



ciência plural

O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTES E APÓS ADESÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

The work process of primary care teams before and after joining the National Program to Improve Access and Quality of Primary Care in Brazil

El proceso de trabajo de los equipos de salud familiar antes y después de unirse al Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria

Adla Francoise de Macêdo Faustino Santiago • Especialista em Saúde Coletiva pela UFRN • Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz/RN •
E-mail: adlafrancoisenutricao@hotmail.com

Alisson Douglas da Nóbrega Correia • Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN/Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí-FACISA •
E-mail: alisson_douglas24@outlook.com

Maria Helena Pires Araújo Barbosa • Mestre em saúde coletiva • Professora do Curso de Graduação em Medicina da UFPA • E-mail: mariahelenapab@hotmail.com

José Adailton da Silva • Doutor em saúde coletiva • Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN/FACISA •
E-mail: silva.adailton@ufrn.edu.br

Autor responsável pela correspondência:

Alisson Douglas da Nóbrega Correia • E-mail: alisson_douglas24@outlook.com

RESUMO

Introdução: Com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade da Atenção Básica, o Ministério da Saúde lança o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, sistema de avaliação organizado em três fases distintas, conectado ao incremento de recursos para a Atenção Básica que visa estruturar o processo de trabalho dos profissionais que atuam nesse nível de atenção. **Objetivo:** Identificar a percepção dos profissionais da primeiro nível de atenção acerca do processo de implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Metodologia:** Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, em um município do estado do Rio Grande do Norte. Os participantes do estudo são profissionais de nível superior da Atenção Básica. Utilizou-se da técnica de entrevista semiestruturada e os dados foram analisados quanto ao conteúdo. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Resultados:** Na percepção dos profissionais a implantação do Programa de Melhoria aconteceu sem participação dos mesmos. Poucos relatam ter reuniões com a equipe para discutir o processo de trabalho e melhoria dos indicadores, mas, reconhecem que o referido Programa promoveu mudanças na organização das ações. Como desafios identificou-se alcançar os indicadores que o Programa preconiza, especialmente o monitoramento e avaliação. Foi identificado como avanço os livros de registros e como retrocessos a falta de atualização para os profissionais, além de autoavaliarem a saúde bucal frágil. **Conclusões:** O Programa implantado é importante para a melhoria da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde; a gestão necessita favorecer o apoio às equipes com gestão participativa, fornecer aperfeiçoamento aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, empoderar os trabalhadores para que possam participar como sujeitos ativos na construção de um modelo de gestão participativa.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Planejamento em saúde; Saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: Aiming to expand access and quality of Primary health Care, the Ministry of Health launches the Program for Improving Access and Quality in Primary health Care, which is an evaluation system organized in three distinct phases, connected to the increase of resources for Primary health Care that aims to structure the work process of professionals who work at this level of basic care. **Objective:** To identify the perception of professionals at the first level of care about the implementation process of the Program to Improve Access and Quality of Primary healthcare. **Methodology:** Exploratory and descriptive study with a qualitative approach in a municipality in the state of Rio Grande do Norte. The study participants are professionals with higher education in Primary healthcare. The semi-structured interview technique was used and the data were analyzed for content. Research approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences of Trairi, Federal University of Rio Grande do Norte. **Results:** In the perception of professionals, the implementation of the Improvement Program happened without their participation. Few of them report having meetings with the team to discuss the work process and improvement of the indicators; however, they recognize the referred

Program promoted changes in the organization of the actions. As challenges, it was identified the reach to the indicators that the Program recommends, especially the monitoring and evaluation. Record books were identified as progress and setbacks as the lack of updating for professionals, in addition to self-evaluate fragile oral health. **Conclusions:** The program is important for the improvement of Primary healthcare in the Unified Health System; management needs to favor support for teams with participatory management, provide improvement to professionals in the Family Health Strategy, empower workers thus they can participate as active subjects in building a participatory management model.

Keywords: Primary Health Care; Health planning; Public health.

RESUMEN

Introducción: Con la intención de ampliar el acceso y la calidad de la atención básica, el Ministerio de Salud lanza el Programa de Mejoras del Acceso y de la Calidad en la Atención Básica, un sistema de evaluación conectado al incremento de recursos para la Atención Básica. **Objetivo:** Identificar, en la percepción de los profesionales de Atención Básica, los cambios producidos en su proceso de trabajo tras la implantación del Programa de Mejoras del Acceso y de la Calidad en la Atención Básica. **Metodología:** Este es un estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, desarrollado en un municipio ubicado en Río Grande de Norte. Los participantes, objeto del estudio, eran profesionales de la atención primaria con nivel superior. Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada y los datos analizados respecto al contenido. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de Trairí, de la Universidad Federal de Río Grande de Norte. **Resultados:** en la percepción de estos profesionales, la implantación del Programa se realizó sin su participación. Pocos participantes informan que tienen reuniones con el equipo para discutir el proceso de trabajo y mejora de los indicadores, aunque reconocen que el Programa promovió cambios en la organización de las acciones. Como desafíos, se identificó alcanzar los indicadores que el Programa preconiza, especialmente el monitoreo y la evaluación. Se identificó como un avance los registro y como retroceso la falta de actualización para los profesionales y de la autoevaluación de la salud bucal frágil. **Conclusiones:** El Programa es importante para mejorar la atención básica. La administración necesita favorecer el apoyo con gestión participativa, proporcionar perfeccionamiento a los profesionales, empoderar a los trabajadores para que puedan participar como sujetos activos en la construcción de un modelo de gestión participativa.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Planificación de la salud; Salud pública.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu para reorientar os serviços e o modelo de atenção à saúde, numa tentativa de expandir os serviços de saúde e ser acessível ao cidadão¹. Com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade da Atenção Básica, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica PMAQ-AB, que visa estruturar e melhorar o processo de trabalho dos profissionais que atuam nesse nível de atenção².

O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria n. 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, como produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil³. Não obstante, por meio da mesma portaria, foi homologado o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), constituindo repasse financeiro de acordo com o alcance das metas firmadas⁴.

O Programa contempla um sistema de avaliação conectado ao incremento de recursos para a Atenção Básica, dentro de parâmetros negociados entre os entes federativos. Esse incremento não se dá apenas àquelas equipes que atingem determinada pontuação no sistema de avaliação, mas àquelas que estão melhor colocadas em relação às outras⁵.

Atualmente, o PMAQ/AB está organizado em três fases distintas que se difundem e se completam: “Adesão e Contratualização”, “Certificação” e “Recontratualização”⁶. A primeira fase consiste na adesão ao Programa, mediante a contratualização. A gestão municipal e a equipe compactuam os compromissos e diante disto, o município faz a adesão e (re)contratualização das equipes com o Ministério da Saúde, este responsável por homologar a adesão e (re)contratualização dos municípios e equipe⁶.

A segunda fase corresponde à certificação in loco de padrões de acesso de qualidade (gestão, UBS e equipe). As equipes participantes do PMAQ serão certificadas, conforme seu desempenho, considerando: Avaliação externa de

desempenho das equipes de saúde e gestão da Atenção Básica; verificação da realização de momento auto avaliativo pelos profissionais das equipes de Atenção Básica; avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização⁶.

A terceira fase do PMAQ é constituída pelo processo de recontratualização, que se caracteriza pela pactuação singular dos Municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ⁶.

Tendo em vista a importância dessas mudanças nas instituições de saúde e seus impactos imediatos na assistência, a implantação do PMAQ-AB torna-se um assunto de interesse principalmente dos profissionais de saúde e gestores da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde – SUS, dado que aborda estratégias de educação, trabalho e gestão utilizadas para o fortalecimento da Atenção Básica.

Nesse sentido, algumas questões como: “a implantação do PMAQ na Atenção Básica de saúde constitui-se como mecanismo de melhorias no campo da gestão do trabalho?” e “Quais mudanças foram identificadas nos processos de trabalho dos profissionais de saúde?” - Necessitam ser investigadas.

Assim, o objetivo do presente estudo é identificar a percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca do processo de implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ/AB, para que se possa conhecer a realidade das equipes diante do PMAQ. Dessa maneira, pode-se contribuir para o aprimoramento do programa, evidenciando do ponto de vista dos trabalhadores as potencialidades, as dificuldades e possíveis retrocessos trazidos pelo PMAQ, para assim colaborar com promoção de debates e mudanças no campo da gestão do trabalho dos profissionais da Atenção Básica, bem como na esfera federal na formulação e/ou reformulação de políticas e programas voltadas para esse nível de atenção no âmbito do SUS.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa que teve como público-alvo cirurgiãs dentistas, enfermeiros e médicos atuantes nas Unidades Básicas de saúde – UBS. Por se tratar de um estudo qualitativo e visando um melhor relato dos diferentes aspectos da pesquisa, a escrita do trabalho foi guiada pelo checklist COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).

Empregou-se a técnica de entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro pré-estabelecido como instrumento disparador da discussão, tendo em vista que estudos qualitativos respondem a questões muito particulares, se preocupando com um nível de realidade que não pode ser quantificado; ou seja, trabalhando um mundo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁷.

O roteiro abordava os diversos aspectos relacionado ao tema principal, definido como “O processo de trabalho das equipes de saúde da família antes e após adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB”. As três grandes temáticas abordadas foram: implantação do PMAQ, estratégias no processo de trabalho e avanços e retrocessos. A entrevista ocorreu de forma individual, com duração aproximada de 15 minutos.

Foram elegíveis para participar do estudo todos os profissionais da saúde, de ambos os sexos, qualificados com ensino superior, que se mostraram disponíveis a participar do estudo e que estão inseridos em equipes de Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Santa Cruz- RN há no mínimo, 3 meses. Foram excluídos da amostra profissionais que não possuíam ensino superior, que possuíam mas não atuavam diretamente com a assistência à população, ou que não se dispuseram a participar da pesquisa.

Os 30 profissionais elegíveis foram convidados a participar da pesquisa por meio de uma carta, na qual eram colocados os objetivos e procedimentos que seriam adotados na pesquisa. Participaram do estudo 7 profissionais de nível superior, sendo

desses, dois dentistas e cinco enfermeiros, que aceitaram, voluntariamente participar e compareceram no dia e local estabelecido no convite, ou seja, a amostra foi por conveniência.

Dois dos pesquisadores já possuíam vínculo com os profissionais, por estarem envolvidos na articulação ensino-serviço do município, sendo a coordenadora da articulação ensino-serviço, lotada na Secretaria Municipal de Saúde e o segundo pesquisador, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN-Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí-FACISA. Os pesquisadores envolvidos na condução das entrevistas são especialistas em saúde pública e doutor em saúde coletiva, respectivamente, ambos com experiência em pesquisas qualitativas e com a técnica de entrevista.

Antes do início do estudo os pesquisadores apresentaram a proposta de pesquisa para todos os profissionais do serviço, com seus objetivos e metodologia, através de carta-convite. As entrevistas ocorreram na sala de reuniões da UFRN/FACISA.

A reunião foi registrada com auxílio de um gravador de áudio. Posteriormente, as falas foram transcritas para um documento de texto. Após a transcrição das gravações das entrevistas, os textos foram apresentados aos sujeitos entrevistados que ratificaram as falas. Atribuiu-se códigos às identidades dos profissionais (Rosa, Iris, Gardênia, Girassol, Angélica, Cravo, Flox); realizou-se a leitura do texto transcrito com o intuito de visualizar o panorama geral do material coletado e organizá-lo em categorias.

Os dados obtidos foram interpretados pelo método de análise de conteúdo, proposto por Bardin, que conta com três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Esse método aparece como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso⁸.

A pré-análise, primeira fase desta organização, procedeu-se com a preparação do material, objetivando transformá-lo por padronização e por equivalência. Para levar adiante essa etapa, realizou-se a edição do material, extração de cópias para possibilitar os recortes das mensagens e a numeração dos elementos do corpus. A

exploração do material ocorreu com a descrição analítica, a qual diz respeito ao material textual coletado submetido ao estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. A fase final foi, portanto, o tratamento dos resultados obtidos (em bruto) e sua interpretação. Nesta fase os resultados em bruto foram de maneira a serem significativos e válidos⁸.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da saúde do Trairi - FACISA, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN e recebeu o parecer N° 2.033.26 de abril de 2017.

Resultados

Diante dos 30 (trinta) profissionais que se enquadravam nos critérios de inclusão, 4 (quatro) estavam afastados, de licença e/ou de férias do trabalho. Deste modo, dos 26 profissionais disponíveis, 7 profissionais compareceram à entrevista, o que representa uma taxa de aderência de aproximadamente 27% da população, sendo desses, 2 dentistas e 5 enfermeiros. Os demais profissionais não puderam comparecer ao encontro e não foi necessário realizar outros encontros para alcançar os objetivos do estudo. Os resultados, apresentados a seguir, estão organizados por categorias representando eixos centrais de discussão.

Implantação do PMAQ

Na categoria “Implantação do PMAQ” os profissionais relataram insatisfação no processo de implantação do PMAQ no município, que perpassam pela não participação e desconhecimento do Programa.

“O que a gente sabe é que foi feita sem a participação das equipes, o que as pessoas comentam que a secretária da época aderiu com as equipes que quis, aderiu propondo do jeito que quis” (ROSA).

“Foi feita uma adesão na época e não houve a adesão das 4 equipes bairro paraíso e das duas equipes da zona rural, então só as demais equipes aderiram. E simplesmente estava chegando um programa novo

que era o PMAQ, era dito apenas isso e ninguém na época tinha a propriedade que hoje tem para se entender o assunto” (IRIS).

Além da não participação, a implantação do PMAQ também ocorreu sem que os profissionais soubessem quais os objetivos e metas do Programa:

“A gestão anterior excluiu a zona rural e as 4 equipes do bairro paraíso sem comunicar a ninguém. Ninguém realmente sabia o que era PMAQ, quando a gestão nova assumiu viu que tinha essa pactuação e foi se revendo o PMAQ. Que foi começando a passar pelos profissionais e veio o primeiro coordenador do PMAQ, através desse momento realmente se entendeu o que é PMAQ” (GIRASSOL).

Mesmo após a adesão do município ao PMAQ, os profissionais continuavam sem conhecê-lo, sendo posteriormente surpreendidos pela avaliação externa.

“Quando a gente veio descobrir que existia o PMAQ foi na gestão seguinte, nós não sabíamos detalhes sobre esse PMAQ e por isso que os agentes de saúde findaram se envolvendo” (ANGÉLICA).

“O PMAQ foi implantado no município em 2011, se eu não me engano em agosto ou em julho. Ninguém sabia o que era PMAQ, foi feita uma reunião dizendo que esse pessoal viria fazer a fiscalização, até então ninguém sabia que envolvia dinheiro, que vinha verba. A secretária chegou e disse: olhe esse é um programa que vocês terão que responder isso, que era o AMAQ, eles vão chegar e vão perguntar se tem essas coisas; fizeram a maquiagem e não explicaram direito o que era o PMAQ” (CRAVO).

Estratégias no processo de trabalho

Outra categoria de discussão foi a estratégia no processo de trabalho adotada pelos profissionais. Nesta categoria foram elencadas a articulação intraequipe e as possíveis dificuldades para cumprir os preceitos do trabalho em equipe.

“A gente tem uma sincronia entre os três profissionais de nível superior e os demais profissionais. Eu, toda semana me reúno com os agentes de saúde e a gente faz umas reuniões extras. Quando vemos a necessidade

de algum paciente, a gente envolve toda a equipe, o que cada profissional vai ficar para poder ajudar aquele paciente, então faz delegação a cada um. Nós fazemos estratégia, a gente sempre nos reunimos, sempre planejamos” (GIRASSOL).

“Sempre que é marcado a reunião com o pessoal todos estão presentes: do ASG ao administrador, médico, enfermeiro, todos os agentes de saúde, o pessoal da farmácia, então geralmente, quase 100% das vezes toda a equipe está presente” (ANGÉLICA).

Porém, o processo de trabalho não acontece com tanta sincronia para outra parte dos profissionais entrevistados de modo que, questões relativamente simples, como reuniões periódicas, que deveriam ser rotina nas equipes, ocorrem com dificuldade.

“Juntar, se reunir e planejar em conjunto... aconteceram alguns momentos! Faz um tempo que isso não acontece, eu acho que tem uns 3 meses que não acontece. Como funcionam 2 equipes dentro de uma mesma unidade ... não é apenas a equipe 1 ou a equipe 2 daquele local ... porque a comunidade é uma só. Houveram alguns planejamentos pontuais e em conjunto, mas não há uma rotina” (ROSA).

“Se a gente for levar para o lado da equipe, no que é desenvolvido, o PSF tem que ter profissionais que se identifiquem com a política, porque hoje a realidade na maioria dos PSF é cada um trabalhar no seu quadrado e a gente sabe que o PSF não é isso de fato. Os profissionais devem se sensibilizar para que haja um trabalho multidisciplinar, porque um paciente que a gente está atendendo não é só responsabilidade do enfermeiro, eu vou precisar de um parecer odontológico, de um parecer médico e não acontece isso” (IRIS).

“Eu me reúno com minha equipe semanal, minha equipe que eu falo são os agentes de saúde” (CRAVO).

“No momento eu me reúno toda sexta-feira com os agentes comunitários de saúde e só, eu mais 5 agentes comunitários de saúde, a gente tenta planejar” (FLOX).

Alguns profissionais relataram desafios que vão além das reuniões de equipe, mas perpassa pelo distanciamento teórico que é colocado no programa e sua aplicabilidade prática ou, ainda, a pouca contribuição da gestão para as ações de planejamento e avaliação em saúde.

“Eu acho que o maior desafio é você começar a conseguir tirar do papel o que é proposto e isso ser sentido” (ROSA).

“Já que eu frequento comunidades de zona rural ainda há dificuldade de certas coisas serem postas em prática, eu acredito que o desafio até então que eu tenha observado é isso” (GARDÊNIA).

“As ações hoje eu planejo de acordo com o que os agentes de saúde me trazem, e uma coisa que eu sinto falta da gestão é que nunca chegou para a gente um relatório do e-sus para dizer assim: Iris, sua equipe precisa melhorar no atendimento saúde da criança; Iris na sua equipe está baixa a quantidade de preventivos; então é uma coisa que eu sinto falta” (IRIS).

Avanços e retrocessos

A terceira e última categoria de discussão abordou os avanços e retrocessos antes e após a implantação do PMAQ. Como avanços, os participantes do estudo percebem que o PMAQ surgiu para nortear melhor os processos de trabalho das equipes, que passaram a organizar melhor a agenda, realizar registros, monitorar e planejar as ações:

“Nortear muito o trabalho, por exemplo: equipes que não catalogavam, que não tinham um memorial descritivo das atividades realizadas passaram a ter, passaram a registrar todas as atividades. Quando eu cheguei na UBS do conjunto o atendimento era apenas demanda espontânea da odontologia e hoje a gente já nortearia, já tem o atendimento da gestante, já faz paciente crônico que também é

acompanhado pela equipe, ele já tem acesso livre e continuado do atendimento odontológico” (ROSA).

“Ele [O PMAQ] norteou melhor o que a gente tinha, a demanda espontânea era uma coisa que havia registros” (GIRASSOL).

Na fala de Angélica e Flox fica claro que antes do PMAQ realizava-se apenas a assistência direta, sem maiores preocupações com o planejamento e monitoramento das ações, que hoje ocorre, a partir das necessidades apontadas pelo PMAQ.

“Nós estamos trabalhando de forma mais sucinta, houve melhorias na UBS do DNER e nós estamos dando mais assistência aos grupos diabéticos, hipertensos e gestantes; atendia, atendia, mas não tínhamos o foco que temos hoje. Os médicos ficaram mais participativos nesse programa” (ANGÉLICA).

“Eu acho que os registros ficaram mais organizados, embora alguns enfermeiros fizessem, outros não faziam; Cravo fazia do jeito dela e Girassol do jeito dela. Muitas vezes os registros eram diferentes e hoje eles são padronizados” (FLOX).

Os profissionais relatam ainda outras mudanças positivas nas unidades de saúde, como o acesso ampliado, acolhedor.

“Na qualidade do atendimento querendo ou não a gente tem um olhar mais humanizado depois do PMAQ” (GIRASSOL)

“O idoso não precisa está indo para aquela fila triste que fica de madrugada; a gestante começa o pré-natal, o enfermeiro encaminha e a gente faz o acompanhamento para prevenir alguns problemas em relação a saúde bucal durante a gestação, enfim o que nós tivemos no ponto de vista humano foi algo mais digno de nota do que apenas só o ar, só materiais novos” (ROSA).

Assim como melhorias na estrutura e equipamentos nas Unidades de Saúde:

Agora eu tenho uma maca nova para fazer preventivo, eu tenho todos os materiais de preventivo; ainda temos muito o que melhorar, mas melhorou bastante” (GIRASSOL).

“Houve mudanças também em estrutura física. A unidade, pelo menos a da gente foi recuperada, foi colocado ar condicionado nas salas dos profissionais que não tinham” (ANGÉLICA).

“Está sendo feito através desse incentivo do PMAQ a ampliação da sala de odontologia, felizmente estamos com a perspectiva de dois profissionais, duas equipes, apesar de ainda não está pronto, vem se arrastando há alguns meses” (ROSA).

Por outro lado, os profissionais relataram que em algumas unidades aconteceram problemas que ainda não foram solucionados, o que acarreta em prejuízo tanto para a população quanto para os profissionais, sendo, portanto, um desafio diante das necessidades apontadas pelo Programa.

“O PMAQ no município precisa realmente ter uma sensibilização, por exemplo: os testes rápidos a gente sabe que é para estar no PSF, nós enquanto enfermeiros fomos capacitados, mas hoje estamos desatualizados. Então a gente não tem garantia no PSF, colocam na UBS quando vem a avaliação para a gente mostrar que tem” (IRIS).

“Vai fazer um ano que não tem atendimento de saúde bucal em minha unidade, se há melhoria da qualidade do acesso, então não é para o paciente se deslocar. E deveria ter dois consultórios odontológicos se tem duas equipes” (IRIS).

Para outros, a melhoria não foi percebida entre os ciclos do PMAQ, de modo que existe um retrocesso, na percepção de alguns profissionais, especialmente relacionados à saúde bucal.

“No ciclo passado tínhamos uma cadeira odontológica funcionando, se chegasse hoje uma avaliação do PMAQ a gente estava com a odontologia parada. Então minha unidade é uma unidade que regrediu, em vez de ter melhorado” (IRIS).

“A questão dos dentistas continuam sendo um calo porque lá na nossa unidade tem dois consultórios odontológicos, um é desativado e o outro está com a cadeira meia vai lá e vai cá e os dentistas trabalham dois turnos por semana de cada equipe” (CRAVO).

“Essa questão dos dentistas é complicada, pelo menos para minha unidade, porque eu nunca sei quando tem dentista. Na minha unidade não tem médico há cinco meses e também não tem dois agentes de saúde desde o dia que eu entrei. É, praticamente sou eu e os cinco agentes de saúde. A sobrecarga de trabalho está muito pesada, porque lá no centro já deveria ter mais duas equipes” (FLOX).

Percebe-se que a maior dificuldade é em relação aos dentistas, que por vezes não tem um consultório adequado e não cumprem adequadamente a carga horária, o que leva a prejuízos à população, que sofre ao se deslocar para outro bairro ou ficar sem atendimento.

Discussão

Com relação à implantação do PMAQ no município de Santa Cruz/RN, foi visto que não houve a participação e entendimento sobre o PMAQ dos profissionais de saúde inseridos na Estratégia de Saúde da Família – ESF durante o processo de adesão.

Esse problema também foi observado no município de Itajuípe, no sul da Bahia, onde o PMAQ foi implantado com adesão de 100% das equipes ESF, porém sem a elaboração da lei municipal que garantia uma porcentagem mínima para o pagamento do incentivo de qualidade aos trabalhadores; a ausência de insumos e equipamentos provenientes da aplicação dos recursos do PMAQ nas unidades de saúde e uma incipiente compreensão dos trabalhadores e equipe gestora sobre a operacionalização do programa².

Porém, em alguns municípios, como no estado do Acre, houve novos arranjos institucionais, com foco nas parcerias para contribuir com o desenvolvimento da corresponsabilização e o fortalecimento dos processos decisórios, utilizando estratégia

de comunicação e reuniões adotada pela coordenação local com as equipes técnicas das Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de saúde do Estado do Acre e Conselho de Secretarias Municipais do Estado do Acre para obter o sucesso da avaliação, com escassos relatos de problemas que de fato pudessem comprometer a realização da avaliação¹.

Uma questão preocupante destacada no estudo de Rodrigues¹ foram as UBS que no primeiro ciclo estavam fechadas, desativadas, em reforma, ou impossibilitadas de acesso (pela seca dos rios); sendo solicitado ao Secretário de Saúde ou técnico responsável pela Atenção Básica do município que fornecesse uma declaração informando tal situação, para que os entrevistadores pudessem justificar ao Ministério da Saúde a impossibilidade de realizar a Avaliação Externa.

Portanto, percebe-se que falta em alguns municípios a correlação do trabalho coletivo com a divisão parcelar do trabalho, remetendo à ideia de questões relacionadas, dentre outras, às condições de trabalho, uso de tecnologias, interação entre profissionais/equipes, planejamento e educação permanente⁹.

O processo de trabalho é um ponto preocupante, pois apenas duas participantes relataram a existência de reuniões frequentes com toda a equipe, que estuda os casos mais graves e realmente trabalha como uma equipe multidisciplinar, onde cada profissional de área distinta se completa para um propósito comum, trazendo melhorias para a população local.

No estudo de Santos² foi visto que, em função da avaliação externa, a coordenação da Atenção Básica junto com os apoiadores do PMAQ planejaram a realização de oficinas com as equipes da ESF no intuito de consolidar as ações e metas estabelecidas pelo programa. Embora esses planejamentos ocorressem devido a avaliação externa, percebe-se que os profissionais conseguem se reunir e discutir problemas, a fim de melhorar o processo de trabalho e a saúde dos seus pacientes.

Para o PMAQ as ações de apoio institucional proporcionam maior aproximação entre trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, o que implica no modo específico de fazer gestão junto a coletivos e às equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. O MS apresenta o apoiador institucional com a

capacidade de reconhecer a complexidade do trabalho coletivo e tomando os problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas³.

Como em qualquer local de trabalho existe desafios, com a ESF não seria diferente. Os principais desafios citados foram colocar em prática tudo que o PMAQ preconiza e o feedback da gestão municipal em relação aos indicadores de saúde e replanejamento das ações que precisam ser melhoradas.

Para o Ministério da Saúde³ o compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios impostos pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS.

Um estudo realizado com os gestores municipais mostrou que ‘problemas velhos’ se tornaram ‘novos desafios’ para a Atenção Básica. Foi observado que todos os gestores municipais consideram importante aperfeiçoar as atividades de monitoramento e avaliação da AB e que sinalizam a necessidade de auxiliar as equipes na análise e no manejo de informações para subsidiar a tomada de decisão no âmbito local¹⁰.

Portanto, percebe-se que não é apenas o município de Santa Cruz que enfrenta desafios, e pode-se dizer que, embora no município o processo de trabalho ande a passos lentos, já existem iniciativas para enfrentar os desafios.

Os participantes relataram como avanço após a implantação do PMAQ os livros de registros para doenças crônicas, demanda espontânea, gestantes e de exames; foi visto no estudo de Protasio¹¹ que grande parte das equipes não mantém registros dos usuários que apresentaram maior risco e que foram encaminhados para outros pontos de atenção.

Para Neves¹² é imprescindível que todos os suportes de registros sobre as doenças, cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, sejam sempre supervisionados. Devem ser checados e analisados pelos profissionais de saúde, no sentido de aprimorar a construção de indicadores e nortear com mais eficácia e eficiência a alocação de recursos para as ações de prevenção e controle dos agravos no País.

Alguns retrocessos foram identificados, como a falta de aperfeiçoamentos fornecidos por parte da gestão aos profissionais e a saúde bucal, onde se observa unidades sem funcionamento e equipes onde o profissional atende menos que as 40 horas semanais, deixando o usuário sem atendimento.

Em seu estudo, Ferreira¹³ relata que é necessário conhecer as necessidades de cada profissional, para que cursos de atualização de profissionais em serviço possam vir a adequar os perfis dos mesmos e consolidar a Estratégia Saúde da Família. É necessário que se realizem cursos de capacitação e reciclagem pelo Ministério da Saúde, estado e municípios através dos Polos de Capacitação e Educação Permanente para ampliar a visão destes profissionais e desenvolver habilidades que respondam às necessidades da comunidade da área adstrita e venham a adequar o perfil dos mesmos, para que essa estratégia em saúde seja consolidada.

Com relação à saúde bucal, compete às secretarias municipais de saúde e ao distrito federal garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; assegurando o cumprimento integral da jornada de 40 horas semanais de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde¹⁴. Logo, o município pode ser penalizado na avaliação externa do PMAQ devido o não cumprimento das exigências feitas pelo programa.

Conclusões

O PMAQ no município de Santa Cruz iniciou no processo de adesão sem o entendimento do profissional da saúde, fazendo com que não houvesse por parte dos

profissionais uma cobrança para que o programa fluísse. O processo de trabalho nas unidades de saúde ainda caminha com dificuldades, mesmo tendo sido relatado uma melhoria na qualidade da assistência na maioria das unidades de saúde existiram locais onde o serviço piorou, a dificuldade mais comum foi relacionada ao atendimento odontológico, resultante por vezes da estrutura inadequada para atendimento ou da carga horária profissional inadequada. Em se tratando de planejamento de ações e estudos de casos; muitos profissionais afirmaram que tentam reunir a equipe, para organizar o processo de trabalho, mas nem sempre obtém sucesso.

Com relação a avanços foi evidenciada a padronização dos livros de registros que surgiram trazendo maior organização para os funcionários de todas as unidades básicas, melhorias físicas estruturais e de qualidade de insumos também foram citadas, além do estímulo ao planejamento de ações e monitoramento do território.

Como retrocessos se tem obras inacabadas, prejudicando assim o funcionamento da unidade, a sobrecarga de algumas equipes de saúde, a falta de atualização profissional para utilizar determinados equipamentos mais modernos e a falta de sensibilização da gestão com a saúde.

Portanto percebe-se que o PMAQ no município tem obstáculos a serem superados e que os benefícios que deveriam surgir após a implantação do PMAQ ainda aparecem com dificuldades. Outros estudos devem ser realizados e valorizados para aprofundar a discussão sobre o impacto que o PMAQ tem nos processos de trabalho das equipes.

Limitações do Estudo

Dentre as limitações do estudo pode-se destacar o número reduzido de participantes, pois de 30 profissionais somente 7 participaram, além de alguns questionamentos que surgiram com a escrita do trabalho, mas não foram incluídos no roteiro de entrevista, como àquelas relacionadas à motivação dos profissionais para

atuarem na Atenção Básica, uma vez que o PMAQ sistematiza o processo de trabalho que deve ser rotina no serviço.

Referências

1. Rodrigues V, Santos CRI, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde Debate*. 2014; 38(Especial): 173-181.
2. Santos AR, Reis TMG, Vilela ABA, Santos RMM, Mota TN, Santiago SS. Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: em busca de novos sentidos no processo de trabalho. *Revista Saúde.com*. 2014; 10(3): 307-314.
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. PMAQ: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
4. Barbosa MR. Análise do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte. [Dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.
5. Segundo Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2013; Belo Horizonte. Belo Horizonte: Universidade Estadual de Campinas; 2013.
6. Ministério da Saúde (BR) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. PMAQ: Manual Instrutivo 3º ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
7. Minayo MCS (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
9. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014; 38(ESPECIAL): 94-108.
10. Cavalcanti PCS, Neto AVO, Souza MF. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde Debate*. 2015; 39(105): 323-336.
11. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo

os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2014; 38 (ESPECIAL): 209-220.

12. Neves TCCL, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2014; 38(103): 756-770.

13. Ferreira MEV, Schimith MD, Cáceres NC. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(5): 2611-2620.

14. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Submetido em 16/04/2020
Aceito em 15/08/2020