



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**GEOVÂNIO BRITO LIMA**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA  
ATENÇÃO BÁSICA - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Santo Antônio de Jesus**

**2014**

**GEOVÂNIO BRITO LIMA**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE  
DA ATENÇÃO BÁSICA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Enfermagem, apresentado na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-Centro de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosa Cândida Cordeiro.

**Santo Antônio de Jesus**

**2014**

**GEOVÂNIO BRITO LIMA**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE  
DA ATENÇÃO BÁSICA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Enfermagem, apresentado na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-Centro de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosa Cândida Cordeiro.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosa Cândida Cordeiro (Orientadora)  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Elaine Andrade Leal Silva  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

---

Prof.<sup>o</sup> Me. Otoni Silva Queiroz Souza  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Ao Supremo sobre todas as coisas, Jah, por permitir conquistas.

A minha estimada e amada mãe, Eleotéria, por demonstrar todo amor e apoio em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Mais uma etapa da vida se encerrando e outra se inicia. É um desafio vencido ou conquistado de tantos outros a frente. Mas, para chegar a esse momento o esforço não foi apenas individual, por isso tenho que agradecer.

Ao Supremo Deus Jeová, que permite a conquista diária numa vida turbulenta no mundo como mero humanos que um dia há de ser pó.

À família, principalmente, minha mãe Eleotéria, que chorou junto comigo quando decidi vir pra um mundo distante dela, mas que deu e dar todo apoio com amor e dedicação.

Aos professores que suportaram um aluno questionador e crítico.

À professora Rosa Cândida Cordeiro por aceitar o desafio de orientar um aluno duvidoso, quase relapso, mas que sobre pressão funciona bem.

Aos colegas que estiveram ao lado durante bom tempo, suportando os gritos, o jeito intimidador de ser.

Aos amigos que dão palavras de apoio e aos que já partiram, mas estariam felizes com minha conquista e deram apoio enquanto presentes e entenderam minha personalidade.

Àqueles que não acreditaram que seria possível essa conquista e até zombaram.

À mim por não ter desistido jamais de um sonho de adolescente apesar das adversidades.

Enfim, a todos que trilharam juntos comigo nesse caminho de Cuidar e aprender a amar a enfermagem meu muito obrigado!

## RESUMO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde, a preocupação com o cuidado integral da pessoa e do coletivo tem sido a meta prioritária para se alcançar a recuperação e cura de doenças e agravos populacionais por meio da Atenção Básica. Com o objetivo de melhoria nesse setor, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, um programa que procura induzir as instituições, de processos e métodos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais e de suas equipes de saúde. Com a criação deste programa, vislumbrou-se um futuro de mudanças importantes e necessárias no âmbito da atenção básica envolvendo processo de trabalho da equipe, gestão, profissionais de saúde e usuários. Este programa está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. Esta pesquisa tem como objetivo: relatar a experiência de vivenciar o trabalho em grupo, multidisciplinar e interinstitucional durante a Terceira Fase do Programa, a fase de avaliação. Esse trabalho tem uma metodologia de estudo com abordagem qualitativa exploratória e para a descrição do relato de experiência foi utilizado dados dos materiais da pesquisa, as memórias desde o início com o treinamento até sua aplicação, sínteses reflexivas e a vivência do participante. Para melhor compreensão dos leitores a descrição foi dividida em três momentos. Como considerações finais tem-se que ser avaliador e ao mesmo tempo coordenador do trabalho traz capacidades profissionais inigualáveis para o profissional da área da saúde que o beneficiará em toda sua trajetória de trabalho. Escutar e entender as queixas nas avaliações dos usuários na pesquisa, permitiu refletir sobre a qualidade das ações de saúde na atenção básica.

**Palavras-chave:** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; Avaliação em Saúde; Atenção Básica.

## ABSTRACT

Since the creation of the Unified Health System, concern for the holistic care of the individual and the collective has been the primary goal to achieve recovery and healing of diseases and population health problems through primary care. Aiming to improve this sector, the Ministry of Health created the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care, a program that seeks to induce the institutions, processes and methods that enhance the ability of federal, state and municipal administrations and their health care teams. With the creation of this program, it is envisioned a future of important and necessary in the context of primary care process involving team work, management, health care professionals and users change. This program is organized into four phases that complement and conform to a continuous cycle of improving access and quality of AB: adhesion and Contracts; development; External Evaluation; and Reconstratualização. This study aims to report the experience of experiencing teamwork, multidisciplinary and interinstitutional during the Third Phase of the program, the evaluation phase. This paper has a methodological study with exploratory qualitative approach to describe the experience report we used data from the research materials, memories from the beginning with the training until their application, reflective summaries and the experience of the participant. To better understand the readers the description was divided into three stages. As a final consideration has to be the same coordinator and evaluator time working professionals brings unmatched capabilities for professional health care that will benefit you throughout your working career. Listen and understand the complaints on reviews from users in the research, allowed to reflect on the quality of health in primary care

**Keywords:** National Program for Improving Access and Quality of Primary Care; Health Evaluation; Primary Care.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 REFERENCIALTEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. ....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>13</b>
<b>2.3 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 TIPO DE ESTUDO.....</b>	<b>20</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1. MOMENTO 1: SELEÇÃO E TREINAMENTO.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2. MOMENTO 2:TRABALHO EM CAMPO.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2.1 Considerações para o modulo I.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2.2 Considerações para o modulo II.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2.3 Considerações para o módulo III.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2.4 Do processo organizacional, bonificações e dificuldades.....</b>	<b>28</b>
<b>4.3.MOMENTO 3:CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 art. 196-200 e sua regulamentação com a lei 8080/90 a preocupação com o cuidado integral da pessoa e do coletivo tem sido a meta prioritária para se alcançar a redução do risco de adoecer, a recuperação e cura de doenças e agravos populacionais, uma das estratégias desse cuidado está norteadas na Atenção Primária, na qual, se insere amplamente as ações da enfermagem. (BRASIL, 2006)

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu no âmbito do SUS, através da portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011, 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 - pab variável. (BRASIL, 2011).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é um programa que procura induzir as instituições, de processos e métodos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade de acordo com as necessidades concretas da população.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização (BRASIL, 2011).

Com a criação deste programa, vislumbrou-se um futuro de mudanças importantes e necessárias no âmbito da atenção básica envolvendo processo de trabalho da equipe, gestão, profissionais de saúde e usuários. O sucesso desse programa tem uma dependência enfocada na própria equipe e um diálogo constante com gestão e usuários, cabendo a cada um destes atores, o interesse participativo de negociação para que se alcance o objetivo primário do PMAQ-AB, a melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. Este objetivo pode ser observado quando se ler suas diretrizes na Portaria nº 1.654:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde; II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (BRASIL, 2011).

Diante destas informações e por ter participado da avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como avaliador da qualidade, realizada pelo Ministério da Saúde sob a colaboração do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para a avaliação nos estados da Bahia e Sergipe durante os meses de junho a setembro do ano de 2012 e Janeiro de 2013. Foi possível observar durante este período aspectos importantes, os quais, tem fundamental relevância na melhoria da assistência no SUS pela implementação do programa PMAQ-AB os quais chamaram a atenção merecendo destaque em trabalho de pesquisa.

Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por um estudante de enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, trabalho em grupo, multidisciplinar e interinstitucional durante a Terceira Fase do PMAQ-AB realizado nos estados da Bahia e Sergipe durante o período de junho a setembro de 2012 e janeiro de 2013.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Antes da década de 1990 o serviço de saúde do Brasil se resumia apenas àqueles trabalhadores que tinham condições de pagar pelo serviço ofertado, restando pouca oportunidade de cuidados em saúde para os que não possuíam um trabalho tendo como resultado, uma qualidade de vida baixa e inadequada para os parâmetros mundiais existentes e exigidos pela Organização Mundial de Saúde

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Segundo o Idec, para que houvesse a criação do SUS foi preciso lutas de várias classes sociais e profissionais. Por meio do movimento sanitário se empenharam na criação de um sistema de saúde que contemplasse toda a população brasileira. Esse movimento tinha o ideal de que a saúde é um direito de todos e que o governo tem o dever de garantir esse direito. Em consequência disso em 1988, foi criado o SUS pela Constituição Federal Brasileira, com esta criação foi definido que a saúde é um direito de todo cidadão e um dever do estado. Esse Sistema foi criado de forma gradual. Primeiro veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), depois a incorporação ao Ministério da Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por fim regulamentou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) com a Lei nº 8080/90. Em seguida, com a criação da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, foi impresso ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão do serviço de saúde (SUS, [200?]).

Portanto, o SUS resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas. Como sistema, o SUS funciona de forma organizada para atender as necessidades da população e isso independente de sua classe social, raça, cor e crença. Para que os serviços ofertados alcancem a todos sem prejudicar grupos mais vulneráveis, o SUS usa a equidade para atender a demanda de cada grupo social, bem como é fundamental a integralidade do serviço para atender a necessidade populacional.

Diante de um país colossal, para o SUS alcançar equidade e integralidade é essencial que haja uma divisão do seu controle pelas esferas de governo do Brasil. Em locais onde há falta de serviço público o SUS contrata serviços de hospitais e

laboratórios particulares a fim de que não ocorra falta de assistência, estes prestadores tornam-se integrantes do serviço público, devendo seguir os princípios e diretrizes do SUS. Com um país extenso e conseqüente diferenças de regiões, o Ministério da Saúde descentralizou a prestação dos serviços públicos repassando as responsabilidades diferenciadas para cada estado e municípios brasileiros, essa descentralização promoveu a aplicação do princípio da universalidade do SUS (BRASIL, 2002).

Portanto, conforme a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de adoecer e morrer bem como, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O acesso universal, significa que ao SUS compete atender a toda população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público.

Para que o SUS alcance seu propósito de universalidade é necessário criar estratégias para alcançar seus objetivos, uma dessas é a Atenção Básica. Esta é resultado do empenho e luta para consolidação do SUS em todo território brasileiro. Segundo o Documento Síntese para Avaliação Externa elaborado pelo Ministério da Saúde:

A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p 8).

Com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova-se a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011, p.3).

Em 1991, com a criação do PACS e a Atenção Primária, tal estratégia torna-se a porta de entrada do SUS, deve ser o contato com toda rede de atenção à saúde. Desta forma, BRASIL (2012), informa: “é fundamental que a Atenção Básica se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.

Com o objetivo de regulamentar os serviços prestados pelo SUS temos a implantação do Decreto 7.508 de junho de 2011 e aprimoramento do Pacto Pela Saúde. Este Decreto preenche uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS ao regulamentar a Lei 8.080, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, possibilitando o aperfeiçoamento do Pacto pela Saúde e contribuindo na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2011).

## 2.2 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE NO BRASIL

[...] A atenção básica é um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 9).

Diante desse exposto, de movimentação política de regulamentação e reorientação do SUS é essencial que a Atenção Básica siga princípios para que seus objetivos relacionados aos cuidado e atenção à saúde sejam alcançados.

A Política Nacional da Atenção Básica publicado em 2012, descreve os princípios norteadores da atenção primária orientando desde a adstrição do território, que permite o planejamento e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, como, a adscrição dos usuários desse serviço.

Esse trabalho de desenvolvimento e organização da Atenção Básica é essencial para o funcionamento adequado do programa seguindo os princípios e diretrizes tanto do SUS como da Atenção Básica. Seguir esses princípios e objetivos leva a criação de vínculo com o usuário e faz com que este participe como controlador social do sistema de saúde, esse vínculo permite construir relações de afetividade e confiança

entre o usuário e a equipe de saúde permitindo uma corresponsabilização no serviço e enfrentamento das dificuldades encontrada no território (BRASIL, 2012).

Quando esse engajamento entre profissionais e usuários ocorre de forma organizada e adequada a integralidade da atenção a saúde é algo real. Desta forma é possível vislumbrar uma equipe multidisciplinar organizada, capacitada e responsável, junto com usuários participativos e envolvidos tendo por objetivo a garantia de um serviço público de qualidade.

Além dos princípios e diretrizes no serviço de Atenção Básica é necessário estabelecer funções nas Redes de Atenção à Saúde que, são meios organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Nesse aspecto, a Atenção Básica deve cumprir funções para contribuir com a integralização das Redes de Atenção à Saúde, devendo ser base, ter resolutividade para coordenar e ordenar o cuidado nas redes (BRASIL, 2010).

Em conformidade com o objetivo da AB, cabe a cada profissional de saúde exercer sua função de forma esmera e de acordo com o que lhe compete como profissional da área específica, nesse tocante cabe-se esclarecer o desenvolver das atribuições de enfermeira(o) na AB.

A profissional enfermeira(o), na atenção básica, atua na linha de frente das UBS, em nível gerencial e assistencial (PASSOS, 2011), tendo fundamental importância no andamento dos programas de saúde criados ou ampliados pelo Ministério da Saúde (MS).

De acordo A Política Nacional da Atenção Básica 2007 a Enfermagem tem ampla inserção na Atenção a Saúde da Família, profissão historicamente marcada pelo compromisso com a saúde pública, tem grande capilaridade social, estando presente na maioria das ações desenvolvidas , é uma profissão que vêm passando por transformações constantes, requerendo atividades cada vez mais diversificadas, sendo um profissional amplamente requisitado a ocupar espaços estratégicos para a implementação de políticas sociais, em especial de saúde ( BRASIL, 2007).

### 2.3 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Mediante o que é preconizado pelo SUS e com o desenvolvimento de programas de implementação da AB é preciso ter uma referência sobre o desenvolvimento dos programas novos ou implementados pelo governo federal. Com o objetivo de analisar e acompanhar o andamento desses programas foram criados os sistemas de avaliação.

O DAB refere que:

[...] a Avaliação em Saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e por isso deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Quanto a concepção de avaliação, o Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica (2003), nos informa que há uma pluralidade de conceitos na literatura e na prática da avaliação em saúde o que leva a necessidade da explicitação do exato local que ocupa a avaliação, bem como, do que pressupõe e a orientam no contexto do SUS. São incipientes os processos de avaliação, pois não são incorporadas as práticas de serviços de saúde. Quando ocorrem vem de modo burocrático, prescritivo e punitivo. Quando toma esse caráter não auxilia no processo decisório da gestão nem na formação do sujeito que deveriam estar envolvidos (profissionais, gestores e usuários do serviço) (BRASIL, 2003).

Avaliação pode ser definida como um processo sistemático para determinar até que ponto um programa ou intervenção atingiu os objetivos pretendidos (KERR-PONTES, 2005 et al apud. SESSIONS, 2001).

O PMAQ-AB como um programa estruturado exige-se um empenho claro de seguir as normas de avaliação e análise. Conforme é descrito:

Uma avaliação deve se propor a orientar as ações no setor a que se refere, determinar se as atividades do programa atendem aos objetivos declarados, se são apropriadas e se estão sendo efetivamente implementadas. Tomando-se essa perspectiva como ponto de partida, a avaliação de um programa pode permitir que os responsáveis pelas decisões meçam sistematicamente as atividades dos programas. (KERR-PONTES, et al, 2005 p. 84).

Segundo Bosi e Uchimura (2007 p 151) “A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão.” E para o MS é essencial que a atenção básica seja avaliada. Quando se criou este programa incluía-se a avaliação da efetividade do serviço e do programa para os usuários do serviço e para o próprio município partícipe. Esta avaliação é condicionante para o aumento do financiamento da Equipe de Saúde da Família e conseqüente melhoria do atendimento em saúde e da unidade, bem como para o próprio município integrante.

Mas, que tipo de avaliação é cabível para este tipo de programa? Segundo Bosi e Uchimura (2007, p 151): “avaliação qualitativa corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas.” É fundamental que esta avaliação ou análise permeie o sentido das aplicações do programa em benefício da população que busca e necessita desse aparato. Indo além das expressões numéricas, essa análise permeia-se por meio de resultados e respostas tanto da equipe como, principalmente, do usuário desse serviço com aspectos subjetivos e objetivos buscando diante da realidade encontrada a essencial mudança para estes. O aspecto objetivo, aplica-se na resolução das necessidades que a população vai em busca e subjetiva, vai além da simples conversação, mas em um acolhimento e diálogo.

Para que a avaliação e o programa sejam efetivos a fim de alcançar seus objetivos propostos é essencial a conformidade com a gestão. De modo, que Hartz (2012, p. 833), confirma:

Qualquer proposta desta natureza demanda um trabalho colaborativo com diversas instâncias (inter)nacionais, ministeriais, regionais e locais, incorporando outras experiências. Elas possibilitam ampliar a credibilidade, a aceitabilidade e a utilidade da avaliação do desempenho, identificando intersecções entre áreas de políticas públicas, de modo a orientar a articulação intersetorial e a atuar nos determinantes da saúde, reforçando a noção da “saúde em todas as políticas” e uma cidadania responsável (HARTZ, 2012, P. 833).

Essa avaliação deverá seguir objetivos direcionais, segundo Hartz (2012, p 833) a “avaliação deverá ser instrumento para aumentar a equidade no acesso e na utilização de serviços, a qualidade da atenção ofertada, a satisfação da população”. Dessa maneira é fundamental a participação de todos os setores e atores envolvidos no processo de trabalho e praticabilidade do PMAQ-AB.

Entretanto, um aspecto fundamental na avaliação do programa de saúde é a visão do usuário como ator principal, este que está vivenciando todo o aspecto da proposta do programa pode conceder uma visão crítica e direcionada quanto ao processo de aplicação do programa e sua análise, seu conhecimento avaliativo é uma porta de entrada para melhoria e efetivação de programas de saúde.

Doravante, além da gestão, dos órgãos de todas as esferas do governo, da participação dos usuários, dos acordos e pactuações de governo, equipes dentre outros, o PMAQ-AB conta nesse íterim com o trabalho de toda equipe que atua na Unidade de Saúde (BRASIL, 2011). Dentre esses, destaca-se com uma ampla função para a efetiva aplicabilidade do programa, a enfermeira(o) que, em grande parte é quem gerencia a Unidade de Saúde e tem a responsabilidade de fazer o serviço desta, caminhar fluentemente.

O Ministério da Saúde prioriza a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento, análise e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos na implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso com qualidade, nos diversos contextos existentes no País (BRASIL, 2011). O PMAQ-AB, portanto, é parte desse processo e como tal, necessita de análise que comprove seu efetivo sucesso.

Corroborando com esta concepção, o documento *Avaliação na Atenção Básica em Saúde Caminhos da Institucionalização* refere que:

A tarefa de avaliar, tão necessária quanto complexa, requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos. Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem esta premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005, p. 5).

Portanto, avaliação na Atenção Básica é fundamental para a gestão é um objeto que responsabiliza as três esferas de poderes, é um processo de disputa de poder, pedagógico e que deve adquirir um caráter formativo para que galgue o objetivo de reformular, corrigindo as inadequações e traga real melhoria nos programas

institucionalizados na AB. Deve livrar-se do aspecto burocrático e punitivo que adquiriu como avaliação institucional, não deve esquecer dos aspectos e peculiaridades regionais, bem como, os valores que se atribuem ao SUS com as mudanças que ocorrem em tempos hodiernos, lembrando-se que essas avaliações são vistas como forma de que haja melhoria na qualidade da AB e para que esse fim alcance o resultado é necessário a participação dos vários atores envolvidos no processo. Essa participação deve ser real perpassando da tese para a prática e envolvimento real e prático da avaliação em saúde, principalmente, ao se tratar da Atenção Básica (BOSI, 2007).

Os tipos de avaliação que são aplicadas em vários sistemas e instituições são: a avaliação diagnóstica que tem a finalidade de obter indicações sobre conhecimentos, aptidões, interesses ou outras qualidades; determinar a posição de aplicabilidade durante o início do período ou ano; e determina as causas subjacentes de dificuldades de desenvolvimento; Formativa, esta tem a finalidade de trazer um “Feedback” relativo ao progresso ou desenvolvimento de um aluno ou projeto em questão e ajuda detectar problemas relacionados com o desenvolvimento e aplicabilidade; e a Somativa que objetiva classificar num final longo de um período ou tempo determinado e cumprido de um projeto, programa entre outros avalia sua aplicabilidade de alcançar o que foi proposto (SEMELHANÇAS, [200?]).

No sentido de avaliação e seus tipos, destaca-se neste trabalho as avaliações aplicadas à área de saúde, pois é uma área que está em constante mudança, a cada dia sua estrutura política, social e assistencial deve ser reformulada, reestruturada, pois, a necessidade populacional e seu crescimento contínuo tem efeito direto no atendimento do serviço de saúde.

As avaliações em saúde, se constituem uma área ainda em desenvolvimento de conceito e metodologia, conseqüentemente, podem ser encontradas na literatura de forma muito diversificada, principalmente, quando este tipo de avaliação se aplica a medição de efetividade e resultados de um programa de saúde. A institucionalização da avaliação em saúde tem o objetivo de melhorar a qualidade da atenção Básica.

Em concordância, ressalta-se que:

Avaliação é uma importante ferramenta de gestão nas três esferas de governo, contribuindo para que os processos avaliativos sejam incorporados às práticas dos serviços de saúde e possam ter caráter subsidiário do planejamento, potencializando a utilização de instrumentos de gestão como o Pacto de Indicadores e o Sistema de

Informação da Atenção Básica, para tomada de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos. (BRASIL, 2011, p. 20.)

Por conseguinte, fica claro que a avaliação em saúde é método fundamental e intrínseco para a melhoria da qualidade do atendimento e saúde da população usuária da AB. É instrumento pedagógico do desenvolvimento qualitativo institucionalizado de forma que dê resposta às necessidades encontradas nas pesquisas avaliativas, galgando dessa maneira uma qualidade desejada na Atenção Primária como porta de entrada da Atenção Básica.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Segundo Neves, (1996), os métodos qualitativos se assemelham com interpretações dos fenômenos que fazemos no nosso cotidiano, são dados simbólicos situados em dado contexto, que demonstram parte da realidade ao mesmo tempo que esconde outra parte.

Segundo Gil, (2008), a pesquisa exploratória tem o objetivo de melhor familiarizar-se do problema afim de explicitá-lo, tem como objetivo principal o esclarecimento de ideias ou intuições. Nesse sentido, Minayo (2009), refere que na abordagem qualitativa um conjunto de fenômenos humanos está presente na realidade social, e que se ocupa, nas Ciências Sociais, com o nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Algo de relevante precisa ser analisado nesse trabalho, a realização do trabalho pelo pesquisador ora como técnico pesquisador, ora coordenador de pesquisa. Em alguns momentos esses papéis se justapõem.

Segundo NEVES (2006), o observador participante experimenta estar dentro e fora da situação estudada, e se transforma, ele mesmo, em um importante instrumento de pesquisa, como já salientado, com seu corpo e linguagem. Mediante o risco aparente de envolvimento em que pode ocorrer o enriquecimento ou empobrecimento dos resultados, esta situação não trará dificuldades, ao contrário, permitirá um relato fidedigno e enriquecedor em conhecimento, pois o relator terá ambos olhares quanto a pesquisa, tanto de quem está apenas como observador como também como participante ativo da pesquisa e coordenando em certos momentos.

É importante salientar, que as situações em que o relator também foi coordenador ocorreu no momento final da pesquisa em que houve o chamado para terminar algumas avaliações e concluir o censo das unidades. Deste modo, essa visão dúbia com um provável viés dos resultados da pesquisa será algo ínfimo diante do tempo decorrido de toda pesquisa de avaliação. Salienta-se que este relato não trará dados como resultados que possam criar desinformação ou desencontros na avaliação realizada pelo Ministério da Saúde.

Após análise minuciosa de todo material, foram mapeados os dados obtidos no trabalho de campo, desde a releitura do material e a organização das reflexões. Em seguida, foi realizada a classificação e elaboração do trabalho em momentos seguindo

a ordem cronológica organizacional dos módulos de pesquisa e avaliação disponibilizado pelo MS no instrumento de avaliação o Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) Documento Síntese Para Avaliação Externa, 2012.

No processo final de análise foram estabelecidas as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa.

Desta forma ter-se-á da seguinte maneira:

Momento 1 seleção e treinamento. Este momento relatará desde o início da participação no trabalho, o como soube da realização/convocação do trabalho, métodos para fazer parte da avaliação, momentos de treinamento, etapas treinamento e capacitação, situações adversas para estar presente neste período e finalização desse período.

Momento 2 do trabalho em campo e sua organização com os municípios. Este momento trará a experiência do trabalho em campo, o como se deu a organização para locais que membros seriam direcionados, os momentos de reuniões com equipes, mudanças inesperadas de localidade, dificuldades encontradas nessa situação e maneiras de contornar problemáticas, a urgências de terminar o trabalho afim de enviar as coletas a tempo para o banco de dados do Ministério da Saúde, o momento do censo em que foi necessário ir a campo como técnico e coordenador do trabalho e suas dificuldades.

Momento 3 das considerações finais. Este momento trará as considerações da experiência do trabalho de pesquisa e suas reflexões, síntese de experenciar em tantas diversidades, organização e as emoções da primeira avaliação do PMAQ-AB 2012.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. MOMENTO 1: SELEÇÃO E TREINAMENTO

É de interesse esclarecer que as palavras escritas não poderão deixar claras as sensações, os momentos vividos durante o período de pesquisa, mas, será descrita com a mais vívida lembrança. O início da participação como pesquisador do PMAQ-AB se deu pela informação por uma colega de que uma seleção pelo Instituto de Saúde Coletivo (ISC) estava ocorrendo para escolher pesquisadores para avaliar o PMAQ-AB. Essa seleção se daria por meio de análise curricular, entrevista e treinamento. Deveria entregar via online os certificados e no dia da entrevista deveria se levar os mesmos certificados impressos como comprovante. A entrevista constava em se saber de participações anteriores em pesquisas na área da saúde, principalmente, e participações em pesquisas de extensão. De um total de 120 candidatos 60 foram selecionados.

Treinamento é algo essencial para a formação de um profissional, e doravante, no quesito de um trabalho de pesquisa rápido e com pouco tempo para desenvolver e encerrar é fundamental para o pesquisador. Para Pantoja et al. (2001, p.2 apud Goldstein (1991)), define treinamento como a “aquisição sistemática de atitudes, conceitos, conhecimentos e habilidades que resultam em melhoria do desempenho no trabalho”. De tal modo, o treinamento foi elementar para a escolha dos pesquisadores.

O treinamento iniciou-se 15 dias depois da entrevista de avaliação, no próprio ISC, na cidade de Salvador-Bahia. Nesse treinamento havia a inclusão de teoria e prática, a teoria incluía conhecimento sobre o projeto PMAQ-AB, e os métodos aplicados para avaliação por meio de tablet e organização com as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) e prefeituras participantes do PMAQ-AB. A prática incluía utilização adequada do programa de avaliação no tablet, treinamento com as questões utilizadas impressa incluindo adaptação e desenvoltura com o instrumento.

Nessa circunstância, incluía sanar as dúvidas que surgiam durante o treinamento, bem como aprimoramento do programa que estava em desenvolvimento no tablet incluindo várias atualizações. Ao final do treinamento, o grupo foi enviado para atuar em campo finalizando a seleção dos 60 candidatos. Aqueles que apresentaram melhor capacidade de comunicação, desenvoltura no uso do aplicativo

no tablet, capacidade de resolver problemas adversos e trabalhar em equipe foram selecionados para serem avaliadores do PMAQ-AB 2012.

## **4.2. MOMENTO 2: TRABALHO EM CAMPO**

Após o período de treinamento deu-se início a fase em campo, os primeiros locais seriam Salvador-Bahia e Aracaju-Sergipe. Pessoas que moravam em Salvador permaneceriam para fechar o campo de Salvador assim que terminasse esse campo, partiriam para Sergipe para, o qual, o outro grupo já se encontrava. Ao chegar em campo o grupo foi dividido em outros pequenos grupos de quatro pessoas, cada um assumindo uma função na avaliação sendo que, quem terminasse uma das atividades ficaria incumbido de auxiliar os demais, em vista do processo de avaliação incluir 3(três) módulos. Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde, que incluía avaliação desde a infraestrutura física da unidade, aos impressos e insumos para prestação de atendimento. Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade Básica de Saúde, este incluía desde ao tipo de equipe que compunha a unidade, formação da profissional enfermeira(o) à estrutura de atendimento realizado em cada programa na unidade de saúde. Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário, este módulo avaliava a percepção do usuário quanto à qualidade estrutural e de atendimento prestado na unidade (BRASIL, 2012). Dessa forma alguns desses módulos continham menor conteúdo avaliativo possibilitando, ao avaliador, que terminasse antecipado auxiliasse aos demais pesquisadores.

### **4.2.1.Considerações Para o Modulo I**

A aplicação de cada módulo era exaustivo e requeria atenção constante do pesquisador, bem como esforço físico, além de paciência para verificar cada item exigido no módulo de avaliação. No módulo I - Observação da Unidade, o pesquisador acompanhado de um profissional da unidade deveria verificar todos os detalhes da unidade de saúde, esse trabalho exigia uma observação constante de cada detalhe exigido pelo programa de avaliação, além do pesquisador está informado qual padrão deveria seguir cada uma dessas. Esse padrão é encontrado no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde e quanto a estrutura das UBS devem seguir

as normas e portarias em vigor em nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 2012). Nesse aspecto, vale lembrar das condições estruturais encontrada nessas unidades. Muitas das unidades eram casas alugadas adaptadas para o funcionamento da unidade de saúde o que já iria em oposição com o padrão esperado pelo MS. No entanto, as informações que encontrava-se pelos gestores era a impossibilidade de compra de terrenos, devido especulações imobiliária da localidade ou mesmo a falta desses terrenos em área de cobertura da unidade de saúde conforme é requerido pelo MS (BRASIL, 2006). Desta forma, eram mantidas essas casas alugadas para que o atendimento ao público não cessasse.

Indo pra além dessa questão, foi encontrada unidades que apresentavam inadequações total para o atendimento à população, como locais em que todo espaço estava coberto por dejeções de pássaros, morcegos e até animais de grande porte como bovinos, instalações sem banheiros ou entupidos ou desativados, telhado quebrado, mofos em paredes, torneiras quebradas, sem água, sem energia. Ressalta-se que muitos desses eram postos de saúde localizados em áreas rurais, o que já criava barreira geográfica tanto para população assistida como para a equipe que atendia em tal local é memorável os veículos desconfortáveis que eram disponibilizados as equipes e aos pesquisadores (Kombi e ambulâncias) chamávamos de 'rali rural' a ida para essas unidades de saúde.

Entretanto, seus gerentes ou pessoas que moravam próximos e possuíam a chave do local, informavam que o atendimento nesses locais ocorria sem problemas. Porém, ressalta-se que muitas das unidades visitadas atendiam no mínimo, o que era preconizado para o atendimento populacional e algumas dessas com estrutura excelente.

Dos insumos, medicamentos e imunobiológicos. Com frequência esses materiais indispensáveis para o atendimento à população adscrita eram insuficientes à demanda.

Os materiais impressos exigidos para organização do serviço comumente, estavam alocados nas secretarias de saúde do município, quando deveriam estar na unidade para satisfação das necessidades. Inúmeras vezes os medicamentos não eram encontrados nas unidades em quantidade adequadas ou nem mesmo existindo medicamentos específicos que atendessem o preconizado na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e/ou a Relação Municipal de Medicamentos (REMUNE). Essa situação encontrada era refletida nos constantes reclames populacionais quanto

a falta de medicamentos que os obrigavam a comprá-los mesmo sem condições para tal.

Quanto aos imunobiológicos, encontrou-se falta e insuficiência em muitas das unidades de saúde. Devido estruturas de unidade rurais, esses imunobiológicos só se encontravam nas unidades em algum dia específico da semana ou do mês. Essa situação se contrapõe ao que é recomendado pela Política Nacional de Imunização/Calendário Básico do MS.

Veículo para unidade e equipamentos para materiais odontológico. Nestes quesitos, foi verificado que poucas unidades possuíam veículos próprios, quando havia, este era emprestado da secretaria municipal de saúde impossibilitando visitas domiciliares. Os materiais e insumos de odontologia, quando a unidade possuía consultório odontológico, tinha-se a maioria dos materiais e insumos para prestação do serviço. Entretanto, algumas unidades possuíam cadeiras odontológicas quebradas ou estavam em manutenção, quando se encontrava esse tipo de situação e por não está em funcionamento, era considerado como não existente.

#### **4.2.2.Considerações Para o Modulo II**

Neste módulo o avaliador realizava entrevista com o profissional da unidade sobre quesitos da equipe, formação do profissional e este deveria apresentar documentos comprobatórios das suas respostas às questões que cabiam a apresentação destes documentos.

Na maioria das entrevistas realizadas, a profissional que respondia as questões era a enfermeira(o) da unidade. Esta profissional seria escolhida antecipadamente com a junção dos outros profissionais da equipe e deveria estar preparada para responder as questões da entrevista, caso houvesse um profissional de odontologia na equipe, esse quem ficaria responsável para responder pelo tema referente (BRASIL, 2012).

Durante a entrevista, avaliava-se o tipo de equipe que compunha a unidade de saúde, podendo ser Equipe de Saúde da Família – ESF, Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB) e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (BRASIL, 2006). A quantidade de profissionais que atuavam na equipe, a maioria era composta de 5 (cinco) profissionais sendo: uma enfermeira(o), um médico, uma dentista, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de saúde bucal, não se

contabilizavam os ACS pois, seu número total dependia da quantidade de micro áreas do território.

O tempo de formação do profissional e de atuação na atenção básica. Sua grande maioria tinha mais que 5 anos de formação e atuação. Quanto a formação complementar e qualificação do profissional (especialização, residência, mestrado e doutorado) (BRASIL, 2012). Neste ponto a grande maioria não tinha mais que especialização, de todos entrevistados pelo avaliador apenas 1 profissional estava no doutorado. A falta de formação complementar foi algo assustador para o avaliador, em uma dessas ocasiões de entrevista, ao questionar uma profissional sobre sua formação complementar, especificamente, sobre ter residência (como formação complementar), a profissional se referiu ter residência (local de habitação) própria na cidade e inclusive desejou dispensar o comprovante de moradia para o avaliador.

Quando se reflete sobre esse acontecido, pode até parecer algo engraçado ou até mesmo hilariante. No entanto, a reflexão cabível para essa situação considerada problemática é ponderar em que tipo de formação estes profissionais adquiriram e a desvalorização ou desinteresse desses em obter uma formação complementar qualificada.

Do quesito agente contratante e vínculo de trabalho. Sua maioria era por administração direta com vínculo de contratação temporária de prestação de serviço, e o mecanismo de ingresso era por seleção pública ou outra forma não especificada. Dentre esses profissionais entrevistados, poucos eram concursados para o serviço público e essa situação diferenciada de contratação e entrada, era refletida em suas respostas mais claras e destemidas do que os profissionais contratados de outra maneira.

Ao se tratar de falhas encontradas na gestão e administração do serviço, os que haviam ingressado por concurso público não ocultava as deficiências encontradas, pelo contrário, até denunciavam a situação problemática. Enquanto, profissionais que ingressaram de forma contratual não demonstravam com clareza as dificuldades vividas no seu cotidiano. Quanto a plano de carreira e remuneração por desempenho. As respostas eram quase unânimes, não possuía ou nem se quer sabia da existência desses, isso se aplica aos profissionais concursados. Os profissionais contratados também não gozavam de quaisquer benefícios por desempenho, as respostas ouvidas era que, o que eles ganhavam era mais trabalho e responsabilidade. Essas respostas refletem no quesito de educação permanente onde

alguns não haviam participado no último ano e poucos demonstravam interesse em participar. Porém, os que demonstravam interesse em participar ou que já haviam participado de algum tipo de educação permanente no último ano, eram profissionais que demonstravam mais clareza em suas respostas e maior resolutividade no andamento da entrevista.

Neste decorrer situacional, observa-se as respostas dos profissionais no quesito processo organizacional de trabalho da equipe e planejamento das ações dessa. Observou-se que os profissionais que participavam em educação permanente tinham maior envolvimento no planejamento e no processo de trabalho, estes eram comprovados pelos impressos e livros de planejamento do serviço, observando a partir dos levantamentos de problemas, prioridades e plano de ação.

Desse modo, o planejamento na atenção básica é essencial para o desenvolvimento organizacional e salutar no atendimento populacional. De tal forma, Tancredi (1998), corrobora com esse pensar ao descrever que o planejamento é o instrumento que leva a melhorar o desempenho, otimiza e eleva a eficácia e eficiência dos sistemas nas funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Dentre todos os detalhes do processo de avaliação, há uma extensa tarefa de entrevista e quesitos peculiares da unidade de saúde. De tal forma, cabe-se nesse relato fatos que foram marcantes para descrição da experiência pelo avaliador, não menosprezando os demais itens da entrevista que durava no mínimo uma hora e trinta minutos. Esse tempo dependia da organização da equipe e seus profissionais responsáveis para atender os avaliadores ou poderia durar o dobro desse tempo ou mais caso não houvesse planejamento para o atendimento do avaliador.

#### **4.2.3.Considerações Para o Módulo III**

Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização do serviço (BRASIL,2012). Este módulo era de interesse estimado pelo avaliador pois, trazia a este a percepção de quem estava usando o serviço, com uma visão diferenciada e crítica sem temer qualquer tipo de retaliação pois, para este, a entrevista era vista como uma oportunidade de denúncia ou elogio ao serviço que lhe era prestado. Esta entrevista era realizada com 4 usuários que se encontravam na unidade durante a

avaliação e estes deveriam ser usuários a mais de 1 ano nessa unidade e que houvesse realizado sua última consulta a menos de 3 meses.

Dentre as questões que mais chamaram a atenção do avaliador, estavam as de acesso ao serviço, qualidade no atendimento, tempo e marcação de consultas na unidade e sua satisfação com o serviço prestado. Como resultado, muitos usuários diziam que a unidade ficava distante de suas casas, outros informaram que o atendimento poderia melhorar e ainda outros definiram como insatisfeitos com o serviço prestado, devido falta e dificuldades de marcarem consultas na unidade. Alguns pronunciaram que já tinham consultas com mais de 6 meses sem conseguir sucesso com a marcação. Mas, houve outros que se diziam bem atendidos, que era melhor aquilo do que nada, que todos na unidade lhe davam atenção.

Ponderando com essa situação, a entrevista com os usuários foi a parte que mais teve divergências nas informações de cada um desses. No entanto, notou-se que a necessidade populacional por saúde é um marco decisório para avaliações em saúde, apoiando-se no princípio de que, quem bem pode avaliar é aquele que necessita dessa prestação de serviço.

#### **4.2.4. Do Processo Organizacional, Bonificações e Dificuldades**

Para que esse processo de avaliação do PMAQ ocorresse de forma tranquila e organizada, foi preciso um extenso trabalho anterior com secretarias de saúde de cada município e DORES. Porém, esse trabalho era realizado pelos coordenadores de equipe de avaliadores. As informações de cada situação dos municípios para realização eram repassadas na noite anterior a ida ao campo, as vezes, por particularidades de alguns municípios, essas informações eram reformuladas tendo que partir para outro município ou unidade. Essa situação gerava uma elevação de estresse dentre os gestores, coordenadores de campo e avaliadores.

Ao fim do período diário de avaliação havia reunião com todos para relatarem seu dia de serviço, dificuldades encontradas e satisfação na avaliação. Ressalta-se que a equipe ficava em uma cidade sede e seu trabalho era realizado tanto nessa cidade como nas cidades circunvizinhas o que gerava estresse, fadiga e riscos ao transitar em estradas perigosas. Muitas dessas cidades circunvizinhas estavam a

mais de 50 km de distância da cidade sede, incluindo estradas de chão esburacadas ou cobertas de lamas.

Porém, teve seus momentos compensadores dessas regiões que ofertavam uma beleza natural exuberante. Pode-se citar: a região da Chapada Diamantina, as praias de Porto Seguro e cidades circunvizinhas, o frio de Vitória da Conquista, as belezas do litoral de Prado, Alcobaça, Caravelas a região do arquipélago de Abrolhos, dentre outras cidades baianas e as paisagens do estado de Sergipe com também visíveis belas paisagens naturais como a visita ao Cânion do Xingó do Rio São Francisco, entre outras maravilhas naturais.

Dos trabalhos realizados pela equipe de coordenadores, chegou um momento em que eles não mais poderiam acompanhar as equipes de avaliadores. Portanto, o trabalho de coordenação foi repassado para ser realizado pelos próprios avaliadores, cabendo aos avaliadores agirem como seus próprios coordenadores de campo. Esse período foi considerado um dos mais complexos pois, o contato com a coordenação na cidade de Salvador só se dava por mensagem via celular, quando havia sinal, ou por aparelhos telefônicos públicos, também escassos em certas localidades.

As informações que se tinha era a cidade que deveria se dirigir, o local para ser encontrado e o motorista que pegaria os avaliadores, o nome do secretário de saúde, diretor da atenção básica ou qualquer um responsável em receber os avaliadores no município destinado. Cabia aos avaliadores entrarem em contato com os respectivos responsáveis de recepcioná-los, organizar rotas a serem seguidas junto a DARES e municípios, esclarecer aos gestores da necessidade da avaliação e censo das unidades, muitas vezes convencê-los o quão era importante visitar todas unidades do município.

Relembrando essa ocasião, por ser um período de transição política pós eleição, as dificuldades se ampliaram, carros para transportar os avaliadores eram escassos. Houve necessidade do avaliador se dirigir a uma unidade em uma ambulância pois, não havia outro carro do município disponível.

Alguns membros de equipes de unidades e gestão ficavam amedrontadas com a chegada dos avaliadores, imaginavam que se não encontrassem tudo de acordo com o preconizado as unidades poderiam ser fechadas ou desativadas e conseqüente perda de verbas. Lembrando do período de transição política que ocorria, e como em

algumas cidades do interior as disputas são acirradas, houve uma situação em que o avaliador ao se dirigir para uma unidade, o motorista que o acompanhou, detinha uma arma de fogo que deixava as vistas no veículo. Ao ser questionado sobre a necessidade de tal artefato, ele informou que passariam pelo local que há pouco tempo ocorreu uma emboscada para um político da cidade, na qual, o mesmo foi assassinado no local e que a região pra qual se dirigiam era local de rixa política. Nesse momento o temor, medo, preocupação eram o que dominava sobre o avaliador, principalmente, ao passarem pelo exato local em que, segundo o condutor, ocorreu o fato. A tranquilidade sou pairou no avaliador ao sair da cidade. Essa saída ocorreu apenas no dia seguinte.

Para superar as adversidades e possíveis problemas, era necessário que o avaliador mantivesse-se neutro diante de situações contrárias. A ética, a responsabilidade com o serviço permeava a realização do trabalho com lisura evitando a tendenciosidade, limitar-se ao que estava descrito em seu material de avaliação era fundamental para evitar passar informações que não lhe cabia repassar. Por exemplo: quando lhe era questionado se a unidade estava aprovada ou não. Evitar expressar opiniões políticas era um fator chave para se manter distante das discussões que cercavam o período de trabalho.

Compromissar-se com o trabalho e trabalhar em equipe era fundamental para o término da avaliação e censo o quanto antes, em vista, a urgência exigida pelo MS. Usar de bom senso era imprescindível para compreender situações desfavoráveis para os profissionais e gestores que ainda se adaptavam a novas situações.

### 4.3 MOMENTO 3: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve o propósito de relatar a experiência vivenciada pelo avaliador, que em algum momento também era coordenador da primeira avaliação do PMAQ-AB, num período de 5 meses desde o período de treinamento ao de avaliação, de fato. De tal forma, pretendeu-se fazer uma reflexão de tal período como avaliador do programa.

Desde a criação da Atenção Básica o Ministério da Saúde tem buscado formas de melhorar a qualidade de atendimento dessa que é considerada a porta de entrada do SUS, dentre as diversas maneiras para que se alcance essa qualidade, a criação e implementação de programas de saúde é um dos meios mais aplicado no sistema de saúde. Um dos programas criados para alcançar esse objetivo foi o PMAQ-AB. É um programa criado pelo MS com adesão voluntária pelas secretarias municipais de saúde e suas equipes de todo território nacional.

Como todo programa criado para alcançar um objetivo, avaliação deve ocorrer como necessidade para a verificação do cumprimento das metas estabelecidas ou propostas. Essa avaliação deve determinar se as atividades do programa atendem aos objetivos declarados, se são apropriadas e se estão sendo efetivamente implementadas.

Com organização, planejamento e treino foi iniciada a avaliação nacional, sendo o ISC responsável pela realização nos estados da Bahia e Sergipe, com início das atividades no estado de Sergipe, essa escolha foi devido ao tamanho geográfico do estado e conseqüente quantidade de unidades a serem avaliadas, além de estar fora da região sede do ISC.

Todo trabalho desenvolvido com a pesquisa de avaliação trouxe a possibilidade de observar aspectos diferenciados em dois estados distintos, no entanto, esta diferença não foi substancial. Observou-se maiores similaridades do que dessemelhança nos detalhes avaliativos.

A possibilidade de trabalhar em equipe, conhecer o sistema de saúde na visão do profissional e do usuário foi de extrema relevância, principalmente, para quem já estava na área da saúde como estudante e vivenciando apenas a teoria. É de um enriquecimento particular inexplicável de certa maneira. Ser avaliador e ao mesmo tempo coordenador do trabalho traz capacidades profissionais inigualáveis para o profissional da área da saúde que o beneficiará em toda sua trajetória profissional. Escutar e entender as queixas nas avaliações dos usuários na pesquisa, permite ao

profissional da área de saúde refletir sobre suas ações e atendimento a esse público, tão carente de um atendimento de qualidade e respeito.

Portanto, participar da fase de avaliação do PMAQ-AB é sem dúvidas, uma experiência inigualável e enriquecedora. Permitiu ao avaliador enfrentar dificuldades, problemas e criar estratégias de resolutividade, conduz-lhe a possibilidade de explorar a ética, a imparcialidade e honestidade na prestação do serviço.

Serve como reflexão ao conhecer a realidade, que quanto mais se cria em programas com o objetivo de alcançar melhorias no serviço de atenção básica em saúde, ainda é preciso mais responsabilidade dos gestores e equipes para que os objetivos e metas acordados possam ser alcançados, possibilitando, conseqüentemente, que a Atenção Básica seja uma porta de entrada para a saúde segura, equitativa, justa e com qualidade para todo cidadão usuário do SUS.

## REFERÊNCIAS

BOSI, M. L. M; UCHIMURA, K. Y. **Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, Fev. 2007.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102007000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000100020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica, informe nº16. Ano III, 2002.** Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/informe\\_ab.php](http://dab.saude.gov.br/informe_ab.php)>. Acesso em 04 mai. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.**

Brasília-DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm).> Acesso em 04 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Outubro 2003. Disponível em:

<[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/atencao\\_basica\\_bibliografias/Documento\\_Final\\_da\\_Comissao\\_de\\_Avaliacao\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf)>. Acesso em 13 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Desempenho da Atenção Básica.**

Departamento de Atenção Básica SAS. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em 26 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica.** Caminhos da institucionalização. - Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA/DAB). Brasília-DF, 2005. Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/caa/avaliacao.php>>. Acesso em 08 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Síntese para Avaliação Externa.** Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso

e da qualidade da atenção básica (pmaq). Brasília-DF, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento\\_Sintese\\_Avaliacao\\_Ext\\_erna\\_2012\\_04\\_25.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Ext_erna_2012_04_25.pdf)>. Acesso em 04 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação do Decreto 7.508/11 e Aprimoramento do Pacto Pela Saúde**. Regulamentação da lei nº 8.080/90. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/noticia/2/arquivo/010212180107-SES-MT-A-conselho-fev---2012.pdf>>. Acesso em 13 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde. 2002**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em 04 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS**. Resumo projeto de pesquisa. DATAUnB – Pesquisas Sociais Aplicadas Centro de Pesquisas sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo\\_do\\_projeto\\_satisfacao\\_usuarios\\_sus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf)>. Acesso em 04 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, De 21 De Outubro De 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto De Desenvolvimento De Sistemas e Serviços De Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – Brasília. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_09.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_09.pdf)>. Acesso em 20 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, De 30 De Dezembro De 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF, 2010. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em 22 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em 05 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Secretaria de Atenção à Saúde. 4ª edição. Brasília-DF, 2007. p. 4. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol4.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf) > Acesso em 03 de mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto De Você – Acesso E Qualidade Programa Nacional De Melhoria Do Acesso E Da Qualidade Da Atenção Básica (Pmaq)**: Documento Síntese Para Avaliação Externa. Brasília – DF, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>. Acesso em 02 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>. Acesso em 06 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM **PORTARIA 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 - PAB Variável. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em 04 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM **PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)>. Acesso em 12 mai. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 750, DE 10 DE OUTUBRO DE 2006**. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-750.htm>>. Acesso em 12 mai. 2013.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto De Você – Acesso E Qualidade Programa Nacional De Melhoria Do Acesso E Da Qualidade Da Atenção Básica (Pmaq)**: Documento Síntese Para Avaliação Externa. Brasília – DF, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. - São Paulo: Atlas, 2008, pag.109.

HARTZ, Z. M. de A. **Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”**. *Cienc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, Abr.2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232012000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 mai. 2013.

IDEC. **Conheça A História E Como Funciona O Sus**. Disponível em:

<[http://minhateca.com.br/flaviadscamara/Psicologia/Sa\\*c3\\*bade/cadernos-de-texto-pet-saude,115621553.doc](http://minhateca.com.br/flaviadscamara/Psicologia/Sa*c3*bade/cadernos-de-texto-pet-saude,115621553.doc)> Acesso em 22 out. 2014.

KERR-PONTES, Ligia R. S. et al. **Uma reflexão sobre o processo de avaliação das pós-graduações brasileiras com ênfase na área de saúde coletiva**. *Physis*, Rio de Janeiro. V.15 jun. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312005000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312005000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 mai. 2013.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

PANTOJA, M. J; LIMA, S. M. V; BORGES-ANDRADE, J. E. **Avaliação de impacto de treinamento na área de reabilitação: preditores individuais e situacionais**. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, v. 36, n. 2, 2001.

PASSOS, C. M. dos. **O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas**. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de

Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em:

<[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4dca78ff63bc4.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4dca78ff63bc4.pdf)>. Acesso em 07 mai. 2013.

SEMELHANÇAS e diferenças entre os vários tipos de avaliação. Adaptado de PROENÇA, Maria Cândida, **Didáctica da História**, Lisboa, Universidade Aberta, 1989, pp. 148-150 e de MASACHS, Roser Calaf; CASARES, M. Ángeles Suárez e FERNÁNDEZ, Rafael Menéndez, *Aprender a Enseñar Geografía*, Barcelona, Oikos-Tau, 1997, pp. 181-195.

SUS. **História**. Disponível em:

<<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>>. Acesso em 28 fev. 2014.

TANCREDI, F. B; BARRIOS, Susana R. L; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**, volume 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).