

<sup>2</sup> **Eixo estratégico transversal de desenvolvimento:** é operacionalizada através dos seguintes componentes: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal presencial e/ou virtual. (BRASIL, 2015).

LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; SOBRINHO, D.F. et al., 2014; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012; MARQUES DA CRUZ et al., 2012).

O PMAQ encontra-se no terceiro ciclo, com ampliação da adesão das equipes a cada novo ciclo. De acordo dado do MS, em 2011, no ano de seu lançamento, 70% dos municípios aderiram ao PMAQ-AB, um percentual de aproximadamente 54% do total de eq.SF. No segundo ciclo (2013-2014) participaram 5.070 municípios, representando um percentual de 91,0% com cobertura de 88,7% das eq.AB num total de 30.523 equipes. As equipes de saúde bucal, tiveram uma cobertura de 89,6% em um total de 19.946 equipes, enquanto 1.813 Núcleos de Saúde da Família -NASF, apresentaram percentual de cobertura de 93,0% e 860 Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, tiveram um percentual de 94,2%. Em 2016, no 3º ciclo, 95,6% dos municípios fizeram adesão, com 38.865 (93,9%) equipes de Atenção Básica, destas, 25.090 (95,9%) eram equipes de Saúde Bucal e 4.110 (91,2%) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (BRASIL, 2018; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Na Bahia dados da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde – DAB/SESAB, mostram que do conjunto dos municípios, 413 foram contratualizados ao PMAQ, sendo 2.729 eq.SF, o que representou 97,2% do total das equipes. Em 2016, iniciando o 3º ciclo, a adesão chegou a 95,6% dos municípios brasileiros, com participação de 38.865 (93,9%) equipes de Atenção Básica, das quais 25.090 (95,9%) Eq,SF com Saúde Bucal e 4.110 (91,2%) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2018).

Informações disponíveis no portal do DAB/MS, referente ao 3º ciclo, mostram que em 2017 participaram da avaliação externa, 17.482 equipes (profissionais de saúde) que estão em 3.972 municípios. Foram avaliadas 15.095 equipes (profissionais de saúde) de 16.164 UBS distribuídas nos 5.347 municípios do Brasil. Na avaliação externa também foram entrevistados um profissional de cada equipe e mais de 60.000 usuários. Do total de equipes (profissionais de saúde) avaliadas, apenas 327 foram desclassificadas pelo não cumprimento dos compromissos mínimos assumidos. Portanto, os resultados dessas equipes não foram considerados no conjunto de informações disponível no DAB/MS,

Estudo de revisão integrativa da produção científica de 2011 a 2016 realizado por Sossai et al. (2016), demonstrou que embora o MS venha fortalecendo os processos para qualificação das ações da atenção básica, existem problemas a serem superados com relação a infraestrutura, qualificação dos processos de trabalho das equipes e da gestão para a melhoria do acesso e da qualidade.



Os resultados destas avaliações provocaram reflexões acerca dos processos relacionados ao PMAQ-AB e despertaram o interesse pela investigação e aprofundamento sobre as práticas de saúde voltadas para o seu desenvolvimento, no âmbito da unidade básica de saúde e no âmbito da gestão da atenção básica. Outro aspecto importante observado foi a que a literatura analisada, quanto ao processo de implantação dos componentes do eixo estratégico transversal, no que tange ao processo de implantação, bem como os aspectos contextuais que podem estar relacionados a operacionalização e resultados do programa.

Por outro lado, venho acompanhando o PMAQ desde seus primeiros movimentos em municípios da região sul da Bahia e, este desejo nasceu também das inquietações presentes no cotidiano de minha prática enquanto docente e técnico da saúde. Outra implicação nesta investigação surgiu, mais especificamente, da minha vivência no primeiro momento, como gestora municipal de saúde, em um município de pequeno porte na região sul da Bahia, onde experienciei a adesão ao PMAQ, disparando movimentos de negociação e contratualização com eq.SF, formulação de Lei Municipal para instituir o Incentivo de Qualidade na Atenção Básica, na perspectiva de bonificar o trabalhador pelos resultados alcançados, sua ênfase no incremento financeiro, o desafio de desenvolver processos avaliativos como ferramenta para melhoria da qualidade da ABS, não só para o gestor, mas principalmente para as equipes no seu cotidiano de trabalho.

Posteriormente, nos cenários de práticas do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, na atividade docente, apoiando as eq.SF nos processos autoavaliativos, elaboração de intervenções, observei os limites para o desenvolvimento do programa, com um incipiente acompanhamento da gestão da ABS no cotidiano do serviço para implementar as mudanças, ou seja, o foco de atuação estava na preparação das equipes para receberem a avaliação externa, o que levou-me a questionar sobre a micropolítica do processo de trabalho das eq.SF para implementar processos de mudanças, já que o PMAQ dispõe de uma imagem-objetivo a ser construída a partir dos padrões de qualidade declarados no AMAQ. Como as equipes iriam efetivar sua implantação e operacionalização sem apoio da gestão da atenção básica no desenvolvimento do programa, sem o apoio institucional, educação permanente e monitoramento, por exemplo, o que é está implantado o PMAQ, é fazer autoavaliação e se preparar para certificação e avaliação externa?

Deste modo, o presente estudo pretende responder a seguinte questão norteadora: **como vem se dando a implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ pela gestão e equipes da atenção básica em municípios da Bahia?** Desta questão

emergiram outras subjacentes: quais as concepções são elaboradas pelas eq.SF e da gestão da atenção básica acerca do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ? Como são estabelecidas as relações entre gestores da atenção básica e profissionais de saúde das eq.SF na implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ? Em que extensão o eixo estratégico transversal de desenvolvimento vem sendo implantado? Quais fatores contextuais são facilitadores e/ou restritivos a sua implantação? Qual a influência do grau de implantação dos componentes estratégicos transversais de desenvolvimento do PMAQ no desempenho das equipes? A resposta a estas questões requer a investigação acerca de sua implantação em contexto real, dos aspectos contextuais, da capacidade e governabilidade para implantação, do processo de trabalho das eq.SF e as relações que aí se estabelecem.

Para orientação do plano de investigação, foram formulados os seguintes pressupostos;

- O processo de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ depende da distribuição de poder e das relações estabelecidas entre os diferentes atores sociais e o governo;
- O grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ é influenciado pelas características do contexto de implantação do programa;
- Os componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ vêm sendo implantado como ações pontuais, não se inserem no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família, dificultando a reorientação do processo de trabalho e a melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica, caracterizando-se apenas por ações que visam a preparação para o processo de avaliação externa;

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1. OBJETIVO GRAL

- Analisar a implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ em município da Região Sul da Bahia, Brasil, no período de 2011-2018.

### 2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar estudo sobre a avaliabilidade do programa;
- Analisar o grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do programa em um município-caso.
- Conhecer as concepções das eqSF e dos gestores da atenção básica acerca do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ;
- Discutir a influência dos fatores contextuais facilitadores e restritivos à implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do programa.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Buscou-se realizar uma revisão narrativa bibliográfica da produção científica acerca do PMAQ, a fim de identificar artigos publicados no cenário nacional e internacional relacionados ao programa, à atenção primária à saúde, e a avaliação em saúde. A busca ocorreu a partir de trabalhos publicados nas bases de dados da literatura científica, com a utilização de termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) do Ministério da Saúde, a saber: “Atenção primaria à saúde”, “Avaliação em saúde” e um termo não disponível no DeCS, “PMAQ”.

Foram identificados artigos que tratam de sua formulação, objetivos, estratégias para a operacionalização, e os possíveis efeitos do programa, bem como os desafios, incertezas do PMAQ quanto sua sustentabilidade e a potência dos processos avaliativos para fortalecimento e qualificação da AB, destacando ainda, a necessidade de apoio da gestão municipal e cooperação com as esferas estadual e federal para implementação do programa. (MOTA; DAVID, 2015; PINTO; FERLA, 2015; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; LINHARES, P.H.A.; et. al., 2014; MOTA CUNHA, et. al., 2013; CUNHA, G. T. et.al., 2013; CHIMARA; SILVA; STIROPOLI, 2013; PINTO; SOUSA; FERLA, 2013; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012; GONCALVES, M. et al., 2012; BUARQUE, G.M. et al., 2012.). Ressalta-se que na sua grande maioria os artigos utilizaram o banco de dados da avaliação externa do programa.

Também foram encontradas diversas publicações relacionadas a etapa de desenvolvimento do PMAQ-AB, especialmente estudos utilizando o banco de dados da avaliação externa do primeiro e do segundo ciclos quanto aos aspectos relacionados com a autoavaliação, apoio institucional a educação permanente, com pouco destaque para o monitoramento e sem referências à cooperação horizontal presencial e digital. (CARVALHO, et al., 2016; ANDRADE C.P.S. et al., 2015; LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; SOBRINHO, DF et al., 2014; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012; MARQUES DA CRUZ et al., 2012).

Apresento a seguir, uma síntese dos principais achados na revisão, a partir da institucionalização da avaliação da atenção básica até o detalhamento da criação e implantação do PMAQ em 2011 pelo governo federal.

### 3.1 O PMAQ-AB E A AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A avaliação na atenção básica encontra-se em processo de expansão, desde a implantação nos anos de 1990 da Estratégia Saúde da Família (ESF), e vem sendo reconhecida a necessidade de avaliar e monitorar seus resultados e os possíveis efeitos sobre a saúde da população.

Este processo de consolidação pode ser constatado a partir da revisão da produção científica em bases de dados Bireme, utilizando os descritores “atenção primaria”, “atenção básica”, “estratégia saúde da família”, no período de 1990 a 2004, e a análise dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, no período de 1990 a 2005, em que foram encontrados estudos avaliativos, principalmente voltados para a avaliação de programas (pré-natal, puericultura, aleitamento materno); problemas de saúde (diabetes, hipertensão, transtornos mentais, asma); agravos (violência doméstica, aborto); questões gerenciais em nível de prestação de serviços (sistemas de informação, gerência, processo de trabalho). (GIL, 2006).

Com a publicação da Norma Operacional de Assistência 1996/2001 e 2002, - NOB-SUS/96, o Ministério da Saúde introduziu o Pacto de Indicadores da Atenção Básica<sup>3</sup> em 1998, como um instrumento que deflagra o processo de avaliação e monitoramento na Atenção Básica no âmbito do SUS, cuja essência é a negociação e pactuação entre os entes federados.

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica apontou a necessidade de avaliação do desempenho dos indicadores ao fim de cada exercício e que as metas dos indicadores pactuados deveriam fazer parte do Plano Estadual de Saúde. No mesmo ano, a Portaria GM/MS 832/99 instituiu a pactuação de indicadores para os municípios que possuíam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família. Também neste contexto, foi implantado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), outro instrumento para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

---

<sup>3</sup> **Pacto de Indicadores da Atenção Básica:** É um instrumento de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS Nº.925, de 13 de novembro de 1998 e revisado pela Portaria 476/99 concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica. É um pacto de gestão entre Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, composto por um conjunto de indicadores, que devem ser adotados pela Atenção Básica em Saúde. Com a Norma Operacional da Assistência, NOAS/SUS 01/2001 e NOAS/SUS – 01/2002 foram acrescentados indicadores das áreas da saúde da mulher, saúde da criança, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e saúde bucal. (BRASIL, 2003).

A cada ano, foi sendo publicadas portarias específicas, com as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores. Em 2003, para organizar o processo de pactuação de indicadores, o MS disponibilizou o aplicativo informatizado Sispacto - para registro das metas pactuadas e dos resultados alcançados por parte dos municípios e estados da federação.

Com a publicação da Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto de Gestão, ocorreram mudanças na forma de pactuação do SUS, e rompeu com os pactos realizados por meio de normas operacionais (Normas Operacionais Básicas - NOB e Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS), com a repactuação anual e a gestão por resultados sanitários, articulando ao Pacto de indicadores ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

A implementação de mecanismos para o monitoramento e avaliação da atenção básica, nos anos 2000, passou a contar com a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB), que financiou a realização de estudos de linha de base para acompanhamento dos resultados da expansão da ESF, formulação da Política de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica, com vistas a apoiar a tomada de decisão da gestão, produção de conhecimentos, e com isso contribuir para o controle social e a incorporação da cultura de avaliação no SUS, enfim, sua institucionalização. (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; FACCHINI et al.; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; 2011).

Nessa perspectiva, vem ganhando importância à avaliação e a sua institucionalização, e a adoção da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção básica, contribuir com a integralidade, a resolubilidade, a equidade e a universalidade das ações ofertadas pelo SUS representa este esforço.

A avaliação da ABS é entendida numa perspectiva mais ampliada, como um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, na sua rotina, de caráter contínuo, voltado para o aprimoramento e melhoria do serviço, envolvendo os diferentes atores sociais que através da negociação e pactuação estabelecem os caminhos para avaliação. (BRASIL, 2005). Assim, avaliação deve ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático. (BRASIL, 2005, p.18).

No que pese a incorporação e expansão da avaliação na AB, estudos de revisão da produção científica acerca desta temática na ABS destacou que a avaliação ainda permanece

como resposta às demandas das agências de financiamento, centradas na gestão e com enfoque normativo. (ALMEIDA; MELO, 2010).

A institucionalização da avaliação na AB representa um grande desafio à gestão do SUS, significa colocar no interior dos serviços de atenção básica, na prática cotidiana de trabalho das equipes de saúde da família, das equipes gestoras, o “olhar avaliador”, que identifica situações-problemas, elabora intervenções sistematizadas, analisa os resultados, faz comparações e toma decisões, enfim, qualifica a gestão do SUS. (BRASIL, 2005).

As avaliações da AB utilizam instrumentos de avaliação validados internacionalmente como o PCATool (Primary Care Assessment Tool), o EUROPEP (European Study on Patient Evaluation of General Practice Care) e o AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade).

- O PCATool vem sendo utilizado em pesquisas no Brasil, foi validado por Almeida e Macinko (2004, 2005), (ELIAS et al., 2006); Harzheim et al., (2006, 2010). Avalia os atributos essenciais da APS (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; continuidade e a integralidade da atenção; coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde) e três atributos derivados (a atenção à saúde centrada na família; orientação comunitária e a competência cultural).
- O EUROPEP é um instrumento internacional, utilizado para contribuir com a melhoria da prática, desempenho e organização dos cuidados dos profissionais médicos de família na Europa. Avalia cinco dimensões da satisfação (relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação; organização dos serviços). (GIOVANELLA; CAMPOS; BRANDÃO, 2013).

Já o AMQ foi implantado pelo Ministério da Saúde, em 2005, no contexto do movimento pela institucionalização da avaliação na ABS, a avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o objetivo de estimular o monitoramento e avaliação dos estágios de qualidade da ESF, apoiados por uma ferramenta de avaliação e de gestão da qualidade, baseado no modelo de avaliação de Donabedian. (1980). A adesão é voluntária, não produz mecanismos de premiação e ou punição. (BRASIL, 2005b).

Com a Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho, que instituiu o PMAQ-AB o AMQ foi modificado e denominado instrumento AMAQ - Autoavaliação para melhoria do acesso e qualidade da atenção básica, com uma proposta voltada para a ampliação dos mecanismos de monitoramento e avaliação da atenção básica, um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde locais, com a articulação dos três níveis de gestão da saúde.

O programa pretende promover o fortalecimento da atenção básica, o desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção à saúde, com vistas à superação de diversos problemas relacionados às dimensões de infraestrutura da rede física; processo de trabalho das equipes, gestão, gestão do cuidado e da atenção básica, modelo de atenção à saúde e financiamento. (BRASIL, 2012).

O objetivo geral do PMAQ-AB é promover a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, instituindo mecanismos que garantam padrão de qualidade e possibilite à comparação das equipes de atenção básica a saúde e da gestão nos âmbitos nacional, regional e municipal.

Assim, o PMAQ-AB tem como objetivos específicos: promover a ampliação do impacto da ABS sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos usuários, pela adoção de estratégias voltadas para melhoria do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; fornecer padrões que orientem as boas práticas e a organização das unidades básicas de saúde, bem como torná-las em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; introduzir mecanismos que fortaleçam as ações de autoavaliação, monitoramento, apoio institucional e educação permanente visando a qualidade e inovação na gestão da ABS nas três esferas de governo; utilizar a informação em saúde para a tomada de decisão, constituindo ferramenta para a gestão, assegurando a alimentação regular e de qualidade dos sistemas de informação; institucionalizar a cultura de avaliação na ABS no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processo e resultado; estimular o foco da ABS no usuário com ênfase na gestão participativa. (BRASIL, 2012)

No que tange às diretrizes que orientam sua execução, se identificam:

- I – Possuir parâmetros de comparação entre equipes da ABS, considerando as diferentes realidades de saúde;
- II – Ser incremental prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso, de qualidade envolvendo a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da ABS;
- III- Ser transparente em todas as suas etapas e permitir o acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade;
- IV- Envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores das três esferas de governo, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;



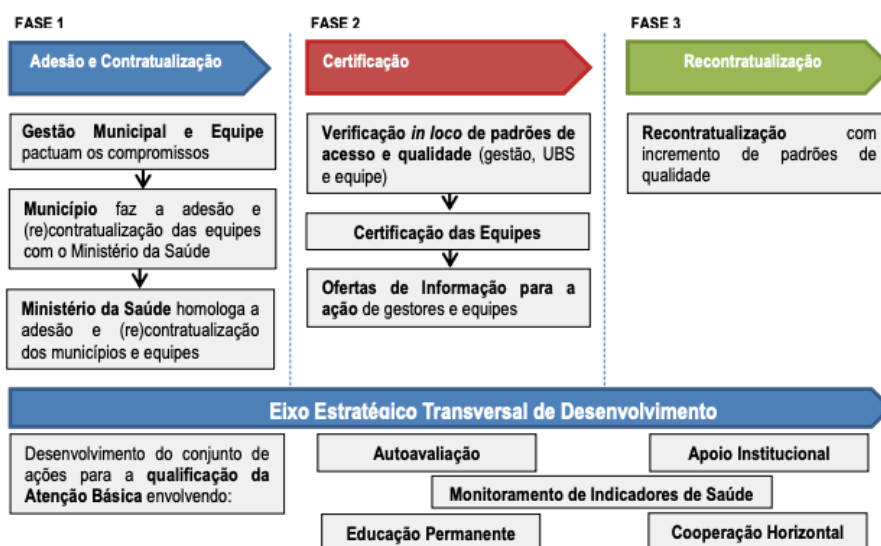
V – Desenvolver a cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades da satisfação dos usuários;

VII – Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes quanto dos gestores municipais partindo do pressuposto de que seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (BRASIL, 2012, p. 11-12).

O PMAQ foi considerado como parte de um dos movimentos mais profundos no SUS, por reafirmar a atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde, introduzir um modelo de avaliação de desempenho do sistema de saúde na atenção básica, modificar a lógica do financiamento, com a perspectiva de se constituir em dispositivo para mudança do modelo de atenção, indutor de inovação na gestão para qualidade com ênfase em processos de negociação, mobilização na perspectiva de produzir implicação dos sujeitos, trabalhadores de saúde e gestores, com os processos de mudança. (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Para tanto, a operacionalização do PMAQ é orientada pela Portaria N° 1.645, de 02 de outubro de 2015, a partir de fases que vão constituir ciclos contínuos para o desenvolvimento de qualidade da atenção básica a cada dois anos, e envolve as seguintes fases, a saber: Adesão e Contratualização, Certificação, Reconstrutualização, e um eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento. (BRASIL, 2015).



**Figura 1:** Fases do PMAQ-AB no terceiro ciclo do programa. Brasil, 2017.

**Fonte:** Manual Instrutivo do PMAQ. BRASIL, 2017.

### a) Adesão e Contratualização

A Adesão e Contratualização integram a primeira fase, acontece uma única vez a cada ciclo, pelo caráter voluntário e deve ser iniciada com mobilização, processos de negociação e pactuação entre equipes de atenção básica e a gestão municipal para manifestação do interesse e posterior formalização. Se dá em meio eletrônico junto ao Ministério da Saúde, com a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre equipes, gestão municipal, e MS, envolvendo pactuação municipal, regional e o Conselho de Saúde. Todas as equipes de atenção básica podem aderir ao PMAQ desde que estejam em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL, 2015; BRASIL, 2011).

Estudos realizados apontam que o PMAQ opera como dispositivo que possibilita o protagonismo dos sujeitos equipes de atenção básica e gestores em processos dialógicos de construção de interesses e compromissos comuns. (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; BUARQUE, G.M. et al., 2012.)

No ano de 2011, no lançamento do PMAQ, foi deflagrado em todo país ampla sensibilização e mobilização dos gestores municipais, equipes de saúde com ênfase na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, a partir de padrões de qualidade estabelecidos no instrumento AMAQ, avaliação de desempenho e incremento financeiro para a atenção básica. Após formalização da adesão os municípios passam a receber mensalmente fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso Atenção Básica (PAB/Variável) por equipe participante.

Houve limitação para adesão neste ano, apenas 50% das equipes de atenção básica em cada município poderiam aderir, no entanto, dados do MS, em 2011, informavam que 70% das eqSF's aderiram ao PMAQ-AB num total de 28.611 eqSF. Na Bahia dados da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde – DAB/SESAB, mostram que do conjunto dos municípios, 413 estão contemplados com o PMAQ, sendo 2.729 eqSF, o que representou 97,2% do total das equipes.

A contratualização se dá pela assinatura do Termo de Compromisso (TC) por parte das equipes de atenção básica com a gestão municipal, que se manifestam em ações e atividades para as equipes voltadas para o processo de trabalho na atenção básica, reafirmando os princípios e diretrizes presentes na PNAB, compromissos da gestão municipal em assegurar as condições de funcionamento da Atenção Básica, e dos compromissos dos entes estadual e federal em oferecer além do apoio técnico operacional, educação permanente e financiamento.

No primeiro ano, foram definidos indicadores de contratualização, tendo em vista que como a equipe de atenção básica é a unidade de avaliação do PMAQ, estes deveriam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Deste modo, foram selecionados 47 indicadores subdivididos em sete áreas estratégicas e classificadas segundo a natureza de seu uso, definidos em indicadores de desempenho e indicadores de monitoramento.

Os Indicadores de Desempenho vinculados ao processo de certificação das equipes, voltados para sua classificação a partir do desempenho, e os Indicadores de Monitoramento apesar de não influenciar na pontuação da equipe, devem ser regularmente acompanhados, pois possuem informações sobre a oferta dos serviços e resultados alcançados pelas equipes. (BRASIL, 2011).

**Quadro 1** - Quadro síntese dos Indicadores selecionados PMAQ-AB. Brasil, 2011.

ÁREA ESTRATEGICA	NATUREZA DO USO		TOTAL
	Desempenh o	Monitoramen to	
Saúde da Mulher	6	1	7
Saúde da Criança	6	3	9
Controle de Diabetes mellitus e Hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
Saúde Bucal	4	3	7
Produção Geral	4	8	12
Tuberculose e Hanseníase	0	2	2
Saúde Mental	0	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>47</b>

Fonte: Manual Instrutivo do PMAQ. (BRASIL, 2011).

### b) Certificação

A segunda fase é a Certificação, composta pela avaliação externa do desempenho das equipes e da gestão da atenção básica, **avaliação dos indicadores contratualizados** na adesão e **verificação do processo autoavaliativo** realizado pelos profissionais da atenção básica (grifo nosso).

A certificação volta-se para analisar e identificar a qualidade alcançada na atenção básica a partir da adesão das eqAB ao PMAQ-AB.

Embora o termo qualidade tenha uma polissemia conceitual, carregado das referências dos envolvidos que consideram alguns aspectos em detrimento de outros, para o PMAQ, a concepção de qualidade adotada está no AMAQ definida como,

grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as práticas, assim como os conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos considerando a competência dos atores. (BRASIL 2012b, p.21).

O padrão é a declaração de qualidade esperada, no sentido afirmativo, estabelecidos a partir de normas, princípios, diretrizes com foco na atenção básica, no usuário, com caráter incremental e indutor de transparência dos processos de gestão, a participação e controle social, e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores da saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários, podendo a cada ciclo do Programa incluir novos parâmetros de qualidade. (BRASIL, 2012b).

A certificação revela o resultado do esforço empreendido pelas equipes participantes e pelo gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da AB, bem como contribui para o fortalecimento dos processos de gestão e do trabalho, com vistas à melhoria da qualidade. Neste momento, as equipes contratualizadas poderão receber classificações de desempenho ótimo, muito bom, bom, regular e ruim, conforme percentual da nota final de certificação definida (Quadro 2). (BRASIL, 2015; BRASIL, 2011).

**Quadro 2** – Percentual da nota final de certificação, conforme dimensão.

<b>Dimensão</b>	<b>Percentual da nota final da certificação</b>
I – Implementação dos processos autoavaliativos	10%
II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	20%
III – Verificação de evidências para o conjunto de padrões de qualidade	70%

Fonte: Brasil, 2011

A avaliação externa é realizada pelas instituições que compõem a Coordenação Nacional da Avaliação Externa (AE) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, composta pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e as oito Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) denominadas parceiras do Programa:

Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal Rio Grande Sul (UFRGS), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Piauí (UFPI) e Universidade Federal de Sergipe (UFS).

### **c) Reconstrualização**

A terceira fase, a Reconstrualização, se caracteriza como o momento em que as equipes da atenção básica e a gestão municipal, tendo como ponto de partida os resultados da Certificação, estabelecem novo processo de negociação, novos padrões de qualidade que podem ser acrescentados e pactuados aos indicadores de qualidade que possibilitem avanços na melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, bem como a institucionalização de processos avaliativos. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015).

### **d) Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento**

O eixo estratégico transversal de desenvolvimento traz implícito que atravessa todas as fases, e está voltado para a gestão, gestão do cuidado e o processo de trabalho em saúde. Para tanto, envolve equipes de saúde e os gestores municipais com apoio da gestão estadual e federal, a partir de ações que se organizam através dos componentes, autoavaliação, monitoramento, apoio institucional, educação permanente e a cooperação horizontal. (BRASIL, 2015).

A autoavaliação é o ponto de partida para o desenvolvimento do PMAQ, em que a equipe da atenção básica à saúde, coletivamente, analisa seu processo de trabalho, fazem o reconhecimento dos problemas, dificuldades, dimensões positivas e negativas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados que possam atuar como mobilizador de iniciativas para a mudança. Utilizam o instrumento de avaliação, o AMAQ, que dentre outros objetivos, proporcionam o conhecimento dos padrões de qualidade esperados quanto à estrutura, processo e os resultados da AB. Por fim, a implementação de processos autoavaliativos compõem o conjunto de critérios de avaliação selecionados para certificação das equipes, representando 10% do valor global.

**Quadro 3** – Dimensões e subdimensões do instrumento de certificação das equipes de atenção básica por padrão de qualidade.

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	Nº PADRÕES	Pontuação	
				Mín	Máx
GESTÃO	Gestão municipal	Implantação e implementação da atenção básica	09	0	90
		Organização e integração da rede de atenção à saúde	03	0	30
		Gestão do trabalho	04	0	40
		Participação, controle social e satisfação do usuário	04	0	40
	Coordenação da atenção básica	Apoio institucional	03	0	30
		Educação permanente	06	0	60
		Gestão do monitoramento e avaliação	05	0	50
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos	09	0	90
		Insumos, imunobiológicos e medicamentos	08	0	80
	EQUIPES	Perfil, processo de trabalho e atenção à saúde	Perfil da equipe	03	0
Organização do processo de trabalho			12	0	120
Atenção integral a saúde			42	0	420
Participação, controle social e satisfação do usuário			03	0	30

Fonte: AMAQ (BRASIL, 2011; 2015)

À luz da análise da produção científica consultada, se destaca o papel da autoavaliação na organização/reorganização do processo de trabalho das equipes de atenção básica, uma ferramenta que subsidia o planejamento e os processos de cogestão da equipe. (CARVALHO, et al.; 2016; ANDRADE, C.P.S. et al., 2015; LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; PINTO, SOUSA; FLORENCIO, 2012; MARQUES DA CRUZ, et al. 2012). Foi considerada também como um dispositivo que leva a equipe a interrogar e refletir sobre as relações e condições de trabalho, numa perspectiva de autoanálise e cogestão (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; CRUZ et al., 2012).

O monitoramento é outro componente do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ, voltado para o acompanhamento sistemático do desempenho do trabalho das equipes de ABS para o alcance dos indicadores pactuados, e as ações voltadas para a produção do cuidado, para a gestão da UBS e gestão do cuidado. Reforça os processos de análise e reflexão em torno dos movimentos de melhoria da qualidade da atenção básica e está articulada a autoavaliação, porque demanda para equipe de saúde contínuos processos

avaliativos do grau dos padrões alcançados em relação ao padrão de desempenho definido no AMAQ e pactuado pela equipe de saúde da ABS e da gestão. (BRASIL, 2015; CUNHA et al., 2013; BRASIL, 2012; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012.).

A educação permanente em saúde – EPS, importante componente de desenvolvimento do PMAQ, busca a qualificação do processo de trabalho para melhoria das práticas de cuidado, de gestão e de participação social.

Para tanto, possui uma dimensão pedagógica, pautado na aprendizagem significativa, introduz novas maneiras de aprender e de ensinar, aprendizagem que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, além de conteúdos que nascem dos problemas do contexto real, das demandas dos usuários e dos próprios trabalhadores, do processo de trabalho para o cuidado em saúde e a gestão do cuidado, e com isso fomentar a proposição de intervenções sobre problemas e dificuldades.

A da EPS também possui papel estratégico para a gestão por sua capacidade de proporcionar reflexões, análise crítica, provocar mudanças no interior do serviço em sua micropolítica, e para tanto, deve estar vinculada ao apoio institucional, ao processo de cooperação horizontal entre equipes e vertical com as esferas estadual e federal. (CARVALHO et al., 2016; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; BRASIL, 2012). Pinto et al. (2014, p. 148) toma a “EPS como dispositivo para engendrar remodelagens”, neste sentido, configurando-se como potencial estratégia para o alcance dos resultados do programa.

Para atendimento as dimensões referidas, o Apoio Institucional (AI), se apresenta como uma prática gerencial que busca romper com o tradicional modelo de supervisão originário da Administração Científica, que institui a divisão do trabalho, e o seu controle por uma proposta de pautada na relação horizontal do apoiador com os coletivos/equipes, estimula relações democráticas, corresponsáveis e espaço de problematização dos problemas, dificuldades, conflitos e construção de caminhos para mudança de práticas de cuidado, de gestão de trabalho em equipe. O AI potencializa, soma-se, viabiliza, é estratégica no processo de certificação das equipes de saúde e no desenvolvimento da autoavaliação, planejamento, monitoramento, EPS e cooperação horizontal. Estudo realizado por Sobrinho et al. (2014) relaciona o AI com o melhor resultado da certificação das equipes e na atenção à saúde da população, especialmente os grupos que possuem condições crônicas de saúde como diabetes e hipertensão. (CARVALHO et. al., 2016; BRASIL, 2015; SOBRINHO D.F. et al., 2014; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012; BRASIL, 2012).

A Cooperação Horizontal presencial e/ou virtual foi inserida como um dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento a partir do 3º ciclo com a Portaria a nº 1.645 de 02 de outubro de 2015, entendida como um mecanismo para o compartilhamento e troca de experiências e de práticas que contribuem para o alcance dos objetivos do PMAQ. (BRASIL, 2015).

Os componentes da etapa de desenvolvimento do PMAQ-AB, constituem um conjunto de ações a serem desenvolvidas no cotidiano da gestão da atenção básica, cujos efeitos poderão contribuir com a reestruturação do processo de trabalho no interior das unidades de saúde família, no entanto exige movimentos mobilizadores, promotores de novos sentidos para a produção do cuidado e da gestão da saúde.

### **3.2.1. Avaliação em saúde: concepções teóricas e metodológicas**

A análise da evolução histórica, como apresenta Guba e Lincoln (1989) aponta para a existência de etapas marcantes que configuram as quatro gerações da avaliação, onde estão explicitadas as mudanças teórico-conceituais e políticas presentes que legitimam o campo da avaliação, na primeira a característica principal foi a medição, na segunda inicia a avaliação de programas, a terceira dá ênfase está no valor e mérito da intervenção, chegando a quarta geração com uma abordagem pluralista e foco na negociação. Ressalta-se que essas gerações da avaliação não são estanques, convivem e se complementam em diferentes recortes da realidade social podendo estar presente numa mesma proposta avaliativa (CRUZ, 2015).

A partir das décadas 1970 e 1980, ganha força no Brasil a avaliação de serviços de saúde, influenciadas pelas recomendações de Alma-Ata, pela implementação das políticas racionalizadoras e pesquisas acadêmicas, no entanto somente nos anos de 2000, no âmbito da atenção primária à saúde (APS) que se institucionalizam as pesquisas com incentivo do Ministério da Saúde e apoio de agências internacionais, como o Banco Mundial, (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Artigo de revisão da literatura acerca da avaliação em saúde no período de 2000 a 2009, destacou o crescimento da avaliação em saúde com ênfase na avaliação de programas, na análise de implantação de políticas, programas e serviços de saúde, no entanto ressaltou que ainda prevalece as pesquisas de cunho acadêmico, o que reforça como um desafio a ser superado no processo de institucionalização da avaliação no SUS. (SANTOS et al., 2010)



Almeida e Giovanella (2008) realizaram mapeamento das pesquisas que tomam como objeto o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica a Saúde no período de 2000 a 2006, com o objetivo de contribuir com o conhecimento do estado da arte sobre avaliação. Estas investigações financiadas ou realizadas pelo MS apontam o esforço para a institucionalização da avaliação da AB no SUS, o que corrobora com estudos anteriores realizados por outros autores (SANTOS et al., 2010; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; FELISBERTO, 2006.).

A avaliação como componente das práticas sociais, possui uma polissemia conceitual e metodológica. Pode ser considerada como um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre tais práticas. (VIEIRA-DA-SILA, 2014, p.15). No entanto, a avaliação de programas tem conseguido maior consenso. (VIEIRA-DA-SILA, 2005).

As raízes das práticas avaliativas e seu desenvolvimento segundo Alkin (2004) surgem de duas necessidades, uma de realizar prestação de contas (accountability) e o controle dos programas na perspectiva da melhoria dos programas e da sociedade, e sob a responsabilidade dos responsáveis pelos programas. A outra, foi a investigação social, que nasceu do interesse em utilizar métodos sistemáticos e que justificassem sua realização, sob influência das ciências naturais, principalmente a física, posteriormente se buscou aplicar aos fenômenos sociais.

Nesta direção, a investigação social está na gênese da avaliação como pesquisa orientada por métodos. Esta ênfase é utilizada pelas pesquisas experimentais e quase experimentais, cujos representantes são Tyler (1942) e Donald Campbell. A avaliação com ênfase no julgamento do valor pelo avaliador e posteriormente como responsabilidade dos demais envolvidos ou interessados no programa, (stakeholders) foi elaborada por Scriven (1967). Há ainda a avaliação com foco na utilidade, que deve ser realizada para atender às necessidades dos interessados no programa, e subsidiar a tomada de decisão, o pioneiro desta linha é Daniel Stufflebeam. (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Em virtude da evolução das diferentes concepções sobre avaliação no campo da saúde que se encontram em curso, buscamos algumas definições que demarcam esta evolução.

A avaliação como pesquisa guiada por métodos, tem sua origem na investigação social, (FIGUEIRÓ et al., 2010, p.4) estando dentre os formuladores Tyler, Campbell, Schuman, Rossi, Weiss e Chen.

Para Suchman (1967) avaliação consiste na utilização de métodos (opiniões, documentos, dados objetivos ou subjetivos) para verificar se os objetivos propostos, foram alcançados. Com Arnold (1971) esta concepção se amplia a considerar o aspecto de que a

avaliação tem o papel também de orientar a tomada de decisão e os novos programas. Weiss (1972) compreende que a avaliação não é só verificar os objetivos alcançados por um programa ou política, inclui a ação sistemática com utilização de critérios quanto o funcionamento e os resultados alcançados para contribuir com a sua melhoria. Scriven adota o entendimento de que a avaliação determina o valor das coisas e pode ser segundo os critérios de cada um. (CHAMPAGNE et al., 2011).

Avaliar é julgar o valor de uma intervenção. Esta definição fundamenta-se nos trabalhos de Scriven (1967). Beeby (1977) apud Champagne (2010) foi quem primeiro introduziu esta concepção, avaliar é fazer o julgamento do valor da ação de um programa, e do seu propósito.

Patton (1997) ao definir avaliação considera o julgamento de valor de um programa, utiliza a coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados, devendo estes orientar futuros programas.

Para Rossi e Feeman (1993), a avaliação é uma atividade complexa que se apoia em procedimentos sistemáticos de pesquisa científica para verificar a concepção, forma, funcionamento, implementação e a utilidade das intervenções sociais e envolve decisões políticas e administrativas.

Guba e Lincoln (1989) consideram que a avaliação em toda sua extensão deve ser pautada nos procedimentos da pesquisa científica, contudo destaca a importância de se incluir os aspectos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais.

Contradiopoulos (1997) define a avaliação de políticas e programas como o conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços, com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Tendo em vista a diversidade conceitual sobre avaliação, neste estudo nos apoiaremos na concepção de Champagne et al., 2011, p, 44):

Avaliação consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos e julgamentos são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Por intervenção, qualquer que seja ela, pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em determinado ambiente e durante determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. (CHAMPAGNE et al., 2011, p.45). Possui os seguintes componentes: uma estrutura, os atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, uma ou várias finalidades e um ambiente. Destacamos o que Champagne et al. (2011, p.48), ao tratar do papel dos atores nas intervenções, ele afirma: são os atores que, em função de suas características, intenções, interesses e convicções moldam a intervenção e lhe dão sua forma particular em um determinado momento e em um determinado contexto.

Para Cohen e Franco (1993) os termos plano, programa e projeto referem-se às intervenções sociais. Diferenciam-se no escopo e duração. Um plano é o somatório dos programas que procuram objetivos comuns. Inclui a estratégia, isto é, os meios administrativos e estruturais, as formas de negociação, a coordenação e direção.

As intervenções podem ser objeto da avaliação normativa ou da pesquisa avaliativa. Na avaliação normativa considera-se a apreciação dos seus componentes, com base em normas e critérios, buscando analisar se foi feito que era necessário para o alcance de seus objetivos. Analisa sua conformidade em relação às referências.

A pesquisa avaliativa baseia-se no método científico, realiza a análise da pertinência (análise estratégica<sup>4</sup>), os fundamentos teóricos (análise lógica<sup>5</sup>), a produtividade (relação entre recursos empregados e resultados produzidos), os efeitos alcançados e as relações existentes entre intervenção e o contexto no qual se situa (análise de implantação), bem como enfatiza os aspectos ligados ao grau de implantação de uma intervenção sobre seus efeitos e a influência do contexto em que se insere sobre os efeitos observados. (CHAMPAGNE et al., 2011; FIGUEIRÓ et al., 2010; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Nesta direção, a escolha da abordagem e do método de avaliação de uma intervenção depende da sua complexidade. Pode ser utilizada as seguintes abordagens, a saber: análise estratégica, análise lógica, análise dos efeitos, análise da produção, análise de eficiência e análise de implantação. (CHAMPAGNE et al., 2011; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997)

---

<sup>4</sup>**Análise Estratégica:** tem o objetivo de determinar a pertinência da intervenção, isto é, a adequação ou a coerência entre objetivos da intervenção e os problemas a resolver. (CHAMPANGE, et al, 2011, p 95).

<sup>5</sup>**Análise Lógica:** tem o objetivo de determinar o mérito do modelo teórico que dá base a intervenção. No entanto nem sempre o modelo teórico é explícito, assim a análise lógica visa preencher essa lacuna. Seu objetivo é somativo, mas também pode ser utilizada para conceber uma avaliação. Analisa dois componentes a plausibilidade das hipóteses, isto é, análise do mérito e a análise de validade do modelo operacional (a exatidão dos meios). (CHAMPANGE et al., 2011, p.105).

Para realizar-se uma pesquisa avaliativa, recomenda-se a realização de uma pré-avaliação, conhecida também como Estudo de Avaliabilidade (EA), desenvolvido por Wholey em 1987. Consiste em uma etapa preliminar da avaliação de um programa ou intervenção. Analisa sua teoria e prática, visando determinar se a intervenção está pronta para ser avaliada, explorar os objetivos, expectativas e informações e necessidades dos gestores, a realidade da intervenção ou programa, bem como as áreas críticas a serem priorizadas para a avaliação. (FIGUEIRÓ et al., 2010; ROSSI; FREEMAN, 1999).

### **3.2.2 Avaliabilidade e análise de implantação**

O estudo de avaliabilidade é uma importante ferramenta de gestão. (WHOLEY, 2004). Recomenda-se sua realização para avaliação de programas voltados para mudanças sociais, por serem, geralmente, mais complexos e longos. (THURSTON; POVITIN, 2003). Baseado em Thurston e Ramaliu (2005), a realização do EA é baseado nos seguintes passos: a) delimitação do programa com a identificação de metas, objetivos e atividades; b) construção do modelo lógico; c) definição das perguntas avaliativas e d) escolha do desenho da avaliação.

A definição da abordagem e método de avaliação de uma intervenção depende da sua complexidade, pode ser utilizada as seguintes abordagens, a saber: análise estratégica, análise lógica, análise dos efeitos, análise da produção, análise de eficiência e análise de implantação. (CHAMPAGNE et al., 2011; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997)

A análise de implantação compreende o estudo das relações entre uma intervenção e o contexto durante sua implantação. Seu objetivo é observar as mudanças produzidas por uma intervenção, num contexto particular, delimitar os fatores que dificultam ou afetam sua implantação. (CHAMPAGNE et al., 2011; FIGUEIRÓ et al., 2010).

Por implantação concreta de uma intervenção compreende a transferência, em nível operacional de uma intervenção. Já o processo de implantação é uma etapa distinta e posterior à decisão de intervir. (PATTON, 1986; TORNATZSKY; JONHSON, 1982).

A análise de implantação se sustenta na análise da influência sobre os seguintes componentes: dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção; da variação da implantação na sua eficácia (especificação do tratamento em sua dimensão empírica); da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados – avaliação do processo. (DENIS & CHAMPAGNE, 1997, p. 55).

A análise de implantação, segundo Denis e Champagne (2011; 1997) inclui uma parte explicativa importante, já que seu objetivo é compreender o desenrolar de uma intervenção e identificar as variáveis que afetam a intervenção. Esta deve ser realizada quando os efeitos de uma intervenção são sensíveis às variações do contexto, ou quando uma intervenção nova é implementada, o que possibilitará a identificação da dinâmica de implantação e a identificação dos fatores explicativos críticos.

Ademais, este tipo de estudo aumenta a validade externa das pesquisas avaliativas, isto é, seu potencial de generalização, pelos princípios da similitude, princípios da robustez, quando se observa a replicação dos efeitos em diferentes contextos e o princípio da explicação, compreensão dos fatores de inibição e de produção dos efeitos. (CRONBACH, 1983 apud DENIS; CHAMPAGNE, 2011).

A análise de implantação pode ser desenvolvida com base em uma das quatro tipologias a saber: a) análise da transformação da intervenção; b) análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção; c) análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados; c) análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

Neste estudo, a apreciação da implantação do Eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ apoiou-se na análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção. *Ela é apropriada quando a intervenção é complexa e composta por elementos sequenciais.* (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p.57).

Do ponto de vista metodológico, Denis e Champagne (1997) consideram que a implantação de uma intervenção complexa seja influenciada por diversas características contextuais e sua realização favorece a utilização dos resultados das pesquisas avaliativas para tomada de decisão e a generalização de uma intervenção em outros meios.

Considerando que a análise de implantação visa dentre outros objetivos identificar os fatores contextuais, e que a sociedade pode ser vista como uma organização, a implantação de uma intervenção, supõe mudanças organizacionais necessárias à adaptação dos programas nos diferentes meios (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Assim, estes autores sugerem então, que a análise do contexto seja feita a partir da teoria das organizações e propõem diversas perspectivas para sua análise que podem ser utilizados isoladamente ou em conjunto dependendo da abordagem dada à avaliação.

Nesta perspectiva, buscamos o modelo político, segundo Denis e Champagne (1997, p. 66) “que tem sua gênese numa perspectiva crítica dialética da análise das organizações a

adoção e implantação de intervenções é considerado como jogos de poder organizacional”. Por meio desta abordagem é possível identificar a influencia do grau de implantação nas relações entre os atores, se as estratégias adotadas podem elementos restritivos ou facilitadores à implantação da intervenção.

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico considerando o objeto a ser estudado, utilizou a pesquisa avaliativa, a análise de implantação e o estudo de avaliabilidade, segundo o referencial de Denis e Champagne, (2011; 1997).

Buscou-se pensar o papel dos atores na condução de programas e planos de mudanças, para tanto buscamos os elementos teóricos em Matus (1997; 2005) na Teoria do Jogo Social, fundamentados em métodos e técnicas de governo, trata da produção social, que se estabelece como num jogo social em que os atores utilizam suas estratégias para vencer resistências, ou colaborar com os outros atores.

Considerando o jogo social uma arena em disputa de projetos, interesses, recursos, em que os atores sociais produzem realidade e é produto dela, estabelecendo relações de cooperação, conflitos, competitividade, utilizamos a categoria analítica Poder, tendo em vista que o comportamento dos atores sociais interfere no jogo social.

### 4.1. CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DO JOGO SOCIAL DE CARLOS MATUS

Matus (2005) afirma que a realidade social é complexa, multifacetada, incerta e sem lei determinista que a regule. Os problemas sociais por terem conteúdo transdepartamental, requer uma prática social horizontal, que explique a realidade, avalie propostas sobre produtos e resultados das ações, faça análise estratégica, construa viabilidade, analise os atores no jogo social, acompanhe as mudanças, resolva conflitos do conhecimento, projete e modernize organização.

Nesta direção, o autor afirma que o homem de ação necessita de uma teoria que ultrapasse o espaço das práticas profissionais verticais, que compartimentalizam a vida cotidiana, quando na realidade esta é complexa e rizomática, não respeita as restrições e limitações das ciências especializadas e departamentalizadas, e requer uma visão e intervenção horizontal, transdepartamental, que supera a interdisciplinaridade. Assim, Matus (2005) aponta a teoria da prática social, prática política, que explica a realidade, identifica e processa problemas, atua e faz apostas em situações de incertezas, lida com surpresas, resolve conflitos, atua em situações críticas, faz análises estratégicas, constrói viabilidade, estuda os diferentes atores que participam do jogo social, formulam e avaliam planos, monitoram o

processo de intervenção, além de desenhar ou reformar organizações e explorar novos caminhos de desenvolvimento.

Nessa lógica, a partir de uma nova ciência horizontal, com um ator inserido, comprometido com uma posição no jogo social é possível a construção de uma teoria de governo e de condução que busque atuar e criar fatos na realidade. Matus (2005) coloca a Teoria do Jogo Social, ciência da ação, os métodos e técnicas de governo, desenvolvidos pelo método Planejamento Estratégico Situacional (PES), se baseia na análise situacional e no planejamento situacional.

Para o autor, o planejamento como método de governo é o cálculo que precede e preside a razão, lida com sistemas e problemas quase-estruturados, aqueles que surgem no jogo, conscientemente, busca modificar variáveis não controláveis em variáveis que controle para alcançar a realidade desejada. O ator que planeja está inserido na realidade, e precisa para o manejo de plano, técnicas, métodos, habilidades pessoais, criatividade, sensibilidade, reconhecer o outro, as diferenças de perceber e explicar a realidade.

O jogo social exige diferenças, nele opera relações de cooperação e de conflito, mas também de competição entre os atores no jogo. É o espaço em que os atores exercem a prática política e se governam, trabalham com a incerteza, e por isso elaboram planos, calculam, apostam no futuro incerto, fazem novos planos.

As proposições de Matus (2005) destacam que os processos instituídos no jogo social são referidos a ação de atores, organizações, manejo de variáveis imprecisas e incertas. O ator no jogo social é aquele que está inserido na realidade, atua nela, tem projeto político, controla algum recurso relevante, tem força, capacidade de produzir fatos, influenciar conduzir um coletivo social, capaz de ser protagonista no jogo social.

Em relação a organização, o autor explica que é ela quem coordena a ação coletiva dos atores, onde se estabelece a interação, as relações interpessoais, que pode ser de cooperação, conflito, competição, são desiguais, que vão além das hierarquias organizacionais, são direcionados a enfrentar problemas.

Os problemas no jogo social, são quase-estruturados, surgem das relações estabelecidas no jogo, da incerteza, da desigualdade de seus resultados, e da nebulosidade que envolve as relações causais e conexões de sentido do futuro incerto. Cada jogo produz troca de problemas em que uns beneficiam, outros prejudicam.

A análise destes elementos possibilita a compreensão da teoria do jogo social que considera que a realidade possui diferentes planos, possui regras que distribui desigualmente o



poder e as capacidades de produzir fatos, acumulações, isto é, capacidades de produzir atos políticos, organizativos, de comunicação, que se produzem no cotidiano do jogo.

O jogo social resulta das relações políticas e estratégicas entre os atores, tem história, memória, marcas do passado, mas ele é presente, as ações, os atos que ocorrem no presente, são produzidos na realidade, são indeterminados, possibilita à criação do futuro a partir da ação criativa, ele trata da produção social.

A produção social dá sustentação ao conceito de situação, é uma distinção que um ator faz em relação à sua ação no jogo social (MATUS, 2005, p.191), é uma explicação assimétrica, autoreferida, indica problemas, nós causais, atores relevantes, as operações e respostas, reconhece a existência de vários diagnósticos para uma mesma realidade, isto é, não é único, rigoroso objetivo, mas carregado de subjetividades, compreensão de ideias, valores, crenças dos atores que explicam a situação.

Por ser a realidade complexa, dinâmica, conflitante, deve ser analisada em sua totalidade. O conceito de situação desenvolvido por Matus (1997), segundo o qual a situação corresponde à explicação da realidade, elaborada a partir de uma força social<sup>6</sup>, por um ator em função de sua ação, interesses, valores, crenças, sua inserção material e o papel que desempenha na sociedade e da luta que estabelece com outras forças sociais.

A produção social diz que tudo é criação da ação do homem na sociedade, exceto natureza intocada. Assim, a produção de bens e serviços, é criada a partir da sua capacidade cognitiva, ideológica, política, organizativa, cultural, que por sua vez altera sua própria capacidade. Estabelece-se como num jogo social em que os atores utilizam suas estratégias para vencer resistências, ou colaborar com os outros atores.

A realidade de acordo com a Teoria da Produção Social está dividida em três níveis; o nível dos fatos ou fenoprodução, o nível das acumulações sociais ou fenoestrutura e as regras básicas ou genoestrutura. Pode ser entendida como apresenta por Mendes (1996, p.240),

“Como um circuito em que o agir social de um ator supõe o uso de recursos econômicos, de recursos de poder, de conhecimentos, e em que essa produção se reverte para o ator-produtor como acumulações e dasacumulações de novos recursos econômicos, recursos de poder, valores ou conhecimentos”.

---

<sup>6</sup> **Força social:** São fenoestruturas complexas, são capacidades de acumulações de ideologias, crenças, valores, projetos futuros, informações, organizações liderança, controle de centros de poder, influencia sobre outras forças sociais. Portanto, são forças sociais profissionais, organizações sindicais, as igrejas, as forças armadas, conforme definição acima. Representam uma intermediação entre a população e as instituições. (MATUS, 1997).

O processo de produção social produz quatro tipos de realidade, conforme MATUS, (2005, p.273)):

- a) **produtos-fluxos** – fatos e objetos de uso, coisas materiais com funções atribuídas de uso terminal ou intermediário;
- b) **produtos-acumulações** - acervos de capital com capacidade de produzir fluxos (organizações, instituições, sistemas, equipamentos, valores, etc.);
- c) **Atores e pessoas** – é o homem como pessoa, ator social dotado de atributos cognitivos, emocionais e valores;
- d) **Regras** – normas de constituição e convivência social, exigida pela coordenação do processo de produção e do jogo social.

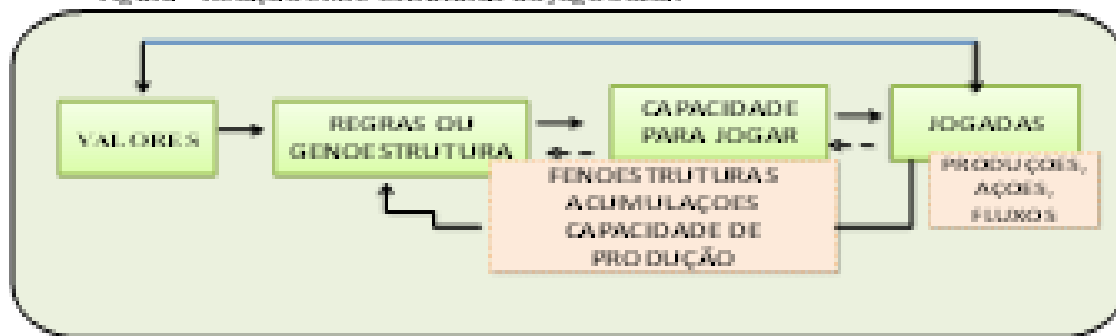
O homem é produtor da realidade social, e realiza sua prática inter-relacionando seu mundo interior e exterior, assim produzem voltados para o mundo interior, para si ou pra outrem e produzem seu próprio mundo interior, e este processo de produção social constitui as bases das relações sociais. Desse modo, o jogo social implica obrigatoriamente conceitos de coletividade, agregação de seres humanos em cooperação, conflito, concorrência, empatia ou antipatia. Outrossim, toda ação social é uma ação coletiva e está submetida a uma intencionalidade coletiva, compartilhar crenças, desejos e intenções.

O processo de produção social é como um jogo social; é criativo, conflitante, e certas jogadas apoiadas em estratégias. No jogo as regras fundamentais correspondem a genoestruturas, elas possibilitam, impedem, estimulam, inibem as ações possíveis dos jogadores. Tais regras definem o espaço de variedade do possível. As genoestruturas dão ao jogo identidade (jogadores, numero, capacidade de produção ou jogadas possíveis).

Os jogadores têm capacidades acumuladas de produção e direção, são genoestruturas ou acumulações humanas, se relacionam com outras. As jogadas, são em cada momento do jogo a produção do sistema, deste modo, o jogo social tem regras fundamentais, as acumulações e fluxos de produção permitem a acumulação ou desacumulação dos jogadores.

Na figura a seguir Matus (2005, p.296) sistematizou as relações entre as estruturas do Jogo Social.

Figura – Relação entre estruturas do jogo Social



Fonte: Matus (2005; 296)

No jogo social, os jogadores possuem e controlam recursos diferentes acumulam desacumulam, podem mudar o jogo, há vários jogos acontecendo, entrelaçados, paralelos, formam um sistema social. Assim, desenvolvem lutas constantes de poder, disputas de um jogo sobre o outro, assumindo cada jogador a posição conforme seu interesse, o propósito no jogo.

O jogo social combina a ação instrumental, que resulta da relação, uma relação sujeito-objeto. Ação social no intercambio entre os homens, na produção social, e a ação pessoal que se estabelece da relação do homem consigo mesmo, criação do mundo interior. Deste modo os critérios de eficácia, eficiência, viabilidade e aceitabilidade pode ser referente a qualquer um dos modos de ação.

O jogo social é uma arena em disputa de projetos, interesses, recursos, e os atores sociais produzem realidade e é produto dela. Deste modo, toda produção social é resultado das relações entre atores, que acumulam recursos nesta interação.

A interferência no desenvolvimento Jogo Social para alcançar um propósito se dá através do governo, os atores/jogadores são governantes, tentam desempenhar um papel de condutor. O jogo é ponto de encontro de mediação de forças dos jogadores em competição para conduzir e dominar. (MATUS, 2005, p.447).

Nesta perspectiva o governo é produto da intencionalidade coletiva dos atores sociais. Para Matus (2005, p.34)

“Governo ou condução é a arte e a ciência do ator para mobiliza organizações e cidadãos no jogo social, intervindo sobre problemas conflituosos que atravessam todos os compartimentos das ciências, a partir de variáveis imprecisas, incertas e mutáveis, com o propósito de construir possibilidades para o seu projeto de jogo”.

Para governar requer articulação de três variáveis, O projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. Neste estudo, a característica do contexto terá por referência o triangulo de governo de Matus (1995). Este considera que para implementar uma política, plano, programa, é necessário garantir a governabilidade por meio destas variáveis que compõem um sistema triangular e interdependente, o triangulo de governo.

O projeto de governo (P) é o sistema propositivo de ações. Diz respeito ao conteúdo dos planos de ação, programas e políticas que um ator considera pertinente para ser realizado com vistas ao alcance dos seus objetivos, no entanto as propostas podem ser modificadas o que depende das circunstancias em que o projeto de governo se desenvolve e da governabilidade de seu dirigente. (MATUS, 1997)

A governabilidade do sistema (G) é o sistema social. Diz respeito à liberdade de ação do dirigente tendo em vista as variáveis controláveis e não controláveis no processo de governo. Depende do conteúdo do projeto de governo, está relacionada à distribuição de forças. (MATUS, 1997)

A capacidade de governo (C) expressa-se na capacidade de direção e planejamento, gerência, administração e controle, a experiência acumulada que um ator e sua equipe de governo possuem para conduzirem o plano. Requer o manejo de um conjunto de técnicas, desenvolver habilidades e destrezas e apoiar-se em métodos para conceber e executar estratégias e táticas eficazes para resolver problemas e aproveitar oportunidades. (COELHO FERREIRA, 2000; MATUS, 1997).

#### 4.2. CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DE MARIO TESTA

A análise do objeto de estudo, buscou na teoria da ação social de Mario Testa alguns elementos teóricos, o caráter processual-relacional de sua obra, o entendimento de que os problemas de saúde são determinados socialmente, são partes da totalidade social e as intervenções sobre estes extrapolam o setor saúde. Considera que os planos podem até não serem elaborados, mas o que se deve é pensar estrategicamente, e o pensar estratégico é pensar a categoria poder (TESTA, 1997).

Testa (1997) situa o poder como uma categoria analítica<sup>7</sup>, uma abstração da realidade observável que pode conduzir a explicação e, por conseguinte, à modificação de

---

<sup>7</sup> **Categoria analítica:** Um determinante de orientação geral da investigação que induz uma via de desenvolvimento da mesma e prefigura seus resultados. São abstrações que surgem do exame da realidade, ainda que parcial que inclui imprecisões e ambiguidades, mas que se fundamentam em experiências concretas, ainda

comportamentos da atividade setorial estudada (TESTA, 1997, p 35). Logo, contém uma ação, o uso de instrumentos e recursos, a razão que legitima essa ação e o procedimento ou a norma que deve ser cumprida (TESTA, 1997; 1992).

O poder da sociedade também está situado nas organizações, abrange o aspecto institucional, ou a consolidação burocrática de uma organização em geral. Considera organização como o agrupamento de pessoas com interesses comuns ou não e comporta três formas: burocrática, mista e criativa (TESTA, 1997, p 38).

Assim, o poder ser visto a partir de duas perspectivas: a que corresponde aos resultados do seu exercício, a existência de um poder cotidiano, o comportamento dos grupos sociais no como fazer as coisas, produtor de disputas e alianças; e a que diferencia os tipos específicos que cada setor de atividade dispõe: o poder técnico, poder administrativo e poder político. (TESTA, 1997).

Outro aspecto relacionado a sua penetração diz respeito a importância de identificar os âmbitos em que se estabelece as relações de poder, que pode ser, no âmbito das atividades, do conhecimento, dos níveis de funcionamento do setor saúde.

No setor saúde se lida com três tipos principais de poder, o poder técnico, o administrativo e o político, cada um deles é uma capacidade de um indivíduo, grupo social, instituição, que se refere à informação, aos recursos e aos grupos sociais. (TESTA, 1992, p. 118).

O poder técnico funciona para defesa dos interesses dos diversos grupos, é a capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características diferentes. O poder administrativo está relacionado com a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos. O poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais em necessidade ou reivindicações, reclamações. (TESTA, 1992; 1997).

A análise da estrutura de poder no setor saúde permite entender a ação dos grupos sociais quanto a tomada de decisão e a condução do governo, cujos efeitos poder ser promover mudanças, crescimento e/ou legitimação e reprodução.

Testa (1997), considera ainda que há uma dupla dimensão temporal em relação ao poder, o curto e o longo prazo, o tempo técnico e o tempo político. Estas colocam de um lado as ações cotidianas, as atividades e procedimentos, e por outro, a longo prazo, a preparação da

---

que estas possam ser consideradas e avaliadas como erros e fracassos. O conceito operacional é um invento que se elabora para fins práticos, ou seja, é o substrato sobre o qual se assenta o funcionamento das categorias analíticas. Apesar de ser uma imposição sobre a realidade, qualquer que seja a razão de sua criação, condiciona os caminhos da investigação.

transformação, operando como estratégias para acumulação de poder, em que as atividades de curto prazo vão se modificando em atividades de longo prazo.

A identificação dos problemas de saúde se faz mediante a elaboração de um diagnóstico da situação, cuja intencionalidade é melhorar a situação. O diagnóstico para detectar a totalidade da situação deve abarcar as dimensões administrativa, estratégica e ideológica.

O diagnóstico administrativo tem enfoque funcional, trata dos recursos, metas, procedimentos e da relação entre eles. O diagnóstico estratégico é elaborado mediante a identificação da estrutura de poder setorial, e o diagnóstico ideológico que tem uma dupla dimensão; o do setor e o da sociedade, identificar as práticas e saberes, a ideologia dos grupos sociais interessados na saúde.

Deste diagnóstico, Testa (1993) propõe a elaboração da síntese diagnóstica, momento de início da formulação das propostas programático-estratégicas, em que as ações formuladas é a parte programática e a estratégica é a forma de implementar uma política. Para sua elaboração é considerada a análise de viabilidade e as suas repercussões sobre a estrutura de poder na sociedade: as relações de poder entre os grupos sociais, dentro e fora do setor saúde. (TESTA, 1993; GIOVANELLA, 1990).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. TIPO DE ESTUDO E ESCOLHA DO CASO

Trata-se de estudo avaliativo, tipo análise de implantação das ações que compõem o eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, por meio do estudo de caso único com múltiplos níveis de análise, com abordagem qualitativa, realizado no município de Itabuna, Bahia.

A abordagem qualitativa possibilitará conhecer as motivações, significações, crenças, valores, aspirações e o aprofundamento da realidade. (MINAYO, 2012)

O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto (HARTZ et al., 1997; YIN, 1993), ocupam lugar de destaque na pesquisa avaliativa. Esta estratégia é utilizada quando se torna difícil diferenciar os efeitos produzidos por uma intervenção dos que podem ser atribuídos às características do meio da implantação.

Os estudos de caso possibilitam estudar em profundidade um fenômeno, enfatizam o contexto em que ocorre o fenômeno, permite investigar o caso pelo lado de dentro, suas limitações consistem nas questões relativas a validade externa.

Os estudos de casos podem ser realizados quando as questões que estão sendo colocadas são como ou por que, quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco é um fenômeno contemporâneo, inserido em um contexto da vida real. Ele é ainda indicado quando o número de variáveis de interesse excede o de unidades de observação (YIN, 1994).

Segundo Yin (1994) os estudos de caso podem ser apresentar os seguintes modelos:

- Caso único com um nível de análise (holístico)
- Caso único com um nível de análise imbricados
- Casos múltiplos único com um nível de análise
- Casos múltiplos níveis de análise imbricados.

Para Contandopoulos, (1997) a definição dos níveis de análise deve ser feita à luz da teoria subjacente da pesquisa. Deste modo, os estudos de caso com um só nível de análise, estuda em profundidade uma situação/fenômeno, sem definir diferentes níveis para explicar os processos observados. A potencia explicativa se apoia na profundidade da análise do que

na existência de outros níveis. Os casos de níveis imbricados ocorrem quando dentro do caso se analisa uma ou várias subunidades. (YIN, 1994).

A validade interna dos estudos de caso, segundo Hartz, (1999) depende da qualidade e da complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e a adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico, as múltiplas fontes de dados. A questão da validade externa está relacionada a capacidade de generalização analítica, se apoia no confronto da configuração empírica de vários casos similares a um quadro teórico particular, para verificar se há replica dos resultados de caso para o outro, assim, a validade externa se dá mediante a realização de estudos de casos múltiplos.

O Estudo de caso único com ou sem níveis de análise imbricados analisa em profundidade um fenômeno. Se aplica a avaliações com teoria bem fundamentada. Pode ser utilizado na análise de implantação do funcionamento de um programa. O estudo de caso único do tipo crítico, extremo ou revelador pode articular um ou múltiplos níveis de análise.

Nesta investigação, adotou-se o estudo de caso único com múltiplos níveis de análise, sobre a implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2018. Os níveis de análise selecionados foram a) gestão municipal da atenção básica; b) unidades/equipes de saúde da família contratualizadas ao PMAQ-AB e permanecem desde 2011, foram avaliadas no 1º e 2º ciclos e realizaram a contratualização.

## 5.2. CENÁRIO DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DE ITABUNA-BA

Para esta investigação, tomamos como caso de análise o município de Itabuna, escolha intencional, território de vivências do pesquisador, nos campos da saúde e da educação, cenários de prática do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz UESC e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, e da sua implicação com a construção do SUS no nível local e regional da saúde no Estado da Bahia, considerando ainda a importância da cidade no contexto regional de saúde e a adesão da gestão municipal à proposta de pesquisa.

O Município de Itabuna está inserido na microrregião econômica Litoral Sul, com extensão territorial de 444 km<sup>2</sup>, limitando-se ao Norte, com os municípios de Barro Preto e Itajuípe; ao Sul, com Jussari e Buerarema; a Leste, com Ilhéus e a Oeste, com Itapé e Ibicaraí, distante 429 km da capital, Salvador.



De acordo com a organização administrativa estadual da saúde, integra o Núcleo Regional de Saúde Sul – NRS-Sul, conforme Lei Ordinária nº 13.204 de 11/12/2014, que Modificou a Estrutura Organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual da Bahia, situando-se na Macrorregião de Saúde Sul e polo da Microrregião de Itabuna. Abrange 22 municípios, com um total de 534.585 habitantes (PDR, Bahia, 2014), é referência para a Macro e Microrregião, sendo a sede da Base Operacional de Saúde – BOS.

Segundo estimativas para 2018, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Itabuna possui população formada por um total de 212.740 pessoas, com uma densidade demográfica de 473,50 hab./km<sup>2</sup>. Banhado pelo Rio Cachoeira, o município enfrenta dificuldades no abastecimento e acesso à água potável para sua população.

Itabuna em sua área territorial, possui quarenta e quatro bairros, cinquenta e sete loteamentos e dois distritos localizados na zona rural. O setor saúde é polo de referência e encontra-se em franco desenvolvimento, alavancado pelo setor público municipal, por profissionais liberais, autônomos e empresas que prestam serviços de saúde nas suas mais diversas áreas.

O Sistema Municipal de Saúde possui uma estrutura organizacional e administrativa modular criado pela Lei Municipal nº 1.179 de 28/08/1997, composto por quatro módulos assistenciais, que se caracterizam como áreas geográficas delimitadas, território que agrega um conjunto de equipamentos numa rede hierarquizada segundo nível de complexidade e que prestam assistência à população residente destes módulos.

A rede básica do município de Itabuna é constituída por 32 (trinta e duas) unidades de saúde que se distribuem nos quatro Módulos, com 48 equipes atualmente, das quais em estudo de viabilidade de implantação de mais 16 equipes. Composta ainda, por 02 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Programa de Saúde na Escola –PSE e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ – AB.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído por meio da Portaria nº 1.654/2011 e revisado pela Portaria nº1645/2015, introduziu a avaliação de desempenho e novos critérios de financiamento, além de se constituir como um dispositivo de mudança do modelo de atenção, com ênfase em processos de negociação e implicação dos sujeitos, trabalhadores de saúde e gestores, com os processos de mudança. (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Em 2011, quando o município aderiu ao PMAQ-AB, a Atenção Básica cobria 56,62% da população total, destas, 37,08% coberta era por meio da Estratégia Saúde da Família

(ESF). No primeiro ciclo de programa (2011-2012), houve a adesão de 11 equipes de saúde da família (ESF), representando 47,8% do total de ESF do município. No 2ª ciclo (2013-2014), 10 equipes foram recontratualizadas. Onze novas equipes foram as inseridas perfazendo um total de 21 equipes no PMAQ-AB, o que representou uma cobertura de 91,3% da ESF do município, além da adesão do Centro de Especialidades Odontológica - CEO. No terceiro ciclo (2015-2019) houve novas adesões, assim todas as 27 ESF do município encontram-se no PMAQ-AB.

### 5.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Envolveu os sujeitos que atuam nas unidades de saúde com PMAQ-AB, que desenvolvem as ações na operacionalização de suas etapas, envolvendo-os na colaboração e construção de sentidos, reflexão de concepções e práticas de avaliação, contribuindo para a pactuação das questões, alinhamento de interesses, o envolvimento daqueles, que de maneira direta ou indireta, poderão utilizar a produção deste estudo para a realidade do PMAQ-AB, como vistas ao alcance da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Nesta direção considerando os objetivos da pesquisa, foram formados quatro grupos em que os sujeitos foram inseridos para participarem das etapas da pesquisa, a saber:

GRUPO I (G) – Profissionais da gestão municipal da atenção básica

Grupo II (g) – Profissionais das equipes de saúde da família

Grupo III (GF) – Profissionais integrantes da comissão de fiscalização dos recursos financeiros do PMAQ-BA

Grupo IV (GGR) – Profissionais que coordenam a atenção básica nos municípios da área de abrangência do Núcleo Regional Sul da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

Os participantes deste estudo são aqueles que atuam nas atividades relacionadas ao PMAQ-AB no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna, e os Coordenadores da Atenção Básica dos Municípios da Região de Saúde ligados ao NRS-Sul, os profissionais de saúde das unidades básica contratualizadas ao com PMAQ, com equipes de saúde da família, e profissionais representantes da Comissão de Fiscalização dos Recursos Financeiros do PMAQ do município de estudo.

Participaram das duas etapas da pesquisa os integrantes dos grupos I, II, III, e IV, por meio das entrevistas semiestruturadas e grupo focal. O grupo IV participou apenas de uma etapa, do estudo de avaliabilidade, no momento da construção do consenso em torno do Modelo Lógico e da matriz de julgamento do grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ – AB.

#### 5.4. COLETA E INSTRUMENTOS DE DADOS

Foram utilizados dados primários e secundários. Para coleta dos dados primários, utilizamos a entrevista, o grupo focal e a observação.

A **entrevista** é entendida como um espaço-relacional, uma estratégia através da qual o pesquisador colhe informações através da fala dos sujeitos da investigação, sendo uma das mais utilizadas no trabalho de campo. (MINAYO, 2012) busca-se através da fala, discursos dos sujeitos entrevistados os fatos; idéias, concepções, percepções, crenças, sentimentos, maneira de atuar; comportamento, razões conscientes ou inconscientes de determinadas, maneiras de atuar ou comportamentos. Assim sendo, trabalha com subjetividade e requer para sua realização interação, colaboração e estabelecimento de clima de confiança entre entrevistado e entrevistador.

Utilizamos a **entrevista semiestruturada**, pois oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação, não cerceando a fala. Ela se apoia em questões que dão abertura ao sujeito entrevistado tratar das questões ou de outros elementos que considerar pertinente.

Para realização das entrevistas utilizou-se roteiros conforme etapa da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho de gravação digital, após conhecimento, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE F). Posteriormente, as entrevistas foram transcritas.

Toda a coleta de informações foi realizada pessoalmente, nos locais e horários definidos pelos sujeitos pesquisados. Nesse período referido só foi possível a realização das entrevistas, bem como as observações nas unidades de saúde e na Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE B). Os participantes da pesquisa foram orientados sobre os aspectos éticos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F), bem como foi esclarecido como seria assegurado e respeitado a sua integridade física, intelectual, social, religiosa e cultural dos mesmos.

Atendendo à Resolução CNS No 466/2012, foi respeitado o direito do indivíduo em aceitar ou não participar da pesquisa, desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da mesma, assegurado aos entrevistados o anonimato nas transcrições e divulgação dos seus discursos, na perspectiva de respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. (BRASIL, 2012)

As entrevistas ocorreram em clima de cooperação, interesse e oportunidade de reflexão. No âmbito da gestão municipal dois atores se negaram a participar afirmando não saberem nada sobre o PMAQ-AB, e estarem iniciando as atividades na secretaria há menos de 180 dias.

Outro instrumento por nós utilizado na coleta de dados foi a observação. Ela permite destacar da realidade situações variadas, fatos, fenômenos, que não poderiam se obtidos através de perguntas. Observar é ir além da aparência do fenômeno e a essência, na perspectiva de compreendê-lo em suas contradições, provisoriedade e relações.

Optamos pela **observação simples** junto às ESF e na secretaria municipal de saúde, no sentido de acompanhar o cotidiano do trabalho em saúde, as relações estabelecidas entre os atores. Para realizar estas observações permanecemos nos referidos locais em média durante uma a duas semanas com cada equipe, e na secretaria permanecemos em dias, horários e meses que se alternaram por demandas da gestão, ou do pesquisador. Em média na Secretaria permanecíamos 3 horas (três horas) por dia, em alguns dias ocorreu demanda para permanecer em dois turnos. As observações foram registradas ao final de cada período observado.

O **grupo focal** foi outro instrumento de coleta de dados. Trata-se de uma forma de entrevista grupal que permite a interação e comunicação, buscando a partir de um tema específico, informações detalhadas que possibilite apreender as percepções, crenças atitudes, sobre um dado tema. É uma estratégia de pesquisa comumente adotada na pesquisa avaliativa, associada a outros instrumentos.

A constituição do grupo focal atende às premissas de ser formado por um conjunto de indivíduos com características identitárias homogêneas ou similares, ligadas entre si por constante de tempo e espaço. Apresenta-se como uma entrevista em grupo, que atende a fins específicos em uma dada investigação e tem como objeto a interação grupal e grupo de trabalho. Nesta direção foram constituídos dois grupos focais cujas informações estavam vinculadas a pesquisa como um todo, as SUS duas etapas. (TRAD, 2009)

A realização do grupo focal para coleta de dados requer um aporte metodológico que considere os objetivos da pesquisa, a organização de um ambiente que favorável ao diálogo e

discussão, com boas condições físicas e de privacidade. Nesta direção, foram adotados os procedimentos para a preparação e realização do grupo focal conforme descrito.

Na coleta de dados secundários, utilizamos documentos técnicos da SMS (portarias municipais, decretos plano de saúde, relatórios de gestão, relatórios das equipes, relatório da coordenação municipal da atenção básica). Delimitei como relevantes para o estudo os documento a seguir, enumerados para facilitar a identificação no estudo,

**Doc. 1.** Plano Municipal de Saúde de Itabuna 2014-2017;

**Doc. 2.** Plano Municipal de Saúde de Itabuna 2018-2021;

**Doc. 3.** Relatório de gestão (RAG) 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018

**Doc. 4.** Programação anual de saúde (PAS) 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018

**Doc. 5.** Relatório de gestão (RAG) de 2011; 2012; 2013; 2014; 2015;

**Doc. 6.** Relatório das atividades da gestão da atenção básica;

**Doc. 7.** Livros das Atas de reuniões das equipes de saúde da família;

**Doc 8.** Livros das atas de reuniões das equipes de saúde da família;

**Doc 9.** Matriz de intervenção e plano de ação das equipes de saúde da família do PMAQ-AB 2012-2014; 2015-2016 2017; 2018.

**Doc 10.** Relatório descritivo da certificação das equipes de saúde da família nos 1º e 2º ciclos do PMAQ.

## 5.5. ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em duas etapas, a saber: a) pré-avaliação ou estudo de avaliabilidade, que apontou a possibilidade de avaliação da intervenção, nesse caso o próprio PMAQ-AB; b) a análise de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ por meio de estudo de caso único.

### 5.5.1. Pré-avaliação ou Estudo de Avaliabilidade do PMAQ-AB

O Estudo de Avaliabilidade (EA) também denominado de pré-avaliação consiste na investigação, em termos teóricos, se um projeto/programa pode ser avaliado no seu estado atual. Tem papel importante na avaliação de políticas e programas, possibilitando a caracterização dessa etapa, quanto a sua utilidade e oportunidade para realização de uma pesquisa.

Considerando os aspectos metodológicos da produção do conhecimento e para maior clareza das estratégias adotadas na realização do EA, apresentamos o processo desenvolvido para realização do EA, detalhando os sujeitos do estudo, as estratégias de coleta e análise de dados e a metodologia propriamente dita dos EA.

Para realização do estudo de avaliabilidade (EA) ou pré-avaliação do PMAQ com foco no eixo estratégico transversal de desenvolvimento do programa utilizamos como referência as seguintes questões:

- a) os objetivos dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ estão bem definidos?
- b) os envolvidos na implantação do PMAQ têm entendimento dos objetivos do eixo estratégico transversal de desenvolvimento?
- c) quais as atividades dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento para alcançar os objetivos propostos?
- d) o que deve ser priorizado na avaliação?

O EA foi desenvolvido no período de maio a dezembro de 2018, para sua realização, as estratégias adotadas envolveu o contato com a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde e com a equipe da Atenção Básica do município-caso para sensibilização e esclarecimento acerca do projeto de pesquisa e pactuação das atividades e envolvimento da equipe no processo de pesquisa.

**Figura 2:** Trajetória metodológica para o estudo de avaliabilidade do PMAQ-AB. Itabuna (BA) 2019.

INFORMANTES – CHAVES	COLETA DE DADOS	DOCUMENTOS
<p>Coordenadores do PMAQ na Região de Saúde do município-caso;</p> <p>Responsáveis técnicos do PMAQ nas Unidades de Saúde da Família do município-caso;</p> <p>Docente-pesquisador com experiência em gestão e Atenção Primária à Saúde;</p> <p>Representantes da Comissão fiscalização recursos PMAQ</p>	<p>Entrevista semiestruturada</p> <p>Grupo Focal</p> <p>Análise documental</p> <p>Oficina para consenso</p>	<p>Portarias PMAQ-AB</p> <p>Política Nacional de Atenção Básica</p> <p>Instrução normativa</p> <p>Matriz de Intervenção PMAQ-AB Gestão</p> <p>Matriz de intervenção PMAQ-unidades de saúde da família município-caso</p>
<p><b>PRODUTOS</b></p> <p><b>Descrição do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-A/ Modelo Lógico - Matriz de Avaliação</b></p>		

O trabalho de campo, realizou-se o contato com a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde e da gestão da Atenção Básica do município-caso, para sensibilização e esclarecimento acerca do projeto de pesquisa e pactuação das atividades as serem realizadas.

Nesta direção, utilizou-se o referencial metodológico proposto por Thurston e Ramaliu, (2010) organizado nas seguintes etapas: a) delimitação do programa e descrição quanto os objetivos, atividades, metas b) seleção dos documentos da intervenção em estudo; c) identificação dos envolvidos na avaliação; d) construção do modelo lógico; e) obtenção de entendimento preliminar do funcionamento do programa na prática; f) definição do procedimento de avaliação.

O modelo lógico é um recurso metodológico para avaliação, revela como o programa está sendo operacionalizado na prática (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Trata-se de uma representação gráfica que apresenta a articulação entre os componentes de um programa para produzir um resultado que se pretende alcançar.

Para ajuste e elaboração do modelo lógico definitivo, construção de consenso dos critérios, padrões e indicadores que iriam compor a matriz de julgamento da implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, foi constituído um grupo definido como referência no assunto por acumularem conhecimento técnico e experiência da prática da atenção básica dos municípios da área de abrangência do Núcleo Regional Sul (NRS-Sul) da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), que vem atuando desde o ano 2011, incluindo docente/pesquisador da área de saúde coletiva, com atuação na gestão e na atenção básica, vinculado a Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC.

Para tanto, duas atividades subsidiaram o processo de construção do modelo lógico definitivo e do consenso em torno da matriz de avaliação. A primeira foi o encaminhamento para o grupo de referência, através do correio eletrônico, do modelo lógico revisado e uma matriz com a descrição dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, dos critérios, padrões e indicadores para pontuação de 0 a 10 de cada item da matriz de acordo a sua concordância ou discordância relativa ao enunciado, podendo ainda tecer considerações em espaço disponível.

O formulário deveria ser preenchido individualmente e devolvido ao pesquisador. Após a devolução dos formulários preenchidos foi calculada a média aritmética e incluídos na matriz de julgamento os padrões e indicadores com média superior a sete. A atividade seguinte foi à realização de oficina de consenso com grupo de referência deste estudo, em que se discutiu e foi apresentado as proposições para alterações no modelo lógico revisado.

O modelo lógico foi ajustado, sistematizado e elaborado o modelo definitivo. A partir daí foi construído o consenso da matriz de julgamento do grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do programa (EETDP). A utilização da matriz de julgamento do grau de implantação apresentou os seguintes resultados conforme valorização dada pelos participantes aos componentes do EETDP conforme: a) componente autoavaliação foi atribuído 30 pontos por ser o mais valorizado; b) componente Educação Permanente obteve 28 pontos; c) Apoio Institucional teve 25 pontos; d) Monitoramento ficou com 12 pontos; e) Cooperação Horizontal com 05 pontos, perfazendo um total de 100 pontos.

#### 5.5.1.1. O Modelo Lógico Operacional

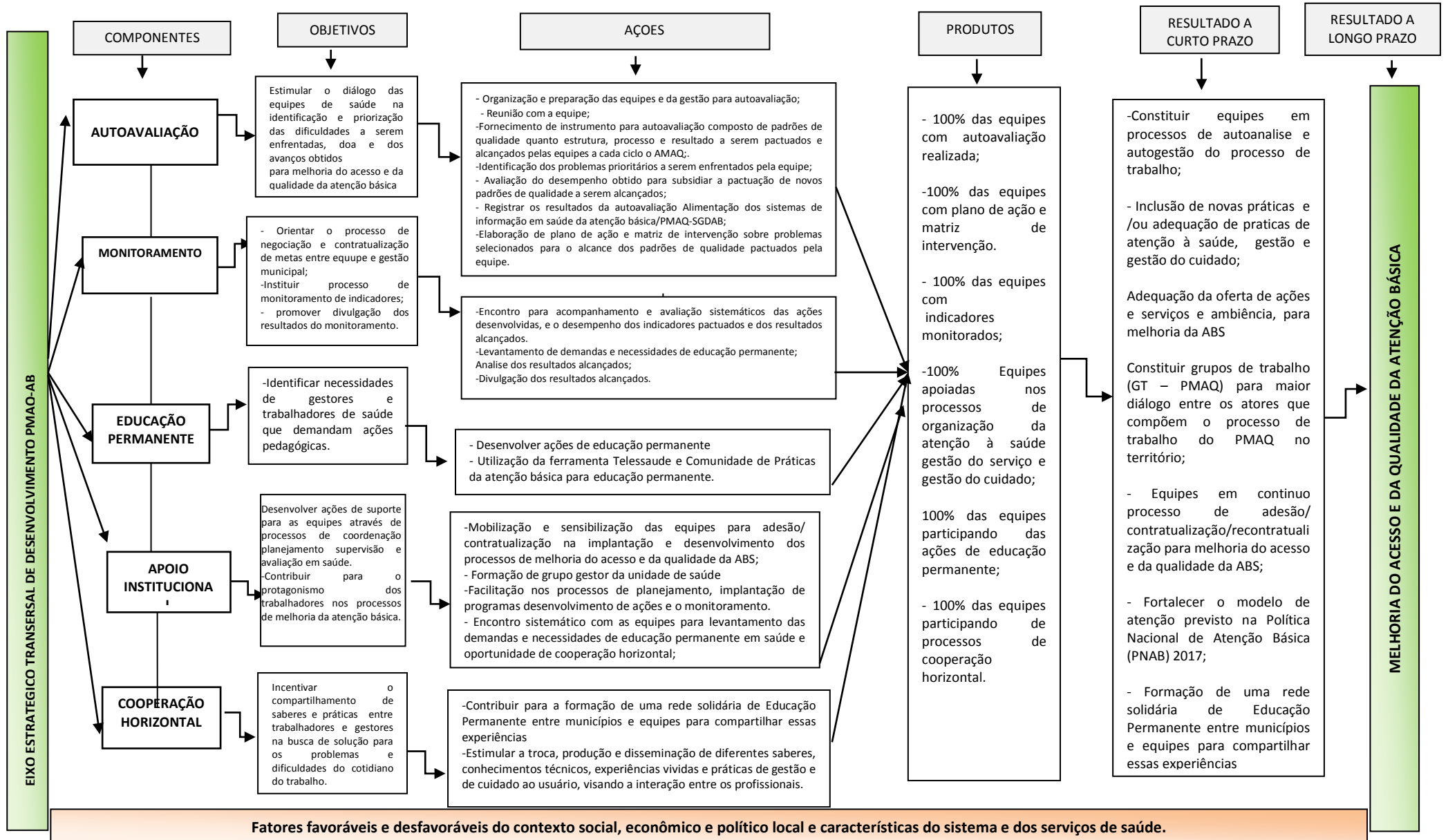
O modelo lógico é um recurso metodológico para avaliação, consiste na identificação da teoria do programa, sua formalização em um modelo teórico ou conceitual, que possibilita determinar o mérito do modelo teórico que dá base para uma intervenção. Assim, pode ser apresentado através de uma representação gráfica da teoria do programa e expressa como está sendo operacionalizado na prática. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p 28).

Nesta direção, realizamos uma análise documental a partir dos documentos oficiais do programa (portarias, notas técnicas, manuais, relatórios, atas de reuniões de gestores do programa) para a construção de um modelo lógico preliminar buscando responder as duas perguntas complementares: o presente modelo pode funcionar? Esta é a melhor forma de proceder? (VIEIRA-DA-SILVA, 2014; CHAMPAGNE, et al., 2011).

O modelo lógico preliminar construído buscou fazer a relação entre insumos, objetivos, atividades, resultados intermediários e resultado final. (ANEXO A). Adotamos a denominação de preliminar, pois submetemos este a informantes-chave (stakeholders), momento pelo qual também realizamos a entrevista semi-estruturada. Os informantes-chaves foram profissionais das equipes de saúde da família, coordenadores e/ou apoiadores municipais da Atenção Básica, apoiadores Institucionais da Atenção Básica do nível regional da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB).



### MODELO LÓGICO PRELIMINAR DO EIXO ESTRATEGICO TRANSVERSAL DE DESENVOLVIMENTO DO PMAQ-AB



As entrevistas semiestruturadas foram realizadas apoiadas num roteiro (APENDICE I) posteriormente codificadas e transcritas na íntegra e analisadas buscando identificar as convergências, divergências no conteúdo das falas dos entrevistados, a fim de fazer a triangulação dos dados empíricos extraídos das observações e da análise documental para a construção do Modelo Lógico revisado que será submetido à apreciação de stakeholders através da técnica de Consenso.

Para consenso e construção do modelo lógico definitivo percorremos as seguintes etapas:

1ª Etapa: Encaminhamos para o grupo de referência, composto pelos coordenadores da atenção básica dos municípios vinculados ao Núcleo Regional Sul (NRSul), num total de 22 coordenadores, um formulário com a descrição dos componentes do eixo estratégico e transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB a ser preenchida individualmente e devolvida ao pesquisador contendo critérios, padrões e indicadores para pontuação de 0 a 10 de cada por item, de acordo com o valor, tendo em vista a concordância ou discordância relativa ao enunciado, podendo ainda tecer considerações em espaço disponível. O contato com os referidos coordenadores se deu através da Apoiadora da atenção básica do NRSul, que disponibilizou a relação nominal dos municípios e seu respectivo coordenador contendo o contato eletrônico e telefones móvel e fixo. Foi oportunizado ao pesquisador contato presencial com os coordenadores municipais em encontro denominado Rodada de Atenção Básica que ocorreu em Itabuna na sede do NRS-Sul.

Do total de 22 formulários encaminhados, foram devolvidos 14 formulários, que representou um percentual de 63,63% do total. Os dados foram processados e calculado a média aritmética e incluídos na matriz de julgamento os critérios, padrões e indicadores que obtiveram a média superior a sete.

2ª Etapa: Oficina de Consenso do modelo lógico definitivo e matriz de julgamento: Para realização desta etapa foram convidados para participarem de uma oficina na sede do NRS-Sul, o mesmo grupo, os coordenadores da atenção básica dos municípios da área do NRS-Sul, compareceram 10 (dez) coordenadores.

A oficina de consenso foi conduzida pelo pesquisador, que iniciou o processo com o acolhimento aos presentes, realização de dinâmica quebra-gelo, apresentação dos objetivos da oficina e a metodologia a ser adotada.

O primeiro consenso a ser construído foi em torno do modelo lógico. Para tanto, foi apresentado o modelo lógico ajustado através de PowerPoint, onde foi aberta a discussão, e

estabelecimento de consenso por votação, com alterações no modelo lógico revisado e elaborado o modelo lógico definitivo.

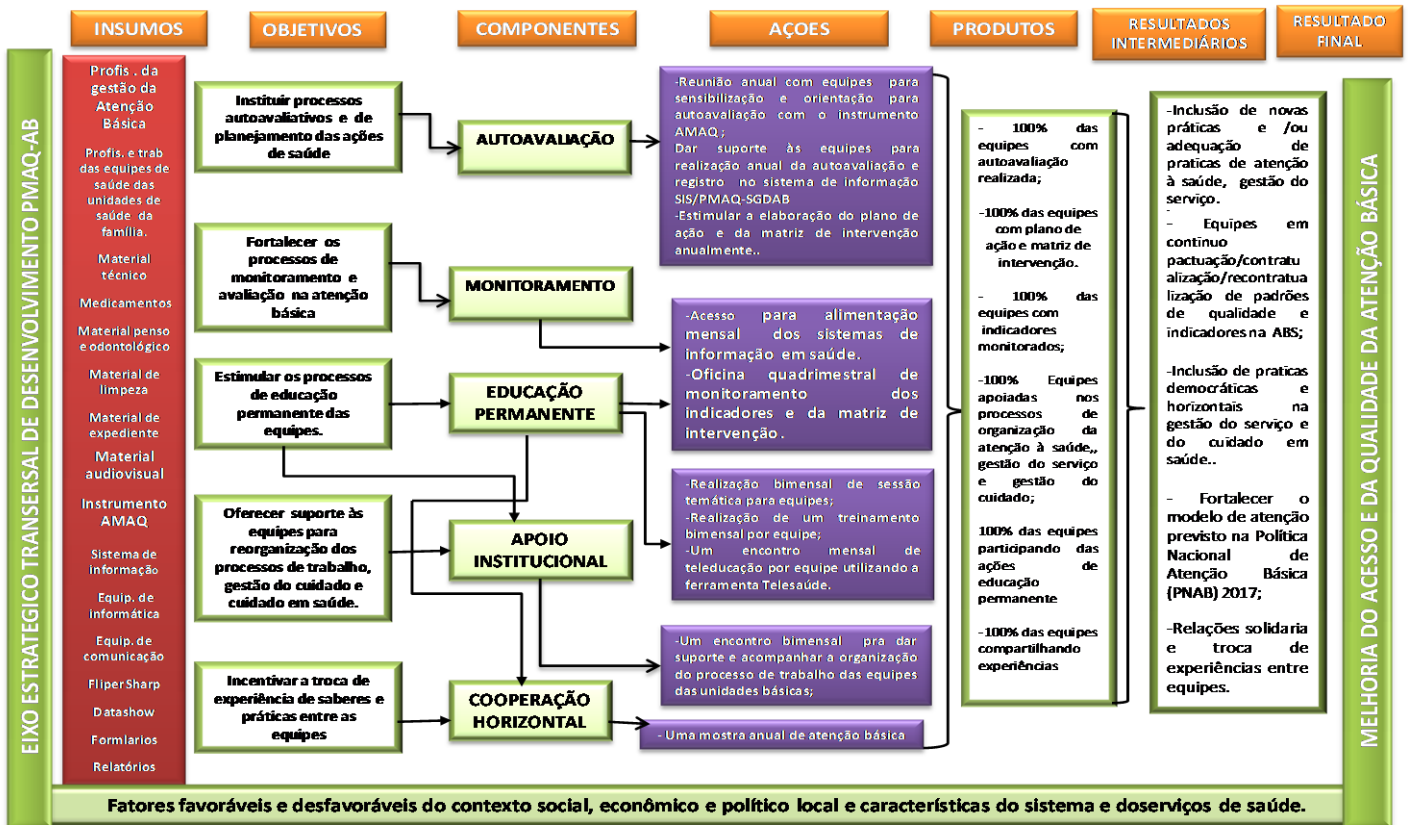


Figura 1. Modelo Lógico definitivo do Eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, Itabuna - BA, 2018. Fonte: Elaboração própria

Tendo por base o modelo lógico definitivo, foi construída a matriz de julgamento para subsidiar a avaliação contendo os componentes, os critérios e padrões, as fontes de verificação de informações e a pontuação máxima correspondente, conforme Tabela 1 abaixo.

**Tabela 1** – Matriz de avaliação da implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, Itabuna-BA, 2018.

COMPONENTES	CRITÉRIOS	PADRÕES	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO MAXIMA 0 a 10
AUTOAVALIAÇÃO	Realizar de encontro para preparação e organização do processo coletivo da autoavaliação com equipes das unidades de saúde	01 (um) encontro por equipe por ano com duração de 120 min	Nº de encontros realizados em relação ao total de equipes	Relatório Livro ata das unidades de saúde Entrevista	6 pontos
	Realização da autoavaliação em equipe utilizando o AMAQ com registro no sistema de informação da atenção básica/PMAQ-SGDAB por equipe das unidades de saúde	01 (um) autoavaliação em equipe a cada ano	Nº de equipes com autoavaliação realizada em relação ao total de equipes e registrada no SGDA	Entrevista Livro ata de reunião das unidades de saúde Autoavaliação	15 pontos
	Elaboração da matriz de intervenção por equipe das unidades de saúde	01 (um) matriz de intervenção elaborada por equipe a cada ano	Nº de equipes com matriz de intervenção elaborada em relação ao total de equipes	Entrevista Matriz de intervenção das unidades	9 pontos
<b>PONTUAÇÃO COMPONENTE AUTOAVALIAÇÃO</b>					<b>30</b>
MONITORAMENTO	Alimentação regular e consistente dos sistemas de informação PMAQ-AB pelas equipes das unidades de saúde	01 (um) acesso mensal no sistema de informação para alimentação dos dados.	Nº de acessos ao Sistema de informação PMAQ-AB por mês	Relatório Livro ata de reunião das unidades de saúde Entrevista	<b>6 pontos</b>
	Realização de oficina de monitoramento dos indicadores pactuados e da matriz de intervenção com as equipes das unidades de saúde	Uma (01) oficina de monitoramento dos indicadores por equipe a cada quadrimestre.	Nº de oficinas realizadas	Entrevista Livro ata de reunião das unidades de saúde Relatório da Autoavaliação	<b>6 pontos</b>
<b>PONTUAÇÃO COMPONENTE MONITORAMENTO</b>					<b>12</b>
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Realização de atividade regular tipo sessão temática de caráter multiprofissional com equipes das unidades de saúde.	01 (um) atividade bimensal com duração de no mínimo 120 min por equipe	No de atividades realizadas em relação ao numero total de atividades propostas.	Entrevista Lista de presença Relatório da gestão da atenção básica	<b>10 pontos</b>
	Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para profissionais e/ou trabalhadores de saúde.	01 (um) atividade trimestral com duração de no mínimo 120 min	No de profissionais e/ou trabalhadores de saúde participantes em relação ao numero total de profissionais e/ou trabalhadores de saúde das equipes envolvidas	Entrevista Lista de presença Relatório da atenção básica	<b>08 pontos</b>
	Utilização da ferramenta Telessaúde para Teleducação para profissionais e trabalhadores de saúde das unidades de saúde	01 (uma) sessão teleducação através do Telessaúde a cada mês por equipe	Nº de equipes participantes em relação ao total de equipes	Entrevista Livro ata da unidade Lista de presença	10 pontos

<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>					<b>28</b>
<b>APOIO INSTITUCIONAL</b>	Realização de encontro com equipe para dar suporte e acompanhamento do processo de trabalho na unidade de saúde	O1 (um) encontro bimensal com duração de no mínimo 120 min	Nº de atividades de suporte realizadas por equipe em relação ao total de equipes	Entrevista Lista de presença Livro ata da unidade e saúde Relatório da atenção básica	<b>15 pontos</b>
	Participação na oficina de planejamento e programação das ações pelas equipes das unidades de saúde.	O1 (uma) oficina com equipe/ semestral	Nº de encontro realizado com equipe em relação ao total de equipes	Entrevista Lista de presença Livro ata da unidade e saúde Relatório da atenção básica	<b>10 pontos</b>
<b>PONTUAÇÃO COMPONENTE APOIO INSTITUCIONAL</b>					<b>25</b>
<b>COOPERAÇÃO HORIZONTAL</b>	Realização de Mostra de atenção básica	O1 (um) mostra anual com duração de no mínimo 4 horas	Nº de equipes participantes em relação ao total de equipes	Relatório	<b>5 pontos</b>
<b>PONTUAÇÃO COMPONENTE COOPERAÇÃO HORIZONTAL</b>					<b>5 pontos</b>
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>					<b>100 pontos</b>

Fonte: Elaboração própria.

## 5.6. ESTUDO DE CASO

O estudo de caso único com múltiplo nível de análise, acerca da implantação do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB no município de Itabuna na região sul da Bahia, no período 2012 a 2018, fundamentado no referencial de teórico de HARTZ, 1997; YIN, 2015). Os níveis de análise considerados foram a Gestão da Atenção Básica do município e quatro Unidades Básicas de Saúde, com equipes de saúde da família, cuja adesão ao PMAQ-AB se deu em 2011, no primeiro ciclo do PMAQ.

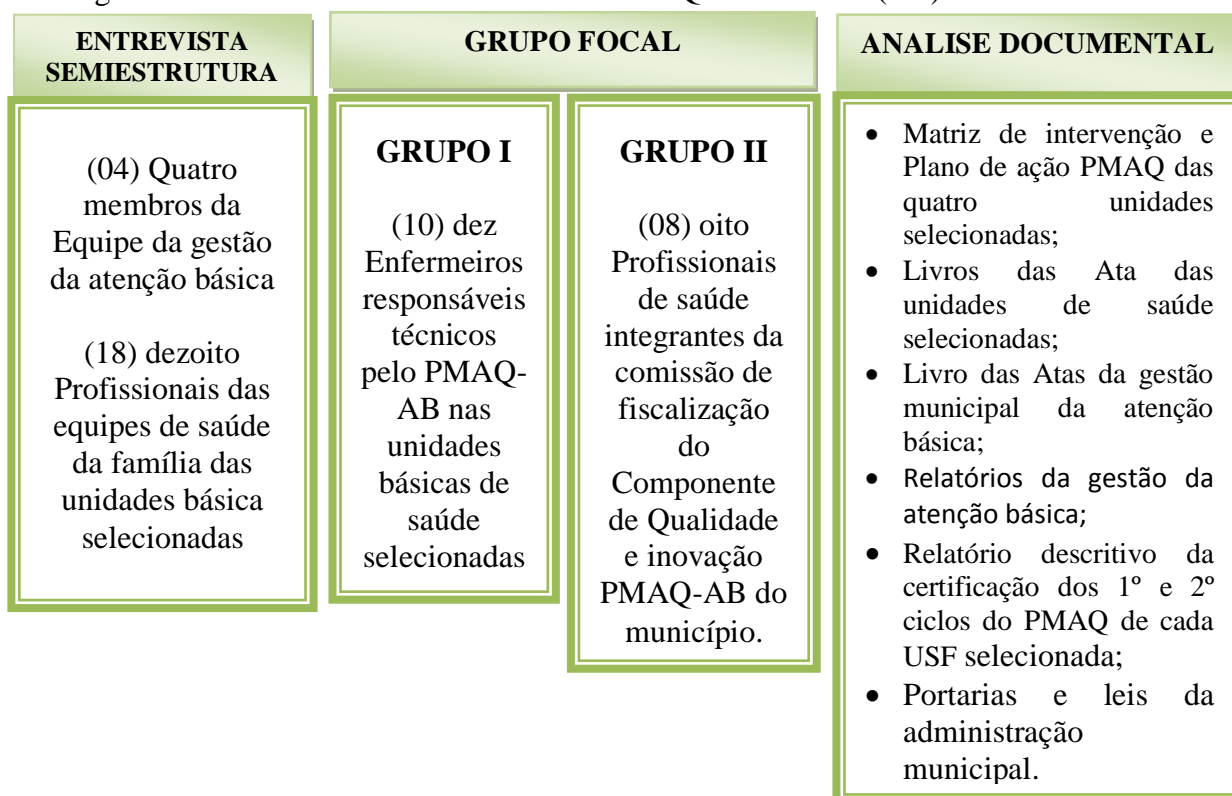
Para sua realização, utilizou-se o Modelo Lógico do programa (Figura 1) e uma matriz de julgamento (Tabela 1) considerando os componentes do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB, com a definição dos critérios e, padrões, indicadores e fontes de verificação, contendo escores do grau de implantação do programa, a saber: a) Implantado ( I ) quando o escore alcançado encontra-se maior ou igual ( $\geq$ ) a 75%; b) Parcialmente Implantado ( PI ) de 50 a 74%; c) Incipiente ( INC ) entre 49 a 25%; d) Não Implantado ( NP ) menor que ( $\leq$ ) 25%.

A obtenção dos dados se deu por meio do grupo focal, entrevista semiestruturada e observação simples na Secretaria Municipal de Saúde, no âmbito da gestão da atenção básica

e em quatro unidades saúde da família cujo critério de seleção foi ter equipes participantes do PMAQ-AB desde o seu primeiro ciclo em 2011, sendo selecionadas de acordo com nota final da certificação quais sejam, (a) equipe de desempenho muito bom; (b) equipe de desempenho bom; (c) equipe de desempenho regular e (d) equipe de desempenho ruim. A coleta ocorreu o período de setembro de 2018 a maio de 2019.

Foram coletados dados secundários, dos documentos do PMAQ, a saber, livros ata das unidades de saúde e da Diretoria da Atenção Básica, Plano Municipal de Saúde, Matriz de intervenção, relatórios das unidades e da própria Secretaria de Saúde e os relatórios descritivos da certificação

**Figura 2:** Coleta de dados e sujeitos do estudo de caso da análise de implantação do Eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB. Itabuna (BA) 2019.



Os dados primários coletados, transcritos e codificados por meio do software QSRNvivo versão 11, win 32 64b, constituindo o corpus do estudo, foram analisados pela aproximação à Triangulação de Métodos. Para direcionar a análise, utilizamos dois instrumentos. A matriz de julgamento contendo os componentes (autoavaliação; monitoramento; educação permanente; apoio institucional; cooperação horizontal), os critérios, padrões, indicadores e fontes de verificação estabelecida e para classificação e definição do escore para julgamento, adotamos os parâmetros estabelecidos em estudos

realizados por Ferreira e Vieira-da-Silva (2005) e de Vieira-da-Silva e colaboradores (2005), classificados de acordo com os seguintes escores do grau de implantação do programa, a saber: a) Implantado ( I ) quando o escore alcançado encontra-se maior ou igual ( $\geq$ ) a 75%; b) Parcialmente Implantado (PI) de 50 a 74%; c) Incipiente ( INC ) entre 49 a 25%; d) Não Implantado ( NP ) menor que ( $\leq$ ) 25%. A obtenção do grau de implantação baseou-se no somatório do escore alcançado em cada indicador em relação ao valor máximo esperado por componente.

**Tabela 2 –Matriz de julgamento com os componentes, critérios, padrões, indicadores, fonte de verificação, pontuação máxima a ser obtida para apreciação do grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, Itabuna-BA, 2018**

COMPONENTE	CRITÉRIOS	PADRÕES	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA DE CADA INTERVALO				GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
					Implantado (I) >75%	Parcialmente implantado (PI) 50 – 74%	Incipiente (INC) 25 – 49%	Não implantado < 25 %	Obtida	Máxima
AUTOAVALIAÇÃO	Realizar encontro para preparação e organização do processo coletivo da autoavaliação com equipes das UBS	01 (um) encontro por equipe por ano com duração de 120 min	Nº de encontros realizados em relação ao total de equipes	Relatório Livro ata das unidades de saúde Entrevista	5 pontos Realizou encontro de no mínimo 60 minutos com as equipes	3 pontos Realizou encontro de no mínimo 45 minutos com as equipes	2 pontos Realizou encontro de no mínimo 30 minutos com as equipes	1 pontos Realizou encontro em tempo menor que 30 minutos com as equipes		06
	Realização da autoavaliação em equipe utilizando o AMAQ com registro no sistema de informação da atenção básica/PMAQ-SGDAB por equipe das unidades de saúde	01 (um) autoavaliação em equipe a cada ano	Nº de equipes com autoavaliação realizada em relação ao total de equipes e registrada no SGDA	Entrevista Livro ata de reunião das unidades de saúde Matriz de Autoavaliação	12 pontos Forneceu material, orientou e participou com as equipes autoavaliação e registro em sistema de informação na unidade de saúde	7 pontos Forneceu material e orientou as equipes para realizarem autoavaliação	4 pontos Forneceu material para autoavaliação	1 ponto Não forneceu material para autoavaliação		15
	Elaboração da matriz de intervenção por equipe das unidades de saúde	Uma matriz de intervenção elaborada por equipe a cada ano	Nº de equipes com matriz de intervenção elaborada em relação ao total de equipes	Entrevista Matriz de intervenção das unidades	7 pontos Matriz de intervenção elaborada pelas todas as equipes	5 pontos Matriz de intervenção elaborada por 50% das equipes	4 pontos Matriz de intervenção elaborada por 25% das equipes	2 pontos Matriz de intervenção elaborada por menos de 25% das equipes		09
<b>PONTUAÇÃO TOTAL COMPONENTE AUTOAVALIAÇÃO</b>										<b>30</b>



COMPONENTES	CRITÉRIOS	PADRÕES	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA DE CADA INTERVALO				GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
					Implantado (I) >75%	Parcialmente implantado (PI) 50 – 74%	Incipiente (INC) 25 – 49%	Não implantado < 25 %	Obtida	Máxima
MONITORAMENTO	Alimentação regular e consistente dos sistemas de informação PMAQ-AB pelas equipes das unidades de saúde	01 (um) acesso mensal no sistema de informação para alimentação dos dados pela equipe.	Nº de acessos ao Sistema de informação PMAQ-AB por mês em relação ao total de equipes	Relatório Livro ata de reunião das unidades de saúde Entrevista	6 pontos Sistema de informação PMAQ-AB alimentado por 100% das equipes das unidades de saúde	4 pontos Sistema de informação PMAQ-AB alimentado por 50% das equipes das unidades de saúde	2 pontos Sistema de informação PMAQ-AB alimentado  % das equipes das unidades de saúde	1 ponto Sistema de informação PMAQ-AB alimentado por menos de 25% das equipes das unidades de saúde		06
	Realização de oficina de monitoramento dos indicadores pactuados e da matriz de intervenção com as equipes das unidades de saúde	Uma (01) oficina de monitoramento dos indicadores por equipe a cada quadrimestre.	Nº de oficinas realizadas em relação ao total de equipes	Entrevista Livro ata de reunião das unidades de saúde Relatório da Autoavaliação	6 pontos Realização de tres oficinas de monitoramento dos indicadores por equipe durante o ano,	4 pontos Realização de 02 (duas) oficinas de monitoramento dos indicadores por equipe durante o ano	2 pontos Realização de 01 (uma) oficina de monitoramento dos indicadores por equipe a durante o ano	0 ponto Não realizou oficina de monitoramento dos indicadores por equipe a cada quadrimestre		06
<b>PONTUAÇÃO TOTAL COMPONENTE MONITORAMENTO</b>										<b>12</b>

COMPONENTES	CRITÉRIOS	PADRÕES	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA DE CADA INTERVALO				GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
					Implantado (I) >75%	Parcialmente implantado (PI) 50 – 74%	Incipiente (INC) 25 – 49%	Não implantado < 25 %	Obtida	Máxima
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Realização de atividade regular tipo sessão temática de caráter multiprofissional com equipes das unidades de saúde.	01 (um) atividade bimensal com duração de no mínimo 120 min por equipe	Nº de atividades realizadas em relação ao número total de atividades propostas.	Entrevista Lista de presença Relatório da gestão da atenção básica	8 pontos  Realização de 01 (uma) sessão temática com duração 120 min bimensal com equipes	6 pontos  Realização de 01 (uma) sessão temática com duração de 120 min bimensal com 50% das equipes	4 pontos  Realização de 01 (uma) sessão temática com duração de 120 min bimensal com 25% equipes	2 pontos  Realização de 01 (uma) sessão temática com duração de 120 min bimensal com menos de 25% das equipes		10
	Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para profissionais e/ou trabalhadores de saúde.	01 (um) atividade trimestral com duração de no mínimo 120 min	Nº de profissionais e/ou trabalhadores de saúde participantes em relação ao nº total de profissionais e/ou trabalhadores de saúde das equipes envolvidas	Entrevista Lista de presença Relatório da atenção básica	6 pontos  Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para 75% dos profissionais das equipes	5 pontos  Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para 50% dos profissionais das equipes	2 pontos  Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para 25% dos profissionais das equipes	1 pontos  Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para menos de 25% dos profissionais das equipes		08
	Utilização da ferramenta Telessaúde para Teleducação para profissionais e trabalhadores de saúde das unidades de saúde	01 (uma) sessão teleducação através do Telessaúde a cada mês por equipe	Nº de equipes participantes em relação ao total de equipes	Entrevista Livro ata da unidade Lista de presença	7 pontos  75% das equipes participam de 01(uma) sessão teleducação através do Telessaúde a cada mês.	5 pontos  50% das equipes participam de 01(uma) sessão teleducação através do Telessaúde a cada mês.	3 pontos  25% das equipes participam de 01(uma) sessão teleducação através do Telessaúde a cada mês.	2 pontos  Menos de 25% das equipes participam de 01(uma) sessão teleducação através do Telessaúde a cada mês.		10
<b>PONTUAÇÃO TOTAL COMPONENTE AUTOAVALIAÇÃO</b>										<b>28</b>

COMPONENTES	CRITÉRIOS	PADRÕES	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA DE CADA INTERVALO				GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
					Implantado (I) >75%	Parcialmente implantado (PI) 50 – 74%	Incipiente (INC) 25 – 49%	Não implantado < 25 %	Obtida	Máxima
APOIO INSTITUCIONAL	Realização de encontro com equipe para dar suporte e acompanhamento do processo de trabalho na unidade de saúde	O1 (um) encontro bimensal com duração de no mínimo 120 min	Nº de atividades de suporte realizadas por equipe em relação ao total de equipes	Entrevista Lista de presença Livro ata da unidade e saúde Relatório da AB	12 pontos  O1 (um) encontro bimensal com duração de no mínimo 120 min com 75% das equipes	7 pontos  O1 (um) encontro bimensal com duração de no mínimo 120 min com 75% das equipes	4 pontos  O1 (um) encontro bimensal com duração de no mínimo 120 min com 50% das equipes	1 pontos  O1 (um) encontro bimensal com duração de no mínimo 120 min com 25% das equipes		15
	Participação na oficina de planejamento e programação das ações pelas equipes das UBS.	O1 (uma) oficina com equipe/semestral	Nº de encontro realizado com equipe em relação ao total de equipes	Entrevista Lista de presença Livro ata da unidade e saúde Relatório da AB	8 pontos Realização de O1 (uma) oficina com 75% das equipes/semestral	7 pontos Realização de O1 (uma) oficina com 50% das equipes/semestral	4 pontos Realização de O1 (uma) oficina com 25% das equipes/semestral	1 ponto Realização de O1 (uma) oficina com menos de 25% das equipes/semestral		10
<b>PONTUAÇÃO TOTAL COMPONENTE APOIO INSTITUCIONAL</b>										<b>25</b>
COOPERAÇÃO HORIZONTAL	Realização de Mostra de atenção básica	O1 (um) mostra anual com duração de no mínimo 4 horas	Nº de equipes participantes em relação ao total de equipes	Relatório	3 pontos  uma mostra anual com duração de no mínimo 4 horas com participação de 75% equipes	2 pontos  uma mostra anual com duração de no mínimo 4 horas com participação de 50% equipes	1 pontos  Uma mostra anual com duração de no mínimo 4 horas com participação de 25% equipes	0 pontos  Não realização de O1 (um) mostra anual com duração de no mínimo 4 horas com equipes		05
<b>PONTUAÇÃO TOTAL COMPONENTE COOPERAÇÃO HORIZONTAL</b>										<b>05</b>
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>										<b>100</b>

A análise dos fatores contextuais trabalhou-se com as características da gestão da atenção básica que poderiam influenciar a implantação do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ – AB no município-caso, conforme matriz adaptada de Pilar (2016); Luna (2015); Fonseca (2010); Souza et.al (2005). Definiu a dimensão política, e as subdimensões, projeto de governo, capacidade e governabilidade, (MATUS, 1997).

**QUADRO II - Matriz de Análise das características da Gestão da Atenção Básica que podem influenciar a implantação do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB Itabuna-BA 2018.**

NÍVEL DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	CRITÉRIO	PADRÃO	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO
GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	POLÍTICA	PROJETO DE GOVERNO	Posição da atenção básica na gestão da saúde	Atenção Básica ocupa Estrutura Administrativa da Saúde em linha direta com o Secretário de Saúde	Presença na Lei Municipal da Estrutura Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.	Análise documental
					Cobertura população com atenção básica segundo parâmetro 70% pop >100.000 hab	
					Cobertura da população com equipes de saúde da família segundo parâmetro de 70% pop >100.000 hab.	
			PMAQ integra a formulação política de atenção básica	PMAQ está na formulação dos planos/programas da Atenção Básica instrumentos de planejamento do SUS	Incorporação do PMAQ-AB nos Planos de Saúde do município (2014-2017; 2018-2021) e/ou Programação Anual de Saúde nos anos do período de 2012 a 2018.	Análise Documental Entrevista e/ou grupo focal
					Plano de ação e matriz de intervenção elaborada anualmente Saúde nos anos do período de 2012 a 2018.	
			Financiamento da Atenção Básica	Utilização do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB-Variável) para pagamento de incentivo de qualidade aos profissionais de saúde da AB e melhoria dos serviços de AB.	Existência de Lei Municipal que autoriza pagamento de incentivo aos trabalhadores de saúde da atenção básica em equipes com adesão PMAQ a partir de 2012.	Análise documental Entrevista e/ou grupo focal
Recursos financeiros aplicados para melhoria da qualidade atenção básicos em unidades/equipes com adesão ao PMAQ no período 2012 a 2018.						

Fonte: Adaptado de Pilar, 2016; Luna, 2015; Fonseca, 2010; Souza, et. al., 2005.

**QUADRO II - Matriz de Análise das características da Gestão da Atenção Básica que podem influenciar a implantação do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB Itabuna-BA 2018.**

NÍVEL DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	CRITÉRIO	PADRÃO	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO
GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	POLÍTICA	CAPACIDADE	Configuração da equipe técnica da atenção básica	Equipe gestora da atenção básica com experiência e formação na área de saúde coletiva.	Gestor com pelo menos 02 anos de experiência na área de saúde coletiva ou de gestão em saúde e/ou especialização na área.	Análise documental Entrevista e/ou grupo focal Observação
					Existência de Equipe de apoiadores da atenção básica com experiência de no mínimo 2 anos e com formação em saúde coletiva.	
					Continuidade administrativa do gestor da Secretaria municipal de saúde e da equipe técnica da atenção básica pelo menos no período de cada ciclo do PMAQ entre 2012 a 2018.	
	GOVERNABILIDADE	Viabilidade	Apropriação/conhecimento PMAQ-AB	Entendimento do PMAQ objetivos, etapas, componentes ações, estratégias e resultados esperados.	Clareza sobre a formulação e operacionalização do PMAQ segundo normas e diretrizes em manuais e portarias instituídas pelo Ministério da Saúde.	Análise documental Entrevista e/ou grupo focal Observação
			Recursos operacionais	Disponibilidade de recursos materiais e equipamentos, de informática e conectividade, de comunicação e transporte para Atenção Básica.	Material gráfico, material de expediente, material instrucional PMAQ-AB; transporte; equipamentos de informática; conectividade disponíveis para equipes.	
			Apoio dos setores da secretaria de saúde no desenvolvimento das ações do PMAQ	Apoio dos profissionais de saúde das equipes para desenvolvimento das ações do PMAQ.	Setores da Secretaria de Saúde que se articulam e apoiam com a Atenção Básica	
			Apoio do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no desenvolvimento das ações do PMAQ.	Participação do CMS nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação PMAQ.	Análise documental Entrevista e/ou grupo focal	

Fonte: Adaptado de Pilar, 2016; Luna, 2015; Fonseca, 2010; Souza, et. al., 2005.

## 5.7. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados analisados serão apresentados em três manuscritos, a saber:

I - Avaliabilidade do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB em município da Bahia, Brasil;

II - Avaliação do Grau de Implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Município da Bahia, Brasil;

III - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB: fatores restritivos e facilitadores à implantação em município da Bahia, Brasil.

A produção do primeiro Manuscrito I, utilizou-se da análise documental, dos conteúdos dos documentos selecionados, a saber, portarias, notas técnicas, manuais do programa, atas e relatórios da gestão da atenção básica e das equipes de saúde da família envolvidas, no período de julho de 2011 a dezembro de 2018, as Portarias GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011 e nº1645 de 02 de outubro de 2015, manuais técnicos PMAQ-AB: manual instrutivo (BRASIL, 2012), Nota Metodológica da certificação das equipes participantes do PMAQ-AB (BRASIL, 2013) e Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF (BRASIL, 2015b). Documentos do PMAQ e entrevistas com informantes-chave conforme quadro abaixo.

**Figura 2:** Trajetória metodológica para o estudo de avaliabilidade do PMAQ-AB. Jequié (BA) 2019.

INFORMANTES – CHAVES	COLETA DE DADOS	DOCUMENTOS
Coordenadores do PMAQ na Região de Saúde do município-caso;  Responsáveis técnicos do PMAQ nas Unidades de Saúde da Família do município-caso;  Docente-pesquisador com experiência em gestão e Atenção Primária à Saúde;  Representantes da Comissão fiscalização dos recursos financeiros do PMAQ	Entrevista semiestruturada  Grupo Focal  Análise documental  Oficina para consenso	Portarias PMAQ-AB  Política Nacional de Atenção Básica  Instrução normativa  Matriz de Intervenção PMAQ-AB Gestão  Matriz de intervenção do PMAQ, das equipes de saúde da família selecionadas do município- caso
<b>PRODUTOS</b> <b>Descrição do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB/Modelo Lógico</b> <b>Matriz de Avaliação</b>		

Realizou-se a análise de conteúdo em Bardin (2011), seguindo a proposta metodológica, pré-análise; a exploração do material, o tratamento dos resultados, a análise propriamente dita. Na pré-análise, ocorreu a **ordenação dos dados**, que envolveu a organização dos documentos, transcrição das entrevistas gravadas e do grupo focal, *ipsi literis*, o que possibilitou a **exploração, tratamento e a análise propriamente dita**, estabelecendo o diálogo entre os diferentes materiais empíricos e o referencial teórico.

Analisou-se as convergências e divergências entre as falas dos profissionais das equipes de saúde da família, dos integrantes da gestão da atenção básica, o conteúdo das observações realizadas e dos documentos técnicos selecionados. Os fragmentos ou trechos das falas destacadas na análise dos resultados da pesquisa foram identificados entre parênteses, com a vocábulo “**G**” maiúscula com numeração conforme sequencia no banco de dados Nvivo para gestores da atenção básica e “**g**” minúsculos para os diferentes profissionais e com numeração conforme sequencia no banco de dados Nvivo. Quanto as falas dos grupos focais foram identificadas apenas com a denominação “**Grupo focal**” entre parênteses.

Os Manuscritos II e III, tendo em vista o objetivo proposto, utilizou-se a triangulação de métodos, segundo as formulações de Minayo (2005), que nos aproximou da avaliação por triangulação de métodos, por entender que a abordagem do objeto abarcou a compreensão das

relações estabelecidas na operacionalização das ações do PMAQ-AB, a visão dos diferentes atores, e o conjunto de técnicas utilizados para apreensão da realidade.

Deste modo, para a autora, é necessário esclarecer a compreensão do termo métodos como empregado nos seus estudos.

O termo métodos é adotado no sentido quadripolar de Brune, Herman Schoutheete (1991). Um método pode ser visto a partir de quatro polos: epistemológico (vigilância crítica, regras da produção científica) teórico (conceitos e regras de interpretação), morfológico (regras de estruturação, de formatação do objeto científico), e técnico (controle de coleta de dados). (MINAYO, 2005, p.29).

Neste estudo, utilizamos a triangulação de métodos a partir do polo técnico, realizando a triangulação nos diálogos entre os diferentes dados primários oriundos das entrevistas, dos grupos focais e da observação no campo, complementados pelos dados secundários, oriundos dos diversos documentos analisados neste estudo.

Para tanto, adotamos as etapas da organização e preparação do material; análise propriamente dita, inserindo neste momento também, olhar para o contexto local tendo em vista que a realidade é produção que se dá pelas relações intuídas entre os diferentes atores do contexto local e global. Buscamos as referências teórica e como sinalizam (MARCONDES & BRISOLA, 2014;204) a análise por triangulação de métodos, está presente em um modus operandi e pode ser melhor compreendido a partir da figura que se segue.



Análise por Triangulação de Métodos. Fonte: (Marcondes & Brisola, 2013).

---

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa atendeu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas na Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Para sua realização no município-caso, a pesquisadora apresentou à Secretaria Municipal de Saúde, através do Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEP projeto de pesquisa e aprovação no CEP posteriormente, os sujeitos do estudo foram solicitados à participação com autorização via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desta maneira buscou-se respeitar a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência de cada participante. Esta pesquisa faz parte de um projeto: O processo de trabalho na atenção básica: desafios na consolidação de um modelo de atenção à saúde, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o CAE: 61486015.9.0000.0055 (ANEXO A).



## 6 RESULTADOS

### 6.1 MANUSCRITO 01

#### AVALIABILIDADE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB EM MUNICÍPIO DA BAHIA, BRASIL<sup>8</sup>

#### EVALUATION OF THE BASIC CARE ACCESS AND QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM - PMAQ-AB IN MUNICIPAL OF THE BAHIA, BRAZIL.

Soraya Dantas Santiago dos Anjos<sup>9</sup> Cristina Setenta Andrade<sup>10</sup>

#### RESUMO

Trata-se de estudo de avaliabilidade do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica desenvolvido em um município do Sul da Bahia, considerando a descrição e o desenvolvimento do modelo lógico, bem como a matriz com padrões, critérios e indicadores para posterior avaliação. Foi utilizada abordagem qualitativa, por meio de estudo de caso com múltiplos níveis de análise, utilizado referencial metodológico proposto por Thurston e Ramaliu com base nos sete elementos, apoiado na análise documental, entrevista semiestruturada com informantes-chave e observação, e realização de oficina com especialistas para consenso do modelo lógico. Os dados foram analisados conforme a técnica da Análise de Conteúdo com apoio do software QSRNvivo. Como resultados, foram elaborados e pactuados o modelo lógico, a matriz de julgamento e as perguntas avaliativas. O estudo revelou que o Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do programa é avaliável, foi possível caracterizá-lo quanto seus elementos constitutivos, objetivos, ações, produtos e resultados esperados, contribuindo para ampliando o conhecimento sobre a intervenção, tendo como limitações deste estudo a dificuldade em mobilizar e envolver mais informantes-chave em toda sua elaboração.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estudo de avaliabilidade; PMAQ; Atenção básica

#### ABSTRACT

This is an evaluation study of the Transversal Strategic Development Axis of the Program for the Improvement of Access and Quality of Basic Care developed in a municipality in the south of Bahia, considering the description and development of the logical model, as well as

---

<sup>8</sup> Trata-se de recorte da pesquisa “Análise de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB em municípios da Bahia” realizado durante o processo de doutoramento no Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Aprovado CEP nº 61486015.9.0000.0055 em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>9</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde: área de concentração Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – PPGES/UESB, Professora Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. End: Rua Ruffo Galvão, 192, apto 101, centro, Itabuna BA. – Tel: (73) 98131-2454. Email: [sdsanjos@uesc.br](mailto:sdsanjos@uesc.br).

<sup>10</sup> Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) Professora do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde: área de concentração Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – PPGES/UESB. Professora Emérita da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. Tel: (73) 9870-7070 Email [cristina70@uol.com.br](mailto:cristina70@uol.com.br).

the matrix with standards, criteria and indicators for further evaluation. A qualitative approach was used, through a case study with multiple levels of analysis, using a methodological framework proposed by Thurston and Ramaliu based on the seven elements, through documentary analysis, semi-structured interview with key informants and observation, and workshop with consensus for the logical model. The data were analyzed according to the technique of Content Analysis with the support of QSRNvivo software. As results, the logical model, the matrix of judgment and the evaluative questions were elaborated and agreed upon. The EA revealed that the program Transversal Strategic Development Axis is evaluable, it was possible to characterize it as its constituent elements, objectives, actions, products and expected results, contributing to increase the knowledge about the intervention, having as limitations of this study the difficulty to mobilize and involve more key informants in all their elaboration.

**KEYWORDS:** Evaluability assessment; PMAQ; Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o fortalecimento da atenção básica (AB) por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), introduziu na agenda setorial a necessidade de avaliar e monitorar os seus possíveis efeitos sobre a saúde da população e a organização dos serviços, na perspectiva de instrumentalizar a gestão e atender as exigências de agências internacionais de fomento cujos critérios de seleção das propostas incluíam a existência de mecanismos de acompanhamento dos resultados (CRUZ, 2015).

A adoção de diversos mecanismos para monitorar e avaliar a atenção básica resultou na criação de espaços institucionais no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e na formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação, cujo objetivo foi melhorar a qualidade da atenção básica, promover a integralidade, resolubilidade, equidade e a universalidade das ações ofertadas à população no SUS. -

Estas experiências contribuíram com a ampliação do escopo da avaliação no âmbito do SUS, em 2011 foi criado o Sistema de Avaliação para qualidade no SUS, que teve como substrato os componentes de diversos programas de avaliação que se complementavam e dispunham de dados necessários e estratégicos para o desenvolvimento e qualificação do SUS, a saber: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), as Pesquisas Nacionais de Avaliação do Acesso e de Satisfação dos Usuários - Carta SUS, e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

O PMAQ-AB foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio das Portarias n° 1.654 de julho de 2011 e alterado pela Portaria n° 1645 de 02 de outubro de 2015, com o objetivo de

promover a ampliação do acesso e da qualidade da AB, introduziu mecanismos que garantam padrão de qualidade que possibilite a comparação das equipes de saúde e da gestão, nas três esferas de governo. É considerado como dispositivo de mudança do modelo de atenção, com ênfase em processos de negociação e implicação dos sujeitos, trabalhadores de saúde e gestores. Sua operacionalização envolve três fases a adesão e contratualização, certificação e recontratualização, e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento. (BRASIL, 2015a).

Todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da Atenção Básica produzida e ofertada à população, com o objetivo de induzir a mudança do processo de trabalho e, conseqüentemente, o impacto causado por esta para os usuários e os trabalhadores. Vale destacar que sua implantação se deu em um contexto de comprometimento crescente do governo federal em desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS.

Neste contexto, o PMAQ é concebido como um modelo de avaliação de desempenho do trabalhador, a partir de certos indicadores/parâmetros e critérios/padrão de qualidade capazes de julgar competência e mérito dos trabalhadores das equipes da AB em função dos resultados alcançados. Esses modos operandi além de induzir o controle entre pares estimula a competição constante entre as equipes e pode ser visto como uma forma de produção de qualidade e eficiência na AB (MORAES, 2013).

Dados do MS apontam a expansão do PMAQ nos municípios brasileiros. Em 2011, 70% das equipes de saúde da família (eqSF's) realizaram adesão e contratualização, cujo número absoluto foi de 28.611 eqSF's. Em 2016 ao iniciar o terceiro ciclo, 95,6% dos municípios brasileiros estavam com equipes contratualizadas ao PMAQ, sendo 38.865 (93,9%) equipes de Atenção Básica, destas 25.090 (95,9%) com equipes de Saúde Bucal e 91,2% dos municípios com equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (BRASIL, 2018).

Desde sua implantação em 2011, diversos estudos têm se voltado em grande parte para os resultados da avaliação externa, analisando seus efeitos, a potência dos processos avaliativos para o fortalecimento e qualificação da AB, destacando ainda, a necessidade de apoio da gestão municipal e cooperação entre as esferas de estadual e federal na implementação do PMAQ (MOTA; DAVID; 2015; PINTO; FERLA; 2015; LINHARES, PHA. et. al., 2014;; CUNHA, G. T.; et.al., 2013; BUARQUE, G.M. et. al., 2012).

Em uma breve seleção de estudos que abordam os componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, publicados em periódicos indexados e

disponíveis nas bases de dados Bireme, Lilacs, Scielo e Portal de periódicos CAPES no período de 2012 a 2018, identificou-se que predominam estudos que também utilizam o banco de dados da avaliação externa do primeiro e segundo ciclos, enfatizando a autoavaliação, o apoio institucional, a educação permanente, pequena ênfase para o monitoramento e nenhuma referência à cooperação horizontal presencial ou digital (CARVALHO et al.; 2016; ANDRADE, CPS. et al., 2015; LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; SOBRINHO, DF. et al., 2014; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012; MARQUES DA CRUZ et al. 2012).

O PMAQ vem contribuindo para a prática de avaliação dos serviços de saúde e na introdução de mudanças no processo de trabalho das equipes da AB, contudo alguns desafios se apresentam como, o necessário fortalecimento dos aspectos gerenciais, a utilização de ferramentas do apoio institucional, o monitoramento e avaliação de indicadores para subsidiar os processos de planejamento e programação das ações de saúde no âmbito local e efetivar a educação permanente em saúde para qualificação dos profissionais e da atenção à saúde prestada à população.

O eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ envolve um conjunto de ações a serem desenvolvidas no cotidiano da gestão da atenção básica voltadas para o apoio às equipes, cujos efeitos poderão contribuir com a reestruturação do processo de trabalho no interior das unidades de saúde família e da própria gestão na sua condução, assim realizar estudos acerca de sua implantação permitirá compreender os processos relacionados com seus possíveis efeitos e se as ações estão sendo desenvolvidas como proposto em sua formulação. (DENIS & CHAMPAGNE, 1997).

A realização de estudos avaliativos, de políticas e programas de saúde pode ser oportuno por favorecer a ampliação do conhecimento e da capacidade de atuação da gestão municipal com vistas ao seu aperfeiçoamento. Para atender tal finalidade, o estudo de avaliabilidade (EA) ou pré-avaliação se apresenta como caminho para responder se a intervenção está em condições de ser avaliada e auxiliar na identificação do foco da avaliação.

Nesta direção, o presente artigo tem como objetivo, apresentar os resultados de uma pré-avaliação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB no âmbito da gestão da atenção básica na esfera municipal, considerando a elaboração do modelo lógico, da matriz de julgamento e recomendações que possam orientar a realização de estudos avaliativos.

## TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo é um recorte da pesquisa “Análise de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB em municípios da Bahia” realizado durante o processo de doutoramento no Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Trata-se de estudo de avaliabilidade (EA) (evaluability assessment) do eixo estratégico transversal do desenvolvimento do PMAQ-AB no âmbito da gestão da atenção básica em um município da região Sul da Bahia. Este tipo de estudo justifica-se por ser uma atividade exploratória de pré-avaliação de um programa ou parte de seus componentes, que pode ser realizada em qualquer fase de seu desenvolvimento.

Ademais, diversas pesquisas sobre o EA a consideram como um exame preliminar e sistemático em termos teóricos e em sua prática, com o propósito de verificar se há condição para ser avaliado, amplia o entendimento entre os interessados acerca dos objetivos, ações e resultados esperados, apontando os ajustes ou mudanças a serem realizados com a finalidade de potencializar a utilidade da avaliação.

Sabe-se que uma intervenção para ser considerada como avaliável deve estar alinhada com seus pressupostos, conseguir manter-se estável em longo prazo, e antecipar o alcance dos resultados parciais considerados positivos. A presença destas dimensões permite a realização de pesquisas avaliativas capazes de ampliar o seu escopo e orientar as mudanças necessárias em um programa ou intervenção.

O presente EA utilizou abordagem qualitativa, teve como estratégia de investigação o estudo de caso com dois níveis de análise, a gestão da atenção básica e as equipes de saúde da família que aderiram ao programa no primeiro ciclo em 2011. Teve como unidade de análise o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB com foco no eixo estratégico transversal de desenvolvimento.

O município caso, tem população acima de 100.000 habitantes, o sistema municipal de saúde possui uma estrutura organizacional e administrativa modular criado pela Lei municipal nº 1.179 de 28/08/1997, composto por quatro módulos assistenciais, que se caracterizam como áreas geográficas delimitadas, território que agrega um conjunto de equipamentos numa rede hierarquizada segundo nível de complexidade e que prestam assistência à população ali residente. A atenção básica possui 32 (trinta e duas) unidades básicas de saúde que se

distribuem nos quatro Módulos. Em 2011 na adesão ao PMAQ-AB, a cobertura da população pela atenção básica era de 56,62% sendo 37,08% coberta pela estratégia saúde da família.

O EA foi desenvolvido no período de setembro a dezembro de 2018, na fase inicial do trabalho de campo, foi realizado contato com a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde e com a equipe da Atenção Básica do município-caso para sensibilização e esclarecimento acerca do projeto de pesquisa e pactuação das atividades para realização do estudo.

Nesta direção, utilizou-se o referencial metodológico proposto por Thurston e Ramaliu, (2010) organizado nas seguintes etapas: a) delimitação do programa e descrição quanto os objetivos, atividades, metas b) seleção dos documentos da intervenção em estudo; c) identificação dos envolvidos na avaliação; d) construção do modelo lógico; e) obtenção de entendimento preliminar do funcionamento do programa na prática; f) definição do procedimento de avaliação.

### **Técnica de coleta, fontes de informações e procedimentos.**

Os dados foram coletados através de análise documental, entrevistas semiestruturadas e observação simples.

Para análise documental, utilizaram-se portarias, notas técnicas, manuais do programa, atas e relatórios da gestão da atenção básica e das equipes de saúde da família envolvidas, referentes ao período de julho de 2011 a dezembro de 2018, selecionando as Portarias GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011 e nº1645 de 02 de outubro de 2015, manuais técnicos PMAQ-AB: manual instrutivo (BRASIL, 2012), Nota Metodológica da certificação das equipes participantes do PMAQ-AB (BRASIL, 2013) e Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF (BRASIL 2015b).

A análise dos documentos possibilitou o acesso a informações que serviram de substrato para a delimitação do programa, os objetivos; as ações necessárias à operacionalização do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, metas e resultados esperados. Ademais serviram também de subsídio para identificação dos envolvidos na avaliação e elaboração do modelo lógico preliminar, posteriormente revisado a partir dos dados coletados nas entrevistas.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 24 informantes – chave, sendo 12 (doze) enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família que aderiram ao PMAQ em 2011, ano que o programa foi instituído pelo Ministério da Saúde, 04 (quatro) profissionais de saúde que atuam no âmbito da gestão municipal da atenção básica do município e 08 profissionais de saúde que integram a comissão de acompanhamento do PMAQ-AB no município.

As entrevistas ocorreram nas unidades de saúde da família e na Secretaria Municipal de Saúde, em períodos formais de trabalho, previamente agendadas, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de que fosse assegurado aos participantes o anonimato, sigilo e confiabilidade das informações coletadas. Deste modo as entrevistas foram gravadas e utilizou-se roteiro contendo questões relacionadas à concepção e organização do PMAQ-AB e do eixo estratégico transversal de desenvolvimento; as ações a serem realizadas e os resultados a serem alcançados. À medida que iam sendo realizadas, as entrevistas eram gravadas e transcritas *ipsi literis* pelo pesquisador posteriormente.

A observação simples foi realizada junto à diretoria da atenção básica do município com o objetivo de apreender como as ações do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB vem sendo operacionalizado no contexto real.

Os dados coletados foram analisados conforme a técnica da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011) com apoio do software QSRNvivo versão 11 (AMARAL-ROSA.; EICHLER, 2017; ALVES. et. al. 2015; SOUR-AMARAL, 2012; LAGE, 2012) que permitiu a codificação e armazenamento de textos em categorias.

Dos elementos constitutivos da intervenção, foram definidas as categorias de análise, identificando nas falas as convergências, divergências, estabelecendo-se a triangulação dos dados, o que subsidiou a revisão do modelo lógico e sua elaboração por meio da representação gráfica.

O modelo lógico é um recurso metodológico para avaliação, revela como o programa está sendo operacionalizado na prática (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Trata-se de uma representação gráfica que apresenta a articulação entre os componentes de um programa para produzir um resultado que se pretende alcançar.

Para ajuste e elaboração do modelo lógico definitivo, construção de consenso dos critérios, padrões e indicadores que iriam compor a matriz de julgamento da implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, foi constituído um grupo definido como referência no assunto por acumularem conhecimento técnico e experiência da

prática da atenção básica dos municípios da área de abrangência do Núcleo Regional Sul (NRSul) da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), que vem atuando desde o ano 2011, incluindo docente/pesquisador da área de saúde coletiva, com atuação na gestão e na atenção básica, vinculado a Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC.

Para tanto, duas atividades subsidiaram o processo de construção do modelo lógico definitivo e do consenso em torno da matriz de avaliação. A primeira foi o encaminhamento para o grupo de referência, através do correio eletrônico, do modelo lógico revisado e uma matriz com a descrição dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, dos critérios, padrões e indicadores para pontuação de 0 a 10 de cada item da matriz de acordo a sua concordância ou discordância relativa ao enunciado, podendo ainda tecer considerações em espaço disponível.

O formulário deveria ser preenchido individualmente e devolvido ao pesquisador. Após a devolução dos formulários preenchidos foi calculada a média aritmética e incluídos na matriz de julgamento os padrões e indicadores com média superior a sete. A atividade seguinte foi à realização de oficina de consenso com grupo de referência deste estudo, em que se discutiu e foi apresentado as proposições para alterações no modelo lógico revisado.

O modelo lógico foi ajustado, sistematizado e elaborado o modelo definitivo. A partir daí foi construído o consenso da matriz de julgamento do grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do programa (EETDP). A utilização da matriz de julgamento do grau de implantação apresentou os seguintes resultados conforme valorização dada pelos participantes aos componentes do EETDP conforme: a) componente autoavaliação foi atribuído 30 pontos por ser o mais valorizado; b) componente Educação Permanente obteve 28 pontos; c) Apoio Institucional teve 25 pontos; d) Monitoramento ficou com 12 pontos; e) Cooperação Horizontal com 05 pontos, perfazendo um total de 100 pontos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, CEP nº 1.889.636 em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

### **A intervenção: o eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB**

O PMAQ-AB se constitui em um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas e serviços de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde na atenção básica com vistas a subsidiar o processo de tomada de decisão,



garantir a transparência da gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e ter como foco os usuários, ou seja, a sua satisfação.

Sua operacionalização se dá a partir de fases que se sucedem e vão conformar ciclos contínuos para o desenvolvimento e melhoria da qualidade da atenção básica, que acontece a cada dois anos com as seguintes etapas: a) Etapa 1 - Adesão e contratualização; b) Etapa 2 – Certificação; c) Etapa 3 - Recontratualização, e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento. (BRASIL, 2015a).

O eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB deve ser entendido como transversal a todas as fases, a fim de assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB. Compreende um conjunto de ações a serem operacionalizadas no âmbito da gestão municipal da atenção básica e das equipes de saúde da família com o objetivo de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado capazes de induzir a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, através dos seguintes componentes: autoavaliação, monitoramento, apoio institucional, educação permanente e a cooperação horizontal (BRASIL, 2015a).

A implantação do PMAQ-AB no município do estudo foi em 2011, com adesão de 47,83% do total das equipes de saúde da família. As ações do eixo transversal de desenvolvimento neste período foram voltadas para sensibilização e envolvimento dos profissionais de saúde, práticas educativas, através de encontros, rodas de conversa, incluindo ainda a participação nas teleconferências com os apoiadores do Ministério da Saúde, que abordaram o processo de implantação do PMAQ-AB e paralelamente foram mobilizadas as equipes de saúde da família para pactuação e contratualização dos indicadores de desempenho e de monitoramento e a assinatura do termo de adesão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Modelo Lógico e a Matriz de Avaliação.**

A elaboração do modelo lógico é uma etapa necessária à avaliação de uma intervenção. Apresenta seus aspectos estruturais e operacionais (HARTZ, 1997), incorpora os saberes científicos e práticos dos envolvidos na avaliação, tendo subjacente uma teoria, que explicita o “deve ser”. (BEZERRA et al., 2011). É um recurso metodológico, descritivo e

analítico, equivale a uma representação gráfica que revela como o programa está sendo operacionalizado na prática. (CHAMPANGNE, et al., 2011; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para elaboração do modelo lógico definitivo, buscou-se compreender a concepção dos sujeitos entrevistados acerca do PMAQ-AB, suas etapas e operacionalização ao longo dos dois ciclos (1º ciclo 2011-2012) e do terceiro ciclo ainda em curso, o contexto político institucional do município, a experiência acumulada e os resultados alcançados.

O eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ – AB foi assim definido na Portaria nº 1645/2015, revisado na Portaria 1.654/2011 e denominado etapa de desenvolvimento, têm em comum os componentes, Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional, no entanto a Cooperação Horizontal virtual ou presencial está presente apenas na portaria nº 1645/2015.

A análise das entrevistas revelou que o eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ é entendido como uma etapa do programa voltada para orientar o trabalho da equipe para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao usuário, destacando o incentivo financeiro para os trabalhadores e para a gestão, também como um dispositivo motivacional na implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) conforme presente nos fragmentos das falas a seguir.

“é aquela parte do programa que vem fazer é um direcionamento. (...) ele veio para direcionar nosso trabalho” (ENT G6).

“vem assim para nortear as ações da equipe visando exatamente a melhoria do atendimento que é prestado à comunidade” (ENT g3).

“o programa dá direção de como proceder para melhoria, e também paga incentivo pra gente (...) algo pra motivar também a gente”. (ENT g7).

Na oficina para construção de consenso do modelo lógico definitivo as discussões entre os coordenadores da atenção básica dos municípios de abrangência do Núcleo Regional de Saúde Sul, enfatizaram a concepção e objetivos do PMAQ e do eixo estratégico transversal de desenvolvimento. Foi destacado que na prática, o PMAQ é um programa que vai inserir no cotidiano do serviço, uma preocupação em fazer certo para alcançar um bom resultado e receber o incentivo financeiro, como explícito na fala a seguir: Primeiro as pessoas vêm o PMAQ por aquele valor financeiro pra receber (...) acho que o valor é um prêmio”. (COORDENADORES DE ATENÇÃO BÁSICA DOS MUNICÍPIOS DO NRSUL).

A compreensão dos entrevistados é coerente com a formulação do PMAQ que no bojo dos programas para fortalecimento da atenção básica instituiu o incentivo financeiro denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável repassado fundo a fundo da esfera federal para os municípios de acordo com desempenho após processo de avaliação. Deste modo, inseriu o incremento financeiro vinculado a contratualização de compromissos e monitoramento de indicadores e alcance de resultados um tipo de avaliação de desempenho do SUS. (PINTO, et. al. 2012; BRASIL, 2011).

Estudos apontam que o PMAQ vem impulsionando não só melhorias na estrutura física das unidades de saúde, mas tem viabilizado incremento financeiro para os municípios e para os profissionais de acordo com o desempenho da equipe de saúde que estão vinculados. (NEY et. al. 2015; PINTO, et. al., 2014) que pode resultar na ampliação da satisfação dos profissionais para realização do trabalho, ou pode não ser motivadores eficientes quando é necessário mudar comportamentos a longo prazo além do caráter punitivo para aqueles que não alcançarem os resultados esperados. (GIRARDI, et. al. 2015).

Em relação aos objetivos do eixo estratégico transversal de desenvolvimento, o estudo de avaliabilidade (EA) realizado, revelou que para os participantes, os objetivos estão bem definidos, alinhados aos objetivos específicos do PMAQ. As entrevistas mostraram concordância entre os envolvidos na avaliação, destacando objetivos e alguns componentes, conforme trechos das falas a seguir.

“O PMAQ tem as fases de desenvolvimento, é aquilo né, o que se faz para melhorar o funcionamento o que fazemos a autoavaliação pra vê os pontos negativos e positivos, procurando trabalhar para ficar melhor, o apoio à equipe, o monitoramento”. (EN G4).

“aquelas ações voltadas para orientação da equipe, a educação, capacitação, o monitoramento.” (ENT G5).

A análise dos dados em relação ao funcionamento do PMAQ na prática, isto é, o desenvolvimento das atividades dos componentes do EETD apontou divergência entre profissionais das equipes de saúde da família e a gestão da atenção básica do município, conforme fragmentos das falas a seguir.

“Eu e algumas pessoas da DAB realizamos apoio institucional com as equipes”. (EG 6).

“Acho que a gestão poderia está planejando isso a cada 5 ou a cada 6 meses pra orientar, vê como as coisas estão. Seria importante a gestão está dando este apoio, sentar, ver como as coisas andam, orientar, na prática, o apoio foi para autoavaliação e a avaliação externa”. (ENT g1).

“A gente não tem um suporte, uma presença mais próxima da secretaria, o tal apoio institucional como deve ser não acontece”. (ENT g2).

Deste modo, o eixo estratégico transversal de desenvolvimento foi descrito no modelo lógico por meio dos seguintes elementos: insumos, objetivos, componentes, ações, produtos, resultados intermediários e resultado final, o que possibilitou a identificação das ações a serem realizadas no âmbito municipal para cada um dos seus componentes. (Figura 1).

Tem como objetivos: instituir processos autoavaliativos e de planejamento pelas equipes de saúde das unidades básicas de saúde; fortalecer os processos de monitoramento e avaliação na atenção básica; estimular os processos de educação permanente das equipes das unidades básicas de saúde; oferecer suporte às equipes para reorganização dos processos de trabalho, da gestão do cuidado e do cuidado em saúde; estimular o compartilhamento de saberes e práticas entre equipes, profissionais e trabalhadores e os gestores de saúde. (BRASIL, 2015a).

O componente Autoavaliação está descrita no modelo lógico do eixo estratégico transversal de desenvolvimento, com ações que envolvem a realização de reunião para sensibilização e orientação das equipes envolvidas, apoiar a realização da autoavaliação e do registro no sistema de informação pelas equipes de saúde, e estimular a realização do plano de ação com matriz de intervenção pelas equipes de saúde anualmente.

O componente Monitoramento compreende a alimentação mensal dos sistemas de informação em saúde e a realização de uma oficina quadrimestral para monitoramento de indicadores e da execução do plano de ação. No componente Educação Permanente deve ser realizada sessão temática bimensal para as equipes envolvidas e encontro mensal de teleeducação por equipe através do Telessaúde. O componente Apoio Institucional tem como estratégia de ação a realização de um encontro bimensal para suporte e acompanhamento da organização do processo de trabalho das equipes das unidades de saúde. Para o componente Cooperação Horizontal, espera-se a realização de uma mostra anual na atenção básica.

Com as ações implementadas, os produtos serão equipes em contínuo processo de autoavaliação, planejamento, monitoramento dos indicadores pactuados e da execução da

matriz de intervenção, vivenciando práticas de educação permanente em saúde e realizando troca de experiências. Como resultados intermediários estão a inclusão de novas práticas ou sua adequação na organização da atenção à saúde e na gestão do serviço; equipes em contínuo pactuação/contratualização/recontratualização de padrões de qualidade e de indicadores de desempenho; inclusão de práticas democráticas e horizontais na gestão do serviço e do cuidado em saúde, o fortalecimento do modelo de atenção conforme Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) e equipes compartilhando experiências. Espera-se como resultado final a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

A construção do Modelo Lógico revelou como o eixo estratégico transversal de desenvolvimento vem sendo operacionalizado na prática, apontando fragilidades no desenvolvimento das ações de alguns componentes do eixo transversal de desenvolvimento do PMAQ, embora os envolvidos no programa tenham clareza dos objetivos e ações para o alcance da melhoria e do acesso e da qualidade da atenção básica. Cazarin, et. al. (2011) referem que as perguntas avaliativas devem guardar coerência com o modelo lógico elaborado. Assim, emergiram questões para avaliação, a saber: Qual o grau de implantação dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ? Como o contexto político-institucional influencia a implantação dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ?

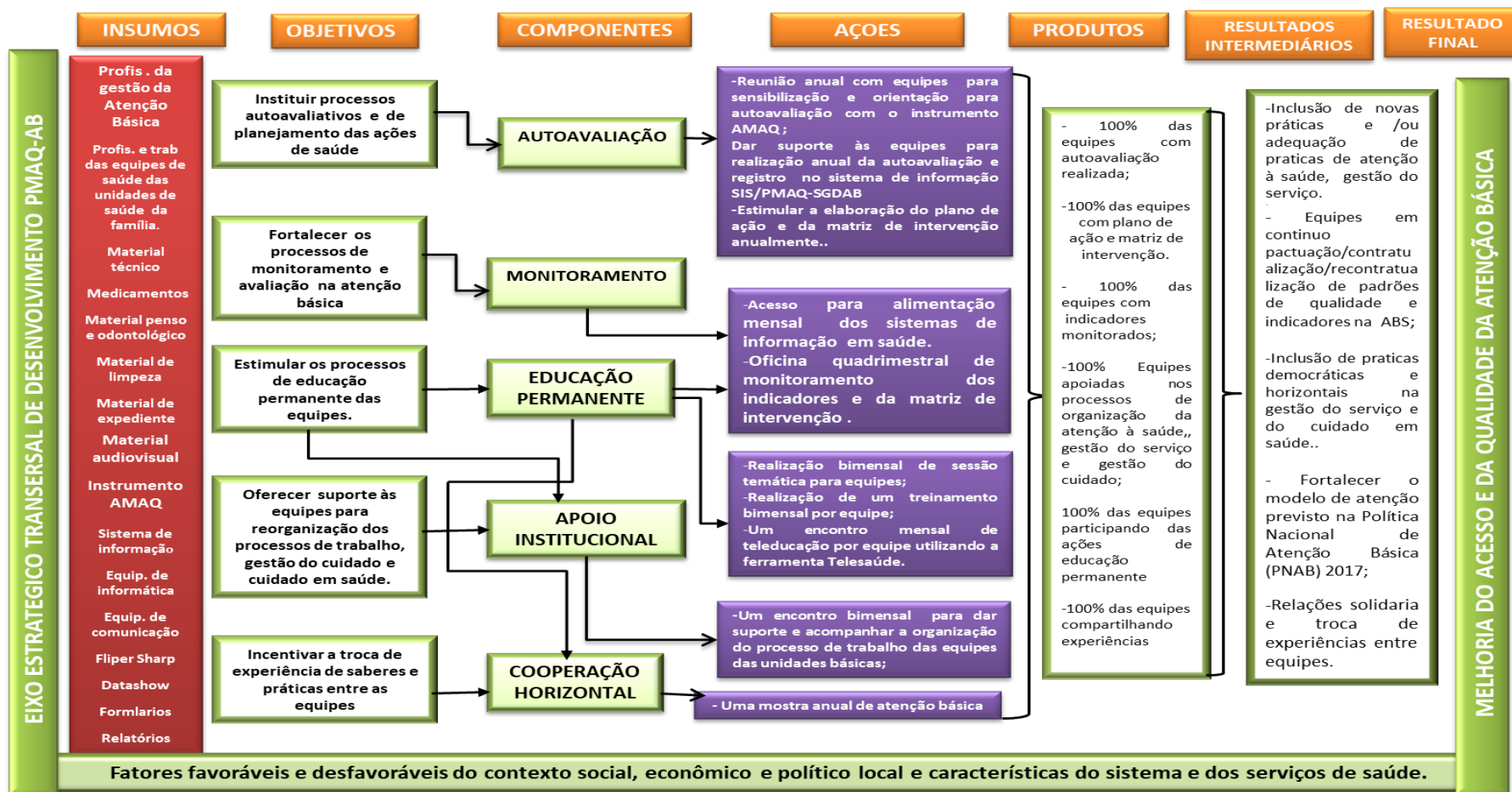


Figura 1. Modelo Lógico definitivo do Eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, Itabuna – BA, 2018. Fonte: Elaboração própria

## **Matriz de Avaliação**

Qualquer que seja uma intervenção ela pode ser concebida como um sistema organizado de ações que visam, em determinado ambiente e durante determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática composta por uma estrutura, os atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, uma ou várias finalidades e um ambiente. (CHAMPAGNE, et al., 2011;45).

Deste modo, a construção da matriz de julgamento do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB apresenta para cada componente, os critérios, padrões, indicadores, fonte de verificação, ponto de corte e valor (pontuação) para o julgamento do grau de implantação no município de estudo. (Tabela 2).

A avaliação de políticas, programas e intervenções em saúde devem ter um caráter participativo que considere os diferentes olhares dos interessados na avaliação. Este estudo apoia-se na concepção de que avaliar é julgar o mérito, o esforço e o valor da intervenção ou de seus resultados buscando contribuir com seu aperfeiçoamento ou modificação. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

**Tabela 1** – Matriz de julgamento com os componentes, critérios, padrões, indicadores, fonte de verificação, pontuação máxima a ser obtida para apreciação do grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, Itabuna-BA, 2018.

COMPONENTES	CRITÉRIOS	PADRÕES	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA DE CADA INTERVALO			
					Implantado (I) >75%	Parcialmente implantado (PI) 50 – 74%	Incipiente (INC) 25 – 49%	Não implantado < 25 %
AUTOAVLIAÇÃO	Realizar encontro para preparação e organização do processo coletivo da autoavaliação com equipes das UBS	01 (um) encontro por equipe por ano com duração de <b>120 min</b>	Nº de encontros realizados em relação ao total de equipes	Relatório Livro ata das unidades de saúde Entrevista	<b>5 pontos</b> Realizou encontro de no mínimo 60 minutos com as equipes	<b>3 pontos</b> Realizou encontro de no mínimo 45 minutos com as equipes	<b>2 pontos</b> Realizou encontro de no mínimo 30 minutos com as equipes	<b>1 pontos</b> Realizou encontro em tempo menor que 30 minutos com as equipes
	Realização da autoavaliação em equipe utilizando o AMAQ com registro no sistema de informação da atenção básica /PMAQ por equipe das unidades de saúde	01 (um) autoavaliação em equipe a cada ano	Nº de equipes com autoavaliação realizada em relação ao total de equipes e registrada no SGDA	Entrevista Livro ata de reunião das unidades de saúde Autoavaliação	<b>12 pontos</b> Forneceu material, orientou e participou com as equipes autoavaliação e registro em sistema de informação na unidade de saúde	<b>7 pontos</b> Forneceu material e orientou as equipes para realizarem autoavaliação	<b>4 pontos</b> Forneceu material para autoavaliação	<b>1 ponto</b> Não forneceu material para autoavaliação
	Elaboração da matriz de intervenção por equipe das unidades de saúde	01 (um) matriz de intervenção elaborada por equipe a cada ano	No de equipes com matriz de intervenção elaborada em relação ao total de equipes	Entrevista Matriz de intervenção das unidades	7 pontos Matriz de intervenção elaborada pelas todas as equipes	5 pontos Matriz de intervenção elaborada por 50% das equipes	4 pontos Matriz de intervenção elaborada por 25% das equipes	2 pontos Matriz de intervenção elaborada por menos de 25% das equipes



COMPONENTES	CRITÉRIOS	PADRÕES	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA DE CADA INTERVALO			
					Implantado (I) >75%	Parcialmente implantado (PI) 50 – 74%	Incipiente (INC) 25 – 49%	Não implantado < 25 %
MONITORAMENTO	Alimentação regular e consistente dos sistemas de informação PMAQ-AB pelas equipes das unidades de saúde	01 (um) acesso mensal no sistema de informação para alimentação dos dados pela equipe.	Nº de acessos ao Sistema de informação PMAQ-AB por mês em relação ao total de equipes	Relatório Livro ata de reunião das unidades de saúde Entrevista	<b>6 pontos</b> Sistema de informação PMAQ-AB alimentado por 100% das equipes das unidades de saúde	<b>4 pontos</b> Sistema de informação PMAQ-AB alimentado por 50% das equipes das unidades de saúde	<b>2 pontos</b> Sistema de informação PMAQ-AB alimentado por % das equipes das unidades de saúde	<b>1 ponto</b> Sistema de informação PMAQ-AB alimentado por menos de 25% das equipes das unidades de saúde
	Realização de oficina de monitoramento dos indicadores e da matriz de intervenção com as equipes das unidades de saúde	Uma (01) oficina de monitoramento dos indicadores por equipe a cada quadrimestre.	Nº de oficinas realizadas em relação ao total de equipes	Entrevista Livro ata de reunião das unidades de saúde Relatório da Autoavaliação	<b>6 pontos</b> Realização de tres oficinas de monitorament o dos indicadores por equipe durante o ano,	<b>4 pontos</b> Realização de 02 (duas) oficinas monitorament o dos indicadores por equipe durante o ano	<b>2 pontos</b> Realização de 01 (uma) oficina de monitorament o dos indicadores por equipe a durante o ano	<b>0 ponto</b> Não realizou oficina de monitorament o dos indicadores por equipe a cada quadrimestre
COMPONENTES	CRITÉRIOS	PADRÕES	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA DE CADA INTERVALO			
					Implantado (I) >75%	Parcialmente implantado (PI) 50 – 74%	Incipiente (INC) 25 – 49%	Não implantado < 25 %
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Realização de atividade regular tipo sessão temática de caráter multiprofissiona	01 (um) atividade bimensal com duração de no mínimo 120 min por equipe	No de atividades realizadas em relação ao número total de atividades propostas.	Entrevista Lista de presença Relatório da gestão da atenção básica	<b>8 pontos</b> Realização de 01 (uma) sessão temática com	<b>6 pontos</b> Realização de 01 (uma) sessão temática com	<b>4 pontos</b> 01 sessão temática com duração de 120 min	<b>2 pontos</b> 01 (uma) sessão temática com duração de

	I com equipes				duração 120 min bimensal com equipes	duração de 120 min bimensal com 50% das equipes	bimensal com 25% equipes	120 min bimensal com menos de 25% das equipes
	Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para profissionais e/ou trabalhadores de saúde.	01 (um) atividade trimestral com duração de no mínimo 120 min	No de profissionais de saúde participantes em relação ao número total de profissionais de saúde das equipes	Entrevista Lista de presença Relatório da atenção básica	<b>6 pontos</b>  Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para 75% dos profissionais das equipes	<b>5 pontos</b>  Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para 50% dos profissionais das equipes	<b>2 pontos</b>  Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para 25% dos profissionais das equipes	<b>1 pontos</b>  Realização de atividade de treinamento e/ou capacitação para menos de 25% dos profissionais das equipes
	Utilização da ferramenta Telessaúde para profissionais de saúde das equipes	01 (uma) sessão teleeducação através do Telessaúde a cada mês por equipe	Nº de equipes participantes em relação ao total de equipes	Entrevista Livro ata da unidade Lista de presença	7 pontos  75% das equipes participam de 01 sessão do Telessaúde a cada mês.	5 pontos  50% das equipes participam de 01 do Telessaúde a cada mês.	3 pontos  25% das equipes participam de 01 através do Telessaúde a cada mês.	2 pontos  Menos de 25% das equipes participam de 01 através do Telessaúde a cada mês.
<b>COMPONENTES</b>	<b>CRITÉRIOS</b>	<b>PADRÕES</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>FONTE DE VERIFICAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA DE CADA INTERVALO</b>			
					<b>Implantado (I) &gt;75%</b>	<b>Parcialmente implantado (PI) 50 – 74%</b>	<b>Incipiente (INC) 25 – 49%</b>	<b>Não implantado &lt; 25 %</b>
<b>APOIO INSTITUCIONAL</b>	Realização de encontro com equipe para dar suporte e acompanhamento do processo	01 (um) encontro bimensal com duração de no mínimo 120 min	Nº de atividades de suporte realizadas por equipe em relação ao total de equipes	Entrevista Lista de presença Livro ata da unidade e saúde Relatório da AB	<b>12 pontos</b>  01 (um) encontro bimensal com duração de no	<b>7 pontos</b>  01 (um) encontro bimensal com duração de no	<b>4 pontos</b>  01 (um) encontro bimensal com duração de no	<b>1 pontos</b>  01 (um) encontro bimensal com duração de no

	de trabalho na unidade de saúde				mínimo 120 min com 75% das equipes	mínimo 120 min com 75% das equipes	mínimo 120 min com 50% das equipes	mínimo 120 min com 25% das equipes
	Participação na oficina de planejamento e programação das ações pelas equipes	01 (uma) oficina com equipe/semestral	Nº de encontro realizado com equipe em relação ao total de equipes	Entrevista Lista de presença Livro ata da unidade e saúde Relatório da AB	8 pontos Realização de 01 (uma) oficina com 75% das equipe/semestral	7 pontos Realização de 01 (uma) oficina com 50% das equipe/semestral	4 pontos Realização de 01 oficina com 25% das equipe/semestral	1 ponto Realização de 01 oficina com menos de 25% das equipe/semestral
<b>COMPONENTES</b>	<b>CRITÉRIOS</b>	<b>PADRÕES</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>FONTE DE VERIFICAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA DE CADA INTERVALO</b>			
					<b>Implantado (I) &gt;75%</b>	<b>Parcialmente implantado (PI) 50 – 74%</b>	<b>Incipiente (INC) 25 – 49%</b>	<b>Não implantado &lt; 25 %</b>
COOPERAÇÃO HORIZONTAL	Realização de Mostra de atenção básica	01 (um) mostra anual com duração de no mínimo 4 horas	Nº de equipes participantes em relação ao total de equipes	Relatório	3 pontos  uma mostra anual com duração de no mínimo 4 horas com participação de 75% equipes	2 pontos  uma mostra anual com duração de no mínimo 4 horas com participação de 50% equipes	1 pontos  Uma mostra anual com duração de no mínimo 4 horas com participação de 25% equipes	0 pontos  Não realização de 01 (um) mostra anual com duração de no mínimo 4 horas com equipes

**Fonte:** Elaboração próprio autor

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo atendeu às orientações teóricas e metodológicas pertinentes aos EA validados internacionalmente, trazendo explícito o modelo conceitual que orientou sua elaboração, com apresentação da modelagem da intervenção, descreveu o envolvimento de especialistas para validação do modelo lógico e da matriz de avaliação, adotou mais de um procedimento para coleta de dados e realizou análise detalhada dos mesmos, o que contribuiu para melhor consistência dos seus resultados.

Neste sentido, o eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ é avaliável, foi possível caracterizá-lo quanto seus elementos constitutivos, objetivos, ações, produtos e resultados esperados, construindo um modelo lógico como uma imagem-objetivo, e orientou a definição de padrões e critérios da matriz de julgamento acerca da implantação deste eixo em contexto real, ampliando o conhecimento sobre a intervenção.

O EA mostrou que no município do estudo os envolvidos tem clareza das ações a serem desenvolvidas, embora na prática tenha sido observado divergências, entre o pensar e o agir dos gestores da atenção básica, relacionado aos processos que poderão produzir movimentos de mudanças na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado, com vistas a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Os resultados deste trabalho revelaram questões para futuras avaliações voltadas para a análise do contexto político-institucional e sua influencia na implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ e a análise do grau de implantação, que foram assim formuladas: qual o grau de implantação dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ? Qual o contexto político-institucional que influencia a implantação dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ? (grifos nossos) que poderão contribuir para ampliar a compreensão da intervenção.

As oficinas para consenso do modelo lógico e da matriz de julgamento foi espaço rico de discussão, com coordenadores municipais de atenção básica de diferentes contextos, com compartilhamento de práticas, troca de experiências e de reconhecimento das dificuldades para o desenvolvimento das ações do PMAQ. No entanto, representou limitações deste estudo a dificuldade de mobilizar e envolver mais informantes-chave vinculados à esfera estadual, especialmente os apoiadores institucionais da atenção básica das regiões de saúde do Estado

da Bahia e integrantes da comissão estadual do PMAQ que contribuiriam para validação de modelo lógico e da matriz de avaliação.

## REFERÊNCIAS

ALVES, D. et. al.. O poderoso Nvivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje** -2ª edição - Universidade Federal de Pernambuco 2015, Volume 4, p 119-134

AMARAL-ROSA, MP.; EICHIER, ML. O software QSR Nvivo: utilização em pesquisas no ensino de Química. Rede Latino-Americana de Pesquisa em Educação Química **ReLAPEQ**. V.1 n.1 (2017) p120-143. ISSN: 0915.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde.. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília 2011a Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt16574-19-07-2011.html>. Acesso em:

23 mar 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família Saúde Bucal Equipes parametrizadas e Nasf)/MS, Secretaria de Atenção- à Saúde Departamento de Atenção Básica . 2ª ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2015b, 62 p.

BARATIERI, Tatiane; NICOLOTTI, Célia Adriana; NATAL, Sonia and LACERDA, Josimari Telino de. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde debate** [online]. 2019, vol.43, n.120 [cited 2019-06-20], pp.240-255.

CARVALHO, Mailson Fontes. et. al. Utilização de monitoramento e análise de indicadores na Atenção Primária à Saúde. **SANARE**, Sobral - V.16 n.01,p. 67-73, Jan./Jun. - 2017 - 67

CAZARIN. G.; MEDEIROS. MF de. ALBUQUERQUE. KM de. Perguntas Avaliativas. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG. (Orgs) **Avaliação em Saúde**: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

CHAMPAGNE. FE; et. al. Modelizar as Intervenções. In: Astrid Brousselle; François Champagne; André-Pierre Contandopoulos; Zulmira Hartz (Orgs) **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011, p: 61-74.

CRUZ, M.A., Avaliação de políticas e programas: contribuições para o debate. In MATOS, Rubens de Araújo; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias (organizadores). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1ª ed, Porto Alegre, REDE UNIDA, 2015, p 284- 346.

CUNHA, G. T.; CASTRO, C. P.; SANTOS, C. S. R. dos S.; ROSA, I. F.; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo. ANAIS DO 2º. Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão Em Saúde – Belo Horizonte. 2013.

DENIS, JL, CHAMPAGNE. F. Análise de Implantação. In: HARTZ, ZMA (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 49-88.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saude soc.** [online]. 2016, vol.25, n.3 [cited 2019-06-20], pp.821-829.

FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG; NAVARRO, LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a pratica nas instituições. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG. (Orgs) **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FLORES, Gabriela Mendes da Silva et al . Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

GIRARDI, SN. Et. al.; Aspectos críticos da experiência municipal com remuneração variável de equipes de atenção básica. VIII Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília/DF 2015. DISPONIVEL WWW.escoladegestao

LEVITON, L., KHAN, L., ROG, D., DAWKINS, N. e COTTON, D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs and Practices”. **Annual Review of Public Health** 31 (1): 213–233, 2010.

LINHARES, Paulo Henrique Arruda; LIRA, Geison Vasconelos and ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. **Saúde debate** [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp.195-208. ISSN 0103-1104.

MARQUES DA CRUZ, M.; BARROS, R. C. DE S.; CARDOSO, R M. T.; FRANCO DE ABREU, D. M.; REIS, A. C.; LEAL, A. G. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, vol 38, PP. 124-139, 2014.

MELO, Lygia Maria de Figueiredo et al. Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras. **Saúde debate** [online]., vol.40, n.108, pp.8-22, 2016

MENDES, Maria Ferreira de Medeiros, et. al., Avaliabilidade ou préavaliação de um programa. . In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG. (Orgs) **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

MORAES, Paulo Navarro de; IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde debate**.vol.37, n.98, pp.416-426, 2013.

PINTO, Heider Aurelio; SOUSA, Allan; FLORENCIO, Alexandre Ramos. O Programa de melhoria do acesso e da qualidade da ab: reflexões sobre o seu desenho e processo de

implantação. **RECIIS – Rev Eletrônica de Com Inf Inov Saúde**. RJ v 6, n2, Sup AGO 2012.

REIS, Afonso Teixeira dos; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; SELLERA, Paulo Eduardo. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, 2012.

ROSSI, P.H. & FREEMAN, H.E. **Evaluation**: a systematic approach. Beverly Hills: Sage Publication, 1993.

SAUR-AMARAL, I. **Curso completo de NVivo 10** - Como tirar maior proveito do software para a sua investigação. Madri: Bubok Publishing S.L., 2012. 119 p.

TREVISAN, MS.;WALSER, TM. Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use. **Publications**, SAGE; 2005.

THURSTON WE, RAMALIU A. Evaluability Assessment of a Survivores of Torture Program: Lessons Learned. **Can J Progr Eval**. 2005; 20(2): 1-25.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2014, 114 p,

WHOLEY.JS. Evaluability assessment: developing program theory. In: L. Bickman (ed.). **Using theory in evaluation**. New Directions for Program Evaluation, nº 33. San Francisco: Jossey-Bass 1987.

## 6.2 MANUSCRITO 02

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIO DA BAHIA, BRASIL<sup>11</sup>**

Soraya Dantas Santiago dos Anjos<sup>12</sup>  
Cristina Setenta Andrade<sup>13</sup>

**RESUMO**

Estudo realizado com o objetivo de avaliar o grau de implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com foco nos componentes do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal) no município da Bahia. Trata-se de uma análise de implantação realizado através de estudo de caso único com múltiplos níveis de análise. Os dados foram coletados através de grupo focal, entrevista semiestruturada, análise documental e observação e analisados através na perspectiva da triangulação de métodos. O grau de implantação foi classificado em quatro níveis: implantado, parcialmente implantado, incipiente e não implantado. No município-caso, identificamos implantação do programa em grau incipiente. Para análise por componentes se caracterizou por apresentar variação do percentual de adequação, classificando como Não Implantado o Apoio Institucional (20%) e Cooperação Horizontal (0%); Incipiente a Educação Permanente (32,1%); Parcialmente Implantado o Monitoramento (66,7%); e Implantado apenas a Autoavaliação (80,0%). Assim, identificamos que se faz necessário avançar na melhor utilização dos componentes do programa para alcançar os objetivos das intervenções propostas neste, considerando as peculiaridades do contexto local como determinante para seu sucesso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação em saúde; Análise de implantação de programas; PMAQ-AB; Atenção básica.

**ABSTRAC:**

This study aimed to evaluate the degree of implementation of the Program for Access and Quality Improvement of Primary Care focusing on the components of the Transversal Strategic Axis of Development (self-assessment, monitoring, continuing education, institutional support and horizontal cooperation) in the municipality of the Bahia. This is a

---

<sup>11</sup> Trata-se de recorte da pesquisa “Análise de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB em municípios da Bahia” realizado durante o processo de doutoramento no Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Aprovado CEP nº 61486015.9.0000.0055 em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>12</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde: área de concentração Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – PPGES/UESB, Professora Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. End: Rua Ruffo Galvão, 192, apto 101, centro, Itabuna BA. – Tel: (73) 98131-2454.Email: [sdsanjos@uesc.br](mailto:sdsanjos@uesc.br) .

<sup>13</sup> Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) Professora do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde: área de concentração Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – PPGES/UESB. Professora Emérita da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. Tel: (73) 9870-7070 Email [cristina70@uol.com.br](mailto:cristina70@uol.com.br)



deployment analysis performed through a single case study with multiple levels of analysis. Data were collected through focus group, semi-structured interview, document analysis and observation and analyzed through the triangulation method perspective. The degree of implantation was classified into four levels: implanted, partially implanted, incipient and not implanted. In the case municipality, we identified implementation of the program to an incipient degree. For component analysis, it was characterized by presenting a variation in the adequacy percentage, classifying as Not Implemented Institutional Support (20%) and Horizontal Cooperation (0%); Incipient Permanent Education (32.1%); Partially Implemented Monitoring (66.7%); and Implemented only the Self-Assessment (80.0%). Thus, we identified that it is necessary to advance in the best use the components of the program to achieve the objectives of the interventions proposed in this, considering the peculiarities of the local context as determinant for its success.

**KEYWORDS:** Health assessment; Program implementation analysis; PMAQ-AB; Primary care.

## INTRODUÇÃO

Em conformidade com a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) se instituiu através da Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, num contexto político-institucional em que Ministério da Saúde introduzia mecanismos normativos de institucionalização da avaliação das práticas do cuidado, da vigilância e da gestão em saúde e mobilização de atores nos diferentes níveis do sistema de saúde.

Nesta direção, o PMAQ-AB introduziu mudanças nos processos avaliativos na atenção básica, incorporando padrões de qualidade a serem alcançados pelas equipes de atenção básica, articulado o repasse de incrementos financeiros com inovação na gestão para qualidade, enfatizando processos de negociação, mobilização e implicação dos sujeitos, trabalhadores de saúde e gestores, visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PINTO et al, 2012).

Entre suas principais características, destacamos seu caráter voluntário, a criação de parâmetros que permitem a comparação entre equipes no âmbito federal, regional e municipal, seu aspecto incremental, contínuo e processual, que mobiliza os profissionais de saúde e os gestores da atenção básica ao desenvolvimento de ações que promovam a melhoria dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade pactuados e contratualizados, com acompanhamento do processo e dos resultados na perspectiva de mudanças para adequação do próprio modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB está organizado em ciclos contínuos de qualidade a cada dois anos composto pelas seguintes etapas: adesão, certificação e recontratualização, e um eixo

estratégico transversal de desenvolvimento. Este último integra um conjunto de ações articuladas e desenvolvidas pelas equipes e as gestões municipais, estadual e federal, com vistas a mudança na produção do cuidado ao usuário e na gestão do cuidado e dos serviços de atenção básica, através de cinco componentes autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2017).

Estudos recentes relacionados ao PMAQ-AB (MACINKO; SADDI, 2018; SAMPAIO, et. al, 2016; GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016) apontam sua importância na reorganização dos processos de trabalho na atenção básica, para seu fortalecimento e qualificação, ressaltando o papel da gestão municipal e cooperação com as esferas estadual e federal para sua implementação. No entanto, ainda são pouco frequentes as análises em nível local, considerando que o contexto é fator determinante para o sucesso ou mesmo fracasso de intervenções complexas como o PMAQ-AB.

Nesta direção, o presente artigo tem como objetivo analisar a implementação do PMAQ-AB a partir da avaliação do grau de implantação dos componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do programa em um município baiano.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa avaliativa sobre a implantação do PMAQ-AB, apoiada na perspectiva de analisar as relações de uma intervenção e seu contexto durante sua implementação (CHAMPAGNE, et. al. 2011; DENIS & CHAMPAGNE, 1997).

O estudo de caso único com múltiplos níveis de análise foi à estratégia de investigação de escolhida, por possibilitar a observação ampla e aprofundada dos processos relacionados à implantação do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB em um município da região sul da Bahia.

A escolha pelo método do estudo de caso se justifica pela adequabilidade deste em análises de fenômenos contemporâneos que dificilmente podem ser isolados ou dissociados do seu contexto real. Especialmente na pesquisa avaliativa ocupa lugar de destaque tendo como uma das razões explicar os possíveis vínculos causais em intervenções da vida real que são complexas e não comportam estudos experimentais ou de levantamentos (YIN, 2015).

Nesta direção, para avaliação do grau de implantação utilizou-se o Modelo Lógico do programa (Figura 1), uma representação gráfica que articula do processo aos resultados de uma intervenção, como um conjunto que inter-relaciona os insumos, as atividades, os

produtos e os resultados esperados. É uma das técnicas comumente empregadas no planejamento e na análise de informações coletadas em um estudo de caso (YIN, 2015; HARTZ, 1997).

A pesquisa de campo ocorreu no período de setembro de 2018 a maio de 2019, no município-caso. Foram selecionadas além do nível central da Secretaria Municipal de Saúde no âmbito da Diretoria da Atenção Básica, quatro unidades de saúde da família com equipes participantes do PMAQ-AB desde o seu primeiro ciclo e selecionadas de acordo com nota final da certificação quais sejam, (a) equipe de desempenho muito bom; (b) equipe de desempenho bom; (c) equipe de desempenho regular e (d) equipe de desempenho ruim.

Os dados primários foram coletados através de observação simples mediante roteiro no âmbito da gestão da atenção básica e nas unidades de saúde da família. Realizou-se entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam na gestão da atenção básica (04) e profissionais que compõem as equipes da estratégia saúde da família entre enfermeiros (04), cirurgião dentista (01), médico (01), técnicos de enfermagem (02) e agentes comunitários de saúde (10). Também foram realizados grupos focais em duas sessões, da primeira participaram os enfermeiros, responsáveis técnicos pelo PMAQ-AB nas unidades de saúde da família, que aderiram ao programa desde 2011, e da segunda sessão os servidores que integram a Comissão local de fiscalização dos recursos financeiros do PMAQ-AB.

A coleta dos dados secundários se deu através da análise documental dos livros ata das unidades de saúde e da Diretoria da atenção básica, Plano Municipal de Saúde, Matriz de intervenção, relatórios das unidades e da própria Secretaria de saúde, além dos relatórios descritivos da avaliação externa do PMAQ-AB das equipes selecionadas neste estudo.

A análise do grau de implantação teve como referência a matriz de julgamento (Tabela 1) que apresenta a delimitação dos componentes (autoavaliação; monitoramento; educação permanente; apoio institucional; cooperação horizontal), os critérios, padrões, indicadores e fontes de verificação estabelecida.

Apoiados nas formulações de Ferreira e Vieira da Silva (2005) e de Vieira-da-Silva, et.al. (2005) e nos resultados da pactuação na oficina de consenso da matriz de julgamento do grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ, que considerou o papel dos componentes para a realização das ações, para o alcance da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, foram definidos os seguintes escores do grau de implantação do programa, a saber: a) Implantado (I) quando o escore alcançado encontra-se maior ou igual ( $\geq$ ) a 75%; b) Parcialmente Implantado (PI) de 50 a 74%; c) Incipiente (INC)

entre 49 a 25%; d) Não Implantado (NP) menor que ( $\leq$ ) 25%. A obtenção do grau de implantação baseou-se no somatório do escore alcançado em cada indicador em relação ao valor máximo esperado por componente.

Após transcritos e codificados, os dados provenientes das entrevistas e grupos focais foram processados através do software QSRNvivo versão 11, win 32 64b.a , e posteriormente associados à análise documental e aos resultados da observação, confrontados aos resultados da análise de implantação, em uma perspectiva de análise que aproxima-se da triangulação de métodos. Segundo Marcondes; Brizola (2014), esta estratégia de análise colabora para o enriquecimento da interpretação dos dados, permite olhar de diferentes perspectivas para o objeto, através do diálogo entre as informações do material empírico oriundo das narrativas das entrevistas do grupo focal e das observações, com os documentos e o aporte teórico relacionado a temática.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob parecer de nº 61486015.9.0000.0055. As informações foram coletadas somente após o consentimento verbal e documentado dos participantes, assegurando o anonimato e sigilo dos mesmos, bem como o respeito a todos os princípios éticos de pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Contexto Local**

O município-caso é localizado na Região Sul da Bahia, Macrorregião de Saúde Sul segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia (2014) com população de aproximadamente 200 mil habitantes de acordo estimativas para 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O espaço urbano territorial do município é composto por quarenta e quatro bairros, cinquenta e sete loteamentos e dois distritos localizados na zona rural.

O sistema municipal de saúde possui uma estrutura organizacional e administrativa modular, composto por quatro módulos assistenciais, que se caracterizam como áreas geográficas delimitadas, território que agrega um conjunto de equipamentos numa rede hierarquizada segundo nível de complexidade e que prestam assistência à população residente destes módulos.

A atenção básica atualmente possui trinta e duas (32) unidades básicas de saúde que sediam 38 equipes de saúde da família (eSF) e 12 equipes de atenção básica (eAB), atingindo uma cobertura da atenção básica de 75% (BRASIL, 2018).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído por meio da Portaria nº 1.654/2011 e revisado pela Portaria nº 1645/2015, introduziu a avaliação de desempenho e novos critérios de financiamento, além de se constituir como um dispositivo de mudança do modelo de atenção, com ênfase em processos de negociação e implicação dos sujeitos, trabalhadores de saúde e gestores, com os processos de mudança (PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012).

Em 2011, época da adesão ao PMAQ-AB, a cobertura da população pela atenção básica era de 56,62% destas 37,08% coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF). No município em estudo, a adesão no primeiro ciclo de programa (2011-2012) ocorreu em 11 equipes de saúde da família (ESF), representando 47,8% do total de ESF do município. No 2ª ciclo (2013-2014), 10 equipes foram recontratualizadas e inseridas 11 novas equipes no programa, totalizando 21 equipes o que representou 91,3% das eSF do município, bem como do Centro de Especialidades Odontológica - CEO. No terceiro ciclo, com novas adesões, o município conta com todas as equipes (27) aderidas ao programa.

### **Análise do Grau de Implantação**

De acordo com a pontuação obtida por cada um dos componentes do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB o grau de implantação foi classificado como incipiente com percentual de adequação de 46%. A análise por componentes se caracteriza por apresentar uma variação de Não Implantado para Apoio Institucional e Cooperação Horizontal, com percentuais de adequação de 20% e 0% respectivamente, Incipiente (32,1%) para Educação Permanente, Parcialmente Implantado (66,7%) para Monitoramento; e. Implantado (80,0%) para Autoavaliação.

A autoavaliação, único componente a atingir a classificação de implantado, é o ponto de partida para os movimentos de avaliação, momento em que a equipe de saúde coletivamente elabora o diagnóstico situacional local, considerando a capacidade técnica, política e administrativa, para no tempo possível, com os recursos disponíveis, realizar ações concretas sobre os problemas priorizados. (BRASIL, 2015a).

O processo autoavaliativo se caracteriza pela elaboração do diagnóstico de saúde, utiliza o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) que fornece padrões que orientem as boas práticas e a organização das unidades básicas de saúde, visando torná-las em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Ao oportunizar a participação dos profissionais na discussão dos problemas, definição das prioridades e elaboração de intervenções dentro do possível, contribui para a autorresponsabilização, para que não somente a gestão, mas também os profissionais venham se responsabilizar pelo desenvolvimento das ações objetivando a melhoria da atenção básica. (SEIDL et. al., 2014).

As informações disponíveis no Relatório Descritivo referentes a Certificação das equipes deste estudo, nos 1º e 2º ciclos do programa realizaram a autoavaliação. Porém os discursos de profissionais entrevistados ou participantes do grupo focal de algumas equipes referiram que a realização da autoavaliação foi uma ação pontual, para cumprir uma norma instituída, conforme fragmentos das falas a seguir.

“Falaram assim tem que fazer a autoavaliação, aí eu procurei mesmo fazer, entrei no sistema, cadastrei uma senha, fiz a autoavaliação sozinha, tinha que ser com a equipe (...) fiz a autoavaliação e ficou por ali mesmo” (GRUPO FOCAL 1).

“Realmente a gente nunca mais sentou pra discutir, a orientação e de que a cada 6 meses a gente deve fazer a autoavaliação, na verdade passou de 08 meses aí bloqueou. Aí a apoiadora da Secretaria de Saúde disse que ia abrir, aí passou e eu não fiz mais nada.” (EG5)

Os processos autoavaliativos devem além de identificar problemas, apresentar propostas de intervenção sobre situações-problemas identificados, para contribuir com a melhoria contínua do acesso e da qualidade da atenção básica (PINTO; SOUSA e FERLA, 2014; CRUZ, et. al. 2014). As falas a seguir coadunam com esta proposição.

“a gente sentou três dias com a equipe e fez a autoavaliação e a matriz de intervenção com a equipe. A matriz de intervenção a gente fez a gente deixou no mural, e a gente procurou colocar ações mais em curto prazo, ter uma maior resolutividade.” (GRUPO FOCAL 1)

“a gente fez a autoavaliação e a matriz de intervenção, a matriz anterior demandava mais da gestão do que da equipe da unidade, agora fizemos nova matriz que dependa menos a gestão, eu sei que pelo menos a gente está procurando dar resolução aos problemas e vemos que estamos conseguindo resolver” (GRUPO FOCAL 1).

Estudos recentes ressaltam que a autoavaliação oportuniza aos profissionais de saúde a reflexão do seu processo de trabalho, o autoconhecimento da equipe, dos problemas a serem

enfrentados, subsidia a o planejamento e o favorece processos de cogestão da equipe e a construção de novos caminhos na melhoria da atenção básica (BERTUSSO, 2018; CARVALHO, et. al.; 2016; ANDRADE, CPS et. al., 2015; LINHARES; LIRA; SALMITO, 2015; ALBUQUERQUE, 2014). Uma estratégia que associa-se ao monitoramento dos indicadores para constituir-se como diagnóstico analítico que subsidiarão o planejamento das intervenções.

O componente monitoramento apresentou grau de implantação como parcialmente implantado com percentual de 66,7% de adequação das ações propostas. Este resultado foi influenciado positivamente pela alimentação regular dos sistemas de informação em saúde, e negativamente pela ausência de ações da gestão no acompanhamento e avaliação dos indicadores contratualizados pelas equipes na adesão ao PMAQ-AB.

Os gestores da atenção básica referem nas entrevistas que realizam atividades de monitoramento. Essa assertiva está corroborada pelos documentos disponíveis no Relatório descritivo do 1º e 2º ciclos de avaliação do PMAQ-AB, onde os profissionais de saúde das equipes entrevistadas referiram receber informações da gestão para subsidiar a análise da situação de saúde, e apoio nas discussões da equipe acerca do desempenho dos indicadores contratualizados.

No entanto, observa-se divergência nessa questão, visto que nas entrevistas os profissionais afirmam que não tem ocorrido monitoramento das atividades desenvolvidas, dos indicadores contratualizados, a não ocorrência do monitoramento de indicadores assim como inexistência de retroalimentação dos dados que alimentam os sistemas de informação da atenção básica.

“O monitoramento não tem acontecido” (Eg1).

“Esse feedback pra equipe não acontece, a gestão não ajuda, nada de monitoramento.” (Eg3)

“Os indicadores nunca foram encaminhados pra gente, eu sei os da minha unidade por que fiz o calculo, fiz uma tabela no Excel, todo mundo aqui tem que saber, eu não quero é que minha equipe fique prejudicada por que a gestão não faz o trabalho deles, eu faço”. (Eg6)

Estas falas apontam o não cumprimento por parte da gestão da atenção básica, da sua responsabilidade em promover o acompanhamento sistemático e regular das ações da atenção básica, de acordo com a PNAB e apontam para fragilidades nesse quesito. O monitoramento é essencial para os processos avaliativos, contribui para a tomada de decisão e planejamento das

ações de saúde, identificação das necessidades de apoio institucional e de educação permanente para profissionais, trabalhadores de saúde e usuários (SOUSA, 2018).

Durante as observações junto à equipe gestora da atenção básica, na Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna, identificamos que a equipe técnica não desenvolve ações sistematizadas de acompanhamento, monitoramento e avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde da família, em relação ao desempenho dos indicadores contratualizados na adesão ou recontratualização ao PMAQ-AB. Através da fala de um apoiador da atenção básica, podemos identificar a convergência quanto a falta de monitoramento dos indicadores contratualizados, apontando o que ocorre como sendo apenas o acompanhamento da produtividade da equipe.

“O monitoramento está sendo assim os coordenadores de módulo fazem o monitoramento da produtividade semanal e vai alertando”. (Ent G1).

Acresce que, o monitoramento está vinculado à certificação das equipes, contratualizadas com PMAQ-AB, resultando na classificação conforme desempenho e posterior pagamento do incentivo financeiro resultando em promoção ou punição. Neste sentido, o monitoramento ao vigiar o cumprimento de normas, padrões, introduz mecanismos de poder, um poder disciplinar para o controle e o bom adestramento de indivíduos, populações, comportamentos, e utiliza instrumentos como o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação, o exame. (FOUCAULT, 2014).

No tocante ao componente Educação Permanente, esta apresentou grau de implantação incipiente, obtendo nove pontos na matriz, um percentual de adequação de 32,1% da pontuação máxima que poderia ter sido alcançada. As falas a seguir corroboram com este resultado.

“(…) A educação permanente acontece, é aquela coisa aleatória, jogam lá a capacitação e depois a gente não vivencia aquilo” (Eg4)

“(…) A educação permanente com a equipe não acontece de maneira organizada, quando manda o aviso é de ultima hora aí nem sempre dá pra participar” (GRUPO FOCAL).

A Educação permanente é estratégica para a reorganização do processo de trabalho e dos serviços de saúde. Tem como objeto, o cotidiano do trabalho, as demandas e necessidades oriundas deste. Ela se dá no e para o trabalho, ancorada na aprendizagem significativa



(produtora de sentidos e significados), problematizadora, dialógica que possibilita a reflexão, elaboração de novos modos de saber- fazer-organizar-cuidar, na perspectiva de mudança do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2007; RAMOS, et. al., 2018)

As falas dos entrevistados apontam para a ausência de processos de educação permanente no município que priorize as questões relacionadas ao PMAQ-AB, a atenção básica, ao cotidiano do serviço nas unidades de saúde da família.

“(...) A EPS geralmente é feita no âmbito geral não só do PMAQ-AB, geralmente são ações da vigilância que envolve a ABS como esta que está acontecendo agora (...)”. (GRUPO FOCAL.)

“(...) EPS voltada para preparação sobre o PMAQ-AB não acontece e a geral da atenção básica deixa muito a desejar, é muito focada no que vem da SESAB ou Ministério da Saúde” (...).(Eg6)

As ações de EPS que efetivamente são realizadas pela gestão da atenção básica para as equipes de saúde da família, encontram-se as sessões temáticas, os treinamentos e a utilização da ferramenta Telessaúde com uma cobertura de 25% das equipes. Esta realidade compromete a qualificação dos profissionais para o atendimento às necessidades de saúde da população, e mudanças de práticas assistenciais e de gestão.

Nesta direção, para os sujeitos deste estudo, ações de EPS realizadas são pontuais, verticalizadas, que não nascem das necessidades dos serviços, da demanda dos profissionais e dos usuários e não contribuem para o alcance da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, imagem-objetivo contida nas formulações do PMAQ-AB.

Em detrimento, durante as observações do cotidiano do trabalho nas unidades de saúde da família que compõem este estudo, identificamos movimentos em torno da EPS, a própria equipe de saúde organizando rodas de conversa, oficinas, treinamentos envolvendo os trabalhadores, além das mobilizações com a população adscrita. As falas a seguir expressam a realidade observada.

“Agora na minha unidade, independente da gestão a gente faz” (Eg4)

(...) aqui na minha unidade em conto também com a universidade que além dos estudantes tem os residentes que tem assumido muito a educação permanente e a educação para os usuários também”. (...) (Eg2)

O PMAQ-AB se propôs a utilizar a EPS como um de seus componentes estratégicos, tornando-se mais um dispositivo para a implementação da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde (PINTO, et. al., 2014). Para Bezerra e Medeiros (2018) o PMAQ-AB tem dado ênfase a EPS, no entanto, apresenta uma concepção estreita de EPS no que se refere à incorporação do conceito de EPS pelo trabalhador e nos aspectos metodológicos dos tipos de ações descritas no instrumento de avaliação externa. Talvez a falta de apoio técnico para que as equipes possam comprometer a potência transformadora dessa estratégia.

O apoio técnico às equipes se constitui no âmbito do PMAQ-AB como apoio institucional. Trata-se de importante estratégia para induzir mudanças nos modos de governar e cuidar na atenção básica, estabelecendo uma ruptura com a lógica taylorista de gerir processos organizacionais, pessoas e o processo de trabalho. (RIGUI, 2014).

A análise do grau de implantação do apoio institucional no município analisado mostra sua condição de não implantado, com um percentual 20% de adequação às formulações do PMAQ-AB e ao consenso construído para avaliação da proposta de AI no município (Tabela 1). Este resultado pode demonstrar a fragilidade da gestão da atenção básica para gerir os processos relacionados à organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família contratualizadas ao PMAQ-AB.

Nesta perspectiva, o AI inserido no eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB direciona as práticas da gestão municipal relativo às ações de apoio ao planejamento, monitoramento, avaliação identificação de demandas de educação permanente, além de ser também espaço dialógico e de possibilidades de vínculo, comprometimento e corresponsabilização no gerenciamento do cuidado e do serviço, entre equipe e AI.

A observação das práticas da gestão municipal na atenção básica possibilitou identificar o entendimento de AI como a presença de um profissional, técnico de saúde ou com formação em outra área, que acolhe as demandas das equipes relacionadas ao PMAQ, encaminha materiais, orientações, tem uma atuação limitada aos aspectos administrativos, além de atuarem também ligados ao gabinete do diretor do departamento da atenção básica com atividades administrativas.

Podemos identificar nos trechos das falas a seguir convergência com a realidade observada.

“(..) Eu e algumas pessoas da DAB realizamos apoio institucional com as equipes, faço que eu posso pra ajudar elas, orientamos o processo de autoavaliação e uso do AMAQ.” (Ent G1)

“(..) O apoio a gente faz, mas agora que estamos junto com a comissão de fiscalização dos recursos do PMAQ-AB começando a ir na unidade de saúde, agora começando este trabalho”. (Eg4).

Pereira Junior, (2014; 896) refere que o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção.

A fala dos entrevistados a seguir é divergente dos relatos dos gestores da atenção básica e relação à inexistência de AI junto às equipes de saúde da família, mas ao mesmo tempo, comunga da mesma concepção de AI numa perspectiva da supervisão tradicional, fundamentada no modelo Taylorista da Administração Científica, que insere a presença do supervisor para identificar o cumprimento do trabalho conforme normas previstas. Como explícito nestes fragmentos das falas.

(...) Apoio? Ninguém visita a unidade, a gente não vê, ficam presos lá na secretaria e aí cobram uma coisa que eles não têm a vivência. (Eg3)

(...) Não vem ninguém aqui para sentar com a gente, vê o que estamos precisando os insumos, dar orientações, (Grupo focal1)

O AI é uma diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS, na perspectiva da gestão participativa e cogestão, entendido como função gerencial que introduz inovação no modo operandis tradicional de fazer planejamento, coordenação, supervisão e avaliação em saúde (BRASIL, 2008). Sua operacionalização se dá no interior das organizações junto a grupos, contribuindo para democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, buscando novos modos de operar e produzir das organizações, entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes presentes no interior das organizações (PERREIRA JR; CAMPOS, 2014; BRASIL, 2008).

Algumas falas referem à presença do apoiador junto as equipes, o que também está presente nos relatórios da atenção básica e das unidades de saúde, cujos registros das atividades encontram-se referidas na realização de visitas, na presença do apoiador em reuniões com a equipe na unidade de saúde ou encontro organizado pela gestão da atenção básica com as equipes de saúde da família contratualizadas ao PMAQ-AB, no entanto as atividades ocorreram em momentos pontuais, preparação para a autoavaliação e a avaliação externa, conforme exposto a seguir.

“ (...) Nós fizemos todo aquele processo, orientação, discussão, preparando as equipes para a autoavaliação elaboração da matriz de intervenção e o resultado foi bom e até estimulou a entrada das outras equipes. ” (Ent G3)

“ (...) Eles vinheram aqui, orientaram a gente, viram o que estávamos precisando para avaliação externa, como poderíamos melhorar”.(Eg6)

A produção científica sobre o PMAQ-AB (MARQUES DA CRUZ, et al., 2014; CARVALHO, et al. 2017; PINTO, et al., 2014; GUIZARDI, et. al., 2019) aponta que o AI vem sendo utilizado pelas equipes da atenção básica nas diferentes regiões do país, apoiado as discussões da equipe sobre o processo de trabalho, realização da autoavaliação e matriz de intervenção, porém ainda distante do planejamento e organização do trabalho da equipe em sua unidade de saúde.

Destarte, estudo realizado por Melo et.al., (2016), aponta limites e dificuldades dos gestores da atenção básica das capitais brasileiras para realizarem o AI, revelando que muitas equipes estão desassistidas, o que compromete a eficácia do PMAQ-AB e nos leva a refletir sobre a dificuldade de implementação desta estratégia nos mais diversos municípios do país.

No município-caso ocorreu a constituição de uma comissão de servidores que atuam na fiscalização dos recursos do PMAQ-AB, numa perspectiva que se assemelha ao próprio trabalho da gestão da atenção básica. A comissão se manteve presente no interior das unidades de saúde da família, na mobilização dos profissionais para o desenvolvimento das atividades prioritárias e alcance dos indicadores para êxito das equipes e da gestão nos objetivos do programa, conforme expresso nas falas a seguir.

(...) Agora, pelo menos na minha unidade teve a comissão do PMAQ-AB justamente para esclarecer sobre o PMAQ-AB, fiscalizar (..) o que precisa fazer, entregaram uma cartilha com o passo a passo, interessante, pra tá apoiando, é importante, fez um questionamento de como estamos trabalhando e falaram que estão com uma agenda e vão em todas as unidades”.(GRUPO FOCAL).

A Comissão de servidores para atuarem na fiscalização dos recursos do PMAQ-AB, foi instituída através da Portaria SMS/Itabuna/BA nº 04, de 02 de março de 2015, em atendimento a Lei Municipal Nº 2.272 de 30 de maio de 2014, para fiscalização da execução dos recursos do PMAQ-AB. A comissão é composta por representantes de todas as categorias profissionais que atuam na atenção básica do município (odontólogos, enfermeiros, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, equipe de saúde bucal, representante do Centro de especialidades odontológicas e da Diretoria de atenção básica e do Departamento de planejamento), constituindo-se não como um braço da gestão da atenção básica, mas provocando movimentos em torno do PMAQ-AB para atendimento às demandas e necessidades das equipes contratualizadas.

A fala dos representantes da comissão também aponta na direção da introdução de atividades de compartilhamento, troca de experiências na perspectiva da cooperação horizontal.

“(…) Temos um grupo com representante de cada unidade que passa como funciona, como é, se tem uma equipe fazendo uma coisa boa vamos compartilhar com a outra equipe”(GRUPO FOCAL).

A Cooperação Horizontal foi o componente classificado como não implantado no município. É um componente do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB, inserido com a Portaria N° 1645 de 2 de outubro de 2015, cujo objetivo é permitir a troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade da atenção básica.

Observamos durante a pesquisa atividades de cooperação horizontal entre as equipes sem a consciência de que se tratava de tal atividade, inclusive a oficina de consenso da matriz de julgamento do grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB. Destacamos ainda nas falas dos sujeitos entrevistados atividades de cooperação horizontal.

“(…) Pela gestão não acontece nada, a gente fez sem saber o que era, a experiência da EPS no módulo . Todos os meses a gente além de tratar um tema para atualização dos profissionais das equipes, sempre apresentava uma experiência positiva do nosso trabalho, a gente aprendia uns com os outros, sem nem pensar nisso.” (Eg4).

Enfim, a cooperação horizontal virtual ou presencial encontra na ferramenta Comunidade de Práticas (CdP), criada pelo Ministério da Saúde, espaço que possibilita a formação de comunidades para troca de experiências entre trabalhadores e gestores nas três esferas de Governo do serviço de Atenção Básica à Saúde. Porém, ainda uma estratégia que precisa de maior estímulo, dada a potência que possui na ampliação da motivação dos trabalhadores numa perspectiva horizontal, a partir de experiências exitosas partilhadas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise realizada permitiu avaliar o município de Itabuna, Bahia quanto o grau de implantação do PMAQ com foco no Eixo estratégico transversal de desenvolvimento constituído pelos componentes autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal. Pelos resultados apresentados verificamos que sua

implantação é incipiente, refletindo as ações da gestão da atenção básica implementados para operacionalização do PMAQ.

A matriz de julgamento utilizada para avaliar o grau de implantação teve como substrato o modelo lógico do programa cujos critérios, padrões e indicadores podem ser adotados em avaliações de municípios em outros contextos. A utilização de diferentes fontes de evidências contribuiu para assegurar a validade interna e a confiabilidade do estudo de caso.

Considerando-se os componentes em separado, a autoavaliação está implantada, o monitoramento, parcialmente implantado, a educação permanente está com grau de implantação incipiente e o apoio institucional e a cooperação horizontal não estão implantados.

Dessa forma, este artigo evidencia que o PMAQ, analisado a partir seu eixo estratégico transversal de desenvolvimento, ainda não foi adequadamente implantado, indicando a necessidade de aprimoramento da gestão da atenção básica, fortalecimento da educação permanente e do apoio institucional. Aponta como fragilidade a ausência da análise dos determinantes do contexto político-institucional que podem interferir na implantação do programa.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, Merielly Mariano and MEDEIROS, Katia Rejane de. **Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde.** *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.spe2, pp.188-202. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s213>.

BRASIL, 2018. Site da Secretaria de Atenção Primária em Saúde, do Ministério da Saúde. Cobertura de Atenção Básica.

BRASIL. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Brasília: Ministério da Saúde**, Manual Instrutivo 3º ciclo (2015-2016). 2015a.

BRASIL. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Brasília: Ministério da Saúde**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1444-0

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CHAMPAGNE, F. et. Al., A análise de implantação. IN: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CARVALHO MF, SILVA ARV, VASCONCELOS MIO et al. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: estratégias utilizadas em dois estados nordestinos. **Rev. Gest.Saúde** (Brasília) Vol.07 (Supl. 1), jul. 2016. p 875-88

CRUZ, Marly Marques da et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate** [online]. 2014, v. 38, n. spe [Acessado 28 Julho 2019] , pp. 124-139. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S010>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S010>.

FERREIRA, VSC; VIEIRA-DA-SILVA. Intersetorialidade em Saúde: um estudo de caso. IN: HARTZ, Zulmira Maria de Araujo; VIEIRA-DA-SILVA (Organizadores). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador:EDUFBA: Rio de Janeiro; Fiocruz, 2005. p103-150.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção Básica: olhares a partir do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB).** 1 edição ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

GUIZARDI, FRANCINI LUBE et al. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 28, n. 04 [Acessado 28 Julho 2019] , e280421. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280421>>. Epub 25 Fev 2019. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280421>.

DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise de Implantação. HARTZ, ZMA (org.) **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132p. ISBN 85-85676-36-1.

MACINKO, J; SADDI, F.C. The Program for the Improvement of Primary Care Access and Quality (PMAQ) in Brazil. **Saúde e Cultura**, v.21, n.2, p. 148-153, 2018.

MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**. São José dos Campos/SP, Brasil, v. 20, n. 35, jul.2014.

MELO, Lygia Maria de Figueiredo et al. Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras. **Saúde em Debate** [online]. 2016, v. 40, n. 108 [Acessado 28 Julho 2019], pp. 08-22. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080001>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080001>.

PEREIRA, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2014, v. 18, suppl 1 [Acessado 28 Julho 2019], pp. 895-908. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 358-372, Oct. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600358&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600358&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 July 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 2, aug. 2012. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>>. Acesso em: 28 July 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v6i2.492>.

RAMOS, Weslaine Thalita Silva, QUIULO, Larissa Dantas, ANDRADE, Luciana Dantas Farias de. A educação permante no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 35-45, jul./set. 2018.

Righi, Liane Beatriz. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2014, v. 18, suppl 1 [Acessado em: 28 Julho 2019], pp. 1145-1150. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1146>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1146>.

SEIDL, Helena et al . Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 94-108, Oct. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 July 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>.



SOUSA, A.N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate** | RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 289-301, SETEMBRO 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, LM, et.al., Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. IN: HARTZ, Zulmira Maria de Araujo; VIEIRA-DA-SILVA (Organizadores). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA: Rio de Janeiro; Fiocruz, 2005. P207-253.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

### 6.3 MANUSCRITO 03

Fatores restritivos e facilitadores à implantação do Programa de Melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ-AB em município da Bahia -Brasil <sup>14</sup>

Soraya Dantas Santiago dos Anjos<sup>15</sup>  
Cristina Setenta Andrade<sup>16</sup>

#### **RESUMO:**

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com objetivo de identificar fatores facilitadores e restritivos à implementação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica em um município da Bahia, Brasil. A estratégia do estudo de caso com múltiplos nível de análise foi adotada, utilizando para a coleta de dados a análise documental, entrevistas semiestruturadas e grupo focal com gestores e profissionais de saúde. Para a análise do material utilizou-se da análise de conteúdo, adotando como referencial a teoria do jogo social de Carlos Matus para analisar as relações dos atores sociais. No tocante aos aspectos da gestão da atenção básica que envolvem a implementação do programa no município-caso, a ausência da não incorporação dos planos, proposições na política de saúde e na direcionamento das intervenções, a rotatividade dos integrantes das equipes, resultando em baixa capacidade de condução, a falta de suporte às equipes e os recursos materiais e insumos. Já a respeito da interferência das relações entre os atores, as análises demonstram interesse com cooperação, mas também rejeição e conflitos. Por fim ressaltamos que a necessidade de ampliar os espaços de interação para promover ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica

**PALAVRAS-CHAVE:** PMAQ; Atenção Primária à Saúde; Governo.

#### **ABSTRACT**

This is an exploratory study with a qualitative approach, aiming to identify factors that facilitate and restrict the implementation of the transversal strategic axis of development of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care in a municipality of Bahia, Brazil. The strategy of case study with multiple levels of analysis was adopted, using for data collection the document analysis, semi-structured interviews and focus group with managers and professionals. For the analysis of the material it was used the content analysis, adopting as reference the social game theory of Carlos Matus and the issue of Power in the health

---

<sup>14</sup> Trata-se de recorte da pesquisa “Análise de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB em municípios da Bahia” realizado durante o processo de doutoramento no Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Aprovado CEP nº 1.889.636 em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>15</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde: área de concentração Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – PPGES/UESB, Professora Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. End: Rua Ruffo Galvão, 192, apto 101, centro, Itabuna-BA. – Tel: (73) 98131-2454. Email: [sdsanjos@uesc.br](mailto:sdsanjos@uesc.br).

<sup>16</sup> Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) Professora do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde: área de concentração Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – PPGES/UESB. Aposentada pela Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. Tel: (73) 9870-7070 Email [cristina70@uol.com.br](mailto:cristina70@uol.com.br)

sector, fundamental concept of the theory of Mario Testa to analyze the relations of social actors. aspects of primary care management that involve the implementation of the program in the case-city, the absence of non-incorporation of plans, propositions in health policy and intervention direction, the turnover of team members, resulting in poor driving ability, lack of team support and material resources and inputs. Regarding the interference of relations between actors, the analyzes show interest with cooperation, but also rejection and conflicts. Finally, we emphasize that the need to expand interaction spaces to promote access and quality of primary care.

**KEYWORDS:** PMAQ; Primary Health Care; Government.

## **INTRODUÇÃO**

A avaliação de políticas e programas de saúde tornou-se importante ferramenta emancipatória ao desenvolvimento e implantação de intervenções na área, permitindo identificar aspectos interferentes no alcance de seus objetivos.

No Brasil, temos acompanhado o crescimento e institucionalização de estratégias de avaliação no setor saúde, como a criação do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS), a Política Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e no caso da atenção básica, a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ é um programa que tem suas bases na avaliação de desempenho das equipes de atenção básica, com definição de parâmetros de qualidade a serem implantados, indicadores a serem avaliados e seu resultado está articulado ao pagamento de incentivo financeiro para a gestão municipal.

Lançado por meio da Portaria GM/MS n. 1654/2011 (BRASIL, 2011), o programa mobilizou gestores das três esferas de governo, como disparador de movimentos para efetivação dos processos de institucionalização da avaliação na atenção básica, na perspectiva de introduzir na organização dos serviços e no processo de trabalho das equipes mudanças de concepções e práticas que tragam novos sentidos e significados aos modos de cuidar e de governar este nível de atenção.

O desenho do PMAQ em etapas que se sucedem e se articulam, introduz a lógica de contratos de gestão entre equipes e a gestão, inicia com a Adesão e Contratualização de indicadores. Na etapa de Certificação ocorre a verificação do desempenho alcançado e a Recontratualização das equipes e da gestão com a introdução de novos padrões e indicadores e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que atravessa todas as etapas, e

implica em movimentos dos atores voltados para promoverem mudança na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado para a qualificação da atenção básica (BRASIL, 2015).

Diversos estudos apontam a potência do PMAQ na produção de práticas reflexivas e pedagógicas, subsidiando a tomada de decisão, transformação dos processos de trabalho das equipes e das relações estabelecidas no cotidiano dos serviços, ampliação da capacidade da gestão e fortalecimento da atenção básica. (MEDRADO, 2015; MOTA, DAVID, 2015).

O PMAQ tem sido também essencial para conhecimento das condições da atenção básica no país, nos aspectos da infraestrutura de sua rede física, da baixa institucionalização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, das diferenças nas condições de acesso e escopo de ações ofertadas, dentre outros elementos identificados a partir de estudos desenvolvidos principalmente com os resultados das certificações dos municípios disponível no banco de dados do PMAQ ao longo de três ciclos. (LOPES et. al., 2015; BOUSQUAT et. al., 2017).

A realização de estudos relacionadas a implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento pode ser revelador dos processos instituídos pela da gestão no apoio e acompanhamento das equipes, e destas na efetivação de práticas que promovam a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Nesta direção, o presente artigo tem como objetivo, apresentar fatores restritivos e facilitadores à implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ no âmbito da gestão da atenção básica na esfera municipal, considerando as relações estabelecidas entre os atores nos movimentos de mudança da atenção básica.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se pesquisa de caráter exploratório e abordagem qualitativa sobre a implementação do eixo estratégico de desenvolvimento do PMAQ-AB em um município da região sul da Bahia.

A estratégia de investigação foi o estudo de caso único com múltiplos níveis de análise (YIN, 2015) em município de médio porte da região sul da Bahia. Esta estratégia se justifica por permitir a análise do fenômeno em profundidade e a análise do contexto é centrada nas dinâmicas de interação entre os atores envolvidos na implantação. Os níveis de análise definidos foram: a) gestão da atenção básica e b) unidades saúde da família com equipes participantes do PMAQ-AB desde o seu primeiro ciclo.

O município-caso possui aproximadamente 200 mil habitantes (IBGE, 2018) e apresenta uma estrutura organizacional no setor saúde que mantém o comando único do sistema municipal e instaura quatro módulos assistenciais, cada um deles com seis a nove unidades básica de saúde e outros equipamentos de saúde públicos e privados dos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde.

Foram selecionadas 04(quatro) equipes de saúde com adesão ao PMAQ-AB desde o primeiro ciclo, de acordo com nota final da certificação quais sejam, (a) equipe de desempenho muito bom; (b) equipe de desempenho bom; (c) equipe de desempenho regular e (d) equipe de desempenho ruim.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2018 a maio de 2019, através de análise documental, entrevistas semiestruturadas, grupo focal e observação simples.

Para análise documental, utilizou-se os Planos Municipais de Saúde dos períodos 2014-2017 e 2018 – 2021; Programação Anual de Saúde (PAS) no período de 2012 a 2018 e Relatórios da Atenção Básica referentes ao período de dezembro de 2011 a dezembro de 2018; Leis e Portarias do Município relacionadas à Secretaria de Saúde e a Atenção Básica.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com profissionais da gestão e das equipes da estratégia saúde da família, sendo enfermeiros (04), cirurgião dentista (01), médico (01), técnicos de enfermagem (02); agentes comunitários de saúde (10) e técnicos da equipe da gestão da atenção básica (04). Também foram realizados grupos focais em duas sessões, da primeira participaram os enfermeiros, responsáveis técnicos pelo PMAQ-AB nas unidades de saúde da família, que aderiram ao PMAQ desde 2011, e da segunda sessão, os servidores que integram a Comissão Local de Fiscalização dos Recursos Financeiros do PMAQ-AB.

Para análise contextual foi considerado as características do governo, no nível da gestão da atenção básica apoiada no referencial teórico de Matus (1997) segundo o qual a implementação de uma política, plano ou programa necessita da governabilidade do sistema e este se expressa na articulação dos elementos que compõem o triângulo de governo por meio de três variáveis que vão compor um sistema triangular e interdependente: a) projeto de governo; b) governabilidade do sistema e c) a capacidade de governo. (Quadro I) Também nos utilizamos do referencial de Testa (1995) e Foucault (2006) para analisar as relações estabelecidas entre os atores envolvidos na implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ cuja categoria analítica é o poder.

As entrevistas e grupos focais foram gravadas, codificadas e transcritas na íntegra, para em seguida serem processadas através do software QSRNvivo versão 11, win 32 64b.a

(ALVES. et. al. 2015) que permite a codificação e armazenamento de textos em categorias, posteriormente analisados à luz da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Assim, foram estabelecidas as seguintes categorias: Aspectos relacionados ao governo e gestão da atenção básica na implementação do PMAQ-AB e As relações entre os atores na implementação do PMAQ-AB, onde são apresentados fatores restritivos e potenciais presentes no desenvolvimento do eixo estratégico do PMAQ-AB no município-caso.

Em atenção aos preceitos éticos de pesquisas, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, CEP nº 61486015.9.0000.0055 em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **Aspectos relacionados ao governo e gestão da atenção básica na implementação do PMAQ-AB**

A implantação de uma política, plano, programa pelo governo, necessita se buscar a governabilidade do sistema por meio de três variáveis que vão compor um sistema triangular e interdependente, o triângulo de governo, formado pelo projeto de governo; governabilidade do sistema e a capacidade de governo.

O projeto de governo é entendido como a proposta contida no plano que possibilitam mudanças para a situação esperada (MATUS, 1997). No tocante ao aspecto relacionado à gestão da atenção básica, analisamos a posição que ocupa na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde revelando o formato da organização, os níveis hierárquicos, as atribuições, relações de subordinação e fluxos de informação. (SHULTZ, 2016).

No município-caso, a Atenção Básica integra a estrutura legal da Secretaria Municipal de Saúde através de um Departamento conforme Lei Nº 2.378 de 27 de janeiro de 2017, diretamente ligada ao Secretário, integrada por com três divisões: Divisão Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Divisão de Programas e Divisão de Módulos Assistenciais.

A formulação dos planos e programas que vão dar corpo ao projeto de governo, nos Planos Municipais de Saúde (PMS) dos períodos 2014-2017 e 2018-2021, contempla o PMAQ enquanto um programa da atenção básica, está descrito enquanto um programa do

Ministério da Saúde que o município incorporou, apresenta o número de equipes de saúde da família envolvidas, porém, não apresenta análise das condições para operacionalização de suas ações, os resultados alcançados e a identificação de possíveis problemas relacionados ao desenvolvimento e a elaboração de um plano de ação com propostas de intervenção voltadas a orientação das Programações Anuais de Saúde (PAS).

Os Planos Municipais de Saúde (PMS) e as Programações Anuais de Saúde (PAS) são instrumentos do planejamento para o SUS, a base das atividades de programação em cada nível de direção do sistema de saúde, explicitam a política de saúde.

No contexto observado, podemos considerar que o município vem adotando as formulações políticas do Ministério da Saúde para a atenção básica, com adesão aos programas, cuja motivação pode está vinculada aos incentivos financeiros, com o repasse de recursos condicionado ao cumprimento de normas, padrões ou parâmetros a serem atendidos pelo município. No caso da adesão ao PMAQ, o município passa a receber 20% (vinte por cento) do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável por equipe contratualizada. (BRASIL, 2011).

Os documentos e normas técnicas que orientam a implementação do PMAQ, definem suas etapas, de ter elas o Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, com os seguintes componentes: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal.

A autoavaliação engloba um momento avaliativo e outro de planejamento, com a construção de plano de ação e matriz de intervenção, elaborado pela equipe que atua na gestão da AB e as equipes das unidades básicas de saúde com o PMAQ.

A análise documental, revelou que no PMS e/ou PAS, não estavam presentes informações da autoavaliação, o que expressa a não incorporação do PMAQ nos instrumentos de planejamento, na política de saúde para AB. Matus (1997) trata o plano como o conteúdo programático do governo, aquilo que o ator se propõe a realizar para alcançar seus objetivos. Desse modo, emerge como um fator restritivo a implantação das ações do programa, a sua presença apenas como uma política externa, algo que verticalmente chega ao município e este assume para fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro para implementar a AB.

De fato, num contexto de poucos recursos para a saúde, os municípios são estimulados a incorporarem políticas e programas que acrescentam recursos financeiros para a AB no SUS.

Outro critério utilizado na análise do projeto de governo está relacionado à aplicação dos recursos financeiros do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável por equipe contratualizada, tendo como padrões a serem verificados, a existência da Lei Municipal que autoriza o pagamento do incentivo aos trabalhadores das equipes com PMAQ, e a aplicação dos recursos financeiros para aquisição de insumos, equipamentos, e melhorias na infraestrutura das unidades de saúde com vistas a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica.

O município em 2014, aprovou lei que instituiu o Prêmio de Qualidade e Inovação PMAQ/AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB/Variável para os trabalhadores que atuam na AB, Equipes de Saúde da Família e no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. Este prêmio que vem sendo repassado aos trabalhadores semestralmente, contudo, existem posições divergentes entre os profissionais quanto a sua utilização.

O conteúdo das falas a seguir relacionados a utilização dos recursos financeiros do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB/Variável para os trabalhadores no município, revela insatisfações quanto a regularidade do pagamento, a ausência de investimentos nas unidades de saúde para torna-las em melhores condições de trabalho para o atendimento à população.

“(…) Não temos praticamente nada do PMAQ, só o repasse do incentivo para os trabalhadores, que pra pagar é uma burocracia e as unidades de saúde nada, não recebem nada de melhoria”. (Grupo Focal)

(…) E de que forma está sendo pago este incentivo pra gente? é uma demora, então a gente não tem boas condições de trabalho. Pra mim sinceramente, esse incentivo da forma que vem, poderia nem existir. Claro que é bom quando o dinheiro chega, mas sem melhorar as unidades adianta o que?”(Eg6)

Em contraposição, Moraes e Iguti (2014), apontam que um número considerável de municípios que revertem os recursos recebidos em repasse direto aos trabalhadores das suas equipes de atenção básica, ou indiretamente por intermédio dos investimentos voltados à melhoria das condições de trabalho.

A análise dos fragmentos das falas acima, também colocam o PMAQ como um programa que tem provocado processos de autoanálise nos trabalhadores, ainda que não



desenvolvam processo de autogestão, mas se colocam no jogo, assumem posições, questionamentos e podem influenciar os resultados almejados pelo programa.

Neste sentido, a organização dos trabalhadores na conformação de uma comissão de fiscalização dos recursos do PMAQ, coloca-se como produtora de realidade, que pode imprimir ações, participar do jogo social (MATUS, 1995). Nas falas que a seguir observamos a ação dos atores no PMAQ.

“Até hoje a gente não tem o extrato da conta do PMAQ, aí pra que a comissão possa acompanhar os valores e a gente possa cobrar as melhorias das unidades de saúde o PMAQ’ (Grupo Focal)

“Visitamos todas as unidades e vemos as necessidades gritantes das unidades. Aí não tem um sonnar, como é que faz pré-natal de qualidade? PSF só tem um glicosímetro, como é que sai pra visita? Fica como a unidade, descoberta ou a visita não é de qualidade?” (Grupo Focal)

Neste estudo, o pagamento de incentivo para os trabalhadores foi elemento associado aos fatores contextuais restritivos a implantação do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ como presente no trecho da entrevista transcrito a seguir.

“O incentivo é um rateio de acordo com o desempenho, o negocio é que na equipe nem todo mundo se empenha igual, os materiais não vem, ao invés de estímulo tem horas que desestimula, dá vontade de não fazer nada” (Eg4)

“(..) a gente recebe o incentivo, porém como a gente não consegue ver outras coisas da gestão, aplicar o dinheiro pra melhorar as unidades. Tem equipes que não queria continuar porque é desestimulante, a gente trabalha na perspectiva da melhoria da assistência prestada, mas vce não tem suporte pra isso.” (Eg6).

“A gestão pensa que melhorar seria só pra beneficiar os trabalhadores, mas melhorara a captação de recursos tb é bom pra gestão. Quanto mais se faz aumenta a qualidade e o recurso”.(Grupo focal)

O pagamento de incentivo é uma aposta, pode favorecer o compromisso, motivação, desempenho e obtenção dos resultados almejados, os atores no jogo social compartilham projetos comum, mas cada ator apresenta interesses e intencionalidades diferentes.

A subdimensão capacidade de governo diz respeito ao domínio e utilização de técnicas, métodos, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar, controlar, adotar estratégia e táticas eficazes para resolver

problemas. Para Matus, (1995) o ator é um produtor social que possui interesses individuais e coletivos que motivam suas ações e é capaz de ser protagonista na realidade.

Os atores sociais da gestão da atenção básica são os diretores e coordenadores, e um quadro técnico-administrativo de trabalhadores de diferentes níveis de formação. Os documentos (Relatórios da atenção básica) apontam dificuldades, no que tange à conformação de sua equipe técnica para atuar na organização e funcionamento da rede, cumprindo as responsabilidades do município conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2017) pela redução no quadro de pessoal.

Esta realidade compromete as atividades de coordenação e apoio à gestão das unidades produtoras de cuidado, organização do processo de trabalho, a implantação de programas, e o desenvolvimento de suporte através do apoio institucional, educação permanente, monitoramento, bem como o estímulo a troca de saberes e práticas que ficam negligenciados e comprometem os processos de mudança no modelo de atenção, a expansão e consolidação da AB como porta de entrada e coordenadora do cuidado nas redes de atenção.

De acordo com dados do grupo focal e as entrevistas, a atenção básica do município vem sofrendo mudanças na composição da equipe de gestão. Em 2013 a Secretaria Municipal de Saúde contava com quatro coordenadores de módulos assistenciais, um técnico que coordenava o PMAQ, constituindo o GT/PMAQ (grupo de trabalho) que coordenava as ações de apoio institucional às equipes de saúde da família contratualizadas ao programa com vistas a promover análise, planejamento e gestão compartilhada.

A compreensão do gestor da saúde acerca dos programas e políticas o SUS, o desenvolvimento de competências e habilidades para a condução de processos de trabalho coletivos, são elementos fundamentais à mobilização dos atores para produção na saúde, o manejo de conflitos, o que demanda ferramentas técnicas, administrativas e políticas. As falas destacam limites à operacionalização do PMAQ, principalmente pela lógica instituída para o desenvolvimento dos processos de autoavaliação, monitoramento e educação permanente pelas equipes de saúde da família, como podemos identificar nos fragmentos de falas que seguem.

“(…) a gente aqui tinha um grupo de trabalho do PMAQ e era bom, Já, tivemos um só coordenador de módulo e atualmente são dois coordenadores pra quatro módulos, e não tem mais GT/PMAQ”. (Ent G1)

“(..) O pessoal aqui ainda não sabe o que é PMAQ aí é um problema, como é que vão fazer as coisas acontecerem? (..)” (Eg4)

(...) O PMAQ caiu de paraquedas na minha vida. Eu não sei exatamente o que é o PMAQ. Sei né, mas sei de maneira superficial, os detalhes do que acontece em cada etapa, nos ciclos eu não tenho conhecimento profundo. (GRUPO FOCAL)

Associado à questão da compreensão dos gestores quanto seu papel, foi apontado como fator restritivo a implementação do PMAQ, a rotatividade dos profissionais que integram a gestão da AB e a ESF. No recorte temporal estabelecido neste estudo, 2011-2018, ocorreram várias mudanças na composição das equipes, nos dois níveis, a gestão e a unidade básica de saúde. Os discursos a seguir, destacam tais obstáculos.

“(...) De 2011 pra cá teve muita rotatividade de enfermeiro e isso tem afetado a unidade, muita coisa deixamos de fazer.” (Eg4)

“(...) agora teve um problema mudança de enfermeiros e equipe da gestão também na época da avaliação externa.

“(...) houve muita rotatividade de coordenadores de módulos não houve envolvimento deles nas questões do PMAQ (ENTG2).

Problemas relacionados à rotatividade dos profissionais na AB, precarização do trabalho, ausência de políticas de educação permanente e outros desafios da gestão do trabalho em saúde, são considerados como fatores que comprometem a qualidade da atenção à saúde, bem como a satisfação dos usuários e efetividade das ações na melhoria da saúde da população. (MEDEIROS, 2010; SEIDL, et. al, 2014).

Quanto aos gestores de saúde na AB, os fragmentos das falas dos entrevistados referem elevada rotatividade dos profissionais e dos coordenadores dos módulos assistenciais, bem como pudemos constatar a troca do gestor da saúde frequente, visto que no período 2013-2016 quatro secretários ocuparam o cargo, com conseqüentemente mudanças na equipe gestora da AB. Já no período de 2017 a 2018 também foram realizadas quatro mudanças de secretários e três mudanças de diretores da AB.

A alta rotatividade dos gestores das esferas federativas relaciona-se com aspectos de contexto locais, especialmente ligados a questões partidárias e eleitorais, gerando descontinuidade nos processos de governo, gerando permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores (LORENZETTI, 2014). Tais mudanças tem impacto direto na governabilidade do sistema de saúde, determinando as condições do ator para governar. É a relação entre as variáveis que o mesmo controla ou não que define sua governabilidade sobre a gestão do projeto. Quanto mais variáveis um ator controla, maior será sua governabilidade (MATUS, 1997).

A rotatividade dos gestores afeta a implementação do PMAQ, a decisão sobre o atendimento as demandas das unidades de saúde, pode favorecer a descontinuidade dos processos administrativos, a gestão de recursos materiais ou outros elementos aqui denominados operacionais, são restritivos a implementação do PMAQ, como revela as falas .

“O que pega aqui para a coisa andar melhorar é a falta de material para o trabalho, isso afeta, a gente quer fazer as coisas e não consegue” (Eg6)

“(…) a questão estrutural, faltam insumos básicos aparelho de PA, balança fita métrica, termômetro, uma rede de internet que não perca continuamente, pra gente encaminhar os dados, as coisas básicas, que a gente está faltando não só aqui, mas também em toda a rede do município.” (Eg8)

“A gente se esbarra com diversas dificuldades. A questão do apoio da gestão, por exemplo, equipamentos que precisa ter na unidade, a gente sabe que precisa contar com o apoio da gestão, ai a gente perde pontuação na avaliação e na melhoria do atendimento que é prestado.” (Grupo Focal)

A análise destes resultados, coadunam com os estudos de Moura et al. (2010); Lopes et al. (2015); Neves (2018) que identificaram situações que tratam da insuficiência de insumos necessários à realização de procedimentos, a exemplo da coleta de exames papanicolau, ausência de equipamentos e unidades com estrutura física deficitária, ressaltando que a infraestrutura física deficitária e a insuficiência de insumos estão diretamente relacionadas à capacidade resolutive da atenção básica.

Os recursos materiais, insumos, são utilizados em qualquer atividade produtiva, a deficiência no aporte destes recursos para a AB resulta em atendimento inadequado, insatisfação dos usuários e dos trabalhadores, que muitas vezes é um fator que promove estresse, conflitos e descrédito do serviço no atendimento às necessidades e demandas da população.

No entanto, dotar as unidades de saúde da AB de condições materiais necessárias ao cumprimento de seu papel na atenção à saúde, relaciona-se também com os aspectos da governabilidade do sistema, da secretaria de saúde e no interior dela, da AB, na capacidade de articulação com os demais setores, aqueles que assumem as funções administrativas, orçamentárias e financeiras e lidam com a gestão de recursos materiais.

## Relações entre os atores na implantação do PMAQ-AB

De acordo com Matus (2005) o processo de produção gerado pelas relações entre os atores sociais pode ser entendido como um jogo social. Neste, os atores desenvolvem estratégias para vencerem resistências, ou para obter cooperação/colaboração com o outro, tornando-se simultaneamente produtores e produto que dinamizam o jogo social.

A partir do olhar para os desafios que se apresentaram na reorganização das práticas de cuidado na perspectiva de ampliação do acesso e gestão do cuidado com foco no exercício de cogestão, constatamos que as relações estabelecidas entre os profissionais das equipes de saúde da família se manifestam em forma de cooperação, conflito ou competição. Os trechos das falas dos trabalhadores entrevistados destacam as relações para produção do PMAQ.

“A equipe se esforça para fazer acontecer o PMAQ posso dizer que a gente aqui se ajuda, posso dizer em torno de 70% de entendimento sem confusão, um colaborando com o outro” (Eg4).

(...) tem aquelas situações, de gente da equipe que mesmo na hora do trabalho, não se engaja, esta é uma situação, mesmo a enfermeira chamando, tem uns que dão trabalho, aí a enfermeira adverte, risco de não receber o PMAQ.(..) (Eg7)

Estas falas revelam a cooperação/colaboração para fazer acontecer, podendo ser considerado que existe um interesse comum, uma maneira de proteger o benefício esperado, de garantir o desempenho que resulte no incentivo financeiro para a equipe. Entretanto, Matus (2005) adverte a necessidade de, no espaço de produção, identificar nos atores, as operações que realizam, pois elas demonstram os possíveis sinais básicos de interesse, podendo manifestar-se como apoio, rejeição ou indiferença.

No discurso que segue, identifica-se a cooperação e apoio para o desenvolvimento das práticas nas unidades de saúde, mas cabe destacar o exercício do poder no sentido de autoridade, daquele que impõe vontade numa relação social, mesmo contra resistências, baseada na compreensão de que o exercício de dominação é legítimo.

“Se eu chamar a equipe pra qualquer atividade todos estarão ali, a gente faz uma troca muito saudável, a gente vive o sofrimento um do outro, pra mim PMAQ só anda se a equipe estiver amarrada, mas se tiver aquela briguinha na unidade, ACS com enfermeiro, aquela fuxicada, ah não, fulano não vai, ai eu digo; não tem problema, ele não vai receber. Eu não sei o que vai ser da minha vida se o PMAQ acabar!”

Nesta direção, Testa (1995; 1992) considera o poder uma categoria analítica, uma abstração da realidade observável que pode conduzir a realidade, contém uma ação, o uso de instrumentos e recursos, a razão que legitima essa ação e o procedimento ou a norma que deve ser cumprida.

“(..) eu não impus nada, eu disse quem não trabalhasse saia do PMAQ, não ia receber o incentivo do PMAQ, a lei daqui diz isso, quem decide quem vai receber ou não é o coordenador, o responsável técnico, eu sou o responsável. Eu não acho justo que fulano que não está fazendo nada receber. Então eu não ia deixar quem não está trabalhando ficar sem fazer nada ou então ele saia. (.g.)

O poder é uma capacidade que se exerce para produzir resultados, realizar uma ação, determinar comportamento, como pode ser identificado no conteúdo da fala do ator entrevistado, que em certa medida, utiliza da coerção pela autoridade, pela dependência, pelo domínio com ou sem resistência, baseada nos recursos institucionais, a norma, a portaria que institui um sistema de regras em imposição, neste caso, receber o incentivo do PMAQ. Aqui também está presente o poder como arte de governar, compreendido como a capacidade de conduzir as ações do outro, um modo de ação exercido sobre um ou mais sujeitos (FRANCO, et al, 2011).

No diálogo estabelecido entre os atores na produção do PMAQ, presente no trecho da entrevista a seguir, observamos o deslocamento da concepção de poder no sentido de que não é propriedade que se detém, é exercido através de determinados lugares, não está apenas em relações de dominação, mas também é necessário considerar os conflitos, ele está presente e se exerce com uma multiplicidade de forças, produz resistência, lutas, disputas, enfrentamentos (FOUCAULT, 2006).

O PMAQ só existe se cair nas costas do enfermeiro, problema hoje é que muito enfermeiro não quer assumir a unidade. (..) você descobre que a gerencia e a assistência cai nas costas da mesa pessoa quando você sabe que os cadernos da atenção básica do Ministério da Saúde colocam que a gerencia da USF é de toda a equipe (...) eu tive um problema com o odontólogo, eu coloquei ele pra gerenciar o Programa Saúde na Escola - PSE ai ela disse que a função era minha eu era enfermeira chefe. A faculdade de odontologia não ensina que o trabalho é dele também, ai eu falei, é trabalha 40h e atende 16 horas e a secretaria não faz nada. Um dia chegou um paciente 10:30 horas e ele não queria atender, aí disse são horas de chegar na unidade? Eu disse, e dor tem hora para chegar? mas você tem horas pra ficar. (Eg4).

Ademais, a fala também destaca a presença do enfermeiro no contexto da atenção básica, as formas de vivenciar o poder-saber, se posicionando na relação profissional na equipe de saúde da família. Identifica-se a resistência do trabalhador na forma de exercer seu papel, de coresponsabilizar o outro na gestão das ações de saúde da unidade junto à população. Também a presença do exercício de liderança da equipe pelo enfermeiro, a autoridade no controle do trabalho da equipe, na perspectiva de Testa (1995) um poder técnico, o que utiliza como ferramenta para direcionar o funcionamento e organização do serviço.

Há evidências do destaque da enfermagem na atenção básica, visto que os Enfermeiros desempenham além da sua competência técnica, a função de coordenação da equipe, acumulando múltiplas funções que tem tido impactos deletérios no compartilhamento da produção do trabalho em equipe (SEIDL et al., 2014).

Nesta direção os discursos dos diferentes profissionais entrevistados, a observação do processo de trabalho e do funcionamento da unidade de saúde da família, destaca o enfermeiro como o disparador dos atos de gestão da unidade, gestão do cuidado, mobilização dos atores, um exercício de poder, ações e utilização de recursos, que no setor saúde Testa (1995) define como poder administrativo, poder técnico e poder político.

As relações da gestão com a equipe da unidade de saúde em relação às ações do PMAQ se dão de forma diretiva e autoritária, através da direcionalidade para o enfermeiro como o ator que deve fazer cumprir a norma, controlar a equipe, a fim de assegurar o recebimento dos recursos financeiros, sem oferecer suporte técnico e administrativo, muitas vezes produzindo resultados detonantes da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho na atenção básica.

“(...) Acho o PMAQ um saco, deveria ser uma coisa prezeirosa no dia a dia, não era pra ser essa coisa correndo, em cima da hora, todo mundo cansada, sem férias, desgastada, era pra ser prezeirosa, é nosso trabalho”. (Grupo Focal).

O fragmento da fala aponta para refletirmos sobre fatores vinculados às condições de trabalho, reconhecendo a potencia produtora do trabalho em gerar satisfações e insatisfações, resultados de múltiplos fatores, econômicos, de gestão do trabalho, das relações de poder instituídas no setor saúde, dentre outros.

A manifestação contida no discurso está associada no município-caso, à gestão de pessoal empreendida pela administração pública municipal, do trabalho no que pese as

questões não atendimento às garantias trabalhistas, férias acumuladas, associado ao modo como a gestão da AB vem implementando PMAQ, fatores já identificados, como a falta do apoio institucional, da presença da gestão no monitoramento, no suporte às equipes para problematizarem o cotidiano, construir caminhos de mudança, azeitado pelo trabalho compartilhado e coletivamente realizado.

Outrossim, o PMAQ é um programa que requer a processualidade, movimentos, como numa espiral, para o alcance dos padrões de qualidade pactuados, indicadores contratualizados, num processo de produção/acumulação, e não um momento pontual, como revela a fala, e que podemos relacionar ao momento da avaliação externa, em que serão identificados, por avaliadores externos, in lócus, mediante uso de instrumento para verificação, as evidências do esforço empreendido pela equipe e gestão AB.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ possibilitou-nos conceber a interferência dos fatores contextuais, facilitadores ou mesmo dificultores, no processo de implantação de seus componentes.

Na convergência do diálogo dos atores do processo, a observação da realidade e os elementos teóricos escolhidos, identificamos fatores restritivos sua dissociação às proposições políticas para atenção básica, que limita o direcionamento das intervenções, a responsabilização dos atores sociais no processo e confere redução do potencial mobilizador aos processos reflexivos sobre as práticas de atenção e gestão da saúde e aos processos gerenciais para a mudança na saúde.

Identificam-se no jogo social atores que cooperam e contribuem para o alcance de melhores resultados, mas com aspectos de subordinação a autoridade que exerce o poder legitimado pela norma. Os problemas relacionados à falta de apoio da gestão para orientar o processo de trabalho e a gestão do cuidado nas unidades de saúde, falta de insumos e materiais, são outros fatores restritivos para o efetivo desenvolvimento das ações que envolve os componentes do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ, a autoavaliação, o monitoramento, a educação permanente, o apoio matricial e a cooperação horizontal.

A composição da equipe de gestão, a baixa compreensão acerca do programa, a elevada rotatividade na gestão, são fatores que contribuem para a descontinuidade e desacumulação institucional da gestão da atenção básica para produção de alcance de



indicadores pactuados, mudanças no modelo de atenção, vinculação e cooperação das equipes na qualificação da atenção básica. É preciso refletir sobre os resultados da implementação do programa como reflexo não somente da busca pelos objetivos por estas, mas como produto de um complexo jogo de poder entre atores que tem no contexto seu aspecto mais interferente.

## REFERÊNCIAS

ALVES, D.; FIGUEIREDO FILHO, D.; HENRIQUE, A. “O Poderoso NVivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo”. **Revista Política Hoje**, 2ª ed., v. 24, p. 119- 134, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOUSQUAT, Aylene et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n. 8, e00037316, 2017.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília 2011 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt16574-19-07-2011.html>. Acesso em: 23 mar 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica** (Saúde da Família Saúde Bucal Equipes parametrizadas e Nasf). 2ª ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 62 p.

CHIMARA, M. B.; SILVA, E.; PAIN, C.; STOROPOLI, J.E. Gestão do sistema de saúde do município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na microrregião de cidade Tiradentes. **Rev de Gestão em Sistemas de Saúde RGSS**. São Paulo, v. 2, n.2, p 174-197, 2013.

FERREIRA, L.R et al. Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03407, 2018 .

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 22ª Edição. Org e tradução, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006, 29 p.

FRANCO, T.B.; RIBEIRO, C.D.M.; JUNIOR, A.G.S.; LIMA, R.C.D.; ANDRADE, C.S. **In: RIBEIRO, C.D.M (ORG) et. al., Saúde Suplementar, biopolítica e promoção à saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. P19-37

LORENZETTI, J. et al . Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014 .

LOPES, EAA, ET. AL. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília, v.9, n. 2, p. 237-250, jun 2015.

MATUS, C. **Política planejamento & governo.** 3ª ed. – Brasília: IPEA, 1997.

MATUS, C. **Teoria do Jogo Social.** Tradução Luis Felipe Rodriguez Del Riego: revisão técnica Vania Mundim Sat'Ana. São Paulo: FUNDAP, 2005.524 p.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al . A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, June 2010 .

MEDRADO, J.R.S; CASANOVA, A.A; OLIVEIRA, C.C.M.. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. 107, p. 1033-1043, Dec. 2015 .

MORAES, P.N.; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v.37, n.98, p.416-426, Set 2013.

MOURA, B.L.A., et al . Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.10, supl. 1, p. s69-s81, Nov. 2010.

MOTA, R.R.A.; LEAL DAVID, H.M.S. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 122-127, mar. 2015.

NEVES, R.G. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública**[online], vol.34, n.4, e 00072317, 2018.

SEIDL, H. et al . Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro: v. 38, n. spe, p. 94-108, Oct. 2014 .

SCHULTZ, Glauco. **Introdução à gestão de organizações.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016. 293 p. il.

SORATTO, Jacks, et. al,. Insatisfação no trabalho dos profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, 2017: 26(3):e2500016.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Artes Médicas/Abrasco, Porto Alegre, 1992.

TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica da programação**: o caso da saúde. Trad. Angela Maria Tijiwa. Ed Brasileira ver e atualizada em 1993. Ed HUCITEC – ABRASCO: São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de produção deste estudo nos aproximou do campo da avaliação em saúde e o desafio que se apresenta nos caminhos da investigação de processos que envolvem emitir um julgamento sobre a implantação de políticas, planos e programas, reforçou a necessária posição de que a avaliação tenha sentido e significado para os envolvidos, na perspectiva de contribuir para a tomada de decisão e melhorar as práticas individuais e coletivas nos serviços de saúde para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Esta investigação no que tange aspectos teóricos e metodológicos é apenas uma das possibilidades de apreensão do objeto de estudo, considerando que o seu recorte está carregado de motivações, memórias, aspirações, valores, ideologia, e da direção que a luz permitiu enxergar, e aquilo que te salta aos olhos.

Foram estabelecidos na consecução da proposta avaliativa movimentos de construção e desconstrução que perpassam a minha prática docente e assistencial, ator social que tem engajamento técnico, ideológico e político na construção do SUS no nível local, regional e interessada em contribuir com o olhar crítico sobre a realidade, a ruptura com a concepção ingênua da separação entre o programa e as condições de implantação em que o programa sofre a influência do contexto em que está inserido.

A pré-avaliação através do Estudo de Avaliabilidade, possibilitou ampliar a compreensão do programa com a elaboração do modelo lógico e da matriz de avaliação, adotou mais de um procedimento para coleta de dados e realizou análise detalhada dos mesmos, o que contribuiu para melhor consistência dos seus resultados, foi observado divergências, entre o pensar e o agir dos gestores da atenção básica, relacionado aos processos que poderão produzir movimentos de mudanças na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado, com vistas a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

A análise de implantação realizada destacou a influência dos determinantes contextuais sobre a intervenção, esclarecendo a importância de se identificar as condições que um programa, uma política é implantada, para entendê-la como parte do sistema social que é influenciado por multifatores.

O grau de implantação foi classificado como *incipiente com percentual de adequação de 46%*. A análise por componentes se caracteriza por apresentar uma variação de *Não Implantado* para Apoio Institucional e Cooperação Horizontal, com percentuais de adequação

de 20% e 0% respectivamente, *Incipiente* (32,1%) para Educação Permanente, *Parcialmente Implantado* (66,7%) para Monitoramento; e *Implantado* (80,0%) para Autoavaliação.

A falta de apoio institucional da gestão para as equipes e por outro lado as próprias equipes criando saída, autogovernando. O conhecimento acerca do programa, para orientar o desenvolvimento das atividades, mobilizar os atores para mudança, relações de cooperação e conflitos de interesses estão presentes denotando a falta de poder técnico, administrativo e político dos envolvidos na implantação da intervenção.

O estudo de avaliabilidade foi enriquecedor, o envolvimento dos atores sociais nas discussões para elaboração do modelo lógico definitivo, da matriz de julgamento, os critérios e padrões, onde ao mesmo tempo que se construía instrumentos para avaliação, abriam-se discussões em torno de sua utilização como ferramenta para as práticas das equipes de saúde da família e dos envolvidos com a gestão da atenção básica para a atenção individual e coletiva à população.

No entanto, por mais que o pesquisador assuma nos processos avaliativos o papel de moderador que envolve e estimula a participação dos interessados, ainda persiste no senso comum a ideia da prática avaliativa de competência governamental aquele que vem para julgar, ator externo, acima e de fora da realidade, resultando em medidas de punição ou premiação

O PMAQ-AB surgiu no contexto político em que a gestão federal deflagrou a implementação de políticas para a efetivação do SUS, fortalecimento da atenção básica como porta de entrada e ordenadora das redes de atenção à saúde, a institucionalização da avaliação e a introdução de estratégias que para, ampliar o acesso e promove a qualificação da sua infraestrutura processos de trabalho e satisfação dos usuários, mas o grande dispositivo anunciado como mecanismo indutor de mudanças, foi a ampliação dos recursos financeiros para a atenção básica através do incentivo no PAB-Variável.

O município atende esta oferta e faz a adesão das equipes de saúde da família como mais um programa de captação de recursos financeiros, mas não vincula ao corpo político institucional e que foi identificado pela ausência do PMAQ nos planos programas, bem como na composição técnica da equipe da atenção básica que sofre constantes mudanças no seu quadro, alta rotatividade dos profissionais da secretaria de saúde e das unidades de saúde elementos restritivos à incorporação do novo.

## REFERÊNCIAS

ALBANAES, C.H.; LOBO, E.; BERNARDINI, I.S. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e sua relação com a qualidade dos serviços prestados nos Centros de Saúde. Disponível em: <http://gsp.curscad.ufsc.br/wp/page/id 290>. Acesso em: 16 mar 2015.

ALKIN, M. (Ed.). **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences**. London: Sage, 2004.

ALMEIDA, D.B.; MELO, C.M.M. de. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 75-80, jan./dez. 2010

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em atenção básica no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 a 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1727-1742, ago., 2008.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 14, suppl 1, p.1336-1338, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília, novembro de 1998, 39p. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96. Diário Oficial da União de 03 nov. 1996. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2394 de 19 dez. 2003. **Portaria do Pacto de Indicadores da Atenção Básica**. Brasília, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto de Indicadores da Atenção Básica**: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 3 (2): 221-224, abr. / jun., 2003b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003c. 248p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para Melhoria da Qualidade, Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. Diário Oficial da União, Brasília 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt16574-19-07-2011.html>. Acesso em: 23 mar 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 62p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36p.**

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária: Strategies of assessment and continuous quality improvement in the context of Primary Health Care. **Rev. Bras. Saúde Matern Infant**, 5(supl. 1), s 63-69.2005.

CARDOSO, A.V.L. et al. Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1267-1284, abr, 2015.

CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A técnica delphi e seu uso na pesquisa em enfermagem: revisão bibliográfica. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v.13, n.3, p.429-434, jul./set., 2009.

CASTRO, R.C.L.C. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9):1772-1784, set, 2012

CECILIO, L.C.O.; LINS, A.M. O discurso da Institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3. Rio de Janeiro. 2008.

CHIMARA, M.B. et al. Gestão do Sistema de Saúde do Município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na microrregião de cidade

Tiradentes. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**. São Paulo, v. 2. n. 2, 174-197. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 29-47.

CRUZ, M.A. Avaliação de políticas e programas: contribuições para o debate. In: MATOS, Rubens de Araújo; BAPTISTA, T.W.F. (organizadores). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre, REDE UNIDA, 2015, p 284-346.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise de Implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.E.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: Astrid Brousselle; François Champagne; André-Pierre Contandopoulos; Zulmira Hartz (Orgs.) **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 19-39.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas – SP, Ed Unicamp, 1. ed. 2011, 320p.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-565, 2006.

FELISBERTO, E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online]. 2009, v. 9, n. 3, p.339-357

FERNANDES, F.M.B. et al. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9. p.1667-1677, set, 2011.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I.; Felisberto, E.; Figueiró, A.C.; Frias, P.G. (Orgs) **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FONTES TEIXEIRA, C. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, jul.-set., 2006, p. 572-574 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil.

FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(12):2643-2655, dez, 2014

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Rev Ciência Saúde Coletiva*, v. 7, n.3, p.419-21.



HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-SILVA, L. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA; Rio de Janeiro; Fiocruz, 275p.

LINHARES, P.H.A.; LIRA, G.V.; ALBUQUERQUE, I.M.N. Avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade no Estado do Ceará. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 195-208, out 2014.

MACHADO, T.C. **Pactuação interfederativa na Bahia**: Desempenho dos indicadores da vigilância epidemiológica e qualidade das informações do Sispacto. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2015. Salvador, BA.

MARCONDES, N.A.V.; BRISOLA, E.M. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap** – revista.univap.br. São José dos Campos-SP-Brasil, v. 20, n. 35, jul.2014. ISSN 2237-1753

MATUS, C. **Política planejamento & governo**. 3. ed. – Brasília: IPEA, 1997.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A.L.B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Div Saúde Debate** 2000; v.2, p.15-28

MINAYO, M.C.S. **Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Editora; Hucitec, Edição: 12. Ano: 2010

\_\_\_\_\_. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais/Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

MORAES, P.N. de; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde debate**. 2013, vol.37, n.98, p.416-426.

MOTA, R.R.A.; LEAL DAVID, H.M.S. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar [National Primary Care Access and Quality Improvement Program: issues to discuss]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 122-127, mar. 2015.

PATTON, M.Q. **Utilization Fouced Evaluation** 1978) Berveley Hills: Sage Publications, 1997.

\_\_\_\_\_. **Creative Evaluation**. 2. ed. Newbury Park: Sage Publications, 1986.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A.R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. Disponível em: [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/artigo\\_pmaq\\_revista.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/artigo_pmaq_revista.pdf). Acesso em 16 mar 2015.

REIS, A.T. dos; OLIVEIRA, P.T.R. de; SELLERA, P.E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, 2012.

ROSSI, P.H.; FREEMAN, H.E. **Evaluation**: a systematic approach. Beverly Hills: Sage Publication, 1993.

SÁ, M.C.; PEPE, V.L.E. Planejamento estratégico. In: ROZENFELD, S. (org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 196-232. ISBN 978-85- 7541-325-8. Available from SciELO Books.

SADDI, F.C.; PECKHAM, S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective: What Does It Mean for Research and Policy? **J Ambul Care Manage.** v. 41, n. 1, p. 25-33. Jan/Mar, 2018.

SANTOS, A.R. et al. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: em busca de novos sentidos no processo de trabalho. **Rev Saúde.Com.** v. 10, n. 3, p. 307-314, 2014.

SANTOS, M.G. dos et al. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n.3, p. 171-179, jul./set. 2010.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas Sociologia, **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. XXXI, p. 59-80, 2016.

SOUSA, A.N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 1 Fev. 2019], p. 289-301. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>.

SOUZA, M.F. et al. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51-87, 2017.

TELLES, R. et al. Implementação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, p. 1-10, out. 2016. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/7978>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**: o caso da saúde. Trad. Angela Maria Tijiwa. Ed Brasileira ver e atualizada em 1993. Ed HUCITEC – ABRASCO: São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

\_\_\_\_\_. **Pensar em Saúde**. Trad. Walquiria Maria Franke Settineri: Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRAD, L.A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação – A fenomenologia, O Marxismo. 5. Ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. 175p.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014, 114p.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Robert K Yin:trad. Daniel Grassi. – 5. ed. – Porto Alegre: Bookman, 2015. 271 p.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE  
NÍVEL MESTRADO E DOUTORADO ACADÊMICO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA

(Gestores e Profissionais de Saúde)

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Soraya Dantas Santiago dos Anjos, juntamente com a Professora Doutora Cristina Setenta Andrade, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, estamos realizando a pesquisa: **“Análise de implantação do Eixo Estratégico Transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade da atenção básica – PMAQ-AB em municípios do Sul da Bahia”** estamos convidando o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa cujo objetivo geral é analisar o processo de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB em municípios da região sul da Bahia; São objetivos específicos: analisar as concepções elaboradas pelos profissionais das equipes saúde da família e dos gestores da atenção básica acerca do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do PMAQ-AB nos municípios selecionados; estimar o grau de implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do programa nos municípios selecionados; identificar os fatores contextuais facilitadores e restritivos à implantação do eixo estratégico transversal de desenvolvimento do programa; discutir a influência do grau de implantação nos resultados alcançados pelas equipes para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Justifica-se esta pesquisa pela importância da avaliação de políticas e programas de saúde, na perspectiva de contribuir com um referencial teórico-prático para a melhoria da intervenção. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem prejuízo e/ou penalidades para o (a) senhor (a) ou a sua família. Serão garantidos ao participante o direito a qualquer esclarecimento sobre a

pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de se recusar a responder pergunta que não se sinta confortável para tal, ou retirar o consentimento em qualquer ase da pesquisa.

Sua participação é muito importante e dar-se-á através de grupo focal, entrevista semiestruturada, a observação simples abordando aspectos relativos ao tema. As informações prestadas serão analisadas segundo categorias teóricas e empíricas que emergirão do estudo e serão apresentadas em conjunto sem a identificação nominal de forma clara de modo a assegurar o sigilo e não comprometer o participante.

Os resultados das informações coletadas serão utilizados exclusivamente para publicações - Tese artigos em revistas científica e apresentações em eventos e reuniões científicos. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa. Poderá entrar em contato com Soraya Dantas Santiago dos Anjos, e Cristina Setenta Andrade no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde (PPGES) ou pelo telefone (73) 3528-9600 ou pelos e-mails: sorayadsa@gmail.com, cristina70@uol.com. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB- Instância local de controle social em pesquisa que visa à proteção dos direitos e a dignidade dos participantes. Este que se localiza na UESB, no 1º andar do Módulo Administrativo, Sala do CEP/ UESB. Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho, Jequié-Bahia, CEP: 45206-510. Ou pelo telefone: (73) 3528-9600 ou pelo e-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou [cepjq@uesb.edu.br](mailto:cepjq@uesb.edu.br).

Se o (a) senhor (a) aceita participar livremente deste estudo, por favor, assine este termo de consentimento em duas vias. Agradeço sua atenção!

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Itabuna-Ba: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Campus Jequié  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB

**APÊNDICE B:**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**NÍVEL DOUTORADO ACADÊMICO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

**Roteiro para entrevista Estudo de Avaliabilidade****1.0 Informantes-chave: Gestores da Atenção Básica****1.1 Identificação do entrevistado**

Nome:

Cargo ocupado

Período de atuação

Profissão

**1.2 Identificando os objetivos da Intervenção**

1.2.1 De que forma a gestão da saúde vem enfrentando os problemas relacionados a qualificação dos processos de trabalho das equipes de saúde da família?

1.2.2 De que forma a gestão da saúde vem atuando na orientação do trabalho das equipes de saúde da família em função de prioridades, metas e resultados definidos, negociados e contratualizados pela equipe e gestão municipal?

1.2.3 O que saberia falar sobre o Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – PMAQ-AB?

O que saberia falar sobre as etapa /fases do PMAQ?

1.2.4 O que saberia falar sobre a etapa/fases de desenvolvimento (eixo estratégico transversal) do PMAQ? objetivos, componentes e ações?

**1.3 Discutindo sobre ao componentes da etapa/fase de desenvolvimento (eixo estratégico transversal) do PMAQ**

1.3.1 O que saberia falar sobre a autoavaliação? Quais suas ações e resultados esperados? o que tem conseguido realizar?

1.3.2 O que saberia falar sobre o monitoramento? quais suas ações e resultados esperados? o que tem conseguido realizar?

1.3.3 O que saberia falar sobre a educação permanente? quais suas ações e resultados

esperados? o que tem conseguido realizar?

1.3.4 O que saberia falar sobre o apoio institucional? quais suas ações e resultados esperados? o que tem conseguido realizar?

1.3.5 O que saberia falar sobre a cooperação horizontal? quais suas ações e resultados esperados? o que tem conseguido realizar?

#### **1.4 Discutindo a avaliação da intervenção: etapa/fase de desenvolvimento do PMAQ: eixo estratégico transversal**

1.4.1 Em sua opinião quais são as áreas críticas desta etapa/fase que mereciam ser avaliadas?

**APÊNDICE C:**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**NÍVEL DOUTORADO ACADÊMICO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

**Roteiro para entrevista Análise de Implantação**

**1.0 Profissionais das equipes de saúde da família**

**1.1 Identificação do entrevistado**

Nome:

Cargo ocupado

Período de atuação

Profissão

1. O que é o PMAQ?

2. Quais seus objetivos?

3. O que saberia falar sobre as fases/etapas – PMAQ-AB?

4. O que saberia falar sobre a etapa/fases de desenvolvimento (eixo estratégico transversal) do PMAQ? objetivos, componentes e ações?

5. Como vem sendo realizada as atividades de desenvolvimento do eixo estratégico transversal do PMAQ? autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal?

6. A equipe de gestão da atenção básica vem trabalhando junto a equipe para o desenvolvimento do eixo estratégico transversal do PMAQ? Como? exemplifique

7. O que você identifica de facilidades e/ou dificuldades para o desenvolvimento do eixo estratégico transversal do PMAQ? Comente?

8. Que efeitos você pode relacionar ao PMAQ-Abem relação a Unidade de saúde da família, suas práticas, organização do processo de trabalho e atenção a saúde

9. Como você entende o papel da gestão da atenção básica no processo de o desenvolvimento do eixo estratégico transversal do PMAQ? Comente?

9. Como você entende o seu papel no processo do desenvolvimento do eixo estratégico transversal do PMAQ? Comente?

10. Quais ações foram implementadas do eixo estratégico transversal do PMAQ? Descreva.



## APENDICE D:

### PREPARO E PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

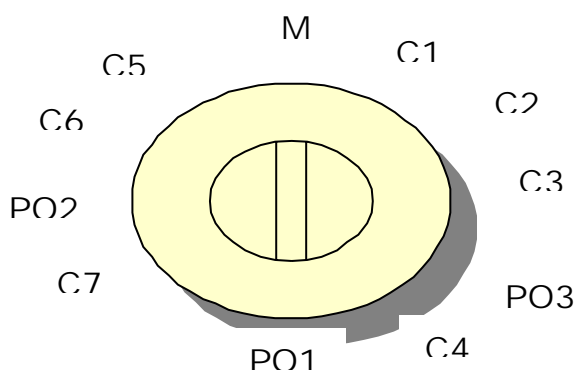
#### Preparo do Ambiente

✎ Checar o local onde será realizada a técnica, quanto: a privacidade, conforto, condições de iluminação, estar livre de interferências sonoras, ser de fácil acesso para os participantes, ser ventilado e ambiente neutro;

✎ Checar material: som, CD com a música, DVD, filmadora, copos, café, água, adoçante, papel higiênico, tesoura, estabilizador, benjamim, extensão, lâmpadas, note book, diário de campo, gravadores, cópia do impresso, da identificação dos colaboradores e termo de consentimento, saco de lixo, biscoitos, crachás, hidrocores, toalha de mesa, refrigerante e lanche e chocolate.

✎ Providenciar o arranjo dos assentos de forma a promover a participação de todos, a interação face a face, distâncias iguais entre todas e dentro do mesmo campo de visão.

✎ Evitar que moderador(M) e pesquisadores observadores (PO) fiquem um ao lado do outro a distribuição foi prevista de seguinte forma tendo M como referência: o PO1 ficará em frente de M e observará prioritariamente M e colaborador 1 (C1) que está a **esquerda** de M; o PO2 sentará entre os colaborador 3 e 4 e observará prioritariamente **colaboradores 5, 6 e 7** e PO3 sentará a direita entre os colaboradores 6 e 7 e observará prioritariamente **colaboradores 1, 2 e 3** como no desenho abaixo.



## **Papel do Moderador**

Abrir a discussão com postura de acolhimento

- Acolher posições contrárias de maneira respeitosa;
- Ter consciência de suas intervenções verbais e não-verbais
- Manter o grupo em interação (60 a 90 minutos) a fim de obter dado acerca do tema da pesquisa;
- Está comprometido com as premissas do referencial teórico
- Ter conhecimento especializado no tema de estudo
- Habilidade para escutar os colaboradores
- À medida que a apresentação dos colaboradores forem sendo feitas tomar nota dos nomes e das posições na sala;
- Encorajar ativamente todos os colaboradores a falar e a responder aos comentários e observações dos outros membros do grupo.
- Sempre que alguém fizer um comentário procurar saber o que os outros pensam sobre o assunto;

## **Papel do Pesquisador Observador**

- Fundamental para validar a investigação que utiliza grupo focal;
- Analisar a rede de interações presente durante o processo grupal;
- Apontar reações do moderador com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações;
- Ter posição menos ativa;
- Realizar registro de comunicações não-verbais, linguagem, atitudes, preocupações e ordem de respostas que seja considerada importante;
- Viabilizar a discussão após término do grupo com o moderador.

## Fases do Grupo Focal

### Introdução (abertura)

- ✘ Estabelecer diálogo com o grupo, se apresentando;
- ✘ Fazer uma breve introdução com objetivo de tranquilizar e estabelecer contratualidades;
- ✘ Explica os objetivos do grupo focal;
- ✘ Assegura para os participantes que não existem opiniões corretas, que opiniões contrárias são bem vindas;
- ✘ Não há interesse em nenhuma uma opinião em particular;
- ✘ Solicita que fale um de cada vez sendo permitido intervir na fala do outro;
- ✘ Pede-se a permissão para gravação em áudio e vídeo.
- ✘ Distribuição dos crachás identificando cada colaborador, moderador e observadores.

### Preparação

- ✘ Convida os participantes a se apresentarem dizendo o nome (técnicas de dinâmica de grupo) e expectativa. Ao final de cada apresentação agradecer as contribuições;
- ✘ Tem como objetivo estabelecer uma boa relação entre os participantes;
- ✘ O moderador deve fazer a transição de uma fase para outra de forma fluída, sem rompimentos bruscos;
- ✘ Ao seu final os colaboradores devem estar interagindo e começando a se organizar em torno da temática;

### Discussão em Grupo

- ✘ Passagem progressiva para questões mais específicas;
- ✘ Passa-se de questões mais concretas para mais abstratas;
- ✘ O Objetivo se aproxima do objetivo da pesquisa;
- ✘ Observar as atitudes associadas aos comportamentos
- ✘ Observar a linguagem e emoções associadas à temática tratada;
- ✘ Estar atento aos desvios do tema;
- ✘ É essencial a investigação em profundidade;
- ✘ Recorrer as técnicas que aprofunde a discussão como: repetir a afirmação do ACS de forma interrogativa, vc começo a dizer..., o que vc acha que os outros pensam?, Pode me dar um exemplo?

- ✘ Não pressupõe busca de consensos;
- ✘ Inserir perguntas não previstas desde quando contribua para elucidação do tema proposto.

### **Frases de Efeito para Manter a Discussão: tema interessante para objetivos da pesquisa**

- ✘ Repetir a afirmação de forma interrogativa. Você começou a dizer (...)
- ✘ O que você acha que os outros pensam?
- ✘ Quando você diz X, o que você quer dizer com isto? Por que isto é assim?
- ✘ Eu estava interessado no seu ponto de vista, isto está de acordo com sua experiência?  
(fazer os participantes reagirem uns aos outros)
- ✘ E você pensa que isto é uma coisa boa ou ruim (afirmação factual)
- ✘ Então você disse que não gosta disto, o que é isso?, por que?
- ✘ Nos casos de afirmações gerais pedir um exemplo dela e a seguir dizer é esse é um bom exemplo, pode, também, citar outros?
- ✘ É esse um caso típico, é que acontece em geral?
- ✘ Poderia falar algo mais sobre isso?
- ✘ O que faz você pensar e sentir assim?
- ✘ E isso é importante para você? Como é isso?
- ✘ Na sua experiência (...) Poderia dar um exemplo específico disso?
- ✘ Como descreveria isso para alguém que não conhece tal situação?
- ✘ Nós discutimos diversas coisas interessantes, há alguma coisa que nós não discutimos?
- ✘ Há algo mais que você gostaria de dizer?

### **Encerramento do grupo**

- ✘ Expor de maneira sintética a discussão promovida pelo grupo;
- ✘ Esclarecer dúvidas que ficaram pendentes;
- ✘ Não inferir juízos de valor ao resumir posicionamentos contrários no grupo;
- ✘ Identificar com o grupo temas principais, consolidar sentimentos do grupo acerca de alguma questão específica;
- ✘ Identificar diferenças principais.

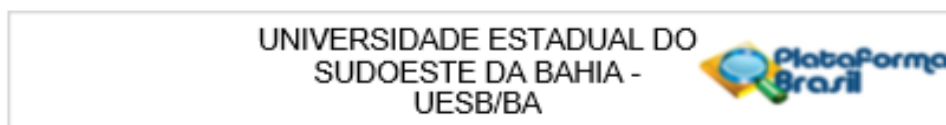
### **Questões posteriores à avaliação do grupo**

- ✘ Envolve análise de implicações do moderador em relação a pesquisa e ao grupo;
- ✘ Avaliar se a experiência do grupo pode ser comparada a de outros qdº existe mais de um grupo;
- ✘ Se o temário e a moderação foram adequados.

### **Ação Posterior**

- ✘ Na avaliação dos resultados obtidos essa fase visa verificar se a necessidades de informações foram satisfeitas;
- ✘ Se existente necessidade da realização de mais sessões ou se deveríamos utilizar outro grupo;
- ✘ Se o temário precisa ser revisto
- ✘ Se é necessário um aprofundamento maior.
- ✘ Envolve análise de implicações do moderador em relação a pesquisa e ao grupo;
- ✘ Avaliar se a experiência do grupo pode ser comparada a de outros qdº existe mais de um grupo;
- ✘ Se o temário e a moderação foram adequados.

## ANEXO A:



**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Pesquisador:** Alba Benemérita Alves Vilela

**Versão:** 1

**CAAE:** 61486015.9.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 112947/2016

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE que tem como pesquisador responsável Alba Benemérita Alves Vilela, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB/BA em 31/10/2016 às 11:00.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIÉ  
**Telefone:** (73)3526-9727 **Fax:** (73)3525-6663 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com