

## 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/receis/article/view/492>>. Acesso em: 28 July 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.3395/receis.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.