

ESTELA AUXILIADORA ALMEIDA LOPES

**O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA E SEU POTENCIAL DE GERAR MUDANÇAS NO TRABALHO
DOS PROFISSIONAIS**

Brasília, 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ESTELA AUXILIADORA ALMEIDA LOPES

**O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA E SEU POTENCIAL DE GERAR MUDANÇAS NO TRABALHO
DOS PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos
Scherer

Brasília
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Lopes, Estela Auxiliadora Almeida

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais / Estela Auxiliadora Almeida Lopes; orientadora Magda Duarte dos Anjos Scherer – Brasília, 2013.

..... f.;ll.

Dissertação (Mestrado)- Universidade de Brasília, 2013

1. Ergologia 2. Processo de Trabalho 3. Saúde da Família 4. Atenção Primária de Saúde 5. Atenção Básica

ESTELA AUXILIADORA ALMEIDA LOPES

**O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE E
SEU POTENCIAL DE GERAR MUDANÇAS NO TRABALHO DOS
PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer (presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Edna Maria Goulart Joazeiro
PUC-Campinas

Prof. Dra. Andreia de Oliveira
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Maria da Gloria Lima
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho, *in memoriam*, aos meus pais, José Vilar Lopes e Maria Stela Lopes, que ensinaram aos filhos, com todo amor e dedicação, a persistir na busca de vitórias diante da vida, tendo como princípio, o respeito ao próximo.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. **Magda Duarte dos Anjos Scherer**, a quem admiro por sua competência intelectual e humana; generosidade e paciência; pelas oportunidades compartilhadas e os ensinamentos recebidos, como aluna, pessoa e mulher.

Ao Coordenador Geral de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Allan Nuno Alves de Sousa, a quem agradeço pelo apoio institucional.

Aos meus filhos **Mariana e Paulo**, por estarem sempre vibrando, me apoiando em todas as minhas escolhas. Vocês são a concretização do amor da minha caminhada;

A minha irmã, **Maria Vilauva Lopes**, pelos anos de dedicação e amizade e por ter me motivado com o entusiasmo com que defende o sistema público de saúde, me motivando a ser sanitarista.

Ao meu sobrinho **Lula**, pela disponibilidade e companheirismo em todos os momentos.

Às minhas amigas e companheiras Eliane, Edneusa e Lucíola por estarem sempre ao meu lado, me apoiando em todas as horas.

Aos trabalhadores das unidades básicas de saúde que fizeram parte deste estudo pela confiança depositada e pelo envolvimento que permitiu que alcançássemos nossos objetivos.

Aos professores, alunos e trabalhadores da Coordenação da Pós Graduação em Saúde Coletiva, por terem criado as condições necessárias para a produção deste trabalho.

Aos companheiros da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação do Ministério da Saúde, sempre abertos ao bom diálogo e sempre dispostos para a luta.

RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil – PMAQ foi criado no ano de 2011, com o objetivo central de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade, ampliando o impacto dos serviços sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários. A Política Nacional de Atenção Básica busca estimular a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudanças nas atividades de trabalho cotidiano. Sendo assim, este estudo teve o objetivo de analisar em que medida o PMAQ contribuiu para gerar mudanças nos processos de trabalho das equipes, de modo a potencializar a melhoria da qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde-APS. Foi analisada a implantação dos dispositivos propostos pelo programa e identificadas as facilidades, dificuldades e potencialidades para reorientar as práticas de trabalho das equipes, a partir da adesão ao PMAQ. O cenário da pesquisa constitui-se por duas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, atuantes por meio do modelo de Saúde da Família, com adesão ao PMAQ. Participaram doze profissionais de duas equipes. O referencial teórico utilizado apropriou-se da discussão teórica dos temas a partir das pesquisas de autores consagrados na área específica da saúde, bem como da abordagem ergológica, que fundamenta o processo de trabalho analisado por esta dissertação. A pesquisa foi realizada a partir do período da publicação da portaria de adesão e contratualização ao PMAQ, novembro de 2011 até março de 2013. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. Os dados foram analisados e sistematizados com base na análise temática de conteúdo de Laurence Bardin. Os resultados identificados pelo estudo apontam que a adesão ao PMAQ no Distrito Federal potencializa, parcialmente, mudanças no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica à Saúde.

Palavras-chave: Ergologia; Processo de Trabalho; Saúde da Família; Atenção Primária de Saúde; Atenção Básica.

ABSTRACT

The National Programme for Improving Access and Quality of Primary Health Care in Brazil - PMAQ was established in the year 2011 with the main objective of inducing increasing access and improving quality, expanding the impact of services on the health of population and on the satisfaction of its users. The National Primary Health Care policy seeks to stimulate the deployment of devices that are provoking changes in activities of daily work. Therefore, this study aimed to examine the extent to which PMAQ helps to generate changes in the work processes of teams, in order to maximize the improvement of the quality of services in Primary Health Care-APS. We analyzed the implementation of the proposed devices identified by the program and the facilities, difficulties and potential to reorient the working practices of teams, from the accession to the PMAQ. The setting of the research is two Basic Health Units of the Federal District of Brasil, acting through the Family Health Model, with adherence to PMAQ. Twelve professionals attended the two teams. The theoretical framework appropriated the theoretical discussion of the themes from the research of renowned authors in the specific area of health as well as the approach ergological, who moves the work process analyzed in this dissertation. The survey was conducted from the period of publication of the decree of accession and the contracting PMAQ, November 2011 to March 2013. This is a descriptive study of a qualitative nature. The data were analyzed and systematized based on the content analysis of Laurence Bardin. The results identified by the study suggest that adherence to PMAQ Federal District potentiates partly changes in the work process of the teams of Primary Health Care.

Keywords: Ergology; Process Work, Programme of Health Family; Primary Health Care; Basic Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	24
Figura 2 - Resultado da Certificação da Avaliação Externa realizada pelo Ministério da Saúde de 28 equipes da Estratégia Saúde da Família do DF no PMAQ-AB	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	27
Quadro 2 - Categorias Constitutivas do PMAQ e respectivos temas (núcleos de sentido) encontrados na análise de dados.....	49
Quadro 3 - Estrutura proposta pelo MS para a UBS- a e b com uma ESF e a situação real.....	55
Quadro 4 - Resultado da Avaliação Externa do PMAQ-AB Para as Equipes do Estudo.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	25
Tabela 2 - Relação dos participantes na pesquisa – formação e tempo de experiência profissional.....	57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MARCO TEÓRICO	19
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
2.2	O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	22
2.2.1	Estratégia de Autoavaliação	26
2.2.2	Estratégia de Educação Permanente no PMAQ-AB.....	28
2.2.3	Apoio Institucional no PMAQ-AB	30
2.2.4	Monitoramento no PMAQ-AB	31
2.3	CONCEITUANDO O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	33
2.4	ABORDAGEM ERGOLÓGICA E ATIVIDADE HUMANA DO TRABALHO	37
3	PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETIVOS	44
3.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	44
3.2	OBJETIVO GERAL.....	44
3.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
4	PERCURSO METODOLOGICO	45
4.1	TIPO DE ESTUDO	45
4.2	LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES.....	46
4.3	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	47
4.4	SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	48
3.2	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	50
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
5.1	O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NO DF	51
5.2	O CONTEXTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ESTUDADAS.....	52
5.3	BREVE PERFIL DOS PARTICIPANTES	57

5.4	HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO E DO CONTATO INICIAL DOS PROFISSIONAIS COM O PMAQ-AB	58
5.5	IMPLANTAÇÃO DO CONJUNTO DE DISPOSITIVOS OFERTADOS PELO PMAQ-AB, COMO INDUTORES DA MELHORIA DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE	61
5.6	LIMITAÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DO PMAQ-AB PARA A REORIENTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	65
5.7	BOAS PRÁTICAS E ORGANIZAÇÃO DAS UBS	67
5.8	CONTRIBUIÇÕES DO PMAQ-AB AO PROCESSO DE TRABALHO DA ESF	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS.....	77
	ANEXO A - TERMO DE CONCORDÂNCIA	83
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	84
	ANEXO C	87
	ANEXO D	90
	ANEXO E - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	91

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se apresentado, mundialmente, como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS. (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 44).

A evolução da Atenção Primária, na perspectiva internacional, tem como marco primeiro o relatório de Dawson em 1920, que constituiu um referencial para a organização do modelo de atenção inglês,

[...] esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 45).

A proposta organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos generalistas.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (MATTA; MOROSINI, 2008).

Outra importante contribuição, que já reconhecia a capacidade da Atenção Primária de reorientar o conjunto das ações de saúde para a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, onde foi proposto um acordo e uma meta entre os países membros para atingir o maior nível de saúde

possível até o ano 2000, por meio da APS. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (MATTA; MOROSINI, 2008).

Apesar de as metas de Alma-Ata não terem sido alcançadas na sua totalidade, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século, inclusive no Brasil.

Neste período, o Brasil encontrava-se em um contexto marcado por lutas pela democratização dos direitos de cidadania, sendo o movimento da Reforma Sanitária Brasileira considerado indutor do fortalecimento dessas lutas, o que foi demonstrado ao se garantir a aprovação na Constituição Federal, da saúde como direito de todos e dever do Estado. Com isso, foi estatuído, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção, descentralização da gestão dos serviços, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de atendimento e participação da população no controle social (SILVA; LIMA, 2005, p. 43-75).

A APS, tida como de grande relevância para a efetividade de qualquer sistema público de saúde no mundo (STARFIELD, 2004), passou a ser considerada como a principal estratégia para a estruturação e qualificação do SUS, posteriormente consolidada como Atenção Básica à Saúde.

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1993, por meio da Portaria Ministerial nº 962, é considerado pelo Ministério da Saúde, o ponto de partida para a reorganização do SUS, no sentido de reorientar o modelo assistencial sobre novos alicerces. (BRASIL, 1997).

Em 18 de dezembro de 1997, pela Portaria nº 1887, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes operacionais do Programa Saúde da Família, visando regulamentar sua implantação e operacionalização. Segundo esta Portaria, os

aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família apontam para o caráter substitutivo das práticas tradicionalmente exercidas; adscrição da população; programação e planejamento descentralizados; integralidade da assistência; abordagem multiprofissional; estímulo à ação intersetorial; estímulo à participação e controle social; educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família e adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 1997).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB-2006, que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica no Brasil. Assim, o Ministério da Saúde passa a considerar o PSF, não mais como programa e sim como estratégia prioritária para a reorganização da APS no país. A Estratégia Saúde da Família – ESF representa para o SUS, uma oportunidade de expandir o acesso à APS para a população, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar a regionalização pactuada entre os municípios, e de coordenar a integralidade. (BRASIL, 2006).

Em 2012, com a expansão de 33.434 equipes, em 95,2% dos municípios brasileiros pela Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012), e, após quase vinte anos de implantação, fez-se necessário priorizar iniciativas com vistas a sua qualificação.

Nesse sentido, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) tem desenvolvido várias iniciativas centradas na qualificação da atenção básica, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB.

O PMAQ-AB, é um componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente. Depende fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços. (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012).

O PMAQ –AB foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi resultado do processo de negociação e pactuação entre as três esferas de gestão do SUS: O Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

(CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (BRASIL, 2011a).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. A primeira fase consiste na adesão ao programa, e a segunda se organiza em quatro dimensões: **Autoavaliação; Educação Permanente e Apoio Institucional e Monitoramento**. A terceira fase corresponde à avaliação externa e a quarta é constituída por um processo de pactuação, após definição de padrões e indicadores de qualidade a serem acompanhados.

O presente estudo teve como foco a fase 2, composta pelos dispositivos de reorganização dos processos de trabalho da equipe e da gestão: **autoavaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento**. Tais elementos indutores de mudanças nos processos de trabalho estão presentes no Termo de Compromisso (TC), assinado pelas Equipes de Atenção Básica com a gestão municipal, no qual se comprometem a:

- 1) Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na PNAB; 2) Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso; 3) Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe; 4) Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade; 5) Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares; 6) Instituir processos auto-avaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe; 7) Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde; 8) Pactuar metas e compromissos para a qualificação da Atenção Básica com a gestão municipal. (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) busca estimular a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudanças no processo de trabalho cotidiano. Assim, a PNAB enfatiza a importância da estruturação de ações de acolhimento, a constituição de uma agenda de trabalho construída por todos os uma prática sistemática de planejamento e avaliação, entre outros movimentos indutores de qualificação do processo de trabalho.

Observa-se que o conjunto de compromissos estabelecidos na PNAB e no PMAQ-AB, está diretamente associado ao processo de trabalho das equipes, com vistas a melhorar o acesso e a qualidade da atenção, conforme explicitado abaixo:

[...] no desenvolvimento de algumas linhas de cuidado prioritárias como: a implantação do acolhimento, a constituição de um agenda de trabalho compartilhada por todos os membros da equipe, o desenvolvimento de ferramentas de gestão do cuidado, uma dinâmica cotidiana de planejamento e avaliação entre outros dispositivos de qualificação do processo de trabalho. (PINTO, 2011, p. 317).

Para Scherer et al. (2009), neste cenário colocam-se como questões o significado do trabalho coletivo e da equipe de trabalho e como estes conceitos se aplicam à gestão de coletivos de trabalho em saúde.

Ferreira (2004) assevera que para entender o processo de trabalho, devemos considerar em que medida o (des) compasso entre trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (atividade), influenciam no alcance da melhoria da qualidade no contexto de bens e serviços.

No mundo da produção, os trabalhadores se deparam cotidianamente com regras, procedimentos, rotinas... que tomam a forma, principalmente, de códigos de conduta e de inventário de tarefas (formais e/ou informais). Nisto não há nada de novo, pois, a vida em sociedade, da qual a produção econômica é parte integrante, parece ser inseparável da existência de normas formais e informais. Mas, habitualmente, os comportamentos dos trabalhadores nas situações de trabalho mostram um universo de atividades que transcende aquilo que previamente foi estabelecido pelas tarefas. O exame da inter-relação tarefa-atividade se apresenta, portanto, como um objeto privilegiado para a análise de práticas, valores, crenças... que colocam em confronto os modelos de gestão do trabalho e os modos de fazer e pensar dos trabalhadores (FERREIRA, 2004, p. 1).

Implementar as diretrizes políticas do PMAQ constitui-se em mais um desafio para consolidar a atenção básica à saúde como eixo estruturante do SUS. Desta forma, iniciativas de diversas naturezas devem ser implementadas, a exemplo das ações de pesquisa, necessitando, portanto, serem apreendidas.

Este estudo é relevante em função da possibilidade de contribuir para a melhoria da atenção básica à saúde, no DF e para reforçar os processos de trabalho de suas equipes conforme os princípios do SUS. Acrescente-se a importância do mestrado profissionalizante em Saúde Coletiva-UnB, para os serviços públicos de saúde dos quais nós, os mestrandos fazemos parte, por um lado; e por outro, para a pesquisadora, pela oportunidade de agregar valores ao seu processo de trabalho, a fim de atuar de forma qualificada, crítica e transformadora, junto à sua área técnica da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde,

contribuindo para o fortalecimento do SUS e para a melhoria da qualidade da atenção à Saúde.

Nossa opção por esta pesquisa deve-se a consciência de que os trabalhadores da saúde são os agentes dos processos de trabalho em saúde, ora reproduzindo o modelo de atenção dominante, ora produzindo novas formas de cuidados e da gestão dos cuidados; reconstruindo e transformando os processos de trabalho deles. Ressalte-se também a validade do argumento acima, mesmo que, por vezes, esses trabalhadores não se reconheçam como produtores do cuidado integral que compõe o modelo de atenção à saúde.

Dessa forma, no desenvolvimento deste estudo, o texto está organizado da seguinte forma: no primeiro capítulo apresentamos o marco teórico, discorrendo sobre Atenção Primária à Saúde, conceituando o processo de trabalho em saúde, a discussão da abordagem ergológica e a atividade humana do trabalho.

O segundo capítulo discorre sobre a pergunta orientadora da pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos. No terceiro capítulo descrevemos o percurso metodológico com local do estudo e dos participantes, os procedimentos para coleta de dados; a análise e discussão dos dados e os procedimentos éticos; finalizando com a apresentação e discussão dos resultados, no quarto e último capítulo.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Medina (2006) destaca que os sistemas de saúde, quando organizados com base na atenção primária à saúde, apresentam melhores possibilidades de desempenho. Isso se deve à acessibilidade, à função de integração, e à própria organização e racionalização dos recursos, tanto básicos como especializados, que são direcionados à promoção, manutenção e melhoria da vida.

Desta forma a Atenção Primária constitui-se no primeiro nível de atenção e principal porta de entrada no sistema de saúde. A maioria das necessidades em saúde da população deve ser abordada e resolvida neste nível.

[...] é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, [...] para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2004, p. 28).

Para Giovanella (2008), a atenção primária à saúde (APS) como estratégia, para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população, exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui para a melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema.

Em relação ao modelo assistencial, no contexto de um sistema de saúde baseado na atenção primária, a APS torna-se o principal meio de convivência entre as pessoas e os serviços de saúde. Além disso, a atenção primária desempenha importante papel ao coordenar a continuidade do cuidado e o fluxo de informações ao longo de todo o sistema de saúde.

A Declaração de Alma-Ata em 1978, aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1979, já indicava a APS como a principal estratégia para alcance da promoção da assistência à saúde para todos os indivíduos de acordo com o propósito de Saúde para Todos até o Ano 2000.

Starfield (2004) afirma que só haverá APS de qualidade quando os seis princípios ou atributos que a constituem, quais sejam, acesso (primeiro contato), longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária, sejam obedecidos e respeitados.

No Brasil, o desenvolvimento da APS aconteceu atrelado ao movimento de Reforma Sanitária que, aliado ao processo de democratização do país, desencadeou a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Esse processo teve grandes avanços com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, na medida em que incorpora os princípios de universalidade e integralidade da atenção, passa a exigir de sua gestão a adoção de estratégias que viabilizem ações descentralizadas e impulsionadoras de mudanças do modelo assistencial. Assim, o Ministério da Saúde implantou, em 1991, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF) com a decisão política de reorganizar a atenção primária.

As políticas públicas de saúde têm impulsionado a construção de modelos substitutivos de atenção à saúde em todos os âmbitos de serviços. A partir da política de descentralização do sistema de saúde, o Ministério da Saúde implantou, em 1991, o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com o propósito de reorganizar a atenção primária, buscando para além da resolutividade dos serviços o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Essas ações, no Brasil, compõem as atividades que se convencionou chamar de Atenção Básica em Saúde (LIMA, 2011).

Esta movimentação redundou na regulamentação e operacionalização da Atenção Básica à Saúde, estabelecidas pelo Programa Saúde da Família do MS.

Indagações quanto a ser um programa ou estratégia compõem uma das discussões envolvendo o PSF. Assim, estruturado inicialmente como programa, foi registrado como estratégia (BRASIL, 1997), com a intenção de diferenciar-se dos programas verticais operados pelo Ministério da Saúde. Surge com caráter substitutivo das práticas baseadas nas especialidades e na lógica curativista e de assistência centrada na doença.

Historicamente marcado por um modelo de assistência curativista e “hospitalocêntrico”, centrado na consulta médica, o sistema de saúde brasileiro, carecia de mudanças profundas e radicais. Este aspecto sofreu rupturas com o desenvolvimento da atenção primária, através de equipes multiprofissionais, estratégicas e prioritariamente implantadas nas áreas de maior vulnerabilidade das cidades. Reafirmando os princípios do SUS, o

PSF se expandiu rapidamente e passou a assumir o *status de estratégia* (SILVA; CALDEIRA, 2010, p.1187).

Neste contexto, em 2006 foi aprovada, por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização dela, tanto em relação a ESF, quanto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; sendo caracterizada por:

[...] 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 e a manutenção da saúde, desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações em territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006, p. 10).

O Ministério da Saúde, em 2011, publicou uma nova Política Nacional de Atenção Básica, em substituição à edição de 2006. A nova PNAB manteve muito da anterior, e consolidou as mudanças que ocorreram desde então, como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas, o Programa Saúde na Escola e a flexibilização da carga horária médica nas equipes de Saúde da Família. A PNAB incorpora a conformação do SUS em redes de atenção à saúde, trazendo um destaque maior à importância da atenção primária à saúde. (BRASIL, 2011).

Andrade et al. (2006), asseveram que a estratégia Saúde da Família, surgiu como uma proposta tecnicamente viável de concentrar a atenção nas ações primárias de saúde em áreas de risco, a fim de expandir o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde e realizar uma superação imediata das desigualdades de acesso à saúde.

O foco central da Estratégia Saúde da Família (ESF) é contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, em concordância com os princípios do SUS, transmitindo-lhe uma nova forma de agir, nos processos

de trabalho cotidiano dos profissionais e na dinâmica do dia-a-dia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nessa direcionalidade, há definição de responsabilidades entre a equipe, assim como a necessidade de conhecer a realidade da população adscrita, e com isto estabelecer o vínculo sanitário com os usuários.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica - AB no Brasil, vem se expandindo em grande velocidade desde 1993 e atualmente beneficia 95,2% dos municípios brasileiros, com mais de 33.000 equipes implantadas (BRASIL, 2012).

Em linhas gerais, a reorientação do modelo tecnoassistencial proposta pela ESF, caracteriza-se pelo deslocamento do eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas tomadas em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde (SARTI et al., 2012, p. 537).

Põe-se como um desafio pragmático atual, à ampliação do acesso e da qualidade da atenção á saúde prestada pelas equipes de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. Essa qualidade deve, necessariamente, compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social.

Nesse sentido, o MS propõe o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), sendo este um dos componentes da nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b).

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

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica procura induzir a implantação de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais. Além disso, vai impulsionar o processo de trabalho das equipes de atenção básica, a fim de ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

Dentre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para qualificação da atenção, destacam-se a precariedade da rede física; a ambiência pouco acolhedora das UBS; as inadequadas condições de trabalho para os profissionais; a necessidade de qualificação do trabalho das equipes; a instabilidade das equipes e

a elevada rotatividade dos profissionais; a insipiência dos processos de gestão; a sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; a pouca integração das equipes com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico; a baixa integralidade e resolutividade das práticas e o financiamento insuficiente e inadequado. (BRASIL, 2011a).

O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com a busca contínua de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011a).

O PMAQ-AB, é um componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011), cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente. Depende fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços. (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012, p. 2).

São sete as diretrizes estruturadas pelo Ministério da Saúde, com a participação dos gestores estaduais e municipais, que norteiam a organização e o desenvolvimento do PMAQ-AB.

I - Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde; II - Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade; III – Ser transparente em todas as suas etapas; IV - Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V - Desenvolver cultura de negociação e contratualização; 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 – Ter caráter voluntário para a adesão (BRASIL, 2011a).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, conforme descrito a seguir (BRASIL, 2011b).

A primeira fase do PMAQ-AB consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que prevê pactuação regional e estadual e

a participação do controle social. A adesão tem caráter voluntário tanto das equipes de Atenção Básica quanto dos gestores municipais.

A segunda fase é compreendida como a etapa na qual se dá o desenvolvimento de ações, realizadas fundamentalmente pelas equipes de Atenção Básica - EAB e gestão municipal, onde, autoavaliação, monitoramento, educação permanente e no apoio institucional, são apontadas como estratégias para promover movimentos de mudança no processo de trabalho das EAB e da gestão.

A terceira fase consiste na avaliação externa que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguarão as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa.

A quarta fase constitui o processo de recontractualização que deve ocorrer após a certificação da Equipe de Atenção Básica. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contractualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

Neste sentido, as quatro fases configuram-se em um ciclo contínuo de ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde, conforme fluxograma nº 1, abaixo apresentado.

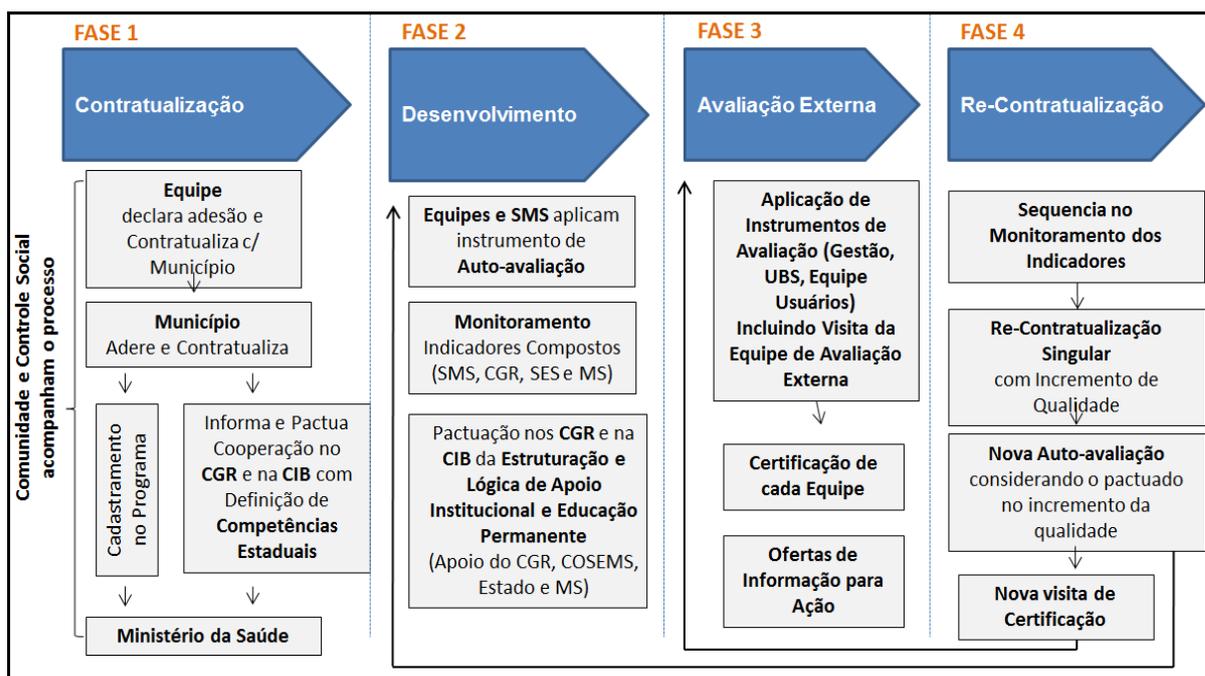


Figura 1

Fonte: BRASIL, 2011.

Segundo Pinto (2012), o PMAQ-AB busca estimular a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo de trabalho cotidiano, onde estimula, por exemplo, a implantação do acolhimento, a constituição de uma agenda de trabalho compartilhada por todos os membros da equipe, o desenvolvimento de ferramentas de gestão do cuidado, uma dinâmica cotidiana de planejamento e avaliação, entre outros dispositivos de qualificação do processo de trabalho.

As equipes de Atenção Básica são certificadas conforme seu desempenho, considerando três dimensões: implementação de processos autoavaliativos, verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados e verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade. (BRASIL, 2011, p. 38).

Nesse processo de certificação, a nota final de cada equipe será composta a partir da seguinte distribuição:

Tabela 1

Dimensão	Percentual da Nota Final da Certificação
I – Implementação de processos autoavaliativos	10%
II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	20%
III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade	70%

Fonte: PMAQ/ MS

Sinalizamos que o contexto deste estudo é o PMAQ-AB na Atenção Básica do SUS, no entanto, o nosso foco é a 2ª fase – desenvolvimento, onde se pesquisou, em que medida o referido programa está contribuindo para mudanças no processo de trabalho das equipes. Assim, o olhar voltado para os aspectos das estratégias de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, presentes na fase 2, representam elementos essenciais para identificar os movimentos de mudança concretas no processo de trabalho das equipes.

2.2.1 Estratégia de Autoavaliação

A autoavaliação é tida como ponto de partida da fase de desenvolvimento, propondo que o processo se inicie pela identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, das iniciativas de mudança e aprimoramento (BRASIL, 2011).

A Autoavaliação no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) é entendida como elemento provocador de reorganização da equipe e da gestão.

A avaliação é, pois, um poderoso instrumento de mudança que não deve ser visto como uma ameaça, mas sim como um incentivo, para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade. A finalidade de políticas de avaliação e de melhoria da qualidade não pode ser apenas demonstrar os problemas nem propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria de qualidade dos cuidados prestados. O objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis (PISCO, 2006, p. 566).

Concordamos com Pisco (2006), pois a finalidade de políticas de avaliação e de melhoria da qualidade, vai para além do reconhecimento dos aspectos da situação avaliada e de proposição de soluções, que constituem apenas os primeiros passos, o essencial vem depois, quando se produzem mudanças adequadas à realidade apresentada.

Processos autoavaliativos, comprometidos com a melhoria contínua da qualidade, poderão potencializar os demais componentes da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, na medida em que contribuirão na identificação das principais necessidades de educação permanente e de apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como um momento de pouca relevância, tampouco como um momento angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores (BRASIL, 2012, p. 27).

Na certificação das equipes de Atenção Básica no PMAQ-AB, a implementação de processos autoavaliativos no âmbito municipal, corresponde a 10% da nota final, como anteriormente mencionado.

O instrumento tal como proposto pelo Ministério da Saúde está organizado com base em duas unidades de análise para a avaliação, que são: padrões de acordo com a competência da gestão e da equipe.

Os conjuntos de padrões são divididos em duas unidades de análise, sendo a primeira no âmbito da gestão da coordenação e a segunda, no âmbito da equipe de Atenção Básica. Estas unidades de análise estão divididas em quatro dimensões que se desdobram em 13 subdimensões, e estas, em 110 padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a Atenção Básica. Vide quadro abaixo.

Nesta dissertação, entendemos autoavaliação como o dispositivo indutor dos movimentos de mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado. É uma estratégia para melhorar os processos de trabalho, que configuram o foco desta pesquisa.

Quadro 1

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
GESTÃO	GESTÃO MUNICIPAL	A-IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO
		B-ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
		C-GESTÃO DO TRABALHO
		D-PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
	GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	E-APOIO INSTITUCIONAL
		F-EDUCAÇÃO PERMANENTE
		G-GESTÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO M&A
	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	H-INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS
		I-INSUMOS IMUNOBIOLÓGICOS E MEDICAMENTOS
EQUIPE	PERFIL, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	J-PERFIL DA EQUIPE
		K-ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
		L-ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
		M-PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Fonte: AMAQ-AB/Ministério da Saúde

2.2.2 Estratégia de Educação Permanente no PMAQ-AB

A educação permanente em saúde, como prática de ensino-aprendizagem, significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (CECCIM; FERLA, 2008, p. 162).

A educação permanente [...] É contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. (CECCIM; FERLA, 2008, p. 163).

O redirecionamento do modelo assistencial impõe claramente a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais e as mudanças no processo de trabalho em saúde passam a exigir de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia que possa contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras em saúde e que propiciem o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2011).

A partir da análise coletiva dos processos de trabalho pode-se identificar os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 31).

O Ministério da Saúde instituiu, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Essa política propõe que os processos educativos desses profissionais se deem de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, sugere que a transformação das práticas profissionais se baseie na reflexão crítica sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes na rede de serviços de saúde. (CARDOSO, 2012, p. 18).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios.

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo (BRASIL, 2007).

No âmbito do PMAQ-AB, a inclusão da educação permanente como uma de suas dimensões estruturantes está associada à necessidade de se estimular a problematização do cotidiano pelas equipes da Atenção Básica e pela gestão local, buscando aumentar a capacidade de análise e intervenção dos profissionais de saúde diante das suas demandas concretas. Procura-se, por meio do PMAQ-AB, contribuir inclusive para que os cursos pré-formatados sejam ofertados/incorporados em momentos e com mediações que considerem necessidades de formação dos trabalhadores, para que façam mais sentido e tenham maior valor de uso (BRASIL, 2011, p. 32).

A educação permanente, direcionada aos trabalhadores, a partir do enfrentamento de situações vividas no dia-a-dia, na atividade humana de trabalho, busca, portanto, estabelecer vínculos entre a educação e o trabalho, que devem ser considerados como duas dimensões inseparáveis no que se refere à vida e às instituições.

A Educação Permanente em Saúde possui como princípio pedagógico o processo educativo crítico e reflexivo, que coloca em análise o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde, visto que a proposta combate o modelo hegemônico de saúde e deveria se estruturar a partir de relações concretas entre os sujeitos envolvidos, que operam realidades e possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação das ações produzidas no cotidiano do trabalho. (FERRAZ et al., 2012, p. 485).

Nessa perspectiva, o PMAQ-AB, pensando na melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, inclui a educação permanente como uma de suas dimensões estruturantes, buscando romper com a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas como meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional. (BRASIL, 2011).

Continuando este percurso, com foco na educação permanente, o PMAQ-AB destaca ainda, as comunidades de práticas, que representam importante espaço de ampla comunicação dos gestores e trabalhadores da Atenção Básica, por meio da

propagação das mais variadas formas de comunicação existentes e da criação de espaços que oportunizem visualizar e trocar experiências inovadoras.

Portanto, será ofertado pelo Ministério da Saúde um espaço virtual que assegure a interação entre os indivíduos e coletivos, em um ambiente que permita a troca dinâmica de informações e experiências entre gestores e trabalhadores, com a apresentação de dificuldades, narrativas vinculadas ao seu cotidiano, de maneira a viabilizar o aprendizado mediante as trocas e a reflexão sobre a sua experiência e a experiência do outro, facilitando ainda a sistematização de tecnologias da gestão e do cuidado (BRASIL, 2011b, p. 32).

2.2.3 Apoio Institucional no PMAQ-AB

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos (BRASIL, 2011b, p. 32).

De acordo com o Documento Base da Política Nacional de Humanização (PNH) para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008), o apoio institucional é colocado como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde.

[...] o apoiador institucional tem a função de: 1) ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS. (OLIVEIRA, 2011, p. 34).

Neste trabalho entendemos que apoio institucional está condicionado a presença de uma ou mais pessoas externas às equipes, tendo como função, facilitar

a construção de espaços de interação, onde as normas instituídas são articuladas aos saberes e aos interesses dos profissionais, bem como aos interesses e necessidades dos cidadãos usuários, numa relação de complementaridade.

As ações de apoio institucional demandam uma perspectiva que considere o objeto de trabalho do apoiador como um processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar as relações de supervisão e os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem os graus de democratização, publicização, autonomia, emancipação e de compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias entre apoiador e equipe, contemplando demandas e ofertas de ambos (BRASIL, 2011, p. 33).

A oferta de apoio institucional busca ampliação da capacidade e da autonomia dos profissionais a partir do entendimento do seu próprio processo de trabalho. A presença de uma pessoa externa às equipes tem como objetivo facilitar a construção de espaços de discussão, onde os objetivos institucionais possam ser harmonizados aos saberes e necessidades dos trabalhadores e usuários.

A introdução da dimensão do apoio institucional, no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, procura dialogar com a necessidade da gestão municipal, estadual e federal de ofertar dispositivos que contribuam para a superação dos desafios enfrentados pelas equipes de Atenção Básica no seu cotidiano.

Neste sentido, neste estudo o apoio institucional é uma estratégia de gestão, que tem como objetivo a soma de esforços entre os gestores e trabalhadores, no sentido de qualificar os serviços que são ofertados aos usuários.

2.2.4 Monitoramento no PMAQ-AB

O objetivo central do monitoramento e avaliação em serviços ou programas de saúde deve ser de apoiar e subsidiar o processo de decisão e de trabalho, cujo foco principal incide na caracterização das práticas desenvolvidas nas ações de saúde. Caracteriza-se, portanto, como dispositivo de gestão dos serviços de saúde, bem como da Atenção Básica, facilitando processos decisórios e as atividades de trabalho das equipes.

Assim, a avaliação de um serviço de saúde, da situação de saúde da população ou de um programa específico resulta, em grande parte, do processo de monitoramento das atividades, realizado a partir das informações produzidas, no interior do serviço, no cotidiano das ações da atenção à saúde. (FELISBERTO, 2004, p. 24).

Na fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, o monitoramento dos indicadores contratualizados constitui um dos elementos essenciais para a implementação do Programa.

No momento de contratualização ao programa, entre os compromissos a serem contratualizados pelas Equipes participantes e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de indicadores que foram eleitos a partir da possibilidade de acesso a informações que possam ter como grau mínimo de agregação as equipes de Atenção Básica e equipes de saúde bucal (BRASIL, 2011, p. 16).

Diante de tudo isso, foram selecionados para o primeiro ano do PMAQ-AB, quarenta e sete indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso, que buscam orientar entre outros objetivos, o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes de Atenção Básica e gestores municipais.

Cumprir destacar que, no ciclo de melhoria da qualidade proposto pelo PMAQ-AB, alcançar bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade pressupõe a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho (BRASIL, 2011a, p. 29).

Neste sentido, no monitoramento e na avaliação de desempenho das equipes, no campo relacionado ao conjunto de indicadores pactuados no PMAQ-AB, deve-se considerar os movimentos indicativos do desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal dos profissionais. Assim, deve-se buscar indicadores produzidos no cotidiano do trabalho que sejam representativos do que acontece no dia-a-dia do trabalho em saúde. Em suma, avaliação que possibilite mudanças nos processos de trabalho, na capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos.

Entendemos que o processo de monitoramento na Atenção Básica em saúde, além de possibilitar mudanças nos processos de trabalho e reorientar as práticas dos profissionais da Equipe da Atenção Básica, não deve ser entendido como um fim em si mesmo, ou apenas como cumprimento de compromissos simplesmente formais, mas sim como um mecanismo capaz de gerar reflexões entre os membros

da equipe e a gestão, no sentido de gerar mudanças apropriadas que levem à melhoria de qualidade dos serviços prestados.

Para tanto, é relevante se apropriar dos conceitos relativos ao processo de trabalho, trabalho em saúde e da abordagem ergológica, com o objetivo de compreender com pertinência, a complexidade peculiar da atividade humana de trabalho.

2.3 CONCEITUANDO O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Uma particularidade fundamental do processo de trabalho realizado pelo homem é a sua intencionalidade. Segundo Marx (1968), o homem, ao contrário dos animais, que operam de forma irracional, possui a capacidade de idealizar o resultado de seu trabalho antes mesmo de começá-lo. Dessa forma, o ser humano, ao transformar a matéria, imprime-lhe uma forma que mentalmente já existia, e que vai conduzir todo o curso do trabalho, conferindo-lhe ao final, não um resultado qualquer, mas a satisfação da necessidade que originou o trabalho.

No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E esta subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo curso do trabalho (MARX, 1968, p. 202).

Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho. A dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade. Portanto, o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal, dentro de certo campo de possíveis (PEDUZZI, 1998).

[...] é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 323).

O trabalho pode ser definido como o exercício de uma atividade vital, capaz de plasmar a própria produção e a reprodução da humanidade, uma vez que é o ato responsável pela criação dos bens materiais e simbólicos socialmente necessários para a sobrevivência da sociedade (ANTUNES, 2011).

Para auxiliar nesta complexa questão, recorreremos à teoria Marxista sobre processo de trabalho, onde para a execução do mesmo, o homem desenvolve uma transformação em um objeto sobre o qual atua, utilizando instrumentos de trabalho para a realização de produtos, e esta modificação está sujeita a um determinado fim.

Assim, o trabalho é o ato humano pelo qual as pessoas, em sociedade, produzem e re-produzem sua existência, não somente no plano material, mas também no plano da subjetividade, ambos condicionando-se mutuamente (PEDUZZI, 1998).

A essa tensão da vontade, chama-se finalidade, e a finalidade está sempre presente antes e durante o processo de trabalho, aparecendo de três modos: na constituição do homem dotado de finalidade, por efeito da presença do homem dotado de carência; na constituição do homem em atividade por efeito da presença da finalidade nele; e na persistência produtiva dessa atividade, até que o resultado seja posto, pela transformação de objeto de trabalho no algo depois e desde a delimitação de objeto de trabalho a partir da natureza (GONÇALVES, 1992, p. 11).

Nesse sentido, Cyrino (1993) afirma que o uso de determinados instrumentos e do saber são intencionais, sendo utilizados articuladamente para a produção do produto a que se deseja chegar. Assim, a transformação do objeto em produto é dirigida pela finalidade do trabalho, consciência que preside este processo e mantém sempre presente o produto buscado, representando assim uma dada leitura daquela necessidade.

Gorz (2007) afirma que no modo de operar capitalista, o trabalhador, ao adentrar no processo produtivo, despoja-se de sua personalidade, de sua singularidade e de seus próprios desejos, sendo simplesmente força de trabalho, servindo a fins que lhe são, por vezes, estranhos e indiferentes. Não há, muitas vezes, nenhum tipo de identificação pessoal do trabalhador com a atividade que desempenha. Dessa forma, realiza-a mecanicamente e sem mesmo entender por que a desempenha, já que consiste em seu único meio de subsistência. Torna-se, portanto, alheio a este trabalho.

Esta afirmação acima, expressa por Gorz, não se coaduna com os pressupostos da abordagem ergológica – Schwartz (2000), assevera que...a presença viva de uma pessoa - da subjetividade, na situação de trabalho ...ele enfoca o trabalho como lugar de debate, um espaço de possíveis sempre a negociar onde não existe execução, mas uso, e o indivíduo no seu todo é convocado na atividade.

Schwartz (2000, p. 47), nessa compreensão ainda coloca, “[...] todo conhecimento que se diz científico, mas que não trata o homem senão como objeto, através de ‘grades’, ‘modelos’, ‘comportamentos’, ‘lógicas sociais’, ‘práticas’ ‘corpos linguísticos, regularidades e outros signos’ socialmente denotados e conotados”, não é usurpador na medida em que a dimensão de potencialidades alternativas habita o estado das coisas, dá conta e ao mesmo tempo manifesta que ele poderia ser completamente diferente do que ele é.

Não é o que manifesta a abordagem do trabalho onde trabalhar de um outro modo torna, por sua vez, possível o trabalho prescrito e manifesta que o sujeito busca sempre, contra as condições materiais, mas também amplamente sociais, recentrar seu uso em torno de normas que ele mesmo teria instituído. (SCHWARTZ, 2000, p. 48).

No âmbito da saúde, o objeto sobre o qual o profissional de saúde atua para obter a transformação, é o ser humano com suas necessidades humanas de saúde; sendo os instrumentos para operar esta transformação, materiais e não materiais. Como exemplo de materiais, podemos citar equipamentos, medicamentos entre outros, e os não materiais, os saberes, que unem em certa ordem, os trabalhadores de saúde e os instrumentos materiais. Desta forma, a dinâmica entre o objeto, instrumentos e atividades, torna viável o processo de trabalho, por meio da presença e da ação do trabalhador.

No estudo do processo de trabalho em saúde Mendes Gonçalves (1979, 1992) analisa os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 321).

No processo de trabalho, para existir o projeto pensado, é necessário um saber tecnológico. Merhy (1997) classifica as tecnologias em saúde como dura, leve dura e leve. A dura engloba instrumentais complexos, equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a tecnologia leve dura abrange os saberes profissionais bem estruturados como da clínica, da

epidemiologia e dos profissionais de saúde que compõem a equipe. A tecnologia leve é aquela que se produz no trabalho vivo, em ato.

A tecnologia leve se produz no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, no encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, envolvendo o campo das relações de vínculo, de cumplicidade, de aceitação, das falas e escutas que criam a responsabilidade em torno de um problema a ser resolvido (ROCHA; ALMEIDA, 2000, p. 98).

Segundo Trinquet (2010), não se pode deixar de considerar as variabilidades do ambiente físico e do meio social, pois no processo de trabalho, o trabalhador desenvolve a atividade não somente com o encontro com o usuário, mas também na relação com o meio, que podem favorecer ou dificultar a eficácia das ações.

Desta forma, torna-se importante destacar que o trabalho em saúde não é realizado sobre coisas, sobre objetos, e sim sobre seres humanos, onde ocorre uma inter-relação triangulada entre o meio, quem executa o serviço e quem o recebe. Assim, o trabalhador, o usuário e o meio, são tidos como co-participantes de todo o processo de trabalho.

As lógicas baseadas no modelo biomédico caracterizado pela objetivação e racionalização, burocracia e centramento na doença, sobrepõem as dimensões sociais e subjetivas presentes no trabalho e nas práticas de atenção à saúde. Neste processo, evidencia-se a automatização dos contatos, a dificuldade na criação de vínculos, o descumprimento profissional (FIGUEREDO, 2001).

Campos (1997) compreende que a fixação do trabalhador em segmentos do processo de trabalho esvazia seus atos de sentido, burocratizando o trabalho, aborrecendo-o e embrutecendo-o. Se o profissional não se sente sujeito ativo nas trajetórias de suas intervenções, perde de vista os elementos estimuladores de sua criatividade, e tende então, a não responsabilizar-se pelo que produz.

Evidencia-se a divisão social e técnica do trabalho, resultando em três dimensões básicas na organização nos serviços de saúde: a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população. (RODRIGUES; ARAÚJO, 2013).

O referencial ergológico define trabalho como uma arte, no sentido de que, ao executá-lo o trabalhador está sempre criando, inventando e, portanto, não é só conhecimento. Introduce elementos essenciais para olhar a atividade humana, como

percepções, deduções, interpretações, e os sentimentos interiores dos sujeitos protagonistas da atividade.

2.4 ABORDAGEM ERGOLÓGICA E ATIVIDADE HUMANA DO TRABALHO

A abordagem ergológica proposta por Schwartz (2000) focaliza o processo de conhecimento sobre o trabalho, no sentido de estudar toda atividade humana e, mais notadamente, a atividade humana de trabalho, de forma a perceber sob quais condições ela se realiza *verdadeiramente*, permitindo assim implementar sua organização e conseqüentemente torná-la mais eficaz.

Trinquet (2010) assinala que a ergologia é um método de investigação, pluridisciplinar, em função da atividade humana ser muito complexa para se compreender e analisar a partir de uma única disciplina, qualquer que seja ela. *Todas são necessárias, embora nenhuma seja suficiente*. Trata-se, portanto, de colocar em dialética – e não somente de sobrepô-las umas às outras – o conjunto dos saberes elaborados pelas outras disciplinas.

Nesse sentido, a ergologia subsidia este estudo, no sentido de ser um aporte que permite o olhar com *lupa* para a atividade de trabalho para além daquilo que é mostrado pelo cumprimento de metas e indicadores quantificáveis.

Para Trinquet (2010) a ergologia tem como objetivo conhecer melhor a realidade complexa de nossa atividade laboriosa, buscando analisar como ela se realiza efetivamente, o que permite organizá-la melhor, e portanto, torná-la mais eficaz e eficiente, tanto em seus aspectos econômicos quanto sociais e humanos, sem ter que forçar a sua intensidade e ou ritmo. O autor ainda assinala que a ergologia adota o conceito de atividade para compreender o trabalho. Conceitua que a atividade *é tomada no sentido de atividade interior. É o que se passa na mente e no corpo no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os outros*. Esta situação é denominada em ergologia de debates de normas e de valores, o que usualmente induz *renormalizações*. *Assim devemos entender a atividade de trabalho além de uma realização técnica e ou mecânica, porque o trabalho e o homem estão íntima e enigmaticamente ligados*.

Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo. A prescrição não é apenas o oficial, mas também o oficioso, a maneira como os trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito. O trabalho real corresponde à atividade realizada e também àquilo que é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento, por meio do debate de normas sempre presente. (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 722).

A separação entre o trabalho prescrito e o real sempre existiu. O trabalho prescrito (ou tarefa) refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais. É o que se deve fazer precedido por uma norma antecedente que são os saberes socialmente incorporados no *métier*. Já o trabalho real é gerado na ação, são os atendimentos às imposições, quando o sujeito faz a gestão das variabilidades e lança mão do conjunto de processos mentais conscientes ou inconscientes para dar conta da tarefa.

[...] pode-se dizer que trabalho real (atividade), é aquilo que é posto em jogo pelo(s) trabalhador(es) para realizar o trabalho prescrito (tarefa). Logo, trata-se de uma resposta às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador. Desenvolve-se em função dos objetivos fixados pelo(s) trabalhador(es) a partir dos objetivos (BRITO, 2008, p. 453).

Para Trinquet (2010, p. 97), o trabalho humano está em constante evolução e em todos os planos e lugares do mundo, segundo as civilizações e as culturas, mas jamais estático. E essa evolução corresponde a uma capacidade especificamente humana, que o filósofo francês Yves Schwartz – o principal precursor da abordagem ergológica - chama de *uso de si*.

Neste sentido, Trinquet (2010, p. 97), entende que a *capacidade uso de si*, que somente os humanos possuem, permite-lhes usar de si mesmos como lhes convém. É uma liberdade – que é perceptível por todo o mundo – muito limitada pelas coerções inevitáveis, mas nunca há somente uma única melhor maneira de fazer as coisas. Pois sempre há escolhas, por mais ínfimas que elas sejam. É isso que diferencia os seres humanos dos robôs, estes fazem sempre igual e tal como foram programados. Um robô não tem estado de alma, enquanto que um humano sempre hesita porque é consciente e pode escolher adaptar-se, atualizar-se e, portanto, inovar. Na ergologia essa situação é chamada de debate de normas e de transgressões, o que frequentemente resulta em renormalizações (TRINQUET, 2010, p. 96).

Para Durrive (2011, p. 49)

O termo 'norma', em latim, significa esquadro, aquilo que se pretende corrigir, ou retificar, algo que já está posto. A precisão é importante, porque se a transgressão ocorre antes, como escrevia Canguilhem (1999), isto quer dizer que a norma vem após a transgressão. Quando ações são realizadas, a norma vem, num segundo momento, fixar os limites do que é lícito e do que é interdito.

O autor assevera que o debate de normas não pode, entretanto, ficar muito tempo em suspenso. É necessário decidir, arbitrar em um dado momento. Com efeito, agir nos obriga a escolher: impossível passar aos atos mantendo duas hipóteses. É necessário adotar uma só maneira de fazer qualquer coisa e vem daí o posicionamento singular de agir. Cada um tende a renormalizar, a fazer sua a norma que antecipa e ajusta seu agir, a fim de se manter - mesmo que seja pouco - na origem do *uso de si*, mesmo se conformando com a demanda que lhe é posta.

Nosso estudo observa a gestão da distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, compreendendo a diferenciação entre eles, e assim, observa também a subjetividade no trabalho, onde se manifesta a personalidade, a individualidade, a história de cada um, ou o coletivo daqueles que compartilham as atividades de trabalho no contexto das situações de trabalho.

Diante de tal afirmação, categoricamente, o trabalho é uma atividade sempre singular e historicamente datada e localizada, sendo portanto, muito complexo para ser apropriado e analisado do lado de fora onde qualquer que seja a disciplina acadêmica não pode fazê-lo isoladamente. Neste sentido, todas as disciplinas são importantes, mas nenhuma satisfaz amplamente para apreender toda a realidade.

Se vários saberes acadêmicos são necessários para se compreender a atividade de trabalho, tão globalmente quanto possível e, portanto, o mais próximo possível de sua realidade profunda, no aqui e agora, ainda é preciso fazer a sua síntese. (TRINQUET, 2010, p. 99).

Assim, para a construção desta síntese, é necessário buscar para além dos saberes das disciplinas, que somente as pessoas que realizam o trabalho são portadoras, configurando a própria experiência, e esta é denominada pela ergologia de *saber investido*. Assim, a importância do *saber investido encontra-se* no fato de apresentar questões práticas, provenientes da atividade profissional.

Este saber investido, e, portanto o que se adquire em todas as atividades e ou experiências, é colocado em prática em toda atividade de trabalho, para diminuir e gerir a distância entre o prescrito e real. O conhecimento investido, considerado como um verdadeiro saber pela ergologia é complementar ao saber "constituído" que são os saberes acadêmicos.

Na práxis, esta complementaridade de saberes (investido, constituído), buscará a apropriação de toda situação de trabalho por meio destas trocas (entre esses saberes acadêmicos e os resultantes da experiência), que na ergologia é chamado de *processo socrático de duplo sentido*.

Processo socrático de duplo sentido são situações em que não há somente Sócrates (aquele que sabe), que coloca as questões aos executantes (aqueles que estão na ignorância total e que buscam o saber), que devem responder, mas em que os “executantes” também assalariados, cujos saberes não são formalizados em qualquer lugar. (TRINQUET, 2010, p. 99).

O *saber constituído* é todo o aprendizado formal presente nos livros, nas normas técnicas, organizacionais, econômicas, nos programas de ensino, entre outros. É um tipo de saber necessário e fundamental, no entanto, não é capaz de sozinho explicar o que acontece no trabalho tal como ele é exercido na situação real. Ele expressa o trabalho da forma como é prescrito, antes de sua realização, mas não o suficiente para expressar o seu fazer efetivo.

Desta forma, diante da necessidade de identificar caminhos para contribuir com novas concepções no campo de pesquisa sobre trabalho, Schwartz (1998), propõe o Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P), onde articula certo modelo de humanidade, que faz com que o protagonista da atividade olhe o seu semelhante como um ente que está em atividade, permeado por debates de normas e de valores a que se vê convocado, assim como ele.

O dispositivo dinâmico de três polos é uma espécie de dialética, que pode ser esquematizado de forma espiral, por onde circulam os saberes, tanto para conhecer as normas antecedentes de uma atividade, como para compreender os recentramentos operando na atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Segundo Schwartz (1998), cada trabalhador faz a prescrição de seu próprio trabalho na hora da execução, e assim de alguma maneira ele está fazendo a gestão dos objetivos do trabalho, servindo-se dos meios disponíveis. Assim, a reflexão sobre as razões que os levam a fazer diferente do prescrito devem ser pesquisadas, no sentido de identificar o que existe entre o prescrito e o real, que os levam a fazer de forma diferente.

[...] considerando-se a heterogenização e a complexificação do trabalho na sociedade atual, um caminho promissor é compreendê-lo como atividade humana. Ao analisar a atividade/ação de trabalho, percebe-se um entrecruzamento de normas antecedentes e tentativas de renormalização na relação com o meio, no qual ocorre um debate permanente de valores, resultando em escolhas feitas por indivíduos e grupos. (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 722).

Segundo Schwartz (2000, p. 34), o trabalho

[...] envolve sempre o uso de si. Há uso de si pelos outros, já que o trabalho é, em parte, heterodeterminado por meio de normas, prescrições e valores constituídos historicamente. Porém há também o uso de si por si, já que os trabalhadores renormalizam as prescrições e criam estratégias singulares para enfrentar os desafios de seu meio.

Considerando a discussão acima, que permeia a Estratégia Saúde da Família-ESF, acrescentando-se as diretrizes políticas, constatamos que ela é calcada num conjunto de prescrições que devem ser seguidas pelos profissionais que compõem as equipes, conforme norma PNAB 2011 apresentadas abaixo, concretizando um exemplo do pensamento ergológico de Schwartz.

Das atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica:

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

[...]

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local. (BRASIL, 2011).

Vasconcelos, Grillo e Soares (2009), afirmam que além do campo da responsabilidade e do saber específicos de cada profissão ou de ocupação, há um campo de competência e de responsabilidade compartilhado. Dessa forma é necessário desenvolver práticas que contribuam com a qualidade do fazer cotidiano e com a troca de conhecimento entre os membros das equipes e entre os profissionais e os usuários, na atenção individual e coletiva. Isso significa ser capaz de planejar juntos - profissionais, usuários e comunidade - ações que transformem a realidade do território adscrito, não só do ponto de vista sanitário, mas principalmente considerando os aspectos culturais, econômicos e sociais.

Segundo Mendonça (2009), há evidências que mostram dificuldades no trabalho em equipe no âmbito da ESF tanto na interação dos profissionais entre si e com os usuários, quanto na integração das ações; no estabelecimento de ações que incidam sobre os principais problemas de saúde da população adscrita; na utilização de informações para o planejamento, oriundas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); no estabelecimento de vínculos com a população, e na

articulação de intervenções intersetoriais, que em geral são insipientes. Ocorre então a persistência de um modo de organizar serviços e processos de trabalho que se distancia do ideário da ESF, embora mudanças concretas tenham sido visualizadas no decorrer de sua implementação no país.

Cabe aqui ressaltar que diversos estudos sobre o trabalho dos profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família no SUS, evidenciam que os trabalhadores renormalizam as prescrições e criam estratégias singulares para enfrentar os desafios de seu meio (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011; SCHERER, 2013), como se pode constatar:

Para gerir a atividade, vacinar e aumentar a cobertura vacinal, considerando os déficits de condições de trabalho (neste caso, insuficiência de instrumentos) e os valores de promoção da saúde/proteção específica e de integralidade decidiu buscar as vacinas e o material necessário com o carro próprio, realizando a atividade programada. (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011, p. 169).

Nesta linha de raciocínio, os dispositivos presentes na Segunda Fase do PMAQ-AB, objeto de pesquisa deste trabalho, conformam um conjunto de prescrições aos trabalhadores e gestores do país, no sentido de executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis.

Scherer (2013) refere que as normas antecedentes (prescrições) são generalizantes, elaboradas de forma descontextualizadas, e acontecem de forma singular em cada lugar.

Assim, para a implementação dos dispositivos presentes na Segunda Fase do PMAQ-AB - autoavaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento - devem ser considerados os saberes investidos dos profissionais que compõem as equipes da ESF para identificar as atitudes e os encaminhamentos tomados frente aos mais diversos problemas percebidos, sejam individuais, coletivos ou do ambiente em que trabalham, de forma a somar saberes para dar resposta ao que está prescrito.

Dessa forma, buscar no real da atividade, o que está invisível, aquilo que o sujeito não fez; o que não pode fazer; o que gostaria de fazer; o que poderia fazer; o que faz para não fazer; o que deveria *ter feito e o que precisa reprimir nesse contexto de impedimentos*.

Uma atividade de trabalho é sempre o lugar, mais ou menos infinitesimalmente, de reapreciação, de julgamentos sobre os

procedimentos, os quadros, os objetos do trabalho, e por aí não cessa de ligar um vaivém entre o micro do trabalho e o macro da vida social cristalizada, incorporada nessas normas. Vaivém que não deixa incólume nenhum dos dois níveis. O que quer dizer que a história da vida econômica, política, social, não pode ser escrita sem um olhar sobre esses múltiplos vaivéns (SCHWARTZ, 2011, p. 33).

O conjunto de normas e prescrições do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, é elaborado para todo o país, reconhecidamente composto de realidades diferentes. Nesse contexto, os gestores e as equipes, ao fazerem a adesão e implementarem as ações prescritas de forma descontextualizada, o fazem de forma singular, segundo as características locais.

Nossa pesquisa tem seus fundamentos teóricos sustentados na discussão acima, observando e analisando a singularidade da implantação dos dispositivos da Segunda Fase do PMAQ-AB, com vistas a perceber em que medida, estes contribuem para que mudanças ocorram nos processos de trabalho das duas equipes estudadas, da Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal.

3 PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETIVOS

3.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as mudanças ocorridas no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, a partir da implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ?

3.2 OBJETIVO GERAL

Analisar de que maneira a adesão ao Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica- PMAQ - AB, potencializou mudanças no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica do Distrito Federal.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as equipes no contexto no qual se deu a implantação do PMAQ-AB no DF;
- Identificar como são utilizados pelas equipes, os dispositivos para melhoria do processo de trabalho - autoavaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento de indicadores a partir da adesão ao PMAQ-AB;
- Identificar as facilidades, dificuldades e potencialidades para reorientar os processos de trabalho.

4 PERCURSO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo descritivo de natureza qualitativa. Descritivo porque possibilita obter uma visão geral do assunto pesquisado e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar ideias permitindo conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema, estabelecendo hipóteses de investigação para outras pesquisas ou mesmo possibilitando a proposição de estratégias de intervenções em determinadas situações (TRIVIÑOS, 1992).

A opção pela abordagem qualitativa deve-se ao fato desta adequar-se ao estudo da configuração de processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem englobados intensamente, aprofundando em sua complexidade (MINAYO; SANCHES, 1993).

Minayo (2012) considera que os elementos da pesquisa qualitativa, compreender e interpretar, se fundamentam epistemologicamente nos seguintes substantivos: *experiência, vivência, senso comum, ação social, significado e intencionalidade*.

O investigador qualitativo é desafiado permanentemente a se compreender como um ser no mundo em que as coisas, as vivências e as experiências também são significativas, mas marcadas pela incompletude de seu conhecimento. É nessa condição que ele entra no movimento circular do outro como ser no tempo (ser histórico) e como ser em permanente velamento e desvelamento (MINAYO, 2012).

A teorização da ergologia e da teoria sociológica sobre processo de trabalho coaduna-se com os objetivos deste estudo na medida em que conclui que conhecer o trabalho requer conhecer os sujeitos e sua relação com o trabalho.

O 'trabalho' é ao mesmo tempo uma evidência viva e uma noção que escapa a toda definição simples e unívoca. É sem dúvida nesse 'e' que une 'o trabalho' e 'os homens' que repousa provavelmente a fonte desse caráter enigmático, gerador de paradoxos, e que permite a questão: o que está comprometido – do homem – no trabalho? (SCHWARTZ, 2011).

Dessa forma, a ergologia possibilitou ao estudo, um olhar para o trabalho com uma visão mais realista e completa das variáveis que agem reciprocamente com o fenômeno trabalho. Estuda o trabalho humano em todas as suas dimensões, sob o enfoque da situação real da atividade humana.

4.2 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada em duas Regionais de Saúde do DF, que de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, são compostas por 27 unidades básicas públicas de saúde na sua rede de atenção (CNES, 2013).

Foram incluídas neste estudo, duas unidades situadas nestas regiões administrativas, atendendo aos seguintes critérios: ter equipe modelo Estratégia Saúde da Família com adesão ao PMAQ-AB; ter localização na zona rural e na zona urbana para contemplar contextos diversos; e haver concordância dos profissionais em termos da participação na pesquisa. A amostra foi intencional e de conveniência, considerando o limite de tempo de um mestrado profissional.

Para a escolha do processo de amostragem, o pesquisador deve levar em conta o tipo de pesquisa, a acessibilidade aos elementos da população, a disponibilidade ou não de ter os elementos da população, a representatividade desejada ou necessária, a oportunidade apresentada pela ocorrência de fatos ou eventos, a disponibilidade de tempo, recursos financeiros e humanos etc. Na amostra de conveniência o pesquisador seleciona membros da população mais acessíveis. As amostras Intencionais são usadas quando se deseja por exemplo, obter a opinião ou conhecer a situação de determinadas pessoas ou serviços, por sua especificidade e não representatividade do universo. (FONTANELLA, 2008, p. 19).

Dessa maneira, embora o quadro de pessoal das unidades que participaram da pesquisa seja composto por dezesseis (16) trabalhadores, somente doze (12) profissionais estavam em exercício no período da pesquisa, sendo assim, apenas dois (2) enfermeiros, dois (2) médicos, quatro (4) técnicos de enfermagem e quatro (4) agentes comunitários de saúde, das unidades selecionadas, foram considerados sujeitos da pesquisa, totalizando doze (12) participantes.

O estudo compreendeu o período desde a publicação da portaria de adesão e contratualização ao PMAQ-AB, pelo gestor de saúde e equipes de Atenção Básica do DF, de novembro de 2011 até março de 2013.

4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Na coleta de dados, foram utilizadas três técnicas: a pesquisa documental, entrevista individual semi-estruturada e observação.

A análise documental subsidiou o conhecimento do processo de trabalho dos profissionais, bem como maior compreensão sobre a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Foi utilizado pela pesquisadora, roteiro norteador para facilitar o processo de análise documental (Anexo D).

Foram realizadas observações no processo de trabalho desenvolvido pelos médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), com registros em diário de campo. Utilizou-se um roteiro para subsidiar as observações de campo (Anexo E). O foco foi nas condições de trabalho da equipe, nos processos cotidianos de trabalho dos profissionais, onde tivemos oportunidade de ir identificando como as normas prescritas no PMAQ-AB estavam acontecendo, bem como, as renormalizações necessárias para que o trabalho fosse realizado, além da interação e a articulação entre as equipes e nas relações desta com os usuários e com a gestão.

A saturação dos dados, a repetição das ações e interações desenvolvidas por todos os profissionais, determinou a quantidade de tempo da observação e das entrevistas, três semanas, num total de 120 horas.

Na pesquisa qualitativa, não há determinação prévia do número de horas de observação e de entrevistas. Propõe-se o ponto de saturação, que surge a partir de certo número de entrevistas, quando o pesquisador tem a impressão de não apreender nada de novo no que se refere ao objeto de estudo (FONTANELLA, 2008, p. 17).

Escolhemos a entrevista como método de investigação, por concordarmos que a palavra expressa a fala cotidiana nas relações afetivas e técnicas e nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos é reveladora do processo sob estudo (MINAYO; SANCHES, 1993).

Nestes termos, a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio econômicas e culturais específicas (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 245).

Aplicamos um roteiro (Anexo C) com algumas questões que foram apresentadas no decorrer das entrevistas, uma vez que sua utilização foi de forma flexível, permitindo apreender questões do processo de trabalho cotidiano dos profissionais, pertinentes ao estudo, que surgiram nas falas dos entrevistados.

Solicitamos autorização dos trabalhadores para gravar as entrevistas, e em seguida, as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora para posterior análise e discussão dos dados coletados.

4.4 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados e sistematizados com base na análise temática de conteúdo, que se constituem, segundo Bardin (2011), num

[...] conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a *inferência* de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Sendo assim, foram seguidos os passos propostos por Bardin (2011), a saber: 1) ordenação dos dados, que englobou a transcrição na íntegra das entrevistas e das observações, 2) leitura exaustiva e posterior organização dos depoimentos e dos dados obtidos na observação e 3) finalmente a classificação dos dados, que deu origem aos temas apresentados nos resultados deste estudo.

Na análise temática, o tema se refere a uma afirmação acerca de um determinado assunto, consiste em identificar os núcleos de sentido que se fazem presentes numa comunicação em que a presença e frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico escolhido (MINAYO, 2004).

A análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto.

[...] o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos (MINAYO, 2003, p. 74).

Desta forma, após a leitura exaustiva e repetida dos dados coletados, estes foram organizados com base nos objetivos do PMAQ-AB e nos compromissos

pactuados entre a equipe e a gestão no momento de adesão, tendo por referência o marco teórico deste estudo.

Neste sentido, levantamos extratos das falas e das observações pertinentes aos temas explorados no estudo como, por exemplo, a implementação dos dispositivos indutores de melhoria dos processos de trabalho, proposto pelo PMAQ-AB (autoavaliação, educação permanente, apoio institucional, monitoramento dos indicadores), assim como, as facilidades, dificuldades e potencialidades para reorientar os processos de trabalho.

Em seguida, articulamos os conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam, agregando os recortes das falas e das observações em temas referentes aos elementos constitutivos do PMAQ-AB e presentes no processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, sujeitos deste estudo.

Esta organização permitiu associar falas com o mesmo sentido - *núcleos de sentido* - em seguida agregados, formando categorias constitutivas das fases de implantação do PMAQ, e do seu potencial para gerar mudanças no processo de trabalho dos profissionais, conforme demonstrados a seguir:

Quadro 2 - Categorias do PMAQ e respectivos temas (núcleos de sentido) encontrados na análise de dados

CATEGORIA	TEMA	Nº
1. Histórico da implantação e do contato inicial dos profissionais com o PMAQ-AB	1.Preparação/participação da equipe para a adesão	12
	2.Percepção dos objetivos do PMAQ-AB pela equipe	11
	3.Visão parcial/equivocada sobre a proposta do PMAQ-AB	10
	4.Conhecimento sobre o Termo de Compromisso	9
	5.Motivação para a adesão ao PMAQ-AB	6
2. Implantação do conjunto de dispositivos ofertados pelo PMAQ-AB como indutores da melhoria do processo de trabalho da equipe	1.Existência do apoio institucional	15
	2.Desenvolvimento da educação permanente	10
	3.Instituição do processos autoavaliativos	9
	4.Discutindo o monitoramento dos indicadores	8
3. Limitações na implantação do PMAQ-AB para a reorientação do processo de trabalho	1.Redde de apoio institucional deficiente	21
	2.Condições de trabalho insatisfatórias	15
	3.Conflito entre os membros da equipe	5
4. Boas práticas e organização das UBS	1.Realização sistemática de reunião de equipe	9
	2.Interdisciplinaridade e trabalho em equipe	3
	3.Renormalizações efetuadas no cotidiano	5
5.Contribuições do PMAQ-AB ao processo de trabalho da ESF	1.Estímulo ao alcance de melhores resultados na certificação	4
	2.Desenvolvimento de cultura avaliativa/reflexiva nas equipes	3

Essa síntese foi fundamentada nos princípios e objetivos da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde e como referencial teórico de análise, Laurence Bardin (2011), no que diz respeito à análise temática de conteúdo e do PMAQ-AB, na literatura sobre processo de trabalho em saúde e na ergologia.

3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde do DF (SES-DF), sob o nº 204.388 de 25 de fevereiro de 2013. Os sujeitos do estudo foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, da garantia do sigilo da identidade mediante designação de código individual e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, baseado na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que envolve seres humanos, suas relações interpessoais, significações, representações e seus valores (BRASIL, 1996).

O projeto foi apresentado às gestoras de Atenção Primária da Coordenação Geral de Saúde das Regionais onde foram realizadas as pesquisas, para formalização de assinatura do termo de concordância (Anexo A), bem como do termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo B) aos sujeitos participantes das entrevistas semi-estruturadas, sobre a realização deste estudo, nas duas Unidades Básicas de Saúde selecionadas.

Para garantia do anonimato, os entrevistados foram identificados com as letras iniciais de suas profissões e as entrevistas foram numeradas.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na primeira parte deste capítulo tem-se a apresentação do PMAQ-AB no Distrito Federal e na segunda são apresentadas as Unidades Básicas de Saúde estudadas.

Em relação às Unidades Básicas de Saúde, estão expostos os aspectos macro-políticos da organização da rede pública de saúde do DF, com foco na Atenção Básica, bem como, os achados provenientes das observações e entrevistas realizadas pela pesquisadora, sobre infraestrutura e condições de trabalho na UBS-a e na UBS-b. Na terceira parte do capítulo é apresentado um breve perfil dos participantes e seus processos de trabalho.

Na sequência é realizada a discussão das categorias trabalhadas na análise temática deste estudo, que expressa o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família do DF, a partir da implantação do PMAQ-AB.

5.1 O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NO DF

Para poder entender o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família do DF, com adesão ao PMAQ-AB, é importante situar o contexto onde elas estão inseridas.

O Distrito Federal (DF) é uma unidade da federação totalmente atípica, considerando o fato da conformação administrativa e geográfica que difere das unidades federativas brasileiras, embora compartilhe muitos dos problemas que afligem as demais. Originalmente Brasília foi projetada, como exemplo de organização urbana, para abrigar uma população de quinhentos (500) mil habitantes até o ano 2000, quantitativo este atingido na década de 60.

Hoje com uma população de dois milhões, quinhentos e setenta mil, cento e sessenta pessoas (2.570.160) de acordo com o Censo 2010, distribuídas numa área geográfica de cinco mil, setecentos e oitenta e nove e dezesseis quilômetros quadrados (5.789.16 Km²), equivalentes a 0,06% da superfície do país, apresenta graves problemas de saúde pública (DISTRITO FEDERAL, 2012). Ressalte-se que a

infraestrutura de saúde pública, ao longo do desenvolvimento do Distrito Federal sofreu vários momentos de descontinuidade em função das mudanças de gestão governamental dos partidos políticos que o gerenciaram, o que resultou, em linhas gerais, na atual situação dos serviços públicos de saúde, conforme será demonstrado por este estudo.

Com a finalidade de facilitar a administração, o DF é dividido em trinta e uma (31) Regiões Administrativas-RA, estabelecidas por leis distritais, que funcionam como estratégias balizadoras para definição de políticas públicas de saúde.

Göttems (2009), discutindo a trajetória da política de Atenção Básica do Distrito Federal na perspectiva neo-institucional, diz que uma retrospectiva dos últimos quarenta e sete (47) anos, mostra investimentos maciços de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais. Evidencia, ainda, que as iniciativas para fortalecer a Atenção Primária à Saúde foram descontínuas e desarticuladas da rede de serviços de média e alta complexidades, com reduzida oferta de capacitação profissional, justificada pela necessidade de garantir a retaguarda da atenção hospitalar, afirmando ainda, existir em relação à gestão da política de saúde, dificuldades no processo de decisão das práticas utilizadas:

Em relação à gestão da política de saúde, há sobreposição dos níveis nacional e local na definição das diretrizes políticas. Isso traz dificuldades ao Distrito Federal para responder às demandas da população, para atender às exigências do Ministério da Saúde, bem como para a prestação de contas aos mecanismos de controle social e governamental. Essa dificuldade se manifesta nas frequentes trocas de gestores e nas oscilações bruscas da política de saúde, que se exaure tentando responder às diretrizes nacionais, em detrimento de propostas mais condizentes com as demandas locais (GÖTTEMS, 2009).

Em relação ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica –PMAQ- AB, em 2011, a gestão de Saúde do Distrito Federal fez adesão no primeiro momento, com vinte e oito (28) equipes, onde todas são estruturadas no modelo Estratégia Saúde da Família.

5.2 O CONTEXTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ESTUDADAS

As Unidades Básicas de Saúde estudadas são identificadas no estudo, como UBS-a e UBS-b, que de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de

Saúde - CNES, são compostas de vinte e nove (29) unidades básicas de saúde na sua rede de atenção.

Estas duas UBS atuam no modelo Estratégia Saúde da Família – ESF, operando com equipe mínima preconizada pela PNAB, composta por um (1) médico generalista, uma (1) enfermeira (E), duas (2) técnicas de enfermagem (TE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Funcionam de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 12:00h e das 14: 00h às 18:00h e abrangem uma população de onze mil, oitocentos e vinte e cinco (11.825) habitantes, segundo dados obtidos na análise documental das fichas de cadastro de acompanhamento das famílias, produzidas pelos ACS.

De acordo com as observações realizadas, a UBS-a funciona em uma casa alugada, possuindo uma área coberta na entrada do prédio, com características de garagem, onde funciona como sala de espera, possuindo bancos de madeira, sala de recepção contendo mesas (uma delas fica a TE-1, atendendo quem o guarda de segurança “autoriza” entrar), armários com os cadastros de família e prontuários da demanda espontânea, além de balanças antropométrica de adulto e infantil, aparelho de pressão adulto, régua antropométrica e maca.

Nesta UBS-a, não foi identificada a sinalização visual (carteira de serviços ofertados pela equipe, o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, o nome e escala dos profissionais), que condiciona a permanência das equipes de atenção básica no PMAQ-AB, conforme estabelecido nas normas do programa.

[...] Por sua vez, a permanência das EAB no PMAQ-AB ficará condicionada: à garantia, por gestores e equipes, da identificação visual estabelecida pelo Ministério da Saúde, contendo informações tais como, a carteira de serviços ofertados pela equipe, o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, o nome e escala dos profissionais, o telefone da ouvidoria do município (quando houver) e do Ministério da Saúde, além do endereço na internet em que se encontram informações a respeito dos resultados alcançados pela equipe (BRASIL, 2011, p. 13).

O restante da área construída do prédio é formado por dois consultórios, sendo um de atendimento médico e outro de enfermagem, uma sala de procedimentos onde são realizadas coletas de exame citopatológico; nebulizações, injeções; curativos e armazenamento com dispensação de medicamentos; e uma outra sala com mesa para reunião, copa e cozinha. Esta disposição da infraestrutura foi comentada por uma profissional da equipe, como podemos constatar no depoimento abaixo:

[...] aí tem esse cômodo aqui, que a gente dividiu com armário, mas no dia que a Dra está fazendo o exame ginecológico, quem chega para pegar remédio, ou aplicar injeção né? aí volta... ou então eu atendo aqui do ladinho (TE1)

Na fala acima, além da identificação por parte da técnica de enfermagem (TE-1) sobre o espaço inadequado da sala de procedimentos, foi observado também, que o ambiente não oferece privacidade para as mulheres que realizam o exame ginecológico, pois a divisória da sala é feita por um armário, não possuindo isolamento por uma porta.

Na análise documental, ao analisarmos o caderno de agendamento da UBS-a, chamou-nos atenção o número elevado de faltosos para o exame ginecológico, fato este, indagado pela pesquisadora a TE1, que atribuí ao não comparecimento, a demora da entrega dos resultados dos exames que a Regional só entrega com 3 meses ou mais.

Continuando nosso percurso, no contexto da UBS-a, identificamos por meio da análise documental e observações, a predominância do modelo assistencial pronto atendimento na organização do processo de trabalho da equipe – ESF, onde as ações em saúde são centradas na queixa apresentada pelo usuário. Esta característica é justificada pelo coordenador da equipe em função da crescente demanda provocada pela expansão demográfica da área de abrangência da unidade, que na época da implantação da ESF, era uma localidade composta por chácaras, no entanto, vem se transformando em um bairro com alta densidade demográfica, sem infraestrutura de saneamento e de serviços de saúde suficientes para atender as suas necessidades.

Assim, segundo o coordenador da unidade, a única maneira de dar vazão à demanda espontânea, é fazendo pronto atendimento, sendo que, para trabalhar seguindo os princípios da ESF referente à territorialização, adscrição do usuário, diagnóstico da situação de saúde e planejamento baseado na realidade local, só será possível mediante a realização da re-territorialização da área pela gestão Regional de Saúde, e posterior implantação de novas equipes da Estratégia Saúde da Família, para assim atender a normalização da PNAB, referente à média de três (3000) habitantes sob a responsabilidade de cada equipe.

Na UBS-b, também foram identificadas limitações relacionadas às condições de infraestrutura, funcionando em um prédio cedido pela Administração Regional do Governo do Distrito Federal, com a determinação/condição de não poder ser feita

nenhuma modificação na estrutura. Fato este, que segundo a E2, é um dos fatores que mais influenciam nas condições de trabalho da equipe, pois o prédio é muito pequeno para a organização dos serviços da unidade, como podemos identificar no depoimento abaixo:

A infraestrutura é crítica [...] quem chega acha a “casinha linda” [...] mas, não tem nada a ver com uma UBS, não é adequada para o funcionamento, na mesma salinha dispense medicamento, peso criança, lavo espelho na pia, nesta mesma pia eu empacoto curativo... aqui não tem como fazer um curativo (E2).

Cabe aqui refletir sobre estas limitações ao trabalho da ESF da UBS-b, onde a as condições de trabalho relatadas acima, dificultam a eficácia da atenção prestada aos usuários, e, para além, segundo Ribeiro et al. (2004, p. 442) as condições de trabalho produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança, baixa autoestima, dificultando as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência.

De acordo com as observações realizadas, na UBS- b, o projeto arquitetônico do prédio, o dimensionamento e a disposição dos cômodos dificultam o processo de trabalho da equipe. Desta forma nos deparamos com uma situação que não corresponde às prescrições do manual de estrutura física de UBS, proposto pelo Ministério da Saúde e nem com o processo de trabalho preconizado.

Quadro 3 - Estrutura proposta pelo MS para a UBS- a e b com uma ESF e a situação real

AMBIENTES	Nº DE SALAS OU ESPAÇOS
Sala de Espera para pacientes e acompanhantes	1 a 3-não existem
Consultório com sanitário	1-não existem
Consultório	1-dois precários
Sala de procedimentos	2-duas precárias
Almoxarifado	1-não existem
Consultório odontológico com área para escovário	1-não existem
Área para compressor e bomba a vácuo	1-não existem
Área para depósito de material de limpeza (DML)	1-dispensas precárias
Sanitário (para usuários)	2-existem, mas precários
Copa / Cozinha alternativa	1-existem, precárias
Sala de utilidades	1-não existem
Área para reuniões e educação em saúde	1-só na UBS-b e na UBS-a é sob um toldo na entrada
Abrigo de resíduos sólidos	1-não existem

Fonte: MS 2006 e observação local pela pesquisadora.

Como se verifica pelo quadro acima, as condições de funcionamento das UBS são muito precárias. Há uma significativa discrepância entre as estruturas físicas existentes nas UBS-a e UBS-b, e as prescrições de infraestrutura publicadas pelo MS, consideradas como mínimas a serem organizadas pelos gestores como visualizado no quadro acima. Complementando a análise da infraestrutura observamos que as equipes não dispõem de equipamentos e insumos necessários a oferta de serviços de qualidade, conforme identificado nos depoimentos abaixo:

[...]o que dificulta aqui, primeiro a questão de ser, de serem casas alugadas né, com construções feitas pra não funcionar como unidade de saúde, então, por mais que a casa seja boa, e tenha sido razoavelmente adaptada pra isso, então tem limitações, né, falta espaço pra fazer um grupo, né, um mínimo de conforto (M1).

Funcionava ali na recepção mesmo, na área externa. Só que ali, principalmente à tarde é muito calor, né, não é adequado [...] com menos cara de casa, que era o que você se sentia quando entrava aqui [...] tem falta de telefone que é uma coisa que dificulta muito a gente, falta da internet aqui não tem oftalmoscópio, não tem otoscópio, não tem, por exemplo, o mínimo pra você fazer uma medicação injetável (E1).

Ainda durante as observações, vivenciamos situações de insuficiência de insumos necessários a realização de procedimentos como na coleta de Papanicolau, a falta de fixador para as amostras; falta de fita específica de identificação do estojo porta lâmina; sendo utilizado esparadrapo para esta finalidade. Uma das unidades (UBS – a) não tem consultório com banheiro; as coletas são realizadas em espaço improvisado, onde não há garantia da privacidade das usuárias. Falta de medicamentos dos programas de acompanhamento dos pacientes crônicos, as unidades não dispõem de sala adequada para armazenamento e dispensação de medicamentos, sendo acondicionados num armário de aço.

Nenhuma das duas unidades dispõe de sala exclusiva para vacina, o que inviabiliza a realização da oferta de imunobiológicos. Em uma das unidades, UBS-a, não tem telefone, tornando o contato dos profissionais com a Regional de Saúde mais precário, bem como o contato da equipe com os usuários. A outra unidade, UBS-b não dispõe de computador em funcionamento; na unidade que dispõe não tem conexão com a internet, o que obriga os profissionais das equipes a realização do registro manual da produção.

Diante do cenário apresentado podemos inferir que muitas vezes os profissionais realizam adaptações para execução dos procedimentos, e usam

dramáticas na interlocução com o usuário com o objetivo da manutenção das ofertas de serviço que estejam sob suas responsabilidades.

Neste caso, constatamos o uso de si, anteriormente discutido, segundo a proposta de Schwartz, o que demonstra sua ocorrência nessas UBS, traduzindo a capacidade exclusiva de pessoa humana, que possibilita ao homem, usar de si mesmo, como lhe convém. É com esta capacidade de auto-organização que os profissionais das UBS-a e UBS-b, renormalizam o seu fazer cotidiano, diante das insuficientes condições de trabalho identificadas no estudo.

5.3 BREVE PERFIL DOS PARTICIPANTES

As equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF, participantes do estudo, são equipes mínimas, já apresentadas neste estudo. Em relação aos vínculos trabalhistas, apenas os Agentes Comunitários de Saúde - ACS são contratados por regime celetista (CLT), os demais são servidores públicos estatutários admitidos por meio de concursos públicos.

De acordo com as informações colhidas nas entrevistas, foi possível identificar que oitenta e seis por cento (86%) dos profissionais das equipes do estudo são mulheres. Considerando o conjunto de profissionais, encontram-se na faixa etária dos vinte e oito (28) aos cinquenta e seis (56) anos. Ao analisarmos o tempo de experiência profissional, nos deparamos com cinquenta e nove vírgula quatro por cento (59,4%) dos profissionais com menos de cinco anos de experiência na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 2 - Relação dos participantes na pesquisa – formação e tempo de experiência profissional

CODIFICAÇÃO	FORMAÇÃO	SEXO	IDADE	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA ESF
M-1	Médico	M	28	1 ano e 6 meses
M-2	Médico	F	56	9 anos
E-1	Enfermeiro	F	29	1 ano e 3 meses
E-2	Enfermeiro	F	39	8 anos
TE-1	Tec. Enfermagem	F	49	1 ano e 4 meses
TE-2	Tec. Enfermagem	F	36	3 anos
TE-3	Tec. Enfermagem	F	37	1 ano
TE-4	Tec. Enfermagem	F	38	3 anos
AC-1	ACS	F	39	2 anos
AC-2	ACS	F	53	5 anos
AC-3	ACS	F	38	5 anos
AC-4	ACS	F	42	5 anos

Nas entrevistas, quando questionamos aos profissionais ACS e TE sobre o tempo anterior de trabalho, constatamos que neste universo de oito trabalhadores, dois não possuem experiência anterior na área de saúde, como expresso nos depoimentos seguintes:

Na época que surgiu o concurso eu trabalhava e morava no emprego, e meus filhos ficavam em casa praticamente sós né, então quando surgiu o concurso eu pensei vou trabalhar de segunda a sexta eu vou ficar com mais tempo para eles, eu poderia dormir em casa todos os dias (AC-2).

Olha! eu antes de fazer o curso técnico, eu trabalhava como vendedora de loja de material de construção, até eu fazer o concurso da Secretaria de Saúde e ir trabalhar no hospital e só depois consegui vir para cá (TE2).

Apresentamos, a partir do próximo item, as análises das categorias produzidas por meio do método da análise temática, que em diálogo com as informações obtidas nas observações e na análise documental, subsidiaram os achados em relação ao processo de trabalho das equipes na Estratégia Saúde da Família do DF, a partir da implantação do PMAQ-AB. Para tanto, discorreremos a seguir, sobre as cinco categorias identificadas.

5.4 HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO E DO CONTATO INICIAL DOS PROFISSIONAIS COM O PMAQ-AB

Ao considerarmos o histórico da implantação e do contato Inicial dos profissionais com o PMAQ-AB, trazemos inicialmente as prescrições do PMAQ-AB, como referencial para nortear nossa análise.

Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos: A adesão ao PMAQ-AB e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõe o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do Programa e a natureza voluntária para sua participação está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito (BRASIL, 2011, p. 8).

Nesta categoria encontramos cinco (05) temas dos quais, o de maior relevância é a preparação/participação da equipe para adesão ao PMAQ-AB, onde constatou-se que não houve participação efetiva de todos os profissionais. Os

participantes das reuniões junto a Regional de Saúde foram o coordenador das equipes, os médicos, que ao retornarem para as unidades não contextualizaram o processo de adesão para os outros profissionais, dificultando suas inserções como protagonistas.

Os termos de compromisso destinados à equipe foram assinados pelo coordenador, e como não houve uma divulgação interna entre os membros da equipe, percebe-se total desconhecimento desse documento, conseqüentemente dos compromissos dele resultantes.

Nas entrevistas e nas observações, quando questionamos os profissionais sobre como se deu a preparação e participação da equipe para adesão, nos deparamos com depoimentos que parecem dizer que não houve etapa de apresentação do PMAQ-AB, envolvendo toda a equipe no processo de implantação.

[...] É, a sensação que eu tenho é que a forma como PMAQ-AB chegou à equipe, foi tipo: olha participem do PMAQ-AB e ponto final. Não teve uma preparação, um conhecimento integral, o que eu sinto, é falta de apoio, de incentivo, de dialogo, de conversa, de acompanhamento, até de andar junto, assim pra saber o que tá acontecendo, então assim eu sinto falta de um retorno, seja da gestão ou seja de quem tá mais perto do PMAQ-AB. (E1).

Não. É assim como falei, eles fazem a reunião com estas explicações com a Dra. eles chamam ela para ir lá. Eles não vem aqui né? Quem diz pra gente já é ela ou a enfermeira (TE 1).

Ah eu não sei dizer bem né. Acho que se tivesse tido uma oficina sobre como fazer ele, o que ele traz de bom, como fazer, ai seria diferente né? (AC4).

Podemos refletir que em situações em que os sujeitos não participam, que não se sentem parte da construção da proposta e não são chamados a tomar decisão conjunta, limita-se a confiança e a cooperação. Para Scherer et al. (2009, p. 273) a cooperação é fruto da busca do trabalhador pela qualidade do trabalho como uma condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção da sua identidade singular.

No tema percepção dos objetivos do PMAQ-AB pela equipe, encontramos onze (11) falas, onde os entrevistados expressam de forma superficial, e até mesmo com total desconhecimento sobre o programa e de seus dispositivos indutores da melhoria do processo de trabalho da equipe. A seguir transcrevemos o diálogo realizado entre a pesquisadora e a TE-1, onde há indícios dessas percepções:

Então, eu não conheço a proposta do PMAQ-AB. Não conheço. Só agora estes dias, com a vinda da senhora que explicou sobre sua pesquisa e fez a apresentação é que tomei conhecimento (TE1).

Alguns depoimentos levam ao entendimento, que o PMAQ-AB é apenas um projeto para avaliar as ações desenvolvidas pela equipe, chegando a confundi-lo com a proposta de Autoavaliação Melhoria da Qualidade - AMQ, uma ferramenta autoavaliativa disponibilizada anteriormente pelo Ministério da Saúde – MS, como insinua o depoimento abaixo:

Sobre o PMAQ é? Sempre foi o PMAQ? não tinha outro? É o AMQ, não é? Ou é a mesma coisa? só mudou o nome né? Não, não me lembro. Melhoria na avaliação de qualidade, né? ai você vai, eles vão avaliando, a que ponto você vai, parece que tem a contagem de pontos, vai aparecendo se você melhora, se você recai, mas assim, eu acho que eu não cheguei a participar da reunião de adesão (AC 2).

Diante destas declarações percebem-se indícios que apontam a ausência de estratégias que motivem todos os profissionais da equipe a se engajarem no processo de implantação do PMAQ-AB, de forma que o processo de trabalho da equipe a partir da adesão ao PMAQ-AB, pudesse ser potencializado. Pires (2000, p. 91), ao contextualizar alternativas para a transformação das condições de trabalho, chama a atenção para a importância do protagonismo e da motivação dos sujeitos, como estratégias indutoras de cooperação nos coletivos de trabalho.

é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade (PIRES, 2000, p. 91).

Nove falas foram referidas ao tema conhecimento sobre o termo de compromisso-TC. Na análise documental não foi encontrado, em nenhuma das duas UBS, o documento original ou cópia do TC. O TC, conforme contextualizado no capítulo de introdução deste estudo, representa a etapa formal de adesão ao Programa, que acontece de acordo com um protocolo prescrito no PMAQ-AB, composto por etapas compostas do ato de assinatura do gestor e do responsável pela equipe, onde estão descritos compromissos e indicadores a serem firmados. A etapa seguinte é realizada de forma on-line, onde é feito do *download* dos TC e posterior envio ao MS, por meio do Sistema de Gestão do Departamento de Atenção Básica –SGDAB. Ao final das etapas, os termos das equipes, impressos e assinados por seus responsáveis, deverão ser guardados, para estarem disponíveis para verificação no momento da avaliação externa.

Desta forma, para melhor analisar a situação sobre o desconhecimento do TC pelos demais profissionais das equipes, fizemos um *link* com os dados obtidos nas entrevistas, onde há indicativos de que o processo de adesão é centralizado pelo nível central da SES-DF, onde os responsáveis pelas equipes participam no ato da assinatura. Vale ressaltar a obrigatoriedade de preenchimento SGDAB, de uma ficha de cadastro com dados de identificação pessoal dos responsáveis da equipe. Para cada responsável cadastrado, é gerada uma senha de acesso ao SGDAB, para que estes possam inserir informações sobre o processo de trabalho, alimentar com os dados da autoavaliação, do monitoramento dos indicadores, bem como, outras informações solicitadas pelo MS. Há indicativos nas falas dos entrevistados de que o acesso ao SGDAB para inserir os dados da equipe, acompanhar o desempenho, entre outras funções do sistema, é também centralizado.

[...] o responsável pela equipe, né, ficou de comparecer lá na Secretaria de Saúde, para fazer o cadastro, eu lembro que eu gerei uma senha, então assim, eu tive ciência desse processo, que o município né, tava fazendo esse contrato com o Ministério (M1).

Diante do cenário apresentado, podemos inferir que os processos de gestão centralizados desmobilizam e enfraquecem a autonomia e a responsabilidade atribuída aos profissionais das ESF participantes do PMAQ-AB.

5.5 IMPLANTAÇÃO DO CONJUNTO DE DISPOSITIVOS OFERTADOS PELO PMAQ-AB, COMO INDUTORES DA MELHORIA DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE

Nesta categoria encontramos quatro temas, que contextualizam as falas dos participantes sobre a forma como são utilizados pelas equipes, os dispositivos indutores da melhoria do processo de trabalho: Autoavaliação, Monitoramento, Apoio Institucional e Educação Permanente, a partir da adesão ao PMAQ-AB. Esses dispositivos ou estratégias, são expressos no conjunto de objetivos específicos presentes no documento oficial do programa:

“Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo”. (BRASIL, 2011, p. 5).

Em discutindo o monitoramento dos indicadores do PMAQ-AB, encontramos oito falas, onde constatamos que todos os profissionais de nível médio das duas equipes participantes da pesquisa, os agentes comunitários e os técnicos de enfermagem, não conhecem estes indicadores como evidenciamos no depoimento abaixo.

A gente tem o sistema baixado no computador. A gente coloca a produção mensal no computador né, tem as fichas no programa. Vem um técnico de informática da regional copia o que a gente pôs e leva para enviar. Estes indicadores do PMAQ-AB eu não conheço (AC-1).

[...] monitoramento dos indicadores? O que a gente faz todo mês é preencher as fichas de produção do SIAB né. Sei do número de visitas que temos que fazer por mês, se não, recebemos reclamação da Regional. Não conheço indicador do PMAQ-AB (TE-3).

Cabe aqui comentar, que não envolver toda a equipe na discussão dos indicadores, não está de acordo com o preconizado pelo PMAQ-AB para a implantação do monitoramento. Diante deste quadro, podemos inferir que o trabalho dos profissionais da equipe, possui características de compartimentalização, o que limita a cooperação dos sujeitos envolvidos.

Por outro lado, os profissionais médicos e enfermeiros tinham conhecimento da nota parcial da certificação das equipes na avaliação externa realizada pelo MS, sendo percebido nos depoimentos, que estes resultados representam o desempenho da equipe no PMAQ-AB. Esses resultados sinalizam quais áreas estratégicas devem ser priorizadas com ações para potencializá-las, para contribuir na reorientação dos processos de trabalho da equipe, demonstrando estar de acordo com os objetivos do PMAQ-AB. Podemos inferir esta percepção, diante da seguinte fala do M1 “[...] nossa eu vou poder realmente acompanhar tudo isso aqui, né [...] da saúde da criança, da mulher [...]”.

Na análise do tema **instituição de processos autoavaliativos**, inicialmente na UBS-a, buscamos identificar se a equipe fazia autoavaliação e qual ferramenta utilizava. Usamos para compor esta análise, o caderno nº 4 da ferramenta Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ), utilizada pela equipe, onde foram acrescentadas as observações realizadas no campo aos relatos das entrevistas. Fomos informadas que esta prática foi implantada em 2010 por uma profissional enfermeira que trabalhou na equipe, e que segundo depoimentos, era uma entusiasta dos processos de autoavaliação. No entanto, essa profissional foi transferida para outra unidade, ocasionando a descontinuidade do uso da ferramenta pela equipe.

[...] quando na época da Dra [...], a gente sentava todo mundo junto [...] ela lia a pergunta e a gente concordava se fazia, ou não concordava e ia respondendo à autoavaliação, mas, agora com esta sobrecarga de trabalho não fazemos mais isso (TE3).

Não se trata de discutir as implicações da descontinuidade nas práticas autoavaliativas pelas ESF, mas consideramos isto como um fator que dificulta a potencialização de mudanças no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica no DF.

O potencial de autoavaliação, enquanto subsídio para o desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria da qualidade é de fundamental importância.

Na UBS-b, as ações de autoavaliação propostas no PMAQ-AB, acontecem de forma mais sistematizada, a equipe relata em seus depoimentos que esta prática é realizada uma vez por mês, às terças-feiras no horário da reunião semanal da equipe.

Nós, nós nos reunimos uma vez por mês, a gente tem as cartilhas de autoavaliação a primeira vez nós respondemos aí a gente viu que dava pra melhorar, a equipe dava pra melhorar e outras coisas que precisaria da ajuda da gestão, a gente elencou, algumas coisas nós conseguimos mudar outras não (E2).

A incorporação de novas práticas como a de autoavaliação, deve tomar por base a reflexão dos próprios resultados alcançados pelas equipes, onde a análise da situação facilite a tomada de decisão, onde os sujeitos participam, são chamados a fazer parte das decisões e assim, se ampliam as possibilidades de mudanças no processo de trabalho das equipes, e isto está de acordo com a PNAB.

Como 3º tema dessa categoria, temos - **Existência de Apoio Institucional**, produzida a partir de quinze (15) falas. Nas duas UBS do estudo, não identificamos a implantação de apoio institucional de acordo com o preconizado pelo PMAQ. A função apoio exige da pessoa que exerça este papel incluir-se ativamente no processo de trabalho das equipes, capacitando os profissionais, provocando o protagonismo, motivando interesses e a constituição de vínculos.

Nas entrevistas realizadas com os profissionais da UBS-a e UBS-b, quando indagados sobre a existência do apoio institucional, proposto como dispositivo provocador de mudanças no processo de trabalho da equipe pelo PMAQ, percebemos desconhecimento sobre o perfil e a finalidade de seu trabalho, onde alguns profissionais referiram que nem sempre contam com o apoio da gerência

regional, e pontualmente, uma vez por mês, contam com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF e com a equipe do Centro de Apoio Psico Social – CAPS.

uma vez por mês [...] bom, uma vez por mês, a gente tem o NASF nessas reuniões, e uma vez por mês, o CAPS. Em relação ao PMAQ não teve ninguém que apresentasse que dissesse como fazer, o que fazer. É como eu te falei: veio no início, e aí, depois, mais ninguém! [...] Na nossa reunião mensal com a Diretoria, a gente leva as questões pendentes. Mas vai um coordenador de cada equipe, né?! Então, a gente tem esse diálogo dessa maneira, e não eles vindo aqui! (M2).

[...] apoio institucional no sentido de ser aquela pessoa presente, que socorre [...] não vou mentir e dizer que tem, a diretoria aqui está mais no sentido de fiscalizar, de cobrar mesmo, mas no sentido de impor, impõe, cobra, o documento que não mandou, um mundo de papéis, controle de patrimônio, e marca prazo [...] apoio mesmo mesmo, nenhum (E2).

[...] eu acho que, assim, queria frisar a importância de ter uma assistência maior de alguém que conheça a fundo o PMAQ, que pudesse esclarecer nossas dúvidas. Eu acho que isso é o principal e é o sentimento da equipe toda (M2).

Neste sentido, observamos ainda nos depoimentos trazidos para a discussão sobre Apoio Institucional-AI, que os mesmos revelam o desconhecimento da proposta do PMAQ-AB para a implantação de AI, onde se pressupõe mudanças no modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde.

Para estimular esta ação integrada e integradora, o próprio PMAQ-AB estimula uma atuação da gestão municipal mais próxima da equipe de atenção básica. Valorizando estratégias de apoio institucional, de planejamento e avaliação conjunta, provoca a gestão a sentar junto com as equipes, identificando e compartilhando problemas e soluções, planejando juntos modos de superar os desafios definidos como prioritários (PINTO, 2012, p. 317).

Outra interpretação possível de apoio institucional no PMAQ-AB é compreender o objetivo de trabalho desse apoiador como um processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde, transformar as relações de supervisão e os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem os graus de autonomia, e de compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações cotidianas entre apoiador e equipe, contemplando demandas e ofertas de ambos (BRASIL, 2011).

O tema, descrito como **Desenvolvimento de educação permanente**, foi analisado com base em dez (10) falas, achados das observações e da análise documental. Nas duas unidades da pesquisa, são comuns as queixas dos

profissionais quanto ao modelo estruturado pela SES para a qualificação profissional, ofertada para os trabalhadores da ESF. Os achados da análise documental realizada no estudo, demonstram a predominância de características do ensino, baseado no modelo de aprendizagem bancária, praticado na perspectiva tradicional da educação continuada, onde ocorre a transmissão de conhecimento, sem levar em conta, os saberes constituídos dos sujeitos participantes.

[...] chamam a gente para participar pouco, é mais para a enfermeira e o medico né, mais também quando chamam é sempre a mesma coisa, repetida, eu já disse, se puder dizer que não vou, vou dizer quando oferecerem bem pela 3ª vez o mesmo treinamento sobre dengue (AC-3).

[...] educação Permanente oferece muito, só que tem um probleminha, eles não ouvem a equipe para saber a nossa necessidade [...] não tem nada a ver com a nossa necessidade [...] na maioria das vezes somos obrigadas a ir em dois cursos quando cheguei lá a 2ª vez, era o mesmo curso, até os slides[...]não quer nem saber se os pacientes vão ser desmarcados. Muito difícil de achar um que seja interessante, como os de humanização já fizeram e já ofertaram outras duas vezes o mesmo curso (E-2).

A Educação Permanente em Saúde deve corresponder à educação em serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica dos profissionais, o que nesta situação dos depoimentos acima, não correspondem à proposta de implantação de educação permanente presente no PMAQ-AB.

5.6 LIMITAÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DO PMAQ-AB PARA A REORIENTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Nesta categoria encontramos 2 temas dos quais, o de maior relevância, são as condições de trabalho insatisfatórias, onde aparecem quinze (15) falas. Foram identificadas durante as observações do campo, nas duas UBS do estudo, iguais dificuldades de condições de trabalho, consideradas como estratégicas na reorientação do processo de trabalho das equipes, notadamente as deficiências de infraestrutura, insumos, e equipamentos, que estão detalhadas no capítulo sobre a contextualização do local e dos participantes.

Este quadro, onde se apresentam elementos dificultadores para o processo de trabalho das ESF, é reconhecido pela gestão do MS, estando descrito no documento do PMAQ-AB como uma situação de abrangência nacional, levando-o a

ser apontado como um dos desafios a serem enfrentados, como podemos identificar abaixo.

Dentre os desafios que o PMAQ-AB pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se a precariedade da rede física, ambiência pouco acolhedora das UBS, inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho, necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, insipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade, sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado e o Financiamento insuficiente e inadequado da AB (BRASIL, 2011, p. 5).

Identificamos nas entrevistas, que as condições inadequadas de trabalho para os profissionais comprometem sua capacidade de intervenção e satisfação com o fazer cotidiano, bem como as questões de ambiência pouco acolhedora das UBS, são fatores apontados de modo predominante pelos entrevistados.

[...] eu me sinto assim, nadar, nadar e morrer na praia, faz faz faz e quando precisa de um diagnóstico de um paciente não consegue, aí tem que começar do zero, começa a buscar outros recursos, outras coisas para tentar melhorar a situação eu acho isto muito falho (TE1).

[...] desmarca as consultas, com os nossos telefones, então a gente pensa assim num mínimo, telefone numa equipe seria um mínimo, né, então assim, tem muito o que melhorar, muito, e trazer os recursos pra onde os recursos deviam né tá sendo aplicados (AC 2).

Às vezes, se a médica encaminha pra um cardiologista, demora também muito tempo! Um dermatologista, a pessoa espera muito mais de dois anos! Então essa é a dificuldade maior da gente. (AC4).

[...] A equipe não tem condições físicas pra fazer isso, nos não temos nem local pra fazer o acolhimento (TE3).

[...] uma equipe igual aqui, um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, três agentes de saúde, atender toda essa população, nós na realidade nos sentimos impotentes [...] (TE1).

Os profissionais das UBS-a e UBS-b reconhecem como limitação para exercerem suas funções na ESF, questões relacionadas à qualificação dos processos de trabalho da equipe, onde relatam conviver no dia-a-dia, com dificuldades para realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde e com a ausência de integração dos membros das equipes. A seguir apresentamos depoimentos que corroboram nossa afirmação:

[...] justamente porque falta recursos humanos, então, se você fizesse mais visitas, se você, quanto mais visitas, mais pessoas você fosse até a casa, você ia conseguir observar mais coisas, né?, mas a nossa realidade é a gente contar apenas com 5 pessoas numa equipe de saúde trabalhando para uma população de 10 mil (AC-1).

[...] deste jeito penso que o Dr [...] concordava em atender mais as consultas agendadas e uma vez na semana era a espontânea. Seria tudo organizado né? ia dar tempo para realizar reuniões com as ACS, organizar os grupos, ler o PMAQ-AB e outras coisas né? (E-2).

a gente não pode fazer coisas diferentes né no mesmo horário, então quando eu defendi né, pelo PMAQ-AB, que a gente tinha que mudar a agenda, que tinha que gerar essa demanda espontânea, e acabar com a marcação de consulta semanal, tinha a enfermeira e uma auxiliar de enfermagem, se colocaram contra (M-1).

a própria população chegava a falar, né, [...] esse posto não presta, sempre quando eu venho aqui eu não consigo, né, então, até como princípio do SUS, da equidade, que tá dentro do manual do PMAQ-AB, é, então motivou a abrir a agenda para atender todo mundo (M1).

O Dr [...] diz que não pode amarrar a agenda, porque ele não sabe qual o problema de saúde que vai vir (TE1).

Foram identificadas ainda, dificuldades no processo de trabalho, provocadas por divergências em relação ao estilo de gestão do trabalho operacionalizado pelo coordenador da equipe em uma das UBS do estudo, gerando relações conflituosas entre seus membros.

5.7 BOAS PRÁTICAS E ORGANIZAÇÃO DAS UBS

Esta categoria contextualiza três temas sobre boas práticas e organização das UBS, onde o de maior relevância é sobre a realização sistemática de reunião da equipe, com nove falas. Esta prática, de reuniões de equipe, acontece sistematicamente na UBS-b, às terças-feiras no período da tarde, com a participação de todos os membros da equipe, onde as atividades da UBS-b, são encerradas para sua realização. Durante as observações e análise documental realizada no livro de ata destas reuniões, foi verificado que em todas elas, está reservado na pauta um espaço para discussão dos casos clínicos ou situações de risco, identificadas pelos ACS durante suas visitas ao território onde famílias acompanhadas residem, caracterizando-se por um momento de troca de experiência, saberes e práticas interdisciplinares. Este momento de discussão, na prática, configura-se no modelo

proposto pela Política de Humanização do SUS em conjunto com a PNAB, denominado de Projeto Terapêutico Singular – PTS, cujos princípios são incorporados no PMAQ-AB:

Fazer PTS deve ser um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum. Deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilização, entre os sujeitos no PTS. No cotidiano das experiências desenvolvidas em torno dessa temática (OLIVEIRA, 2008), constatamos que o PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando à resolução de **casos** muito complexos (BRASIL, 2010, p. 93).

Participam uma vez por mês das reuniões da ESF, os profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, bem como, os profissionais da equipe do Centro de Apoio Psico Social – CAPS vinculados a Regional de Saúde da UBS–b, com o objetivo de trazer para a roda de discussão, os casos clínicos e os considerados como vulnerabilidade social, para em conjunto traçarem estratégias de acompanhamento. Esta prática é caracterizada por trocas de saberes que levam em conta a singularidade dos sujeitos que na ergologia é denominada de saberes investidos que é o que se adquire em todas as atividades e experiências:

Para isto, é necessário fazer intervir um outro saber, que somente as pessoas que trabalham, no domínio estudado, são portadoras. Esse saber, na ergologia, nomeamos de: *saber investido*; noção que será explicitada com mais detalhes *a posteriori*. Para o momento, com vistas a fazer uma síntese segura, será apresentado em que e por que esse *saber investido* é necessário (TRINQUET, 2010, p. 99).

Encontramos ainda, na análise dessa categorização sobre boas práticas e organização da UBS, indícios que nos permitem identificar elementos facilitadores da prática interdisciplinar no trabalho da ESF da UBS-b, considerando a relação estabelecida entre os profissionais do NASF e do CAPS para o planejamento de estratégias integradas e de cooperação, no enfrentamento das situações de vulnerabilidade presentes nos indivíduos que moram no território de sua responsabilidade sanitária. Scherer et al. (2013, p. 21) conclui que a interdisciplinaridade não tem um fim em si mesma, não está presente em todos os momentos e se constrói a partir das necessidades e capacidades determinadas pelo meio e pelos sujeitos que produzem o cuidado em saúde.

Em depoimentos que explicitam as práticas coletivas desenvolvidas na equipe, potencializadoras de mudanças no processo de trabalho nas duas ESF estudadas, encontramos:

O dia de reunião de equipe é sagrado: terça-feira à tarde. É o tempo que a gente tem pra sentar, pra pra combinar as visitas domiciliares, os trabalhos que vão ser desenvolvidos (M2).

Ah! Minha relação com os outros profissionais é boa! Nós temos uma boa relação, porque apesar do trabalho ser mais na área, mas a gente sempre tá aqui, né?! No período da manhã, no período da tarde. Então, a gente tem uma boa relação! Diariamente! E, assim, os casos que acontecem na área, eu sempre passo pra médica ou pra enfermeira, e a gente tenta ver o que pode ser feito (AC 2).

[...] autoavaliação fazemos de forma informal nas reuniões semanais. Estas eu não abro mão porque temos muito o que discutir, acaba que discutimos muito os casos clínicos, casos das famílias (E2).

A gente consegue trabalhar muito bem juntas eu e a M2, ela confia muito no meu trabalho. Dentro da abordagem sindrômica eu faço tudo, porém o protocolo do AIDPI no GDF não é reconhecido, então eu não posso receitar nenhum paracetamol, então se a criança chega com febre, eu avalio, classifico [...] eu sou qualificada para fazer isto mais não posso fazer mais nada [...] Já na saúde da mulher faço pré-natal de baixo risco, a escuta diferenciada, e dou conta de resolver muita coisa, Como o protocolo da abordagem sindrômica DST eu trato praticamente tudo, pois é permitido fazer consulta pré-natal, a escuta diferenciada. Em relação à criança, CD, fico limitada pelo protocolo. A criança chega com febre, eu devo fazer isso avaliar, classificar, não posso fazer mais nada muita coisa mais, eu nesta situação faço apenas uma triagem, e passo para a Dra. M2. Agiliza o serviço? agiliza. Mas muita coisa não precisa de antibiótico. Vou ser sincera com você, se um paciente chega e eu identifico que ele é acompanhado pela equipe, eu pego faço a receita, carimbo e levo para a Dra. assinar (E 2).

[...] a gente trabalhar seguindo os protocolos da SES, mas temos de vez em quando fugir, até para se adaptar a realidade dentro do possível. Por exemplo, o exame Papanicolau a gente usa fixador, porque não tinha álcool, quando não tinha o frasco a gente comprava, então assim as coisas que não estão em nossa alçada, a gente dá uma saidinha do protocolo né? (E2).

Cabe aqui apontar que, apesar dos depoimentos acima demonstrarem o protagonismo dos profissionais no cotidiano da unidade, percebe-se a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, quando o profissional ao se deparar com a norma (protocolos), vive a dramática do uso de si, diante da escolha que tem de fazer para realizar a o trabalho.

5.8 CONTRIBUIÇÕES DO PMAQ-AB AO PROCESSO DE TRABALHO DA ESF

Nesta última categoria da análise temática do estudo, sobre contribuições do PMAQ-AB ao processo de trabalho da ESF, tomaremos como referencial as diretrizes do PMAQB-A, onde os princípios e recomendações são:

[...] construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde, estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade, ter transparência em todas as suas etapas, 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 de qualificação da atenção básica, desenvolver cultura de negociação e contratualização, 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 e ter caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais (BRASIL, 2011, p. 6).

Quando questionamos os profissionais das ESF durante as entrevistas em relação ao seu conhecimento sobre o PMAQ-AB, notamos que os entrevistados tinham uma concepção parcial, ou mesmo equivocada, sobre os princípios e diretrizes dele. Evidenciamos nos depoimentos, ao indagarmos o entendimento pessoal sobre o PMAQ-AB, interpretações de que se trata de uma proposta do MS, exclusivamente composta por uma ferramenta de autoavaliação. Seguem alguns depoimentos que evidenciam esta afirmação:

Ah! Eu já sei qual que é! Inclusive [...] Não. Mas quem responde é a E1 normalmente! Eu já sei qual que é! É um azul. É. Inclusive, está até no armário dela (TE2).

Olha, em relação ao PMAQ, eu acho ele muito bom. Assim, a gente só respondeu, sim ou não. Se faz ou não faz né? Quando trouxeram os cadernos, isso faz tempo, foi em 2009, 2010. mas a gente usou pouco, porque a Dra [...] que estava aqui na época começou a fazer com a gente, mas depois ela foi embora, ai você sabe né, quando muda, para tudo (AC3).

Nos registros das falas dos entrevistados abaixo, evidenciamos se o PMAQ-AB contribuiu ou não com o processo de trabalho da duas ESF participantes do estudo.

com certeza, o PMAQ-AB provocou mudanças,o problema é que não houve continuidade, mas a gente sabe da importância disto. O PMAQ-AB propõe avaliar nosso trabalho (E2).

[...] às vezes acho que não mudou nada. Continuamos sobrecarregados, com o trabalho que não acontece na equipe, é como se a gente ficasse o tempo todo correndo atrás do prejuízo (AC3).

É muito válido, quando via as perguntas no caderno, pensava que em muita coisa tinha que melhorar, muita coisa passava despercebido e a partir dali, começava a melhorar (AC3).

a gente vai fazer algumas modificações na dinâmica do trabalho pra ver se consegue aumentar a... a... a... a nota, digamos assim (M2).

A única contribuição que o PMAQ-AB trouxe para a equipe no meu ver é a questão das estatísticas. Assim, quando a gente respondeu as perguntas no caderno, e olhamos, vimos que muitas coisas não fazíamos, sendo que muitas delas, são coisas que não tinha conhecimento né? e e assim também na parte do acolhimento ajudou (TE1).

[...] faço roda de conversa com as gestantes, com os diabéticos, hipertensos. Colocamos filme para eles assistirem, fazemos teste de glicemia, avaliação ponderal. Nós criamos a Pactuação Profissional Paciente - PPP, onde pactuamos alguma coisa com o paciente, e esta ideia a gente teve com o AMQ (E2).

O PMAQ-AB propõe avaliar nosso trabalho (E2).

A gente faz, faz, faz e não paramos para ver o que estamos fazendo e se usar o PMAQB-A, como instrumento de trabalho dá para melhorar (E2).

Ao final, ao analisarmos os achados desta categoria - contribuições do PMAQ-AB ao processo de trabalho da ESF, os registros de falas trazem depoimentos de que “[...] com certeza, o PMAQ-AB provocou mudanças, o problema é que não houve continuidade, mas a gente sabe da importância disto. O PMAQ-AB propõe avaliar nosso trabalho”. Evidencia-se, portanto, um sentimento de descontinuidade na implantação do PMAQ-AB pelo trabalhador de saúde. Esta fala sugere a necessidade de ser promovido um movimento dos sujeitos protagonistas, que envolva a gestão nessa discussão e promova a revisão das estratégias de implantação e implementação de dispositivos indutores da melhoria do processo de trabalho das equipes com adesão ao PMAQ-AB. Soma-se a essa reflexão, declarações de que as equipes se sentem sobrecarregadas, o fato de que em alguns depoimentos o declarante expressa desconhecimento sobre o PMAQ-AB, demonstrando a presença de dificuldades enfrentadas pelas ESF, na reorientação do seu processo de trabalho.

Em parte do campo do estudo identificamos potencialidades para a conformação de um processo de trabalho na perspectiva do trabalho coletivo, nas relações entre membros das ESF, no momento em que um componente da UBS-b, relata a relação de confiança, de complementaridade entre competências das categorias profissionais, medicina e enfermagem.

A construção do coletivo depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se constroem com o tempo. A cooperação é fruto da busca do trabalhador pela qualidade do trabalho como uma condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção da sua identidade singular (SCHERER et al., 2009, p. 723).

Nas observações realizadas, o acolhimento nas UBS é realizado pela equipe como ações de triagem, ocorrendo em ambientes inapropriados, como relatado anteriormente, anulando a subjetividade que acompanha esse complexo processo de responsabilização e produção de vínculos.

Pinto (2011) ressalta a importância da implantação do acolhimento; a constituição de uma agenda de trabalho compartilhada por todos os membros da equipe; o desenvolvimento de ferramentas de gestão do cuidado; uma dinâmica cotidiana de planejamento e avaliação; entre outros dispositivos de qualificação do processo de trabalho.

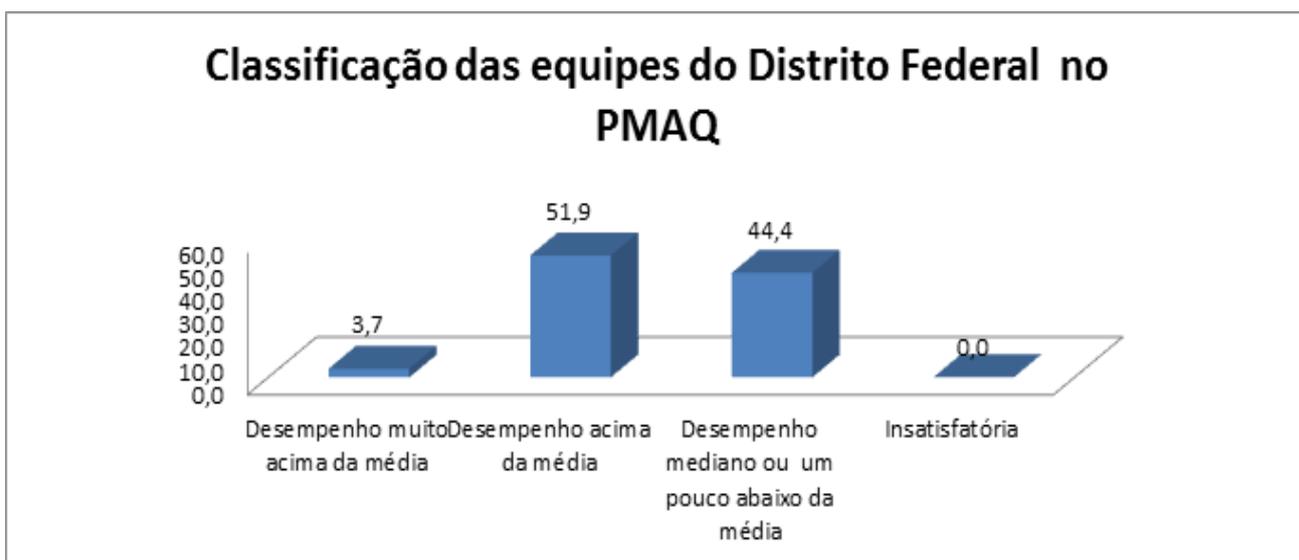
Cabe relatar que mesmo neste contexto adverso de condições de trabalho apontado pelos trabalhadores, evidenciam-se demonstrações de protagonismo da equipe da UBS-b, com o desenvolvimento de ações que potencializam o processo de trabalho. Podemos mencionar o exemplo de como a equipe reorienta suas ações com ênfase na promoção da saúde, por meio de propostas inovadoras, como a formação de grupos de automassagem com a comunidade, onde podemos inferir o estabelecimento de redes de cooperação, motivação e vínculo entre a equipe e os usuários. Esta prática denominada grupo de auto-massagem faz parte de um conjunto de iniciativas que buscam potencializar o vínculo com as famílias do território de abrangência do serviço. A pesquisa também buscou informações sobre a motivação dos usuários em participar; as estratégias da equipe para manter a assiduidade do grupo e a data de sua implantação, sendo informada de que o grupo existe há mais de dois anos, sendo portanto anterior à implantação do PMAQ-AB.

Nas entrevistas, ao ser perguntado a uma profissional da equipe, acerca das contribuições do PMAQ-AB ao trabalho da ESF, obtivemos a seguinte resposta: “Eu acho que o que ele trouxe foi despertar o senso crítico da, do processo de trabalho, da organização do serviço, é, em relação a demanda espontânea, em relação ao acolhimento, às consultas” (E1). Diante deste depoimento, podemos inferir que a reflexão sobre a prática representa um importante potencial indutor da reorientação dos processos de trabalho na ESF.

Nosso estudo focaliza a Segunda Fase do PMAQ-AB, no entanto, para finalizar este capítulo sobre análise e resultados, mencionamos, sem aprofundamentos, a Terceira Fase de implantação do programa, denominada Avaliação Externa, que objetiva identificar como são utilizados, pelas equipes, os dispositivos para melhoria do processo de trabalho - autoavaliação, apoio

institucional, monitoramento de indicadores e educação permanente. Nesse sentido, apresentamos os resultados finais alcançados na avaliação externa do PMAQ-AB pelas equipes participantes do PMAQ-AB no DF e especificamente, os resultados das duas ESF participantes do estudo. Os resultados do DF como um todo são aqui apresentados à guisa de comparação com os encontrados nesta pesquisa.

Figura 2 - Resultado da Certificação da Avaliação Externa realizada pelo Ministério da Saúde de 28 equipes da Estratégia Saúde da Família do DF no PMAQ-AB



Fonte: MS

Quadro 4 - Resultado da Avaliação Externa do PMAQ-AB Para as Equipes do Estudo

Denominação da Equipe:	Conceito da equipe no PMAQ-AB
PFS –UBS-a	Mediano ou um pouco abaixo da média
PSF –UBS-b	Acima da média

Fonte: MS

Na análise destes resultados, referentes as duas ESF do estudo, identificamos na classificação da avaliação externa do PMAQ-AB, que os mesmos não estão em sintonia com os achados do estudo realizado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral analisar de que maneira a adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, potencializou mudanças no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica do Distrito Federal.

Nossa pesquisa teve a intenção apresentar contribuições à reorientação dos processos de trabalho das equipes saúde da família- ESF, a partir da análise da implantação dos dispositivos da fase 2 do PMAQ.

Identificamos como elementos facilitadores para a construção de processos de trabalho das ESF segundo os princípios e diretrizes do PMAQ, a postura de corresponsabilidade entre os profissionais, o maior tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família e as práticas de trabalho integradas entre as ESF com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e com Centro de Apoio Psico-Social do território. Entretanto, segundo nossa pesquisa, tais movimentos indutores da melhoria dos processos de trabalho não podem ser atribuídos à adesão ao PMAQ.

O estudo aponta pouca preparação dos sujeitos participantes das equipes na fase de adesão ao PMAQ-AB; a visão parcial/equivocada sobre sua proposta; as fragilidades no monitoramento dos indicadores; os incipientes processos autoavaliativos; a inexistência de apoio institucional; a inadequação nas propostas de Educação Permanente; as condições de trabalho insatisfatórias, e a rede de apoio diagnóstico deficitária.

A análise de como são utilizados pelas equipes os quatro dispositivos para a melhoria do processo de trabalho - autoavaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento de indicadores a partir da adesão ao PMAQ-AB, constatou que a utilização de autoavaliação pelas duas equipes, não é feita de forma sistemática, sendo mais utilizada pelos profissionais de uma das equipes sem, contudo, avançar na discussão da análise da auto-gestão, na identificação dos problemas e na formulação de estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços.

No tocante ao dispositivo apoio institucional, foi identificada a necessidade da gestão incorporar esta função, como uma ferramenta presente no dia-a-dia da UBS, no sentido de pensar a organização de todo o processo de trabalho. Concluímos,

portanto, não ter sido implantado o dispositivo apoio institucional para as ESF do estudo.

Sobre o dispositivo desenvolvimento de educação permanente, identificamos nas duas unidades da pesquisa, que são incipientes as propostas de qualificação profissional com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da atenção por meio de projetos de educação permanente. Verificamos que os profissionais têm pouca motivação para participar das ofertas de qualificação profissional demandadas pela gestão, pelo distanciamento referido, pelos entrevistados, entre as necessidades técnicas do processo de trabalho e as capacitações ofertadas.

O estudo evidencia que os profissionais das ESF que fizeram adesão ao PMAQ-AB, não foram envolvidos na fase de contratualização, o que podemos inferir que não houve preparação dos trabalhadores das UBS-a e UBS-b, sobre os objetivos do Programa, bem como dos seus princípios e diretrizes. A ausência desse momento de conhecimento, nos leva a pensar sobre os reflexos desfavoráveis à posteriori frente à proposta de implementação de ações indutoras de melhoria do acesso e da qualidade, presentes no PMAQ-AB.

Nos leva a refletir ainda, sobre a característica de gestão centralizada que ocorre no momento da adesão, no qual os coordenadores fazem todos os contatos sozinhos e a equipe fica sem conhecer os objetivos do PMAQ-AB.

As precárias condições de infra-estrutura das UBS e a pouca interação com os âmbitos diretivos da SES são identificados na pesquisa como fatores dificultadores da melhoria do processo de trabalho das ESF. Diante deste quadro adverso, o estudo sugere que estes fatores limitam a capacidade das ESF de desenvolver com eficácia as estratégias indutoras de mudanças prescritas pelo PMAQ e reconhece que as normas instituídas no PMAQ, não acontecem da forma como são prescritas em função das limitações impostas. Neste sentido, sob o aspecto da cobertura populacional, evidencia-se que a UBS na qual o território é definido, a ESF se aproxima mais do proposto pelo PMAQ para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, ao contrario do que ocorre com a outra UBS do estudo, que possui uma população adstrita muito acima da média prescrita pela PNAB.

O estudo sugere ser difícil atribuir ao PMAQ, os movimentos de mudanças identificados em uma das ESF, onde foi evidenciada a participação dos sujeitos na tomada de decisões conjuntas e na ampliação de cooperações entre os

profissionais, sendo que alguns depoimentos sugerem que estas práticas foram introduzidas no cotidiano da equipe, em período anterior a implantação do PMAQ.

Além disto, há de ser considerado o curto tempo de um ano de implantação, e que resultados de mudanças efetivas em processos de trabalho, tradicionalmente caracterizados por uma prática de atenção baseada na percepção curativa, exigem tempo para serem reorientados nos princípios da promoção da saúde, incorporados no PMAQ-AB.

Consideramos que a gestão do DF pode estar revertendo este quadro a partir da otimização dos dispositivos indutores da melhoria da qualidade presentes na segunda fase do PMAQ-AB, bem como na revisão de suas estratégias de apoio gerencial, do investimento na melhoria das condições de trabalho e implementação de práticas de gestão descentralizadas.

Neste sentido, o estudo aponta perspectivas para o fortalecimento da atenção básica no Distrito Federal, tendo em vista a manifestação do gestor de saúde de continuar com adesão ao PMAQ em 2013 ainda ampliando a contratualização de 28 ESF pactuadas em 2011, para 118 em 2013. Desta forma futuros estudos acadêmicos podem ser desenvolvidos para ampliar os achados da pesquisa.

Acreditamos que este estudo possa contribuir para a reflexão sobre a gestão do DF, no sentido de que as observações sobre o que acontece de forma visível, no dia-a-dia do processo de trabalho das ESF, bem como na observação sobre o invisível, a subjetividade deste cotidiano, sejam incorporadas para agregar transformações práticas ao processo de trabalho da gestão de saúde; seja no âmbito do DF ou na Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 783-836.

ANTUNES, In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Org.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 3. ed. Porto Alegre: EPUB, 2011.

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

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-173, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Brasil Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 de agosto de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 148 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação o SUS. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 26 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRITO, J. C. Trabalho real. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2008. p. 453-459. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trarea.html>>. Acesso em: 7 jun. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARDOSO, I. M. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saude soc.** [online], v. 21, p. 18-28, 2012. supl.1.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CYRINO, A. P. P. **Organização tecnológica do Trabalho na reforma das práticas e do serviço de saúde**: estudo de um serviço de atenção Primária à Saúde.1993. 493 f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo,1993.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde; GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde; MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Proposta do subprojeto Qualisus Rede RIDE DF e entorno**. Brasília, 2012.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 47-67, 2011. Supl. 1.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012.

FERREIRA, M. C. Bem-estar: equilíbrio entre a cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura organizacional e saúde**. São Paulo: Artmed, 2004. p. 181-207.

FIGUEIREDO, M. A. C. **Modelos, sistemas interpretativos e estratégias de saúde nas relações de produção**. 5ª Unidade da disciplina Organização do Trabalho e Saúde do Trabalhador. Programa de Graduação em Psicologia. Ribeirão Preto: FFCLRP/USP, 2001.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2008.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR - Textos, 1).

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2007. Disponível no site: <<http://books.google.com.br/books?id=MnfwUY5lw14C&pg=PA21&lpg=PA21&dq=Gorz,A+Metamorfoses+do+trabalho&source=bl&ots=AsbskCPhW0&sig=IKdhGZL9IJQiTVlhJyx0nlcktA4&hl=pt-BR&sa=X&ei=-oFIUZ2jEYny0QGqwYC4DA&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=Gorz%2CA%20Metamorfoses%20do%20trabalho&f=false>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2013.

GÖTTEMS, L. B. D. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, jun. 2009.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 29 de maio de 2013.

LIMA, A. S. **O trabalho da enfermeira na atenção básica**: uma revisão sistemática. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MARX, K. A chamada acumulação primitiva. In: _____. **O capital**: crítica a economia política. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. v. 2.

MATTA, G. C. A.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 12 de novembro de 2012.

MEDINA, M. G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde**: resultados da avaliação de dois estudos de caso. 2006. 269 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1493-1497, 2009. Supl.1.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo–qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul.-set. 1993.

_____, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

_____, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. 175 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)–Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, 2011.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

_____; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 320-328. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2013.

PINTO, H. A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 316-318, 2012.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica.** 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-63, 2000.

PISCO, A. L. A avaliação como instrumento de mudança. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar.-abr. 2004.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde:** um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. 2001. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1501.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-48, mar. 2012.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 30-42, abr./jun. 2009.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011.

_____. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez. 1998.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. **Pró-Posições**, Campinas, v. 1, n. 5 (32), p. 34-50, jul. 2000.

_____; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo Assistencial e indicadores de Qualidade na assistência: percepção dos profissionais da Atenção primária à Saúde. **cad. saúde Pública**, rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

SILVA, J. P. V; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: Reafirmando seus Princípios e Diretrizes para Fazer Avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 43-75.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2004.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. **Rev. HISTEDBR Online**, Campinas, número especial, p. 93-113, ago. 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Módulo 4**: Práticas pedagógicas em Atenção a Saúde. Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.

ANEXO A - TERMO DE CONCORDÂNCIA

, _____ Coordenadora Geral da Atenção Primária da, Regional x , respondendo pela gerência da equipe Estratégia Saúde da Família denominada de _____ estou de acordo com a realização da pesquisa “O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, e a reorganização do trabalho na Atenção Básica do DF”.

Esta pesquisa está sobre a responsabilidade da pesquisadora Estela Auxiliadora Almeida Lopes, mestranda do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Coletiva da UNB, para obtenção do título de mestre, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa. Para a coleta de dados será adotada a análise documental, entrevistas semi-estruturada e observação. Os sujeitos de pesquisas serão todos os profissionais enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que compõem a equipe de atenção básica. Tem duração 18 meses, considerando o programa do mestrado, com previsão de início da pesquisa de campo, no primeiro semestre de 2013.

Brasília, _____ / _____ / _____
Diretor Regional da Atenção Primária

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:

Assinatura

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A pesquisa **“O Programa Nacional Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB e a reorganização na atenção básica no Distrito Federal”**, que tem como objetivo analisar de que maneira as equipes de atenção básica do Distrito Federal, que fizeram adesão ao PMAQ-AB, potencializaram seus processos de qualificação do trabalho a partir da incorporação dos novos dispositivos de gestão: autoavaliação, educação permanente e apoio institucional, propostos pelo PMAQ-AB. Será realizada em Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde que assinaram termo de compromisso com a gestão da atenção primária do DF, e esta, com o Ministério da Saúde, para realização das ações que permitirão a melhoria no processo de qualificação do trabalho na atenção básica.

Os dados serão coletados por meio de estudo documental, entrevistas e observações. Serão analisados os documentos disponíveis sobre o trabalho das unidades e das equipes. As entrevistas serão realizadas com os/as profissionais enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que compõem as equipes de atenção básica que aderiram o PMAQ de duas(2) Unidades Básicas de Saúde – UBS.

Neste sentido, gostaria de contar com a sua participação de entrevista, bem como obter sua autorização para observar os registros de suas atividades profissionais.

Se você concordar em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, sendo que os nomes dos/as participantes não serão utilizados em nenhum momento. Você também poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Vale ressaltar que as informações coletadas serão utilizadas em publicações como livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos e não consiste em estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou mudança no cenário institucional. A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Será considerado o respeito aos sujeitos e a instituição participante em todo processo investigativo. Serão respeitadas as condições de:

1. Consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente

termo.

2. Garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional.
3. Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral.
4. Liberdade de recusa à participação, total ou parcial, e de restrição de acesso a documentos.
5. Amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo.

Sua participação poderá contribuir para a compreensão e construção de um trabalho mais prazeroso, motivador e menos desgastante para os/as profissionais de saúde, assim como para uma melhor assistência aos usuários dos serviços. Após a sistematização do seu relato este lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Ainda se você desejar poderá deixar de responder às perguntas como julgar conveniente.

Desde já agradeço a sua colaboração, que poderá contribuir nas questões relacionadas a melhoria de acesso e da qualidade da assistência nas Unidades Básicas de Saúde. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Estela Auxiliadora Almeida Lopes, na instituição Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, no telefone: (61) 3315.6244/81907370, no horário: das 09:00 as 18:00 horas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, estas deverão ser rubricadas pelo sujeito da pesquisa e pelo pesquisador uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Estela Auxiliadora Almeida Lopes

Pesquisadora do Estudo

Eu,....., fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “O PMAQ e a reorganização do trabalho na atenção básica do DF.”e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, desde que respeitadas as condições acima.

Brasília, _____ de _____ de 2012.

Assinatura: _____

RG: _____

ANEXO C**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA****FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Este roteiro será aplicado como ferramenta para subsidiar as entrevistas com profissionais das equipes de atenção básica/estratégia Saúde da Família do DF – participantes do Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica-PMAQ-AB).

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

1. Identificação/codinome:

LEMBRETE:

1. Profissional: E (enfermeiro) Te(tec. Enf.) Ae(aux. Enf.)
M (médico) AC (agente comunitário)
2. Número da entrevista:

2. Idade:

3. Sexo:

4. Profissão:

5. Escolaridade:

() Ensino Fundamental

() Curso Técnico

() Graduação

() Especialização/Residência na área de:

() Mestrado na área de:

() Doutorado na área de:

6. Tempo de experiência profissional:

6.1 Tempo de experiência profissional na atenção básica:

() até 1 ano

() de 1 ano até 5 anos

() mais de 5 anos

6.3 Tempo de experiência profissional na ESF:

() até 1 ano

() de 1 ano até 5 anos

() mais de 5 anos

7. Tipo de contrato e Jornada de trabalho:

- Tipo de contrato na atenção básica:

- Jornada de trabalho na atenção básica:

- Possui outro emprego (contrato de trabalho ou trabalho autônomo)? Qual?

- Horas diárias trabalhadas no outro/os emprego/os:

- Jornada semanal total:

8. Motivação para trabalhar na ESF: (Por que você está trabalhando na ESF?)

Parte II – ENTREVISTA

1. Fale um pouco sobre sua trajetória profissional (tempo de experiência em serviço público e nesta unidade de saúde)

2. Como é o seu trabalho?

3. O que acontece habitualmente em um dia de trabalho?

4. Fale o que facilita e o que dificulta seu trabalho cotidiano;

5. Como você obteve acesso a proposta do Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade –PMAQ? Como ele lhe foi apresentado?

6. Como você entende a proposta PMAQ?(reconhecimento dos propósitos)

7. O que motivou a fazer a adesão ao Programa?

8. Você poderia destacar algumas contribuições do PMAQ, para a melhoria do seu trabalho e da sua equipe?

9. Você foi capacitado para realizar os procedimentos para a formalização da etapa de adesão ao PMAQ? Como foi desenvolvida?

10. Como os elementos contidos no termo de compromisso, foram apropriados pela equipe?

(seguir diretrizes organizantes do processo de trabalho; observar regras de funcionamento do programa; implantar dispositivos de acesso, co-gestão, autoavaliação, planejamento e avaliação e ser monitorada por seis meses a partir de quarenta e sete indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

11. Como você avalia a metodologia utilizada para a formalização da etapa de adesão e contratualização do PMAQ? (clareza, facilidade)

12. Com quais pessoas você interage para implementar as ações pactuadas no termo de compromisso?
13. Houve articulação entre os demais profissionais e com gestão da atenção primária envolvidos com a contratualização? Como se deu esta articulação?
14. Como você avalia o desenvolvimento das ações autoavaliativas, de educação permanente de apoio institucional e monitoramento, presentes na 2ª fase - de desenvolvimento do PMAQ?
15. Você considera a metodologia proposta para o processo de autoavaliação adequada a realidade local (padrões, organização, metodologia de utilização)?
16. Em caso negativo, quais aspectos não se adequam?
17. Estes aspectos interferiram no desenvolvimento da proposta?
18. Você considera a proposta para implementação de processos de educação permanente e apoio institucional presentes no PMAQ, adequada à realidade local?
19. A partir da adesão o que você manteria, continuaria fazendo?
20. O que você deixaria de fazer.
21. O que você modificaria no trabalho e como?
22. Teria algo além que você poderia fazer e não tem feito? Por quê?
23. No caso cite algum impedimento para fazer? Fale para mim o que é que você não pode fazer?
24. Gostaria de dizer algo mais sobre sua vivencia com o PMAQ?
25. Relacione no caso de existir, os aspectos/fatores pelos quais o trabalho a partir da adesão ao PMAQ-AB, tem contribuído para potencializar os processos de qualificação do trabalho da equipe com a incorporação dos novos dispositivos de gestão: autoavaliação, educação permanente e apoio institucional.
26. Gostaria de expressar algo mais que possa contribuir com a pesquisa?

ANEXO D

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Roteiro para análise documental e observação**

Este roteiro será utilizado como ferramenta para orientar a análise documental.

Questionar um profissional da Estratégia Saúde da Família, sobre os documentos que fazem parte das três primeiras fases do PMAQ – adesão/contratualização, desenvolvimento e avaliação externa.

DOCUMENTOS A SEREM PROCURADOS (verificar se existe – registrar informações relevantes e qualidade das informações disponíveis nos documentos encontrados):

Termo de compromissos do gestor(es) e da(s) equipe(s), firmados na fase de adesão do PMAQ ()

Planilha de Metas de desempenho pactuadas no PMAQ ()

Instrumentos de auto-avaliação utilizados pelas equipes de atenção básica do PMAQ.()

Instrumentos de monitoramento de indicadores e padrões de qualidade que apontem um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional, programação e contratualização de ações para a melhoria do processo de trabalho.()

Documentos sobre estratégias de educação permanente utilizada para aumentar a capacidade de análise e intervenção dos profissionais de saúde diante de suas demandas concretas. ()

Documentos sobre o Desempenho nos padrões de qualidade verificados in loco por avaliadores externos e no Módulo IV preenchido por gestores e responsáveis pelas EAB no sistema PMAQ-AB.

Documentos sobre a existência de apoio institucional, tais como: portaria e publicações referentes ao apoio institucional ()

Agenda de atividades da equipe – se existe e como fazem/utilizam

() Relatórios () Ata de registro de reuniões ()

Outros:

BUSCAR JUNTO AO GESTOR:

Documento de avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes ()

ANEXO E - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Acompanhar a rotina geral das equipes e anotar em um diário de campo. A observação das atividades de rotina deve ser feita com foco:

No termo de compromisso assinado pela gestão e pela equipe na fase de adesão ao PMAQ observando:

1. A implementação de processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso;
2. A alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);
3. A utilização do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade na Atenção Básica-AB-AMAQ-AB, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe;
4. O desenvolvimento de ações com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade;
5. O desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde
6. A realização de pactuação de metas e compromissos para a qualificação da Atenção Básica com a gestão municipal
7. A organização do processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no PMAQ e na PNAB;
8. No processo de trabalho (a atividade em si; os instrumentos de trabalho utilizados; como o trabalho é realizado, como é dividido na equipe de saúde e dentro de cada profissão);
9. No fluxo da assistência (livre demanda, demanda organizada) e serviços ofertados pela unidade;
10. Nas relações interpessoais (profissionais x profissionais; profissionais x usuários; profissionais x gestores;
11. Nas atividades diárias de cada um dos profissionais;
12. Nas manifestações (verbais e não verbais que revelam satisfação e insatisfação);