

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 ¹⁴

Soraya Dantas Santiago dos Anjos¹⁵
Cristina Setenta Andrade¹⁶

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

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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

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 gestionários 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.