

IVE OLIVEIRA CAMPOLINA AZEREDO

**A GESTÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR
DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM VIÇOSA-MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2017

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

A994g
2017
Azeredo, Ive Oliveira Campolina, 1990-
A gestão na estratégia de saúde da família a partir do
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da
Atenção Básica em Viçosa-MG / Ive Oliveira Campolina
Azeredo. – Viçosa, MG, 2017.
xv, 157 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Nina Rosa da Silveira Cunha.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 128-141.

1. Administradores dos serviços em saúde - Avaliação -
Viçosa (MG). 2. Medicina da família - Política governamental.
I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de
Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação em
Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 362.1098151

IVE OLIVEIRA CAMPOLINA AZEREDO

**A GESTÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
DA ATENÇÃO BÁSICA EM VIÇOSA-MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 21 de novembro de 2017.


Alan Ferreira de Freitas


Tereza Angélica Bartolomeu


Luiz Rodrigo Cunha Moura


Nina Rosa da Silveira Cunha
(Orientadora)

Aos meus pais, Eduardo e Verônica, pelo incentivo e apoio em todos os momentos, principalmente nos de incertezas, e aos meus irmãos, Guilherme e Gustavo, por me confortarem sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser meu ponto de amparo e força, por me guiar e me ajudar a encarar os desafios da vida.

Agradeço, especialmente, aos meus pais por se esforçarem e dedicarem ao máximo na educação dos seus filhos, por nos ensinarem valores e princípios, e por nos mostrarem, sempre, que as conquistas não chegam sem o trabalho árduo. Tudo que fizeram por nós foi sempre atrelado do amor incondicional.

Agradeço aos meus irmãos, pela amizade, pelo carinho e por me alegrarem com as suas brincadeiras.

Agradeço meu namorado, Frederico, pelos amparos e por me ouvir e me ajudar nos momentos de estresse e desânimo.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Nina Rosa da Silveira Cunha, pela ajuda e contribuição com o trabalho, pela compreensão e escuta, por respeitar e também desafiar os meus limites.

Aos professores Marco Aurélio Marques Ferreira, Alan Freitas e Fernanda Silva, pela disponibilidade em ajudar e pelas preciosas contribuições.

Agradeço imensamente a secretária da pós-graduação, Luiza, que virou meu anjo da guarda, por estar à disposição para me ajudar, por sempre me lembrar dos prazos e compromissos, e ajudar a enfrentar a burocracia.

Agradeço a todos os funcionários do DAD, por nos ajudarem sempre que possível.

À UFV e ao CNPq que permitirem que essa dissertação fosse concluída.

Às minhas amigas de Viçosa, em especial, Mariana Araújo e Lídia Brinati, por constituírem aqui nossa família. Pelo abrigo, pelas conversas e discussões, no conforto do sofá. Pela inspiração, parceria e conselhos que contribuíram com a minha caminhada e com o meu aprendizado.

À minha grande amiga, Thaís Rocha, pela generosidade e ajuda que foram imprescindíveis na construção da dissertação, pela sincera disposição em acolher, escutar e ajudar.

As meninas do grupo “sem pinga” por permitirem que o mestrado fosse levado com mais leveza, alegria e muitas risadas.

A turma do mestrado 2015, por compartilharem momentos de angústias, medos, e de companheirismo.

As amizades que o mestrado me deu, Bruna e Monique, por me fortalecerem e incentivarem nos momentos de fraqueza, por estarem presentes e ajudarem nos momentos de dificuldade.

Aos meus amigos de Ipatinga, que souberam compreender minha ausência nestes últimos anos, e por ouvirem minhas angústias e me apoiarem.

“Acredite na sua capacidade de superação e não se esqueça de que quanto maior for a dificuldade maior será seu fortalecimento”.

Autor desconhecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de políticas públicas.....	9
Figura 2 - Histórico da construção de políticas.....	12
Figura 3 - Evolução de conceitos de saúde no Brasil.....	16
Figura 4 - Ciclo de melhoria contínua proposto pelo PMAQ-AB.....	31
Figura 5 - Fluxo de atividades das EAB aderidas ao PMAQ-AB.....	33
Figura 6 - Modelo mental do perfil gerencial.....	47
Figura 7 -Caracterização das Unidades EAB de Viçosa	52
Figura 8 - Período de atualização das metas nas EAB de Viçosa.....	60
Figura 9 - Exemplo de registro de evidências ou ocorrências.....	73
Figura 10 - Exemplo de demonstração dos indicadores.....	82
Figura 11 - Fluxo de atividades das unidades EAB em Viçosa no atendimento ao PMAQ-AB.....	84
Figura 12 - Interrelação entre níveis de gestão.....	114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplo de padrão de qualidade para avaliação da subdimensão educação permanente.....	34
Quadro 2 -Exemplo de indicadores para as equipes de Estratégia da Saúde da Família.	35
Quadro 3 - Definição de competências.	43
Quadro 4 - Papéis gerenciais de Mintzberg.	45
Quadro 5 - Construtos do perfil gerencial.....	48
Quadro 6 -Categorias e subcategorias de Análise de Conteúdo da Pesquisa.	54
Quadro 7 - Caracterização dos entrevistados.	57
Quadro 8 - Resumo dos principais pontos discutidos nos itens 5.2.1 e 5.2.2.....	71
Quadro 9 - Sumário das causas de intercorrências do PMAQ-AB.	114
Quadro10 - Sumário das causas de intercorrências do PMAQ-AB em diversos níveis.....	116

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADESS	Avaliação do Desempenho da Saúde
AI	Apoio Institucional
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EAB par.	Equipe de Atenção Básica parametrizada
EP	Educação Permanente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS	SUS eletrônico – Sistemas de Informações do Ministério da Saúde
GM	Gabinete do Ministro
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PIA	População com Idade Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SF	Saúde da Família
SGDAB	Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIMPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Compromisso
UBS	Unidade Básica da Saúde
UF	Unidade da Federação
VS	Vigilância em Saúde

RESUMO

AZEREDO, Ive Oliveira Campolina, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, novembro de 2017. **A gestão na Estratégia de Saúde da Família a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Viçosa - MG.** Orientadora: Nina Rosa da Silveira Cunha. Coorientadores: Marco Aurélio Marques Ferreira e Fernanda Cristina da Silva.

O presente estudo teve como objetivo central investigar sobre a gestão na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em Viçosa/MG. Apresenta considerações encontradas na literatura concernentes à temática política pública de saúde no Brasil e entende com clareza as dimensões organizacionais da competência para a ESF. Tratou-se de um estudo de caso, qualitativo e exploratório, que se apoiou, basicamente, no construto do perfil gerencial (Chefia, Âmbito Interpessoal, Âmbito Político, Monitor, Disseminador e Porta-voz, Empreendedor, Solucionador de conflitos, Alocador de recursos e Âmbito do conhecimento) e adaptado ao desenho do PMAQ-AB e no exemplo de autoavaliação e indicadores para as equipes de atenção básica de saúde da família. Fundamentado na revisão da literatura foi construído um roteiro de entrevista estruturado com 34 perguntas contemplando os construtos e divididas em seis dimensões (Planejamento do PMAQ-AB na Unidade de saúde; Indicadores a serem avaliados; Trabalho em equipe; Capacitação da equipe de saúde; Papel do gestor; e Avaliação dos resultados alcançados pela Unidade de saúde) e subcategorias. Para análise dos dados utilizou-se o método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2016). A pesquisa contou com 12 profissionais das 14 Unidades que participaram do primeiro e do segundo ciclo do PMAQ-AB, o que significou uma amostra para o estudo de 67% do universo total das unidades da Equipe de Atenção Básica (EAB) do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Viçosa/MG. Como resultados principais, os gestores acreditam que o descumprimento das metas está na demora na resolução dos problemas; a dificuldade com a burocracia; a falta de profissionais, estrutura, materiais e equipamentos que geram queda na produtividade; a alta rotatividade de profissionais, tanto da equipe do ESF quanto na Secretaria de Saúde; as metas são inadequadas para a realidade local; o excesso de exigências. Como consideração final foi possível identificar prováveis erros e dificuldades no programa provenientes de falhas relacionadas ao processo de planejamento e implementação que poderiam

ser evitáveis; o mau uso do instrumento de avaliação pelos gestores, visto que há relatos consideráveis de se prepararem com vistas à próxima fiscalização; a falta de autonomia dos gestores para exercer a sua principal função: gestão, pois ficam diante de um cenário rígido e inflexível; o programa estimula a organização do processo de trabalho dos profissionais da ESF, contribuindo para a qualificação do serviço prestado.

ABSTRACT

AZEREDO, Ive Oliveira Campolina, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, November, 2017. **Management in the Family Health Strategy from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care in Viçosa - MG.** Adviser: Nina Rosa da Silveira Cunha. Co-advisers: Marco Aurélio Marques Ferreira and Fernanda Cristina da Silva.

Family Health Strategy (ESF) based on the National Program for Access and Quality Improvement of Basic Care (PMAQ-EA) in Viçosa / MG. It presents considerations detected in the literature concerning the public health policy in Brazil and clearly understands the organizational dimensions of competence for the ESF. It became a case study, qualitative and exploratory, which was basically based on the management profile constructing (Leadership, Interpersonal sphere, Political sphere, Monitor, Disseminator and Spokesperson, Entrepreneur, Conflict Solver, Resource Allocator and Scope of Knowledge) and adapted to the PMAQ-AB design and the self-assessment example and indicators for the primary family health care teams. Based on the literature review, an interview script was constructed with 34 questions approaching the constructs and divided into six dimensions (PMAQ-AB Planning in the Health Unit; Indicators to be evaluated; Teamwork; Health team training; Role of the manager; and Evaluation of the results achieved by the Health Unit) and subcategories. To analyze the data, it was used the Content Analysis Method, according to Bardin (2016). The research counted on 12 professionals from the 14 Units who participated in the first and second cycle of the PMAQ-AB, which means a sample of 67% of total units from the Basic Health Care Team (EAB) from the Unified Health System (SUS) at the city of Viçosa / MG. As main results, the managers believe that the noncompliance of the goals is in the delay in the resolution of the problems; the difficulty with the bureaucracy; the professionals' lack, structures, materials and equipments that generate fall in the productivity; the high rotation of professionals, as much of the team of ESF as in the General office of Health; the goals are inadequate for the local reality; the excess of demands. As final consideration was possible to identify probable mistakes and difficulties in the program coming of flaws related to the planning process that you/they could be avoidable; the bad use of the evaluation instrument for the managers, because there are considerable reports of if they prepare with views to the next fiscalization; the lack of the managers' autonomy to exercise his/her main function: administration,

because they are before a rigid and inflexible scenery; the program stimulates the organization of the process of the professionals' of ESF work, contributing to the qualification of the rendered service.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo Geral	6
2.2 Objetivos Específicos	6
3. REFERENCIAL TEÓRICO	7
3.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil	7
3.1.1 <i>Conceito e Classificação</i>	7
3.1.2 <i>Políticas Públicas de Saúde</i>	11
3.2 Sistema de Saúde no Brasil	14
3.2.1 <i>Descentralização/Municipalização</i>	20
3.2.2 <i>Estratégia de Saúde da Família</i>	23
3.3 Política de Avaliação de Desempenho na Atenção Básica	26
3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	29
3.5 Modelo mental e conceitual de Perfil de Gerentes nas Dimensões organizacionais da competência	38
4 METODOLOGIA.....	50
4.1 Caracterização do estudo.....	50
4.2 População e amostra: as unidades e os sujeitos da pesquisa	51
4.3 Instrumentos de Coleta de Dados	53
4.4 Análise dos Dados	55
4.5 Aspectos éticos	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
5.1 Perfil Demográfico e Funcional dos Sujeitos da Pesquisa	57
5.2 Resultados sobre o Planejamento do PMAQ-AB na Unidade de Saúde.....	58
5.2.1 <i>Planejamento e Metas Exigidas pelo PMAQ-AB</i>	58
5.2.2 <i>Atualização das metas</i>	59
5.2.3 <i>Utilização de Indicadores para Planejamento</i>	71
5.2.4 <i>Controle de Registro de Evidências para Planejamento</i>	72
5.2.5 <i>Recursos Provenientes do PMAQ-AB</i>	74
5.2.6 <i>Recursos Materiais e Equipamentos</i>	79
5.3 Indicadores Avaliados	81
5.3.1 <i>Medição, Monitoramento e Coleta de Indicadores</i>	81
5.3.2 <i>Reavaliação dos indicadores</i>	82
5.4 Trabalho em Equipe	85
5.4.1 <i>Participação da Equipe no Planejamento</i>	85
5.4.2 <i>Análise Crítica, Melhorias e Inovações</i>	86
5.4.3 <i>Autonomia da Equipe</i>	88
5.4.4 <i>Envolvimento dos Trabalhadores para Melhorar Desempenho</i>	88
5.5 Capacitação da Equipe de Saúde	90
5.5.1 <i>Desenvolvimento, Necessidade de Treinamento e Temas Prioritários</i>	90
5.5.2 <i>Estímulos de Atuação</i>	92

5.5.3 Verificação da Eficácia	94
5.6 Papel do Gestor	95
5.6.1 Comunicação com a Equipe.....	96
5.6.2 Interação com a Equipe.....	97
5.6.3 Promoção da Satisfação, Motivação e Bem estar	98
5.6.4 Dificuldades mais Relevantes	100
5.6.5 Rotina de Trabalho na Unidade.....	101
5.6.6 Demanda de Estagiários no Rendimento do Serviço	102
5.7 Avaliação dos Resultados Alcançados pela Unidade de Saúde	103
5.7.1 Monitoramento e Modificação dos Procedimentos Solicitados pelo PMAQ-AB	103
5.7.2 Monitoramento das Ações de Inovação	105
5.7.3 Sistema de Informação.....	105
5.7.4 Feedback Positivo	108
5.7.5 Apresentação do Desempenho e Projeções	109
5.7.6 Benchmarking Externo.....	112
5.8 Sumário das constatações relatadas: as interpretações inferenciais e a análise reflexiva e crítica.	113
5.9 Perfil do Gestor.....	116
5.10 Avaliação do PMAQ-AB pela concepção dos gestores.....	119
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS.....	128
APÊNDICE 1: DADOS SOBRE VIÇOSA-MG EM RELAÇÃO À SAÚDE	142
APÊNDICE 2 : ESTRUTURA DA ENTREVISTA ESTRUTURADA	1500
APÊNDICE 3: O INSTRUMENTO AMAQ – EXEMPLO DE AUTOAVALIAÇÃO	154
APÊNDICE 4: INDICADORES PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	156

1 INTRODUÇÃO

O campo da gestão das políticas e programas de saúde vem exigido a existência de condições de trabalho que favoreçam o desenvolvimento de uma assistência qualificada. Diretamente relacionada à concepção de Estado o trabalho em saúde deve apresentar uma postura de profissionais envolvidos com as metas e diretrizes de um programa, principalmente o gestor que precisa da definição da política de recursos humanos no desenvolvimento do trabalho pelas equipes. O processo de gestão inclui a definição de finalidades/objetivos e meios/instrumentos o que evidencia a sua dimensão de racionalidade. Diante dessa racionalidade, um planejamento é necessário para o atendimento às reais necessidades da população-alvo através dos melhores meios e instrumentos, quer sejam recursos técnico, ético ou mesmo político, visto que o trabalho do gestor situa-se em embates políticos, conflitos de interesses e objetivos (VAITSMAN, 2009; SOUZA FILHO 2011; BARRA, 2013).

Tais desafios demandam a aquisição de habilidades e a utilização de instrumentos que viabilizem o sucesso de uma gestão demandada por diferentes realidades, em que intervenções, por causa das especificidades do público-alvo, características locais, contexto cultural, social e econômico da região/população, possam estar claras no comprometimento de alcançar a democracia e a cidadania. Vaitsmam (2009) ainda aponta a questão da produção de dados e informações, como a matéria-prima, que possam produzir indicadores quando no processo de monitoramento e avaliação dos programas e dos serviços. A correção de problemas identificados e novas formas de ações fazem parte da avaliação na busca pela qualidade e efetividade de qualquer programa; logo, se constitui de esforço para analisar efeitos reais, identificar pontos de avanço ou de retrocesso.

Com a aprovação da Constituição de 1988, uma nova base jurídico-legal se instituiu para a política nacional de saúde, estabelecendo em seu artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Também permitiu a descentralização da gestão dos serviços de saúde, pois a transferência de decisões e ações, antes centralizadas no Estado, passou para os municípios que assumiram a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e estruturaram uma ampla rede de serviços de saúde no nível da Atenção Básica. Assim sendo, os municípios se

tornaram os principais gestores da força de trabalho no SUS, o que permitiu atuar diretamente nas fragilidades específicas de cada região (CARVALHO et al., 2014).

Em decorrência dessa nova configuração foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) que visa à reorganização da saúde, de acordo com os princípios do SUS e baseia-se na prevenção da doença e na promoção da saúde e é base na saúde pública. Um de seus princípios doutrinários é a integralidade. A ESF é reconhecida pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. As ações descentralizadas possibilitam o aprimoramento e o aumento da qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios, pois cada gestor tem autonomia para desenvolver atividades mais adequadas às necessidades circunscritas à comunidade local (COTTA et al., 2013; VAITSMAN, 2009; SOUZA FILHO 2011; BARRA, 2013).

Para que a Atenção Básica atinja suas finalidades, é fundamental o desempenho exercido pela gerência da Unidade Básica de Saúde, cujo papel é o de mediador e de articulador intra e intersetorial (MISHIMA et al., 1997). Portanto, recomenda-se não negligenciar a relevância da atuação da gerência para a organização e a qualidade do trabalho, bem como a gestão de recursos humanos. A atuação do gerente não deve ser vista como meramente funcional, voltada somente para as atividades burocráticas, de manipulação dos papéis e rotinização do trabalho predeterminado (FELLI; PEDUZZI, 2010). Pelo contrário, pressupõe maior autonomia e poder decisório dos atores nas ações e nos serviços prestados, considerados imprescindíveis para um cuidar em saúde qualitativo e resolutivo. Essas exigências são facilitadas pelo caráter descentralizado das Unidades de ESF (MISHIMA et al., 1997).

Nesse sentido e com vistas a direcionar um olhar mais cuidadoso em saúde, a pesquisa de qualidade na saúde no Brasil, em 2001, contou com a participação significativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Ministério da Saúde (MS). Em 2003 foi apresentada a primeira metodologia de avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS). De 2003 a 2011, o PRO-ADESS foi aperfeiçoado e, em 2012, o MS publicou uma nova forma de avaliação do sistema brasileiro, o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – IDSUS (CHIMARA et al., 2014).

Vale ressaltar que, mesmo com a criação de todas essas metodologias de avaliação e da ESF, não foi possível suprir todas as necessidades da população. Então, paralelamente à implantação do IDSUS, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pela Portaria 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a), que busca promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, garantindo um padrão de qualidade comparável em níveis nacional, regional e local (GOLDBAUM et al., 2014). Seu intuito é atender as deficiências encontradas no sistema de saúde, potencializando a ESF. O PMAQ-AB possui a estratégia direcionada para a avaliação da qualidade na Atenção Básica, por meio da avaliação dos indicadores de qualidade. Ambos abordam a mensuração da qualidade do SUS, compreendendo os princípios de integralidade, universalidade, equidade, participação social e descentralização (GIOVANELLA; MENDONÇA 2008; PAIM; CICONELLI, 2007).

Assim sendo, a dinâmica da Unidade de ESF está na exigência de que o gerente tenha uma postura de múltiplas faces. É necessário que ele atue de acordo com a circunstância. Em determinados momentos, precisa ser formal e firme, em outras ocasiões, mais flexível e informal. Para isso, Campos (2005) sugere que aconteça a cogestão entre o gerente, os demais funcionários da Unidade de Saúde e a comunidade, de forma que existam troca de informações, escuta de todos para a tomada de decisão, transcendendo a subjetividade e o desejo dos sujeitos envolvidos no processo de saúde, formando uma rede de relações e mútua cooperação. Dessa forma, espera-se da gerência uma ação integrativa, capaz de articular as necessidades de organização e qualificação do trabalho (GIOVANELLA; MENDONÇA 2008; NUNES et al., 2016).

Nesse contexto, a gestão com qualidade na área de saúde constitui-se em grandes desafios. Os gerentes têm a função de supervisionar e direcionar um grupo ou organização; de estabelecer uma liderança formal, esclarecendo as pessoas sobre o que se espera que elas façam; de facilitar a coordenação e também de serem responsáveis pela realização das metas de desempenho. Estão envolvidos em diversas atividades da organização, mas é também necessário que sejam comunicativos e atentos às situações informais que ocorrem e interferem no desempenho das atividades individuais e da organização. Assim, têm o importante papel no sucesso do serviço ofertado, sendo, portanto, necessário que assumam uma gestão com qualidade, que implica gerar resultados eficazes em todas as

esferas envolvidas, a começar pela produtividade dos colaboradores (ROBBINS, 2000; SOUZA, 2011; SILVA; SOUZA; BARRETO (2014).

Esta problemática aponta para a necessidade de estudos que ampliem a análise sobre a prática gerencial, de modo a identificar as potencialidades trabalho de gerência e as dificuldades no exercício de uma gestão mais participativa e democrática.

Diante das reflexões expostas surge o questionamento: Como está sendo a dinâmica da gestão na estratégia de saúde da família a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Viçosa-MG?

Viçosa (MG) foi selecionada como cenário de estudo¹O município está localizado na Zona da Mata de Minas Gerais e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), conta com uma população estimada de 77.318 habitantes e uma extensão territorial de 299 km². Quase a totalidade (99%) da população é atendida por serviços urbanos básicos, como água encanada, esgoto na rede central, coleta de lixo e energia elétrica. Na área da saúde, 43% da população é usuária de plano de saúde. Viçosa conta com dois hospitais filantrópicos os quais disponibilizam 205 leitos, e 18 unidades de atendimento primário pelo Programa de Saúde da Família-PSF (CRUZ, 2014). Cabe ressaltar que após a participação de cada ciclo é destinado um recurso financeiro advindo do Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Mesmo com maior suporte financeiro para as Unidades e tendo permanecida a mesma estrutura física, houve declínio das notas no segundo ciclo, após avaliação do PMAQ-AB.

Segundo o estudo realizado por Roberto et al. (2014) a gestão municipal de Viçosa, é classificada, pelo zoneamento ecológico econômico, como “muito favorável”. Em relação ao perfil institucional, a cidade demonstra alta capacidade para atender as demandas coletivas e se desenvolver, pois seu complexo institucional é favorável ao desenvolvimento local. Contudo, há o desafio de consolidar as práticas de administração pública, pois uma herança burocrática patrimonialista, transitando entre a força de uma administração gerencialista e a

¹Outros esclarecimentos sobre o município e o Acesso a Serviços Urbanos Básicos na Área de Estudo, tais como as unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) estão dispostos no APÊNDICE 1.

tentativa de efetivação de um modelo que enfatize a participação da sociedade civil fica clara na gestão municipal.

Ao tentar organizar a descrição dos caminhos percorridos que possibilitaram realizar a escolha do tema desta pesquisa, definir seus objetivos, a metodologia de coleta de informações e a sistemática de análise dos dados, a motivação ocorreu na minha vivência como estagiária de graduação do Curso Enfermagem no ano de 2013 em uma unidade de ESF em Viçosa/MG. Na época, pude perceber que existia a preocupação com a visita do PMAQ-AB, mas a percepção que tinha era que aquelas adaptações na unidade e no processo de trabalho para receber a visita do PMAQ-AB eram temporárias e não permanentes como deveria ser. Por isso, o interesse em pesquisar e conhecer mais sobre o assunto e a realidade do Município.

Embora se tenha a clareza de que a pesquisa não contempla todas as questões que abarcam o PMAQ-AB e o papel do gestor nas unidades de ESF em Viçosa, seu intuito foi procurar elucidar, alguns pontos relevantes das questões levantadas e procurar compreender os aspectos que podem afetar o cotidiano do trabalho gerencial na ESF de Viçosa e também questões que envolvem o PMAQ-AB.

A importância desse estudo se firma também na tentativa de colaborar com os programas institucionais, porquanto é por meio das evidências científicas que se tornam possíveis a identificação das falhas e acertos dos envolvidos no processo de promoção da saúde. A partir daí, se torna possível o aprimoramento do sistema, o que leva a evitar desperdícios de gastos e esforços, e contribui para a alocação de recursos de maneira mais efetiva, levando à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a gestão na Estratégia de Saúde da Família a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Viçosa/MG, na percepção dos gestores.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Compreender o desenho institucional do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
- 2) Construir um modelo mental e conceitual do perfil de gerentes nas dimensões organizacionais da competência na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- 3) Identificar como os resultados do PMAQ-AB são incorporados pela Unidade de Estratégia de Saúde da Família.
- 4) Identificar qual a percepção dos gestores sobre o papel que exercem na execução da ESF e nos desafios que enfrentam.
- 5) Caracterizar o perfil de gestão dos gerentes das unidades de Estratégia de Saúde da Família na cidade de Viçosa.
- 6) Relacionar o programa institucional PMAQ-AB e o perfil dos gestores na dinâmica da ESF na cidade de Viçosa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o intuito de subsidiar teoricamente este trabalho o presente capítulo apresenta considerações encontradas na literatura concernentes à temática política pública de saúde no Brasil; no que se referem aos conceitos, classificações e evolução. Para finalizar, são descritos estudos mais recentes sobre o SUS, a ESF, a Política de Avaliação de Desempenho e o PMAQ-AB.

Acrescenta-se que ao buscar entender com clareza sobre a gestão na Estratégia de Saúde da Família a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, nesta seção é apresentado um modelo mental e conceitual do perfil de gerentes nas dimensões organizacionais da competência na ESF.

3.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil

3.1.1 Conceito e Classificação

As políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Podem também ser consideradas como todas as ações do governo, tanto os serviços realizados pelo Estado como por outros atores, voltadas para alcançar os interesses e necessidades da população (LUCCHESI et al., 2004).

Draibe (2001) compreende a política pública como um tipo de intervenção na realidade social e que se desenvolve nas esferas públicas da sociedade. A Política Pública é considerada um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações, a fim de aprimorá-las e melhorar a qualidade do serviço prestado. Primeiramente as ações são formuladas e planejadas, posteriormente, desenvolvem-se os planos, os programas, os projetos, as bases de dados ou os sistemas de informação e as pesquisas. Após esse processo, é necessário que as ações sejam acompanhadas e avaliadas, pois dessa maneira será possível identificar os acertos e as falhas, e realizar as sugestões de

mudanças para que possam melhorar as ações. Todas essas etapas contribuem para a evolução das Políticas Públicas (SOUZA, 2006).

As Políticas Públicas atuam em diversos setores, pois têm o intuito de atender as necessidades da população de forma holística, sendo um desses campos a saúde. Para Cohn (2009), uma política de saúde se caracteriza por um complexo processo, envolve grupos diversos de interesses que procuram se beneficiar com as decisões do governo, o que influencia nos resultados e efeitos das políticas.

Lowi (1964) desenvolveu uma das mais conhecidas classificações de tipos de políticas públicas. Seu esquema baseia-se no argumento segundo qual, para entender a lógica operacional das políticas, faz-se necessário considerar que sua efetividade ocorre de acordo com as arenas de disputas políticas. O autor propôs quatro categorias específicas para lidar com o problema das políticas públicas e das arenas de disputa: as políticas distributivas, as políticas regulatórias, as políticas redistributivas e as políticas constituintes. Após duas décadas dessas propostas, Salisbury (1968) propôs uma quinta categoria: as políticas autorregulatórias.

Castro (2014) delimita apenas quatro dessas categorias de políticas públicas propostos por Lowi em seu estudo da seguinte forma:

De acordo com ele, uma política distributiva concede benefícios que são concentrados exercendo um impacto restrito na sociedade, dessa forma tramita em uma arena pouco conflituosa. Já a política redistributiva tramita em uma arena de muitos conflitos e negociações, visto que seus custos são concentrados na classe social de maior poder aquisitivo e redistribuídos entre aqueles despossuídos nas condições de prover suas necessidades sociais. Já as políticas regulatórias estabelecem padrões de comportamento, serviço ou produto, e seu êxito se dá através da relação de forças dos atores e interesses. Por fim, as políticas constituintes são aquelas que definem leis para o funcionamento interno do Estado e da própria elaboração de políticas públicas (CASTRO, 2014, p. 44).

Sobre as políticas autorregulatórias propostas por Cotta et al. (1998) propõe que:

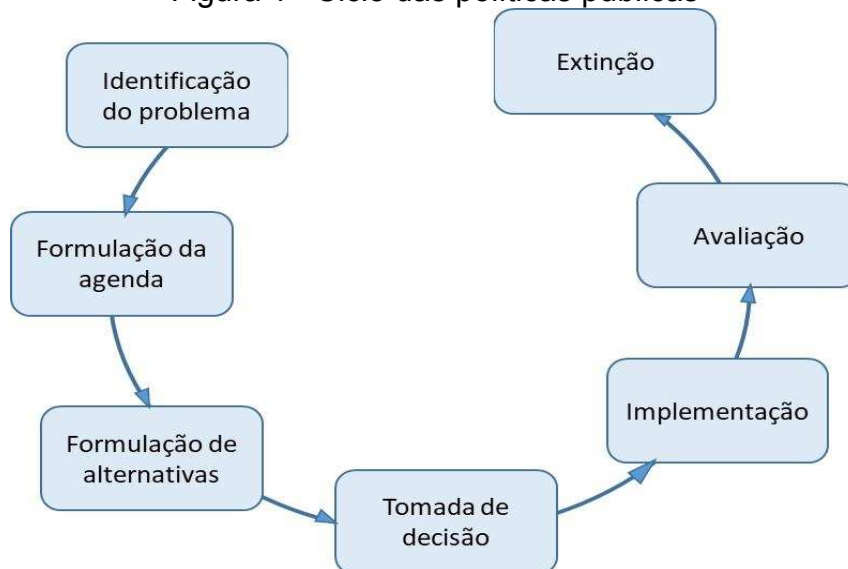
Representam políticas que, apesar de imporem restrições aos grupos, são percebidas como condição para opções proveitosas, e não como prejuízos. As demandas por virem de um pequeno grupo não representam praticamente nenhuma oposição (COTTA et al., p. 48).

Existem diversas conceituações como já demonstradas. Para Lima; D'Ascenzi (2016) pode-se extrair quatro ideias centrais: 1) as políticas são compostas por um conjunto de decisões e ações que envolvem múltiplos atores na implementação das decisões tomadas, 2) as políticas têm a finalidade de modificar um problema

percebido para atendimento às demandas dos grupos da sociedade, 3) as políticas são orientadas por valores, ideias e visões de mundo, 4) os atores deverão interagir e manusear recursos.

O ciclo de vida de uma determinada política pública envolve uma série de fases desde a sua concepção até a sua extinção, de forma análoga ao ciclo de vida dos organismos. Encontram-se na literatura diferentes versões para considerar estas fases, entretanto, pode-se adotar o modelo apresentado por Leonardo Secchi (2015) que tem uma caracterização de do ciclo de políticas públicas, conforme a Figura 1.

Figura 1– Ciclo das políticas públicas



Fonte: Secchi (2015, p.43).

A caracterização de cada uma destas fases é descrita por Secchi (2015). De maneira sucinta, a caracterização destas sete fases é apresentada.

- 1) Identificação do problema - a identificação do problema público envolve: a percepção, a delimitação e a avaliação da possibilidade de solucionar o problema.
- 2) Formação da agenda - a agenda é um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes.
- 3) Formulação de alternativas – a formulação de alternativas de solução se desenvolve por meio da apuração formal ou informal das consequências do problema, e dos potenciais custos e benefícios de cada alternativa disponível. A etapa de construção de alternativas é o momento em que são elaborados métodos, programas, estratégias ou ações que poderão alcançar os objetivos estabelecidos.
- 4) Tomada de decisão – a tomada de decisão representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas.
- 5) Implementação – a fase de implementação é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações.

- 6) Avaliação – a avaliação da política pública é o “processo de julgamentos deliberados sobre a validade de propostas para a ação pública, bem como sobre o sucesso ou falha de projetos que foram colocados em prática.
- 7) Extinção – construiu-se uma base teórica para o entendimento de quando as políticas públicas morrem, continuam vivas ou são substituídas por outras. De acordo com Giuliani (2005), as causas da extinção de uma política pública são três: o problema que originou a política é percebido como resolvido; os programas, as leis ou as ações que ativavam a política pública são percebidos como ineficazes; o problema, embora não resolvido, perdeu progressivamente importância e saiu das agendas políticas e formais.

Baseado no ciclo de políticas públicas de Secchi (2015), percebe-se que elementos básicos sobre o processo de criação e implementação de políticas públicas são pessoas e organizações, com interesses, competências (técnicas, humanas, de gestão) e comportamentos variados. Também fazem parte deste processo analítico às relações existentes entre as pessoas, as instituições vigentes (regras formais e informais), os recursos financeiros, materiais, informativos e políticos (capacidade de influência).

Das citadas fases do ciclo de políticas públicas, merecem maior atenção as fases de Implementação e Avaliação. Tais fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica são o objeto de estudo do presente trabalho. Já é de conhecimento público, especialmente dos estudiosos de Economia e Políticas Públicas, a classificação da avaliação em função do *timing* – antes, durante ou depois da implementação da política. A avaliação *ex-ante* antecipa questões e elabora critérios para tomada de decisão sobre a própria implementação ou não do projeto. A avaliação intermediária, realizada durante a execução do programa, busca informações sobre o andamento do programa, ponderando resultados, para verificar cumprimento com o que foi estabelecido inicialmente e subsidiar alterações na gestão do programa. A avaliação *ex-post* objetiva avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade (impactos) do programa e fornecer conhecimento para programas futuros (LEITE, 2017).

O objeto de estudo do presente trabalho trata da avaliação *in itinere*, isto é, a avaliação intermediária que, conforme Secchi (2015), é também conhecida como avaliação formativa ou monitoramento e ocorre durante o processo de implementação para proporcionar ajustes objetivando o aprimoramento das atividades.

3.1.2 Políticas Públicas de Saúde

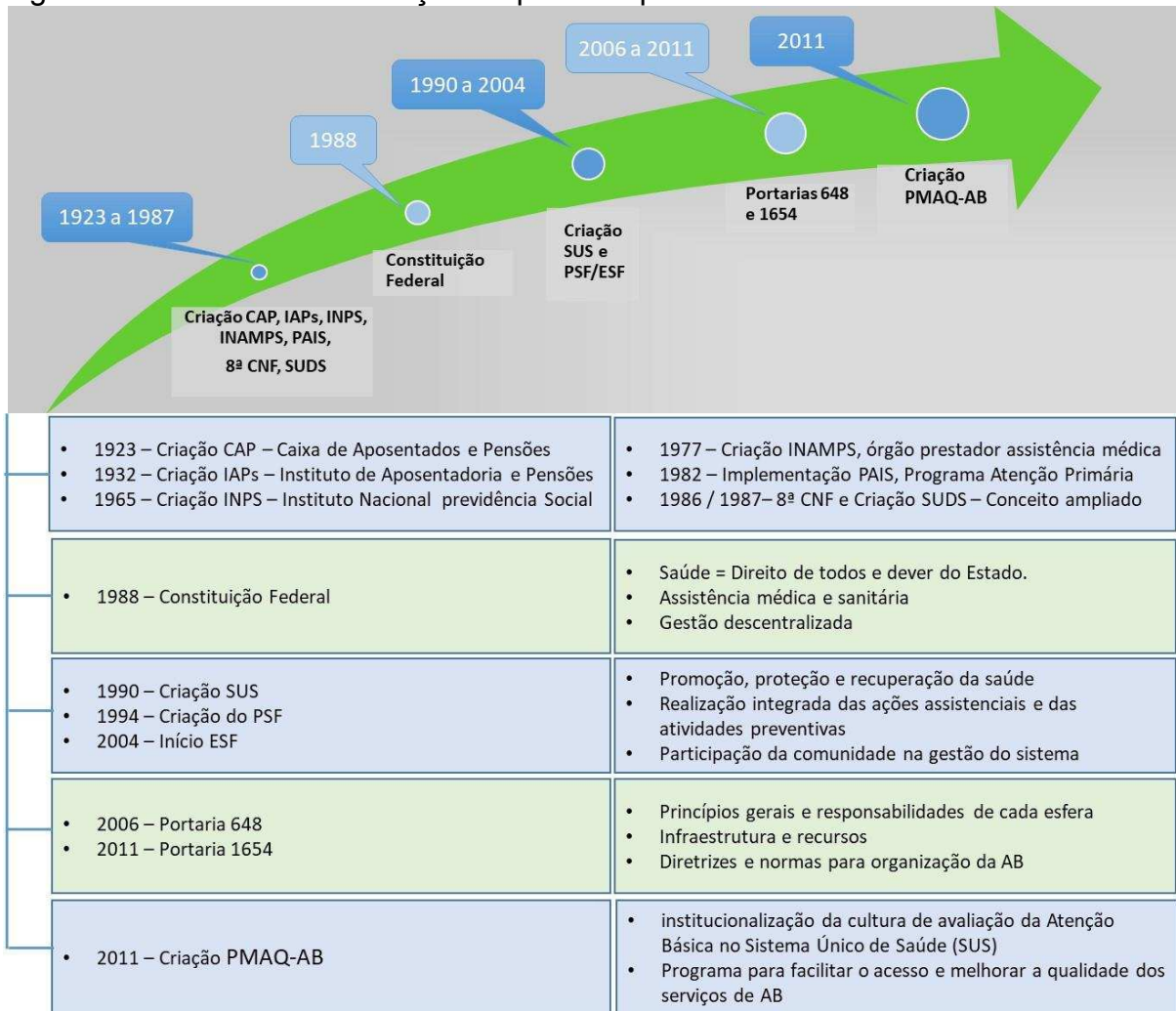
Dentre os campos de atuação das políticas públicas, destacam-se as políticas públicas em saúde que integram o campo de ação social proposto pelo Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI et al., 2004).

É por meio dessas políticas de saúde que se pode estudar as mudanças e avaliar os sistemas de saúde em torno de três grandes finalidades: sustentabilidade e eficiência financeira; equidade no acesso; e qualidade dos cuidados e estado de saúde das populações (SILVA, 2012).

Para compreender a criação das políticas públicas de saúde e seu processo histórico, faz-se necessária a compreensão da coerência da criação das legislações e políticas que antecederam a atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria n.º 2.488/2011/GM (BRASIL, 2011b). Além disso, é preciso assimilar os interesses e demandas que originaram a PNAB, sendo fundamental um resgate das principais legislações que a antecederam.

Quanto às políticas desenvolvidas no Brasil na área da saúde, percebe-se uma evolução de conceitos e apoio jurídico desde 1923 até os dias de hoje. Em 1923 surgiram as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores, sendo naquela época criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. Posteriormente em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, segundo a qual a Saúde passou a ser considerada um direito do cidadão e dever do Estado com a consequente criação do SUS em 1990. Nos dias de hoje, verifica-se o esforço para melhoria do acesso da população à Atenção Básica, assim como ações que anseiam mais qualidade dos serviços. A figura 2 apresenta de maneira sucinta, os principais marcos históricos da construção de políticas públicas no país (Figura 2).

Figura 2- Histórico da construção de políticas públicas de Saúde no Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

O histórico permite perceber que a saúde ao longo dos anos tem evoluído, tem caminhando para a sua qualificação. Tema que não deixou de ser discutido e aprimorado, e que permanece em debate constantemente. Inicialmente a prestação da saúde era associada aos trabalhadores, com a criação do SUS contribuiu para essa visão ser desassociada. Cada etapa foi importante e necessária para se alcançar a saúde oferecida hoje à população, e para contribuir com a qualificação da atenção primária e com programas que envolvam esse nível de atenção.

Em 2006, a partir das discussões que deram origem ao Pacto pela Saúde, redefiniram-se, por meio da Portaria n.º648/GM, os princípios gerais, as responsabilidades de cada esfera, a infraestrutura e os recursos indispensáveis, além de características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF (BRASIL, 2006).

Assim, objetivando o fortalecimento da PNAB como um processo consolidado, a Atenção Básica estabelece a Saúde da Família como forma de reorganização do modelo assistencial de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2006).

Retornando à Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), a PNAB estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), introduzindo também a discussão a respeito dos recursos financeiros baseados nos componentes do acesso e da qualidade da assistência prestada ao usuário. Essa portaria é considerada um marco para a saúde, segundo Giovanella e Mendonça (2008), pois, mantêm a essência das legislações que a antecederam e promoveu uma atualização nos conceitos e definições, além de proporcionar a incorporação de algumas inovações, que foram importantes para o desenvolvimento da Atenção Básica (AB).

A Nova Política Nacional de Atenção Básica, que a referida Portaria inaugura, legitima a saúde da família como estratégia prioritária do governo para a reorganização da AB no país. A PNAB reconhece a Saúde da Família como modelo para a reorganização da AB, valorizando a dimensão preventiva, curativa e de promoção da saúde, defendendo estratégias voltadas para o fortalecimento, a expansão e a qualificação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, vinculada à ESF (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Nessa perspectiva, a ESF foi adotada como indutora do processo de institucionalização da avaliação na AB, iniciado no ano de 2004. Reforçando essa perspectiva e da APS ser prioridade do governo, observa-se também a criação do Departamento de Atenção Básica, na estrutura organizacional da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), e de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA), proporcionando a essa política uma estrutura bem montada e com subsídios para atuar com qualidade, eficiência e efetividade (FELISBERTO, 2004).

O Governo Federal instituiu no âmbito do SUS, em 19 de julho de 2011, por meio da Portaria Ministerial n.º 1.654, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), concretizando o processo de avaliação em saúde. O programa tem como um de seus alicerces o incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), que oferece subsídios às unidades de Atenção Primária à

Saúde para que possam realizar as mudanças sugeridas pelo programa (BRASIL, 2011b).

A Portaria teve o intuito de favorecer e ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir e exigir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2011b). Portanto, o PMAQ-AB foi implementado num contexto no qual o Governo Federal, progressivamente, foi se comprometendo a desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, com o intuito de conceber saúde qualificada para a população brasileira.

3.2 Sistema de Saúde no Brasil

O conceito de saúde e doença vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Tais conceitos foram se modificando de acordo com o contexto histórico e o modo pelo qual cada sociedade se organizava. Antes, saúde era entendida apenas como ausência de doença – sendo esta compreendida como perturbações que atingiam a dimensão física da pessoa. Dessa forma, os serviços de saúde eram baseados em elementos ideológicos do modelo biologicista, tendo como princípios definidores a assistência médica curativa e individual (COTTA et al., 2013).

No Brasil, desde a década de 1980, impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária, vive-se importante investimento na mudança da prática sanitária. A concepção política e ideológica desse movimento defendia a saúde, não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011). A ênfase passa a serem proteção e promoção da saúde e a prevenção dos agravos e enfermidades, e não mais a atenção curativa, especializada, médica e medicamentosa, centrada no hospital (COTTA et al., 2013).

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988, uma nova base jurídico-legal se instituiu para a política de saúde, estabelecendo em seu artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Assim, a saúde como direito fez com que o Estado e a sociedade incorporassem a necessidade de ampliação da concepção do processo saúde/doença definido pelo modelo Biomédico (saúde seria apenas a ausência de doença). Nesse contexto, enquanto

uma sociedade de direito, fez-se necessário extrapolar e romper com a concepção de saúde como simplesmente ausência de doenças. A saúde passa a ser diretamente relacionada à qualidade de vida, à ideia de bem-estar (SCHWARTZ et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades (WHO, 1946). O modo de viver de forma saudável refere-se a uma condição orgânica e natural, além de estar intimamente relacionado às particularidades de cada pessoa em seu contexto sociocultural e aos significados que cada um atribui ao seu processo de viver (DALMOLIN et al., 2011).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde ganha importante destaque. Essa forma de intervenção é compreendida pela OMS como uma assistência baseada em métodos e tecnologias práticas, a um custo que a sociedade e o país possam suportar. Com base nesse entendimento, toda a população deveria ter acesso à atenção primária e todos deveriam participar dela. Além do setor sanitário, outros setores relacionados com a saúde devem ser abordados pela Atenção Primária à Saúde, tais como educação, habitação, trabalho, saneamento, dentre outros (RABELLO, 2010).

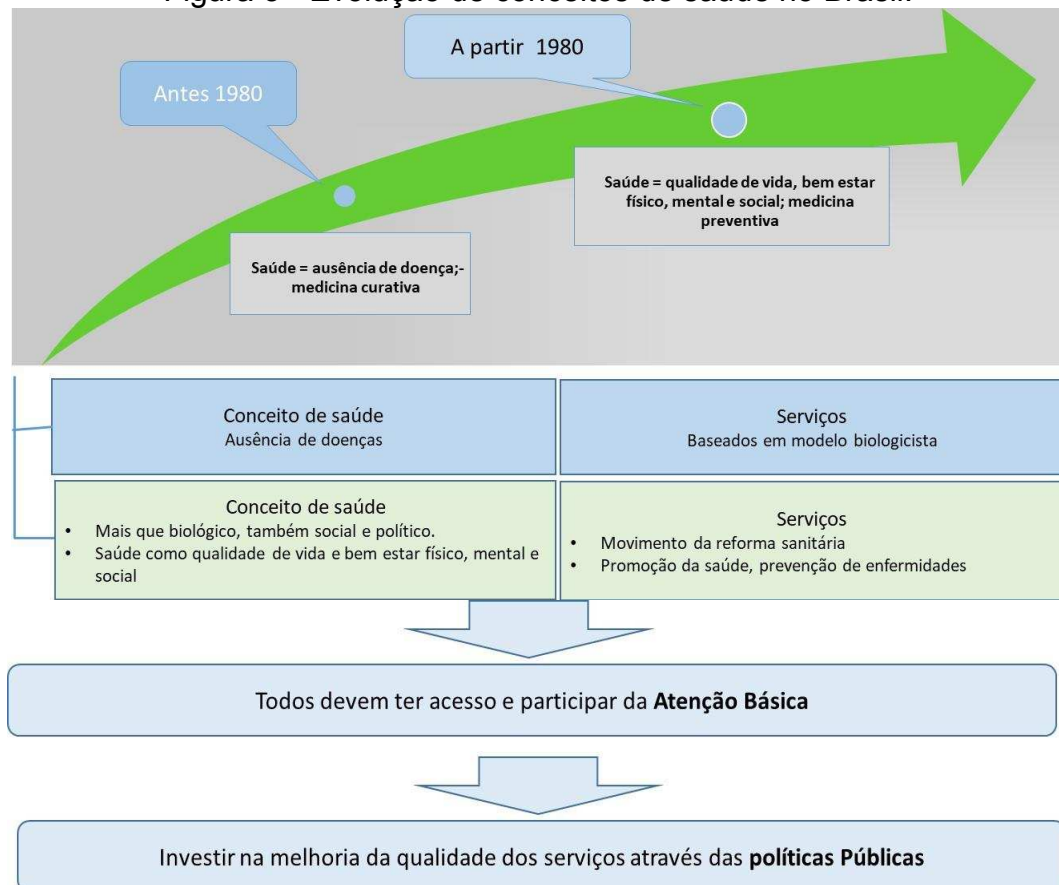
A nova concepção de saúde (um estado de completo bem-estar físico, mental e social), sendo um direito da população e dever do estado, passa a ser considerada relevante pela Administração Pública, impelida, pois, a investir na melhoria da qualidade dos serviços prestados. Uma das maneiras de investir na melhoria da saúde é por meio das políticas públicas, que são responsáveis por promover a saúde e devem atentar para a redução de desigualdades, o incentivo à educação, a participação intersetorial e a participação individual e coletiva (MARTINS et al., 2011). As políticas públicas se vinculam ao reforço da ação comunitária pela sociedade e à reorientação do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais, tendo como foco principal de atuação a Atenção Primária (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004).

O sistema de saúde surgiu a partir do crescimento da participação do Estado no controle de diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem estar da população. Estudar os sistemas de saúde é uma forma de perceber se suas estruturas estão sendo bem sucedidas ou não, para que assim possam ser realizadas mudanças a fim de promover melhorias nas condições de saúde da população. Para Giovanella et al.(2012), conhecer o sistema de saúde é entender as

características de cada um de seus componentes (organização, profissionais, insumos, redes de serviço, tecnologias e conhecimentos) e saber a relação entre eles (financiamento, gestão, regulação e prestação de serviço).

No Brasil, a mudança de concepção política e ideológica, que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970, influenciou o movimento pela reforma sanitária brasileira. Defendia-se que a saúde não podia ser considerada como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. A figura 3 apresenta sucintamente a evolução de conceitos de saúde no Brasil.

Figura 3 - Evolução de conceitos de saúde no Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Continuando esse movimento de reformulação da saúde, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que trata o conceito de saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS (IBAÑEZ et al., 2006). Essa conferência foi um dos grandes marcos da saúde no Brasil. A partir daí, temas como

a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação de “Saúde” da “Previdência” e a orientação da política de financiamento para o setor de saúde foram evidenciados (BRASIL, 1987). Sob influência dessa Conferência e de todo o histórico de luta pela melhoria da saúde, em 1988 houve a promulgação da Constituição Federal, que afirmou a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos. Além disso, estabeleceu-se como principal objetivo a ser alcançado um sistema de saúde com atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal, o que culminou na construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como uma necessidade imediata e de transformação progressiva para o SUS. Dessa forma, a criação do SUS passa a ser analisada como uma relevante inovação institucional no campo das políticas sociais, empreendida sob o regime democrático (BRASIL, 2006; SOUZA; COSTA, 2010).

O SUS de acordo com o Ministério da Saúde (MS) é conhecido:

[...] pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência (INSS) e a assistência social (BRASIL, 2004, p. 8).

Portanto, a saúde passa a ser uma assistência integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços oferecidos, sendo esses serviços hierarquizados e a sua gestão, descentralizada. Para garantir esses direitos e deveres aos cidadãos, o SUS baseia-se nos princípios norteadores (BRASIL, 2006; BRASIL, 1990a, 1990b; COTTA et al., 2013):

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Equidade que difere do conceito de igualdade por prever o uso da imparcialidade para reconhecer o direito de cada um e, por meio da equidade,

adapta-se à regra para um determinado caso específico, a fim de deixá-la mais justa;

- Participação social através de conselhos e conferências de saúde por meio das quais a população, juntamente com os gestores, participam na formulação, implementação e fiscalização de serviços de saúde e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e através da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A fim de se entender a universalidade, vale ressaltar que o atendimento em saúde no Brasil ocorre em três níveis de assistência: atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária se baseia na atenção básica e é o principal foco do SUS; a secundárias e refere ao atendimento de média complexidade; e, a atenção terciária é o atendimento de alta complexidade. Essa estruturação é para facilitar a programação e o planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde, tanto para os profissionais quanto para os usuários (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada como Atenção Básica, foi conceituada pela primeira vez na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. A partir dessa conferência ficou estabelecida, num plano mundial, por meio de um documento oficial a participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo através da promoção de políticas de saúde que visassem o bem estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os cuidados primários. A saúde tornou-se a mais importante meta social mundial e que, para a sua realização, seria necessária a integração com os diversos setores sociais e econômicos (SOUZA; COSTA, 2010).

Segundo a Declaração de Alma-Ata, a atenção primária a saúde corresponde:

Aos cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocando 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 cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto o 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

peças vivem, e trabalham e constituem o primeiro elemento de um contínuo processo de assistência à saúde (BRASIL, 2001a, p. 15).

Dessa forma, a APS tornou-se uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, de maneira a possibilitar o acesso universal aos serviços e à atenção integral e integrada ao longo do tempo (CASTRO et al., 2012). É considerada a porta de entrada dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham. Com isso, constitui-se o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, possibilitando o acesso de forma integral ao sistema de saúde do país, que é o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (CAMARGO JÚNIOR et al., 2008).

Os setores e as instituições de saúde precisam trabalhar em rede e a APS é fundamental para que todos os envolvidos no processo de saúde trabalhem de forma integrada, contribuindo para que os demais níveis de atenção do sistema de saúde se articulem, induzindo um processo compartilhado do cuidado à saúde. A APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar nos âmbitos individual e coletivo. Além desses aspectos, também organiza e racionaliza o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2004).

Espera-se que, além de trabalhar todas essas concepções, a APS também exerça a função de garantir o acesso ao sistema e que a Atenção Básica possa resolver 80% dos problemas de saúde da população (WHO, 1946). A APS é a base do sistema de saúde, sendo a atenção primária organizada uma condição básica para o funcionamento de um sistema eficaz e eficiente (MENDES, 1999).

O Conselho de Saúde da Holanda (*Health Council of the Netherlands*) comprovou a afirmação de que a APS é o caminho para o acesso ao sistema de saúde e deve solucionar grande parte das demandas de saúde da população sem precisar fazer encaminhamentos para os outros níveis de atenção, essa afirmativa trata do sistema de saúde de forma geral, não apenas para a realidade da Holanda. O Conselho realizou um estudo que promoveu uma revisão sistemática sobre a APS e concluiu que há evidência de uma relação significativa entre uma Atenção Básica bem estruturada e atuante com melhores níveis de saúde. Outra questão

identificada no trabalho foi a associação de uma APS eficiente com menores gastos dos sistemas de saúde (MENDES, 2011). Por isso, o setor primário deve receber o principal foco de investimento do Sistema de Saúde, por ser a base dos outros níveis de atenção. No Brasil, a organização da Atenção Básica teve um grande avanço após a implantação da Estratégia de Saúde da Família.

3.2.1 Descentralização/Municipalização

A “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo”, é uma das diretrizes organizacionais compreendidas no SUS e é descrita no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Ela compreende a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”, a chamada municipalização (DOURADO; ELIAS, 2011). Tal fato é organizado mediante o repasse de responsabilidades, atribuições e recursos de natureza diversa da gestão federal para a estadual, e desta para a municipal (MIRANDA; GUIMARÃES; ALVES, 2009).

A descentralização refere-se à transferência de poder dos níveis centrais para os periféricos das organizações, tornando possível que diversos segmentos sociais tenham poder sobre as decisões políticas (GIAQUETO, 2010). Dessa forma, a transferência de recursos e delegação de funções permitem que um dado nível de governo desempenhe funções de gestão de uma dada política, independentemente de sua autonomia política e fiscal (ARRETCHE, 2002). Ela se inicia com o movimento de reforma e estabelece que os serviços de saúde podem ser melhor coordenados e atender de modo mais preciso às necessidades dos usuários através da municipalização (SOUZA; COSTA, 2010).

A municipalização é uma das formas de descentralização (COTTA et al., 2013). Segundo Afonso e Araújo (2000), o termo é mais apropriado para a onda de descentralização consolidada pela Reforma Tributária de 1988. É uma estratégia operacionalizada no sentido de que, para atingir o grau de mudanças necessárias em uma determinada realidade local, há a necessidade de ser desenvolvida a capacidade de coordenar os recursos disponíveis, tornando-se fundamental a participação de todos os atores sociais (CORIOLANO et al., 2010). Concede autonomia e fortalece o papel do gestor aos municípios, de forma a adequar a prestação de ações e serviços de saúde às particularidades locais e regionais, envolvendo relações entre todos os níveis de governo (federal, estadual, e

municipal). Além disso, possibilita uma proximidade entre os governantes e a comunidade, na medida em que a população não encontra dificuldades em apresentar pessoalmente aos seus gestores locais de saúde, suas insatisfações e reivindicações (COTTA et al., 2013).

Jovchelovitch (2000) conceitua municipalização, destacando os seguintes princípios: a descentralização, o fortalecimento administrativo, a participação comunitária, o enfoque integrador da administração local. O autor afirma, ainda, que são condições para que haja municipalização: política tributária condizente, fim da legislação centralizadora, maior racionalidade nas ações, capacidade de gestão, planejamento participativo em nível local, participação popular efetiva e não apenas formal. A municipalização, nesta linha de raciocínio, deve ser entendida como processo que aproxima serviços da população, em vez de, apenas, repassar encargos para as prefeituras.

A direção do SUS é única e, de acordo com o inciso 1 do art.198 da Constituição Federal, no âmbito municipal, é exercida pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. Conforme art. 18 da Lei Orgânica nº. 8.080, compete à direção municipal do SUS: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde no âmbito de seu município. Além disso, é sua atribuição também normatizar complementarmente suas ações e serviços públicos de saúde no delineamento de sua atuação municipal. O gestor, ao utilizar a política de descentralização, poderá elaborar e implementar projetos de melhoria da qualidade, tanto da assistência prestada quanto da estrutura física, desde que satisfaça os princípios doutrinários e organizacionais supracitados. A gestão municipal tem, portanto, a autonomia administrativa e financeira do município para o credenciamento, a contratação, a programação, o controle, a avaliação e o pagamento de prestadores de serviços públicos e privados em seu território. Em outras palavras, compete à esfera municipal o gerenciamento de todas as Unidades de Saúde do município (MIRANDA; GUIMARÃES; ALVES, 2009).

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) é reconhecido como entidade representativa do ente municipal para tratar de matérias referentes à saúde. Esse conselho é declarado de utilidade pública e de relevante função social. Ele representa todas as 5.565 secretarias municipais de saúde do Brasil e recebe recurso do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde. Para tratar de matérias referentes à saúde no âmbito estadual,

representando os entes municipais, existem os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), uma representando cada estado (BRASIL, 1990a). O CONASEMS é reconhecido pela Lei nº 8.080, de 1990.

O artigo 35 da Lei 8.080/90 declara os critérios para estabelecimento de valores a serem transferidos para os estados e municípios. Segundo a análise técnica de programas e projetos, devem ser utilizadas combinações dos seguintes critérios: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos de rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo. Esse repasse é depositado em conta especial e movimentado sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O artigo 198 da mesma lei afirma que os municípios deverão aplicar anualmente 15% da arrecadação dos impostos municipais em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990a).

Para haver o repasse de recursos, os planejamentos periódicos de Saúde elaborados pelo município e aprovados pelo Conselho de Saúde_ o Plano de Saúde Municipal, elaborado para a gestão de 4 anos e a Programação Anual de Saúde, para a gestão de um ano_ devem especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicar como serão utilizados estes recursos para o bloco do atendimento. O relatório de gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de atenção básica (BRASIL, 2006).

A suspensão desse repasse poderá ocorrer em duas situações: 1º- quando não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação relacionados na Portaria nº 3.462, de 11 de novembro de 2010; 2º se for detectada, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas (BRASIL, 2006).

Frente a essa questão, a gestão assume um papel fundamental, tendo como finalidade propiciar a conquista de maiores avanços e a superação dos diversos desafios. O município está mais próximo da realidade da população e, por isso, conhece de forma mais específica suas demandas e necessidades. Assim, os

municípios passam a ter como desafio a missão de conquistar uma assistência à saúde levando em conta as especificidades e as necessidades de cada região. A estrutura de toda a rede deve priorizar a atenção, notadamente a atenção primária, trabalhando na promoção à saúde de seus munícipes e permitindo a solução dos problemas de saúde de forma mais resolutiva, integral e equânime (SOUZA, 2011).

3.2.2 Estratégia de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família foi instituído em 1994 pelo Ministério da Saúde com o propósito de superar o modelo até então vigente de saúde, responsável pela ineficiência do setor, pela insatisfação da população e pelas iniquidades (MAGALHÃES; VIEIRA, 2011). Desde então, este programa tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998 (PAIM et al., 2011).

Esse novo modo de se pensar saúde começa a entrar em vigor mais efetivamente com a Constituição Federal do Brasil de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente, após a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge e assume papel considerável na Atenção Primária e na promoção da saúde, pois abandona a característica meramente curativa, individual e separada do contexto social, para assumir proporções mais extensas, capazes de gerar a integralidade das ações em saúde, com o intuito de promover o bem estar físico, mental e social (RONZANI; SILVA, 2008).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, por meio da Portaria nº. 2488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b):

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011b).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) se caracteriza pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e do estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). De acordo com Brasil (2002), a estratégia deve estar vinculada a rede de serviços de forma que garanta atenção integral aos indivíduos e familiares e seja assegurada a referência e contra referência para a atenção secundária e terciária, quando for necessário. A ESF é instalada prioritariamente em áreas de vulnerabilidade, e procura uma proximidade com a população, gerando ações focalizadas nas suas principais necessidades que possam acompanhar a população residente na área. Por isso é de suma importância que haja uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar.

Para que a ESF seja resolutiva e estabeleça vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, numa prática de saúde integral e resolutiva, fazem-se necessárias as seguintes características, citadas por Souza (2001):

Que todas as Unidades Básicas de Saúde sejam responsáveis por um território geográfico onde vive um determinado número de pessoas; Que todas as famílias desse território sejam cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família; Que a partir do cadastramento juntamente com as lideranças comunitárias locais, a equipe realize diagnósticos da comunidade que está sob a responsabilidade da equipe, identificando quais são as pessoas ou famílias que precisam de atenção especial, seja porque já existe situação de desequilíbrio instalada ou porque estão sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer; Priorização das equipes pelas ações programáticas (saúde da mulher, da criança, doenças crônicas – degenerativas, etc.); Estabelecer vínculo com a comunidade, propiciando espaço privilegiado para tratar a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o processo; Potencializar as parcerias e articulações intersetoriais, uma vez que identifica problemas cuja resolução requer ações que transcendam a responsabilidade única do setor saúde” (SOUZA, 2001, p.46).

As equipes são compostas, no mínimo, por um(a) médico(a) de família, um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um(a) dentista, um(a) auxiliar de consultório dentário e um técnico(a) em higiene dental (BRASIL, 2012). O trabalho em equipe é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação, a troca de experiências, a criação de vínculos entre os profissionais e a população, e o conhecimento da realidade individual do usuário e de toda a comunidade.

No Brasil, a ESF realiza-se por meio de ações e programas que têm como foco a saúde e ações preventivas e de promoção à saúde. Além disso, tem como objetivo atender à grande parte da população, conscientizando-a e educando-a para a promoção da saúde, para que o próprio indivíduo seja capaz de tomar suas decisões saudáveis, que consistem de tratamentos antes que a pessoa adoença, evitando internações e gastos com atenção de média e alta complexidade dos tratamentos (COTTA et al., 2013; MAGALHÃES; VIEIRA,2011).

As principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelas equipes de ESF de acordo com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) são Ações de Saúde da Criança; Ações de Saúde da Mulher; Controle da Hipertensão; Controle do Diabetes Mellitus; Controle da Tuberculose; Eliminação da Hanseníase; Ações de Saúde Bucal; Saúde do Adolescente; Saúde do Idoso; Saúde do Homem (BRASIL, 2001b). Ao longo dos anos outras responsabilidades foram incluídas para as Equipes de ESF, como exemplo, o Programa Saúde na Escola. Não obstante, as principais responsabilidades ainda continuam a ser aquelas estabelecidas pelas NOAS.

Esse modelo de atenção baseado na promoção da saúde tem como elementos centrais o trabalho com a adscrição de clientela (consiste em responsabilizar a equipe da ESF pelos sujeitos que vivem na área de cobertura da UAPS), o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional. O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar possibilita o aprendizado pela “via de mão dupla”, que consiste na transformação pessoal e comunitária dos profissionais e da população, além da intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos e famílias é facilitada pela soma dos cuidados pelos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares (COTTA et al., 2013).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde coordena ações voltadas ao aprimoramento da atenção básica em todo o país. O objetivo é incentivar os gestores locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas UAPS e por meio das equipes de ESF. O novo modelo para a atenção básica é focado na melhoria da qualidade e do acesso aos serviços públicos de saúde (NOVAES, 2000).

Para a concretização desses serviços públicos de qualidade, de responsabilidade do governo e do SUS, é de suma importância a participação das políticas públicas de saúde. As políticas públicas de saúde podem ser definidas como diretrizes e princípios direcionadores à ação do poder público, assim como normas e procedimentos para as relações entre o poder público e a coletividade, interações entre atores da sociedade e do Estado. Portanto, tais políticas são reconhecidas pelos benefícios gerados para a saúde da população, como na ESF (TEIXEIRA, 2002).

3.3 Política de Avaliação de Desempenho na Atenção Básica

No final dos anos 1980 e início dos 1990, ocorreu o ingresso da temática da avaliação na agenda sanitária brasileira as políticas de valorização do planejamento em Saúde e, dentro delas, da própria avaliação (SILVER, 1992). A nova constituição de 1988 estabeleceu o Sistema Único da Saúde, regulamentado em 1990, cuja implementação por meio de novos serviços, programas, modelos de gestão e atenção, colocados em discussão e disputas, constituíram terreno fértil, senão ao efetivo desenvolvimento ao menos ao início de demandas por estudos avaliativos (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

A partir dos anos 1990, a reflexão e práticas em torno da avaliação passaram a desenvolver relativa autonomia, diferenciando-se e especializando-se, esboçando contornos próprios e se destacando de outras áreas que integram a Saúde Coletiva. A avaliação em saúde passou a constituir objeto de interesse específico de gestores dos níveis municipal, estadual e federal do SUS e de pesquisadores em distintas universidades (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Desde 1990, as avaliações voltadas à implantação de programas vêm aumentando com a utilização de diferentes instrumentos e metodologias; no entanto, foi com o incentivo do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), a partir de 2003, que se desenvolveu o maior número de estudos, destacando-se os 84 trabalhos de Linha de Base instituídos com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre avaliação da Atenção Básica e fortalecer sistemas de monitoramento e avaliação, além de contribuírem para a institucionalização de sistemas de avaliação, por meio de projetos cooperativos e interinstitucionais (VERAS; VIANNA, 2009; FACCHINI et al., 2008).

Em 2003, frente à considerável expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família e dos novos desafios decorrentes da implantação, a então Coordenação de Investigação passou a chamar-se Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), com a missão de fortalecer o papel da avaliação enquanto importante instrumento para a gestão do SUS, com vistas à criação de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo. Também no ano de 2003 uma série de discussões foi desencadeada a fim de construir as bases de uma política nacional para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica à Saúde, com a formação da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, envolvendo gestores e técnicos de vários setores do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Em 2006, durante o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro, houve a criação do Grupo Técnico de Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-Avaliação da ABRASCO). Uma das primeiras iniciativas de institucionalização da cultura avaliativa da APS no SUS, como estratégia indutora de qualidade em saúde, foi o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que contou com cooperação técnica e financeira da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Banco Mundial, além da assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Em 2010, foi traduzido o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*), validado por Starfield nos Estados Unidos em 1998, e utilizado pelo Ministério da Saúde para suprir a falta de instrumentos validados que avaliassem as interações entre os usuários e os profissionais dos serviços de APS, além de permitir a avaliação de serviços de APS organizados sob diferentes modelos (BRASIL, 2012). Nesse período, o instrumento de autoavaliação utilizado pelo Ministério da Saúde, o AMQ, dirigia-se apenas aos serviços organizados segundo a ESF, o que deixava muitos serviços de AB fora do processo avaliativo (BRASIL, 2015).

A partir da revisão da AMQ, do *PCATool Quality book of Tools*, e com contribuições de consultores externos de diversas instituições, foi desenvolvido um novo instrumento avaliativo destinado a todos os serviços de APS, isto é, não mais se restringindo apenas aos serviços organizados segundo a ESF, denominado

Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da APS, é lançado em 2011 o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Tal programa objetivava a “garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde”, (BRASIL, 2012) permitindo a análise do processo de consolidação da APS em todo território brasileiro (BRASIL, 2011b).

A realização de processos periódicos de avaliação é uma importante estratégia na busca pela melhoria da qualidade dos serviços de AB, pois pode integrar processos de educação permanente, nos quais a equipe possa identificar problemas, definir prioridades e não só reorientar as práticas na direção dos padrões preconizados como também desenvolver novos padrões de qualidade (BRASIL, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; FURTADO; LAPERRIÈRE, 2012).

Os autores supracitados defendem o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional. Os autores, ainda abordam, a necessidade de uma ampla ordem de ferramentas como: decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos. Tais ferramentas devem estar adaptadas às necessidades específicas decorrentes do processo de descentralização da gestão da atenção básica, demais diretrizes e princípios do SUS (FELISBERTO, 2004).

A institucionalização da avaliação possui o objetivo de qualificar a Atenção Básica segundo os princípios do SUS, contribuindo para a estruturação e sistematização dos processos em todos os níveis da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

A complexa abrangência das práticas da APS exige o grande desafio da construção de instrumentos de avaliação de serviços. Há necessidade de uma estruturação que aborde dimensões mais globais capazes de contemplar esta diversidade de ações e que favoreça a emergência de instrumentos com

semelhanças, diferenças e aspectos complementares. A institucionalização da avaliação deve ser um movimento flexível e aberto às peculiaridades do sistema de saúde brasileiro. As avaliações devem ser utilizadas como instrumentos de discussão crítica sobre a organização dos serviços e práticas de saúde. Elas devem explorar o seu potencial de induzir mudanças, mas tendo claro que a transformação de normas éticas e políticas em critérios técnicos e padrões de qualidade serão sempre temporários e sujeitos às realidades às quais se aplicam (AKERMAN; FURTADO, 2016).

3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Como estratégia para alcançar a melhora na Atenção Básica foi criada pela Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esse programa procura induzir a instituição de processos a ampliar a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais. Além disso, pressupõe que as Equipes de Atenção Básica, ofertem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. Tal programa permite, também, maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil (BRASIL, 2012; GOLDBAUM, et al., 2014).

Essa medida representa um processo de mudança no repasse de recursos para a Atenção Básica (AB), além de anunciar mudanças semelhantes no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo, conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

De acordo com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b):

O PMAQ tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dá por meio de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e gestão municipal. Esse incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de

equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ (BRASIL, 2011b).

Diretamente ligado à melhoria da qualidade do atendimento, o PMAQ-AB tem um compromisso que deve ser constantemente cobrado, junto ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS (BRASIL, 2012).

De acordo com o Manual Instrutivo PMAQ-AB, os objetivos específicos do programa que podem ser destacados são os que seguem:

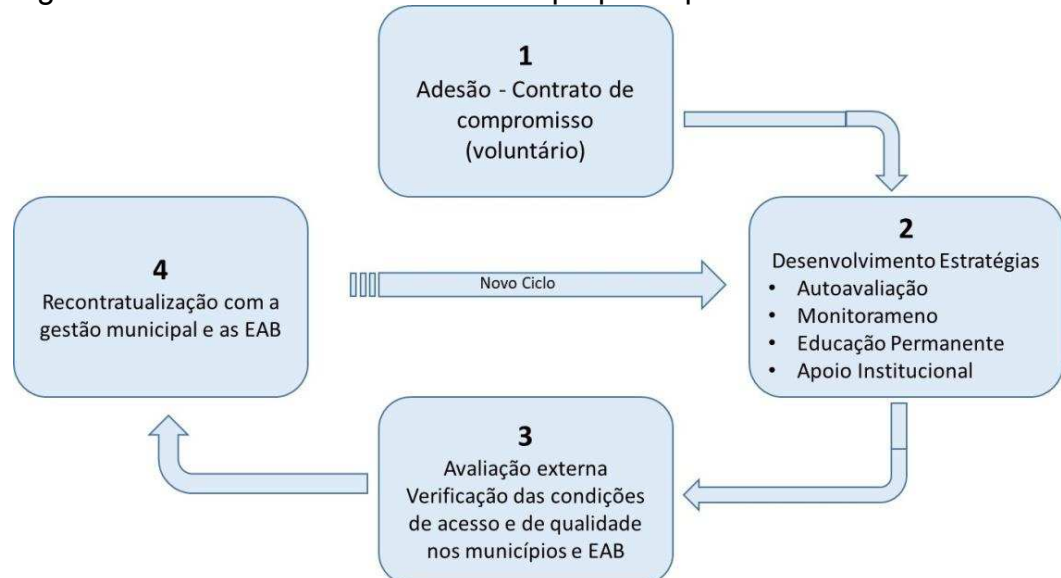
- I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV – 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;
- V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VI – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011a, p. 8).

Dessa forma, fica claro que o programa tem como objetivos trazer mudanças tanto no modelo de atenção, quanto na gestão, além de orientar os serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários. Para isso, o programa busca provocar mobilização de todos os atores implicados com a AB. Sendo assim, é uma estratégia que necessita de espaços de diálogos, problematização, negociação e gestão de mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O programa está organizado em quatro fases que se complementam e que formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: Adesão e

Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa; Recontratualização (Figura 4) (BRASIL, 2012).

Figura 4 – Ciclo de melhoria contínua proposto pelo PMAQ-AB.



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa. Isto é, mediante a contratualização de compromissos e indicadores, são firmados entre as Equipes de Atenção Básica e os gestores municipais e destes com o Ministério da Saúde, um processo que envolve pactuação local, regional e estadual com a participação do controle social (BRASIL, 2012). É um dispositivo no qual há envolvimento de diversos atores e com o qual aumenta a possibilidade de construção de ambientes participativos e dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores, e usuários se mobilizem para objetivos em comuns (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Cada Equipe de Estratégia de Atenção Básica (EAB), para aderir, assina um “Termo de Compromisso” no qual se compromete em: seguir diretrizes organizadoras do processo de trabalho; observar regras de funcionamento do programa; implementar dispositivos de acesso, cogestão, auto avaliação, planejamento e avaliação relacionados a cada uma das fases posteriores; ser monitorada por seis meses a partir de 47 indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e passar por um processo de avaliação que inclui a auto avaliação, o desempenho em 24 indicadores e a avaliação “in loco” realizada por

avaliadores externos que visitariam cada equipe na terceira fase do programa (BRASIL, 2012).

O Município, por sua vez, passa a receber imediatamente vinte por cento do Componente de Qualidade do Programa de Atenção Básica (PAB) por equipe que aderir ao programa. Esse repasse de recurso segue até a realização da avaliação externa e a conclusão da certificação da equipe, quando então esse percentual passa a depender do desempenho alcançado por cada EAB, podendo ser de cem por cento no caso de desempenho “ótimo” ou a suspensão de qualquer repasse do Componente no caso de desempenho insatisfatório (BRASIL, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

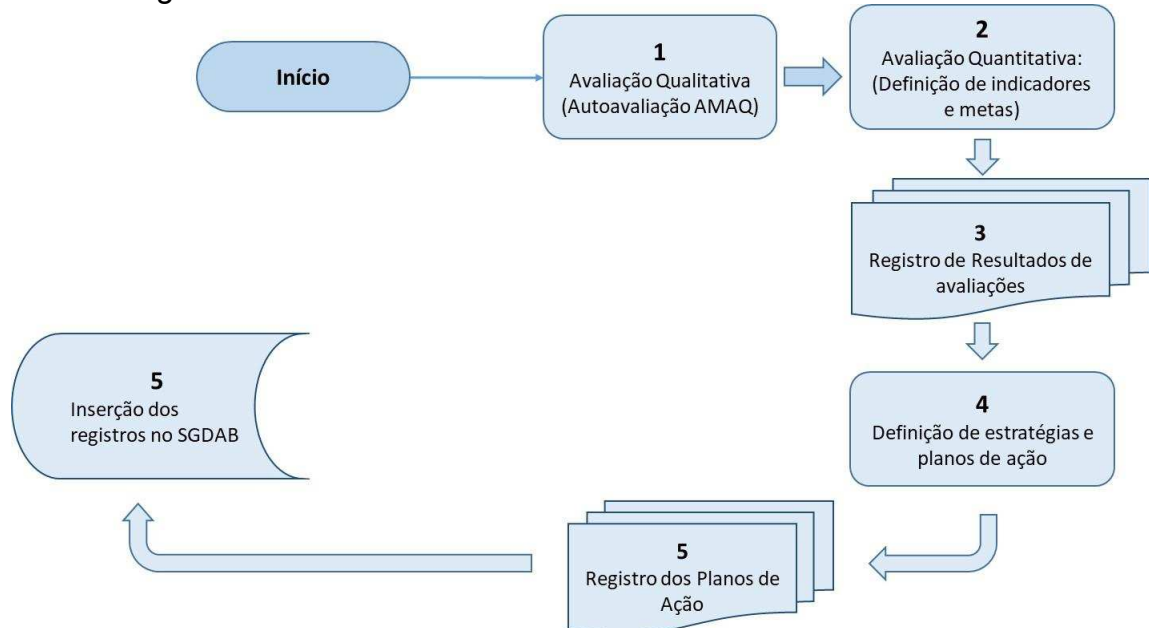
Para Pinto, Sousa e Ferla (2014), o objetivo explícito nessa fase é que se consolide como *modus operandi*, de modo que a gestão se comprometa com a mudança do modelo de gestão e de atenção o desenvolvimento da equipe e a orientação dos serviços em função das necessidades dos usuários. Isso é mostrado através da direção do movimento de qualificação com indicadores a serem alcançados e padrões de acesso e qualidade a serem implantados.

A segunda fase do PMAQ consiste no desenvolvimento do conjunto de ações, realizadas fundamentalmente pelas EAB e gestão municipal, mas com o apoio das gestões estaduais e Ministério da Saúde. Quatro propostas de estratégias são feitas nessa fase: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional. Essas ações serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de produzir os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

A autoavaliação é tida como “ponto de partida da fase de desenvolvimento” (BRASIL, 2011a). Aposta-se na ampliação da capacidade de autoanálise para que se amplie também a capacidade de cogestão daquele coletivo organizado para a produção, de modo que consiga negociar e planejar modos de superar problemas e alcançar objetivos desejados e pactuados (CAMPOS, 2007).

A Figura 5 apresenta, de forma sucinta, o fluxo de atividades proposto pelo Programa PMAQ-AB para as EAB.

Figura 5 – Fluxo de atividades das EAB aderidas ao PMAQ-AB.



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A estratégia adotada pelo PMAQ-AB aposta em dispositivos que possam provocar o espaço de diálogo, negociação e gestão das mudanças que o programa buscou garantir na fase de contratualização. Tal espaço, idealmente, deveria reunir a equipe e, sempre, deveria contar com membros da gestão municipal responsáveis pela EAB e, se possível, também, com apoiadores e, eventualmente, com a participação da comunidade (BRASIL, 2011a). A insistência na participação ativa de referências da gestão municipal teria o objetivo de fortalecer uma análise e ação compartilhada com maior potencial de mudança da situação denominada como problema.

Para que a auto-avaliação se fortaleça como o processo permanente no processo decisório, o PMAQ propõe que ela seja enriquecida pelo processo de monitoramento dos indicadores propostos no programa. Esse programa teria como objetivo “orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre a EAB e o gestor municipal e subsidiar a definição de prioridades e a programação de ações” (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e do Departamento de Atenção Básica, definiu o conjunto de questões para

autoavaliação e os indicadores para efeito das avaliações das equipes de Atenção Básica de Saúde da Família – AMAQ e Indicadores.

O AMAQ aborda questões referentes à gestão municipal e da Atenção Básica, assim como das equipes de Atenção Básica, considerando as próprias unidades (infraestrutura, equipamentos, medicamentos, etc.) e também nas dimensões de educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde. O AMAQ define as dimensões da gestão e padrões de qualidade para autoavaliação pelas EAB. Neste instrumento cada padrão é avaliado numa escala de 0 (zero) a 10 (dez), onde o zero indica não cumprimento do padrão e 10 é a total adequação. Os indicadores, divididos em grupos, contêm fórmulas de cálculo definidas o que possibilita estabelecer metas quantitativas e monitoramento periódico. O Quadro 1, a seguir, apresenta como exemplo, um padrão indicado pela secretaria do Ministério da Saúde e a escala de valores a ser considerada para autoavaliação com o AMAQ. O apêndice 3 apresenta mais detalhes deste instrumento para autoavaliação.

Quadro 1- Exemplo de padrão de qualidade para avaliação da subdimensão educação permanente.

2.3	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da atenção básica.	012345678910
Os processos de educação são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.		

Fonte: BRASIL, 2013

O AMAQ, como é possível observar no exemplo acima, elenca quais são os pontos essenciais e obrigatórios para se oferecer uma Atenção Básica de qualidade aos usuários. Solicita a autoavaliação dando nota de zero a dez a respeito do item identificado, conceitua cada item solicitado e explica sua principal importância.

O Quadro 2, a seguir, mostra como exemplo, um dos indicadores designados para o monitoramento e gestão da AB pelas Equipes de Atenção Básica. O apêndice 4 apresenta mais detalhes dos indicadores responsáveis pelo monitoramento das equipes de Atenção Básica de Saúde da Família.

Quadro 2 – Exemplo de indicadores para as equipes de Estratégia da Saúde da Família.

ÁREA – SAÚDE DA MULHER

INDICADOR – Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica

INDICADOR: Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada

INDICADOR: Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre

INDICADOR: Proporção de gestantes com pré-natal no mês

INDICADOR: Proporção de gestantes com vacina em dia

INDICADOR: Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais

INDICADOR: Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares do ACS

Fonte: BRASIL (2015).

Os indicadores são para garantir a qualidade e a excelência da Atenção Básica, eles norteiam o serviço oferecido ao usuário. São os indicadores que possibilitam avaliar se a cobertura dos serviços está suficiente, se existe alguma falha e intercorrência que precisa ser corrigida e modificada. A partir da avaliação dos indicadores que deve se basear o planejamento das ações.

O programa sugere a utilização da Educação Permanente (EP) na prática dos serviços de saúde, pois existe a necessidade de qualificação e aprimoramento dos serviços de saúde e de seus profissionais. “As mudanças no processo de trabalho em saúde passam a exigir de seus atores maior capacidade de intervenção e autonomia para que possam contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras” (BRASIL, 2011a). A proposta é que a EP seja vista como uma importante estratégia de gestão com grande potencial provocador de mudanças nas realidades inseridas. Por isso o PMAQ-AB propõe uma articulação entre os processos de EP e as estratégias institucionais.

Para que isso ocorra, as equipes de atenção e gestão têm a tarefa de produzir mudanças na realidade, construir pactos e ações, disparar movimentos que articulem a avaliação, o planejamento, a educação permanente, a gestão do trabalho, a qualificação do processo de trabalho e o monitoramento de resultados. Tal tarefa é uma excelente oportunidade de superar modos de ação que

fragmentados perdem grande parte de sua potência (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O PMAQ propõe ainda, nessa segunda fase, que haja uma articulação entre os processos de EP e as estratégias de apoio institucional (AI) para “aumentar as alternativas de enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano”. As AI devem assumir mudanças nas organizações, buscando fortalecê-las, reconhecendo e potencializando seus esforços (BRASIL, 2011a).

Em síntese, as equipes de atenção e gestão têm como tarefa imprimir mudanças concretas na realidade. Devem construir pactos e ações, disparar movimentos que articulem avaliação, planejamento, educação permanente, gestão de trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento dos resultados (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

A terceira fase, que compreende a Avaliação Externa, é a fase em que se realizará um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade em todos os municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa. Ainda nessa fase, deverá ocorrer o reconhecimento e valorização dos esforços e resultados dessa EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB. O momento da avaliação externa pode ser considerado, o ato avaliativo propriamente dito (MORAES; IGUTI, 2013). Essa avaliação gerará um escore que, conforme as regras da Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, e com as alterações instituídas pela Portaria 866, de 03 de maio de 2012, resultará numa certificação que, por sua vez, determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, 2012).

O escore leva em conta três componentes. Dez por cento, que representa a simples autoavaliação pela EAB, independente daquilo que se responda, em uma lógica de tudo ou nada. Vinte por cento, que representa o desempenho da EAB nos 24 indicadores durante toda a fase do Desenvolvimento. E por fim, setenta por cento que resulta da aplicação dos instrumentos de avaliação da terceira fase (BRASIL, 2011a).

A aplicação dos instrumentos de avaliação da terceira fase está organizada em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações: módulo I – observação na Unidade Básica de Saúde (UBS); módulo II – entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na UBS; módulo III – entrevista

com o usuário na UBS; e módulo IV – módulo “online” que, informado pela gestão municipal e pela EAB, complementa os demais módulos (BRASIL, 2011a).

Vale ressaltar que nos dois casos de autoavaliação (fase1) e avaliação externa (fase3), os parâmetros de avaliação estão determinados nos documentos oficiais pesquisados e, portanto, os trabalhadores das equipes de atenção básica não possuem qualquer possibilidade de participar de sua formulação (CAMPOS, 2007). E, finalmente, a quarta fase é a de conexão, de reprocessamento, de reconstrução, que é um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, que estimulam a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (BRASIL, 2012).

As equipes que oferecem melhorias na qualidade do atendimento recebem mais recursos do governo federal. Ou seja, quanto melhor for o desempenho, mais incentivos financeiros serão repassados. O pagamento do componente de qualidade varia em função do desempenho obtido pelas equipes da Atenção Básica. Assim, utiliza-se a técnica estatística de agrupamento para classificar as equipes da atenção básica pertencentes a um mesmo estrato em quatro categorias possíveis: muito acima da média; acima da média; na média; e abaixo da média ou insatisfatório. Com as mudanças introduzidas pela Portaria 535/2013 (BRASIL, 2013), a categoria insatisfatório fica restrita às equipes de serviços/unidades que não cumprem os requisitos mínimos de permanência. As demais possibilidades de classificação referem-se à distância em relação à média, calculada por desvios-padrão, de forma que sempre haverá equipes classificadas nas três categorias (MORAES; IGUTI, 2013).

A necessidade de utilização de instrumentos para auxiliar a administração pública vem aumentando devido às constantes mudanças sociais, econômicas, políticas e legais. A gestão municipal exige eficiência e efetividade dos recursos e dos processos públicos, faz-se imprescindível a otimização dos mesmos para atender as demandas da comunidade. Por isso, é importante a formação de um processo administrativo interativo, cíclico e dinâmico das variáveis que foram denominadas funções administrativas (SOUZA, 2011).

Diante do exposto, percebe-se nos últimos anos um apoio conceitual do tema políticas públicas, além do suporte legal do Estado por meio de portarias regulamentares e a evolução do conceito de saúde. Desta forma, a APS tornou-se

uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, de maneira a possibilitar o acesso aos serviços e à atenção integral e integrada ao longo do tempo. Foram instituídos programas, pensados nacionalmente e implementados em nível de municípios, como a ESF e PMAQ-AB. Entretanto, percebe-se a necessidade de utilização de instrumentos para auxiliar a administração pública e ampliação de habilidades gerenciais dos gestores envolvidos.

3.5 Modelo mental e conceitual de Perfil de Gestor nas dimensões organizacionais por competência

O perfil de gestão do gestor das unidades de ESF tem que estar atrelado aos objetivos do Estado. De acordo com Bresser-Pereira (2009), o papel do Estado não está direcionado à obtenção de lucros, mas à prestação de serviços de excelência para a sociedade, que a cada dia se torna mais exigente quanto à necessidade de redução de custos no setor público e uma melhor qualidade dos gastos e dos serviços oferecidos.

De acordo com André e Ciampone (2007, p. 1), “construir competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde” ainda é muito mais um projeto individual do gestor de “buscar capacitação ou não do que uma política de recursos humanos do Estado ou Município que valorize esse desenvolvimento como essencial”.

[...] pesquisas apontam que as estruturas da administração pública conduzem à beira do caos devido a: lentidão dos processos decisórios; falta de delegação de poder; objetivos definidos no nível gerencial e que não são compartilhados com as chefias intermediárias e executores; falta de capacidade de análise de situações em relação aos ambientes interno e externo; falta de plano de carreiras; práticas de controle inadequadas ou inexistentes e a presença da organização informal como antagonista à formal (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007, p. 1).

André e Ciampone (2007, p. 4) concluem que a subjetividade está muito presente nos processos decisórios permeando as relações de poder advindas da dimensão político-partidária, ou seja: um gestor é promovido por “indicação política, relações de amizade e confiança mantidas com o superior hierárquico imediato ou com instâncias políticas superiores”, mas nunca por uma avaliação de seu trabalho, fato que torna intangível um processo de sensibilização por parte de gestores, a fim de sistematizar programas e acompanhamentos que contribuam para o

desenvolvimento de suas competências gerenciais a fim de melhor subsidiá-los nas tomadas de decisões, conforme diz Lima (2010).

Lima (2010) também ressalta a importância das organizações que aprendem com a gestão de competências, pois ao conhecimento juntam-se as práticas observáveis no trabalho, e mesmo que seja no âmbito individual de cada gestor, tal conhecimento pode ser disseminado tornando-se uma aprendizagem coletiva. Isso pode ser chamado também de liderança, visto que gerentes, ao se esforçarem em envolver a todos no processo de tomada de decisão, todos se sentirão muito mais comprometidos e darão o melhor de si quando chegar o momento de passar do plano à ação. O que se necessita é envolver as pessoas tanto quanto possível em decisões que afetam suas vidas profissionais (embora existam alguns limites) ou colocando de maneira mais positiva o momento importante de julgar a interação das pessoas.

Importante ainda ressaltar que, para o sucesso de gerentes, as diferentes teorias sobre motivação e satisfação no trabalho devem ser assimiladas e aplicadas. Autores como Brunelli (2008) e Baldwin (2008) dizem que os estudos sobre motivação apresentam em primeiro lugar a chamada hierarquia das necessidades ou pirâmide das necessidades de Abraham Maslow (1908-1970). Essas necessidades são: *Fisiológicas*– necessidades básicas para a manutenção da vida (alimentação, vestimenta e abrigo); *Segurança* –estar livre de perigos e da privação das necessidades fisiológicas básicas; *Sociais* que se referem ao relacionamento com os outros, de participar de vários grupos e de serem aceitas por estes; *Estimativa* em termos de amor próprio quanto de reconhecimento pelos outros; e *Auto realização* no máximo de potencial individual.

Baldwin (2008, p. 119) acrescenta que tais necessidades satisfeitas por uma equipe de trabalho, levam a uma atitude motivada à realização, pois o retorno “é essencial porque habilita a medição do sucesso e não por causa de elogios e reconhecimento”. Portanto, o gerente como fonte de motivação, ao estipular metas, na realidade está traduzindo nessa tarefa uma das mais poderosas formas de “traduzir expectativas com clareza” (BALDWIN, 2008, p. 118).

Nesse sentido, Lisboa (2005) complementa que, se os líderes podem comprometer pessoas, um gestor faz interação entre elas e como faz pode também diminuir o sucesso ou fracasso da sua equipe. Em suas palavras:

A interação homem/organização é complexa e dinâmica, com elementos de reciprocidade. A base desse processo é o "contrato psicológico", ou seja, a expectativa existente entre as duas partes e que vai além do contrato formal de trabalho, regulando as relações de interação e regendo o comportamento das pessoas e da empresa (LISBOA, 2005, p. 159).

No entanto é importante compreender a diferença entre envolvimento e comprometimento. "Envolvimento é o sentimento dispensado pelo funcionário ao seu trabalho. Na verdade, é um sentimento de exclusividade que o indivíduo sente em relação ao seu salário, ascensão profissional". Já o comprometimento "é o sentimento dispensado pelo funcionário à organização". É o orgulho e a satisfação com a empresa exteriorizada por meio de ações. Aos líderes ainda cabe "procurarem mecanismos de comprometimento dos colaboradores com seus cargos e instituições, no sentido de torná-las mais humanizadas, objetivas e competitivas" (LISBOA, 2005, p. 159).

No setor público, o gestor tem a função de atender a demanda definida pela linha de ação. Compete a eleger os recursos humanos e materiais existentes de forma que seu objetivo seja cumprido e os atores envolvidos estejam satisfeitos com a atuação deste administrador. Neste sentido, o gestor público tem o papel de integrar sua equipe, exigindo eficiência e eficácia na prestação de serviços, agregando novos valores à administração pública em prol de serviços públicos de qualidade (BARROS, 2009).

O gestor público, portanto, é responsável por assessorar, planejar, tramitar nos processos deliberativos e decisórios, coordenar ações e avaliar programas e políticas públicas em organizações. Sua atuação é vista em todos os níveis governamentais e visa ao empenho na utilização de recursos para a produção de bens públicos (SACHS; LOPES; DOWBOR, 2010; ANDRE; CIANPONE, 2007).

A gestão pública necessita investir em elementos humanos, a fim de desenvolver um fator importante, o de saber lidar com as pessoas como uma maneira de alcançar os objetivos organizacionais de forma conjunta. Deste modo, exercerá o papel de liderança necessário ao gestor público (REIS; MATOS, 2012). É de suma relevância para a organização fortalecer as relações com os seus colaboradores a fim de unificar a equipe, gerar melhores condições de trabalho, e estimular o desenvolvimento das competências (SILVA, 2008). De acordo com Fleury e Fleury (2001), o termo competência é utilizado na linguagem

organizacional, como a capacidade que as pessoas têm de desempenhar com eficiência determinado papel.

As organizações públicas, frente aos desafios de um mundo globalizado, foram obrigadas a desenvolver sua gestão baseando-se nas habilidades, competências, atitudes e experiências pautadas na gestão estratégica de recursos humanos e em competências profissionais (REIS; MATOS, 2012).

Este conjunto de elementos que compõem as competências são elementos interdependentes e complementares nas relações de trabalho, estão envolvidos no desempenho profissional e no alcance dos resultados almejados. A partir dessa visão, surge nas organizações públicas um novo modelo de administração, qual seja, o de gestão de competências (ENAP, 2009).

A expressão das competências do indivíduo no trabalho pode ser influenciada por três fatores: a) atributos do empregado, tais como conhecimentos, habilidades e atitudes de que ele dispõe; b) características da equipe à qual ele pertence, como clima e suporte; c) organização, como cultura, normas, estrutura e outros, que podem atuar como facilitadoras e estimuladoras do desempenho (QUINN et al., 2003). O modelo de Quinn et al. (2003) identifica oito papéis que se deve esperar de alguém que ocupa um cargo de gerente (“papéis de liderança gerencial”, intitulados de mentor, facilitador, monitor, coordenador, diretor, produtor, negociador e inovador. Esses papéis são orientados por quatro modelos gerenciais para atingirem metas racionais, processos internos, relações humanas e sistemas abertos.

Para Bergue (2011), a gestão por competências pode ser considerada como uma tecnologia de gestão também emergente no campo da administração pública. Na esfera federal de governo, essa matriz conceitual surge formalmente no Decreto 5.707/2006. O inciso 2 do art. 2º do mesmo texto define gestão por competências nos seguintes termos:

II – Gestão por competência: gestão da capacidade orientada para o desenvolvimento do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho de funções dos servidores, visando ao alcance dos objetivos da instituição (BRASIL, 2006).

De modo geral, a noção de competência é adotada para informar sobre prerrogativas e responsabilidades associadas a um órgão ou agente; e diferenciar pessoas em relação a atributos de desempenho, significando um adjetivo positivo, quando presente (BERGUE, 2011).

Admitindo a configuração conceitual de tecnologia como sendo a integração dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes, vale compreender o conceito estabelecido por Bergue (2011) a cada um desses elementos. Os conhecimentos, no contexto de administração pública, podem ser entendidos como aqueles elementos conceituais ou técnicos que uma pessoa detém ou precisa ter para o exercício de determinada atividade. Os conhecimentos, sob certa perspectiva, podem ser considerados o vetor mais facilmente operacionalizável no caso da administração pública. Em oportunidades, como elaboração de editais de concursos públicos, na estruturação dos cursos de formação das carreiras, nos cursos de capacitação, entre outros, o conhecimento é um fator indispensável. As habilidades dizem respeito à capacidade de conversão do conhecimento em ação, essa conversão precisa ser de forma clara e precisa. As atitudes estão relacionadas ao atributo de personalidade e postura pessoal e profissional. São também elementos que revelam o impulso do agente para a ação. A forma como conduz a ação é influenciada por esses fatores.

A formação de profissionais que atuam na administração pública, segundo Bresser-Pereira (1996), deve ser voltada para o perfil gerencial capaz de prevalecer condições de diagnosticar situações problemáticas. Isto é, ir em busca de recursos e soluções que, efetivamente, desempenhem a liderança e que promovam um perfil mais gerencial e politizado em detrimento do administrador público tradicional e tecnológico, o que também foi evidenciado por Oliveira (2010).

Nesse contexto, cabe ao gestor a capacidade de reconhecer e de apropriar-se das competências existentes na sua equipe de trabalho e de identificar as lacunas e as possibilidades de atendê-las. Ele deve explorar as competências já existentes na equipe e que agregam valor ao trabalho e à instituição, e proporcionar o desenvolvimento das competências a que os funcionários ainda não dominam (BERGUE, 2011).

A Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) definiu as competências existentes ou a desenvolver em quatro classes (Quadro 3).

A gestão por competências tem sido apontada como modelo gerencial alternativo aos instrumentos tradicionalmente utilizados pelas organizações. Baseando-se no pressuposto de que o domínio de certos recursos é determinante do desempenho superior de pessoas e organizações, esse modelo propõe-se fundamentalmente a gerenciar o *gap* ou lacuna de competências, ou seja, a reduzir

ao máximo a discrepância entre as competências necessárias à consecução dos objetivos organizacionais e aquelas já disponíveis na organização (AMARAL, 2006).

Quadro 3 - Definição de competências

CLASSES	COMPETÊNCIAS
Fundamentais / Genéricas	<ul style="list-style-type: none"> - Comprometimento com o serviço público - Trabalho em equipe - Flexibilidade - Sensibilidade social - Negociação - Comunicação
Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da administração pública - Capacidade de aprender - Comunicação - Negociação - Planejamento educacional - Metodologias de ensino - Prospecção de conhecimentos em gestão pública - Gestão de escola de governo - Conhecimentos de ferramentas de TI e sistemas governamentais
Gerenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Liderança inspiradora - Senso de direção - Comprometimento - Gestão integrada e estratégica de recursos (capacidade de planejamento) - Visão/mente aberta - Capacidade de análise e síntese - Implementação equilibrada das políticas públicas - Gestão de pessoa
Pessoais e interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> - Expansão contínua das fronteiras pessoais - Capacidade de articulação - Resolução de problemas - Iniciativa - Cooperação

Fonte: AMARAL (2006, p. 558).

A gestão por competências tem sido apontada como modelo gerencial alternativo aos instrumentos tradicionalmente utilizados pelas organizações. Baseando-se no pressuposto de que o domínio de certos recursos é determinante do desempenho superior de pessoas e organizações, esse modelo propõe-se fundamentalmente a gerenciar o *gap* ou lacuna de competências, ou seja, a reduzir ao máximo a discrepância entre as competências necessárias à consecução dos objetivos organizacionais e aquelas já disponíveis na organização (AMARAL, 2006).

Outro elemento já mencionado como importante para a atuação do gestor público são as habilidades. Para Mintzberg (1973), o gestor precisa ir além da transmissão de conhecimento e oferecer oportunidades para que as pessoas possam desenvolver e aprimorar suas habilidades gerenciais. O autor apresenta oito tipos de habilidades:

1- Habilidades de relacionamento com os colegas – estabelecer e manter relações formais e informais para atender a seus próprios objetivos.

2-Habilidades de liderança – necessárias para a realização de tarefas que envolvem equipe, orientação, treinamento, motivação e uso de autoridade.

3-Habilidades de resolução de conflitos – habilidade interpessoal, habilidade de tomar decisões e arbitrar conflitos entre pessoas.

4- Habilidades de processamento de informações – construir redes informais e desenvolver habilidades de comunicação, como expressar eficazmente suas ideias e falar de forma eficaz como representante da empresa.

5- Habilidades de tomar decisões em condições de ambiguidade – liderar com incertezas e sobrecarga de informações, conseguindo resultados satisfatórios dentro do grupo que gerencia.

6- Habilidades de alocação de recursos – fornecimento de critérios para a definição de prioridades, afim de que as escolhas sejam as melhores.

7-Habilidades de empreendedor – buscar oportunidade e mudança organizacional.

8- Habilidade de introspecção – relaciona-se com a capacidade de reflexão e autoanálise. O gerente deve ser capaz de entender seu grupo e o impacto de sua organização.

Em vista disso, todas as habilidades mencionadas devem ser exploradas na organização. A formação dos gerentes reside no desenvolvimento destas habilidades. Tais habilidades estão diretamente ligadas aos papéis gerenciais propostos por Mintzberg (1973).

Segundo Henry Mintzberg (1973), os gerentes cumprem três papéis principais: interpessoais, informacionais e decisórios (Quadro 4).

De acordo com a visão de Mintzberg (1973), a prática cotidiana exige dos gerentes um comportamento flexível e ágil nas decisões que precisa tomar, além de desempenhar várias tarefas no trabalho. Logo, os leva a assumir diferentes papéis que se complementam para atingir o melhor resultado.

Quadro 4 – Papéis gerenciais de Mintzberg.

FUNÇÃO	DESCRIÇÃO	ATIVIDADES IDENTIFICÁVEIS
INTERPESSOAL		
Chefe	Chefe simbólico; obrigado a desempenhar um número de tarefas rotineiras de natureza legal ou social.	Receber visitantes; assinar documentos legais.
Líder	Responsável pela motivação e atuação dos funcionários; responsável pela assessoria, pelo treinamento e pelos deveres associados.	Desempenhar virtualmente todas as atividades que envolvem os funcionários.
Ligação	Mantém desenvolvido por conta própria uma rede de contatos externas e informantes que propiciam favores e informações.	Acusar o recebimento de correspondências; fazer trabalhos externos; desempenhar outras atividades que envolvem pessoas dentro e fora da organização.
INFORMACIONAL		
Monitor	Procura e recebe uma ampla variedade de informações especiais (grande parte atuais) para desenvolver um entendimento profundo da organização e do meio ambiente; emerge como central das informações internas e externas sobre a organização	Ler jornais e relatórios; manter contatos pessoais.
Disseminador	Transmite informações recebidas de outros funcionários aos membros da organização – algumas informações são fatos, outras envolvem a interpretação e a integração de diversas posições de valor das influências da organização.	Realizar reuniões informativas; dar telefonemas para transmitir informações.
Porta-voz	Transmite informações às pessoas de fora sobre os planos, políticas, ações, resultados etc. da organização; serve como especialista na indústria da organização.	Realizar reuniões da diretoria; fornecer informações para a imprensa.
DECISÓRIAL		
Empreendedor	Procurar oportunidade em organizações e seu ambiente e inicia "projeto de melhorias" para realizar as mudanças; também supervisiona o desenvolvimento de certos projetos,	Organizar estratégias e rever as sessões para desenvolver novos programas.
Solucionador De Distúrbios	Responsável pelas ações corretivas quando a organização enfrenta distúrbio importantes.	Organizar estratégias e rever as sessões que envolvem distúrbios e crises.
Alocador de Recursos	Responsável pela alocação de recursos organizacionais de todos os tipos – na realidade, a tomada ou aprovação de todas as decisões significantes.	Programar; requerer autorização; desempenhar qualquer atividade que envolva o orçamento e a programação do trabalho do funcionário.
Negociador	Responsável por representar a organização nas principais negociações.	Participar nas negociações de contratos sindicais ou nas negociações com fornecedores.

Fonte: MINTZBERG (1973, pp. 92 e 93).

Costa (2008) acrescenta que a gestão de competências envolve um sistema maior, o que significa tomar como referência a estratégia da organização e mobilizar ações de recrutamento e seleção, treinamento, gestão de carreira e formalização de

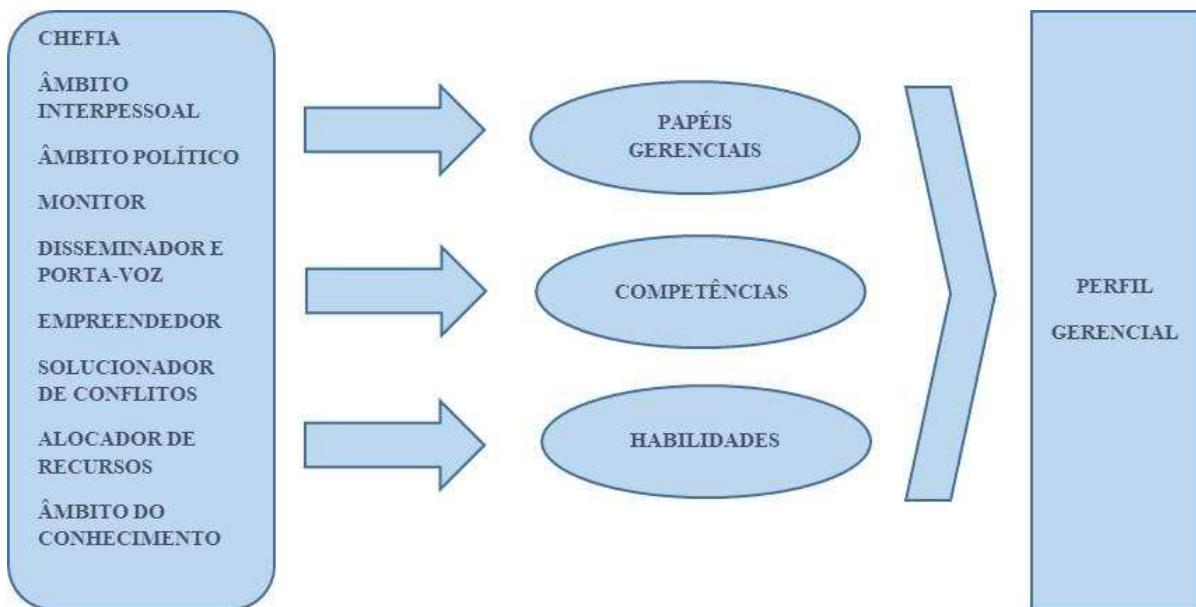
alianças estratégicas, como exemplos, para o desenvolvimento das pessoas seja positiva e a organização atinja seus objetivos. Conforme esse autor, os objetivos da Gestão por Competências relacionam-se a:

- entender, organizar e disseminar os conhecimentos ligados ao negócio e às estratégias da empresa, buscando construir uma organização de alta performance;
- garantir que a disseminação dos conhecimentos em meio ao quadro de funcionários promova a evolução profissional destes e traga à empresa benefícios como flexibilidade, agilidade, inovação e velocidade, além de dar respostas para que a Organização possa atuar com sucesso em ambientes competitivos;
- monitorar a efetividade da disseminação do conhecimento para que a organização alcance o ponto ótimo da relação: formação do capital humano versus valor agregado + objetivo alcançado;
- ser um instrumento de comunicação para os empregados sobre atitudes, conhecimentos e habilidades esperadas pela organização;
- formar uma base de dados confiável de cada colaborador (Resultados das avaliações), tornando-a disponível para a organização;
- servir como valiosa fonte de informação para as necessidades de treinamento e de desenvolvimento, plano de sucessão, movimentação na carreira, seleção interna e externa e remuneração;
- comprometer o líder na gestão efetiva e no desenvolvimento de sua equipe; buscar transparência comunicação dos critérios para desenvolvimento profissional; e
- incentivar maior integração entre as diversas áreas e setores, "quebra de feudos" (COSTA, 2008, p. 16).

Os papéis gerenciais expostos devem ser exercidos no ambiente organizacional, mas dependendo da necessidade, do setor, da função e dos objetivos da organização do gestor, varia a influência de cada papel, e a exigência de desempenho de cada um dos papéis. Haverá situações em que será necessário explorar mais um papel do que outro, é necessário avaliar cada situação para planejar a sua ação (GARCIA-SANTOS et al., 2010; MINTZBERG, 1975, 2006; MULLER; TURNER, R., 2009).

A partir da literatura apresentada criou-se a caracterização do modelo mental do perfil gerencial (Figura 6). O intuito foi criar um modelo conceitual que permita reconhecer as ações que o gestor deve praticar nas unidades de ESF e possibilitar a identificação do perfil de cada gestor, consoante as atividades que pratica e aquelas que ainda necessitam ser trabalhadas.

Figura 6 - Modelo mental do perfil gerencial



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A caracterização do perfil gerencial do gestor seguiu o modelo teórico metodológico criado para essa pesquisa. O modelo mental do perfil gerencial apresentado foi criado a partir dos conceitos sobre papéis gerenciais, competências e habilidades. A partir desses conceitos foram estipuladas as funções consideradas importantes para a atuação do gestor e os construtos do perfil gerencial da ESF (Quadro 5).

Quadro 5 - Construtos do perfil gerencial

CONSTRUTO	CONCEITO	AUTORES
Chefia	Responsável por desempenhar tarefas de rotina de natureza legal ou social, comprometimento com o serviço público.	MINTZBERG (1973); FLEURY E FLEURY (2001); BRESSER-PEREIRA (1996); ENAP (2009); AMARAL (2006); ANDRÉ: CIAMPONE (2007); LIMA (2010); BALDWIN (2008); LISBOA (2005); BARROS, (2009); SACHS; LOPES; DOWBOR (2010); BERGUE (2011); OLIVEIRA (2010); COSTA (2008).
Âmbito interpessoal	Responsável pelos funcionários e pela gestão de pessoas, deve motivá-los, treiná-los, assessorá-los, indicar a atuação e os deveres, mostrar o senso de direção que devem seguir, trabalhar em equipe, comunicar-se bem, ser flexível e possuir sensibilidade social.	MINTZBERG (1973); OLIVEIRA (2010); BERGUE (2011); QUINN et al. (2003); FLEURY; FLEURY (2001); BRESSER-PEREIRA (1996); BARROS (2009); SACHS, LOPES E DOWBOR (2010); REIS; MATOS (2012); SILVA (2008); ENAP (2009); AMARAL (2006); COSTA (2008).
Âmbito político	Manter rede de contatos externos e informantes, ampliar sua posição dentro da organização e no ambiente externo, construir uma base de poder e influência. Precisa comunicar-se bem, expandir continuamente as fronteiras pessoais, a capacidade de articulação, de cooperação e de negociação.	FLEURY; FLEURY (2001); AMARAL (2006); BALDWIN (2008); LISBOA (2005); BARROS, (2009); SACHS; LOPES; DOWBOR (2010); FLEURY; FLEURY (2001); (REIS; MATOS, 2012); BERGUE (2011); BRESSER-PEREIRA (1996); OLIVEIRA (2010); COSTA (2008).
Monitor	Aplicar uma variedade de informações e conhecimentos especiais e especializados para desenvolver a organização. Deve conhecer bem o setor e possuir um entendimento geral dos processos da organização. Definir e planejar objetivos e metas, monitorá-los e fiscalizá-los.	MINTZBERG (1973); QUINN et al. (2003); COSTA (2008).
Disseminador e porta-voz	Transmitir informações recebidas dos funcionários aos membros da organização e transmitir informações para pessoas externas à organização.	MINTZBERG (1973); ANDRÉ: CIAMPONE (2007); LIMA (2010); BALDWIN (2008); LISBOA (2005); BARROS (2009); SACHS; LOPES; DOWBOR (2010); FLEURY E FLEURY (2001); REIS; MATOS (2012); BERGUE (2011); COSTA (2008).
Empreendedor	Procurar oportunidade na organização e seu ambiente e iniciar "projeto de melhorias" para realizar as mudanças; também supervisiona o desenvolvimento de certos projetos, organiza estratégias, revê projetos e o desenvolvimento de novos programas. Precisa ter capacidade de planejamento, iniciativa, visão/mente aberta, capacidade de análise e síntese, e implementar políticas públicas de forma equilibrada e tomar decisões acertadas.	MINTZBERG (1973); AMARAL (2006); BALDWIN (2008); LISBOA (2005); BARROS (2009); SACHS; LOPES; DOWBOR (2010); FLEURY E FLEURY (2001); OLIVEIRA (2010); COSTA (2008).
Solucionador de conflitos	Responsável pelas ações corretivas quando a organização enfrenta distúrbios importantes. Deve organizar estratégias e rever as sessões que envolvem distúrbios e crises, resolução de problemas e ter aptidão mental para analisar e identificar situações complexas e tomar decisões acertadas.	MINTZBERG (1973); AMARAL (2006); BRESSER-PEREIRA (2010); COSTA (2008).
Alocador de recursos	Responsável pela aplicação de recursos organizacionais, pela tomada ou aprovação de todas as decisões envolvendo a alocação de recursos e pela gestão integrada e estratégia de recursos.	MINTZBERG (1973); FLEURY; FLEURY (2001); AMARAL (2006); BERGUE (2011); BRESSER-PEREIRA (1996); OLIVEIRA (2010); COSTA (2008).
Âmbito do conhecimento	Capacidade de aprender, de ampliar o conhecimento da administração pública, de realizar um planejamento educacional e uma metodologia de ensino. Deve fazer uma prospecção de conhecimento em gestão pública e conhecer ferramentas de tecnologia da informação e sistemas governamentais.	AMARAL (2006); FLEURY; FLEURY (2001); QUINN et al. (2003); COSTA (2008); BERGUE (2011); BALDWIN (2008); LISBOA (2005); BARROS, 2009); SACHS; BRESSER-PEREIRA (1996); OLIVEIRA (2010).

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Os construtos do perfil gerencial englobam questões técnicas, cognitivas e as atitudes relacionadas ao trabalho, condições necessárias ao cumprimento de

determinado propósito. Tais dimensões são interdependentes, e envolvem além do nível individual, a equipe de trabalho e a organização como um todo, pois deve-se considerar a dimensão da equipe no processo produtivo.

4 METODOLOGIA

Metodologia é entendida como o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, indagando e questionando acerca de seus limites e possibilidades (DEMO, 1989).

Esta seção detalha o percurso metodológico que foi empreendido para a realização deste estudo, de acordo com as considerações até então apresentadas e com o objetivo geral de investigar sobre a gestão na Estratégia de Saúde da Família a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Viçosa/MG e objetivo específico da parte empírica de relacionar o programa institucional PMAQ-AB e o perfil dos gestores na dinâmica de tais unidades.

Para tanto, discorre sobre os seguintes aspectos metodológicos: caracterização do estudo, abordagem e tipo de pesquisa utilizada, população e amostra (unidades de análise, sujeitos da pesquisa), técnicas de coleta de dados, tratamento e análise dos dados obtidos.

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de caso, qualitativo e exploratório, que representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados (VENTURA, 2007). Para se discutir o Método do Estudo de Caso três aspectos devem ser considerados: a natureza da experiência, enquanto fenômeno a ser investigado; o conhecimento que se pretende alcançar; e a possibilidade de generalização de estudos a partir do método (CÉSAR, 2005).

Para Yin (2001):

O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos (YIN, 2001, p. 21).

O estudo de caso é útil, sobretudo, para o aprofundamento do conhecimento sobre uma determinada questão ainda pouco estudada. Assim, é possível melhorar

a compreensão sobre determinado assunto, permitindo levantar hipóteses ou desenvolver novas teorias (YIN, 2001).

Conforme assinala Godoy (1995), os estudos qualitativos têm como preocupação fundamental o estudo e a análise do mundo empírico em seu ambiente natural. Na pesquisa valorizou-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada. A coleta de dados foi realizada por meio de equipamentos como gravadores, por entrevistas ou simplesmente, fazendo-se anotações num bloco de papel.

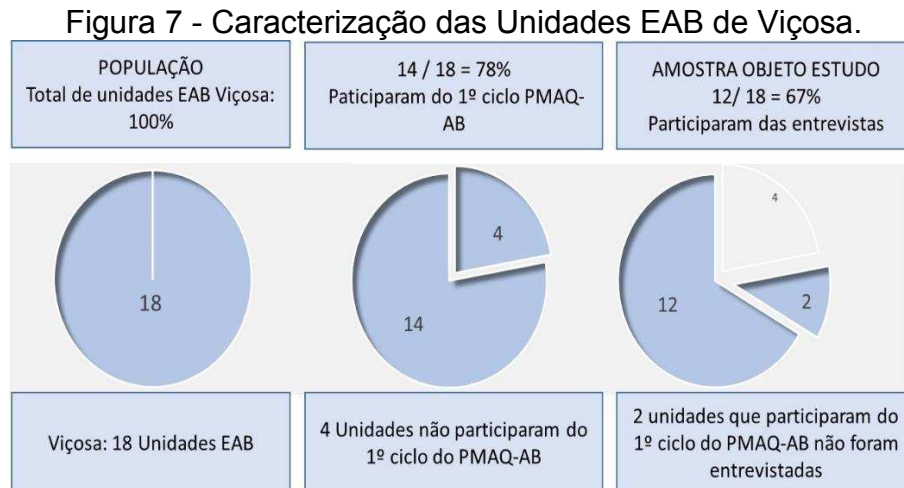
Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois analisou empiricamente o contexto da gestão da ESF, no próprio ambiente de trabalho do gestor, utilizando-se de entrevistas pessoais, observações do ambiente, análise de documentos e de outros meios que permitiram aprofundar o assunto.

O estudo exploratório auxilia na resolução de problemas de pesquisa relacionadas ao desenvolvimento de outros programas institucionais, ajuda a compreender a concepção de que o indivíduo é rico de conhecimentos e esses conhecimentos, opiniões, valores e atitudes é que vão se constituir, muitas vezes, em barreiras. Essas barreiras podem ser conhecidas por meio do estudo exploratório e, pelo menos, parcialmente contornadas, a fim de que outros programas institucionais educativos alcancem maior aceitação (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

4.2 População e amostra: as unidades e os sujeitos da pesquisa

O estudo foi realizado nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Viçosa – MG. O município está localizado na Zona da Mata de Minas Gerais e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), conta com uma população estimada de 77.318 habitantes e uma extensão territorial de 299 km². Quase a totalidade (99%) da população é atendida por serviços urbanos básicos, como água encanada, esgoto na rede central, coleta de lixo e energia elétrica. Na área da saúde, 43% da população é usuária de plano de saúde. Viçosa conta com dois hospitais filantrópicos os quais disponibilizam 205 leitos, e 18 unidades de atendimento primário pelo Programa de Saúde da Família-PSF (CRUZ, 2014). Informações complementares e dados sobre Viçosa-MG em relação à saúde encontram-se no apêndice 1.

Com o propósito de facilitar a compreensão, apresenta-se, a seguir, uma representação geral (Figura 7) para caracterização das unidades de Estratégia de Atenção Básica de Viçosa².



Fonte: Elaborada pela autora (2017).

O primeiro gráfico representa o total de unidades existentes em Viçosa-MG (18 unidades) em 2017. O segundo gráfico demonstra as 14 unidades que participaram do primeiro e do segundo ciclo do PMAQ-AB. O terceiro e último gráfico demonstra que quatro unidades não participaram, o que significou uma amostra para o estudo de 67% do universo total das unidades EAB. Duas gestoras das unidades “Novo Silvestre” e “Nova Era” não quiseram participar da entrevista, sendo a amostra do estudo 12 unidades de ESF que participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB.

Os bairros contemplados para este estudo com as unidades de ESF foram: Bom Jesus, São Sebastião, Nova Viçosa, Silvestre, Cachoeirinha, São José do Triunfo (Fundão), Santo Antônio I, Santo Antônio II, Amoras, João Braz, São José (Laranjal) e Santa Clara.

Os profissionais foram abordados em seu próprio local de trabalho (nas unidades de ESF), com prévio agendamento das entrevistas, segundo a conveniência e a disponibilidade dos entrevistados.

Realizou-se um estudo piloto com um gestor e uma UBS para verificar a aplicabilidade do roteiro de entrevista, se o mesmo não apresentava ambiguidades e se as instruções estavam claras e de fácil compreensão. Convém esclarecer que essa entrevista não foi incluída na análise dos resultados.

² O Apêndice 1 apresenta o total das 18 Unidades da ESF em Viçosa/MG no ano de 2017.

4.3 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta de dados utilizou-se entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE 2), que foi fundamentado na revisão da literatura sobre Gestão de Competências e nos construtos do perfil gerencial apresentados no Quadro 5 (Chefia, Âmbito Interpessoal, Âmbito Político, Monitor, Disseminador e Porta-voz, Empreendedor, Solucionador de conflitos, Alocador de recursos e Âmbito do conhecimento) e adaptado ao desenho do PMAQ-AB e do exemplo de autoavaliação e indicadores para as equipes de atenção básica de saúde da família (APÊNDICES 3 e 4).

O roteiro de entrevista iniciou-se com a coleta dos dados pessoais de cada entrevistado: idade, escolaridade, tempo em que trabalha na unidade de saúde e tempo de exercício profissional na área da saúde.

Posteriormente, foram formuladas 34 perguntas, contemplando os construtos, e divididas em seis dimensões (Planejamento do PMAQ-AB na unidade de saúde; Indicadores a serem avaliados; Trabalho em equipe; Capacitação da equipe de saúde; Papel do gestor; e Avaliação dos resultados alcançados pela unidade de saúde) para facilitar a entrevista, a coleta e a análise de dados (Quadro 6).

Quadro 6 - Categorias e subcategorias de Análise de Conteúdo da Pesquisa

Categoria	Subcategoria
5.1 Planejamento do PMAQ-AB na Unidade de Saúde	5.1.1 Planejamento e metas exigidas pelo PMAQ-AB
	5.1.2 Atualização das metas
	5.1.3 Utilização dos indicadores para o planejamento
	5.1.4 Evidências de controle
	5.1.5 Recursos provenientes do PMAQ-AB
	5.1.6 Recursos materiais e equipamentos
5.2 Indicadores Avaliados	5.2.1 Medição, monitoramento e coleta de indicadores
	5.2.2 Reavaliação dos indicadores
5.3 Trabalho em Equipe	5.3.1 Participação da equipe no planejamento
	5.3.2 Análise crítica, melhorias e inovações
	5.3.3 Autonomia da equipe
	5.3.4 Envolvimento dos trabalhadores para melhorar o desempenho
5.4 Capacitação da Equipe de Saúde	5.4.1 Desenvolvimento, necessidades de treinamento e temas prioritários
	5.4.2 Estímulos de atuação
	5.4.3 Verificação da eficácia
5.5 Papel do Gestor	5.5.1 Comunicação com a equipe
	5.5.2 Interação com a equipe e a população
	5.5.3 Promoção da satisfação, motivação e bem-estar
	5.5.4 Dificuldades mais relevantes
	5.5.5 Rotina de trabalho na Unidade
	5.5.6 Demanda de estagiários no rendimento do serviço
5.6 Avaliação dos Resultados Alcançados pela Unidade de Saúde	5.6.1 Monitoramento e modificação dos procedimentos solicitados pelo PMAQ-AB
	5.6.2 Monitoramento das ações de inovação
	5.6.3 Sistema de informação
	5.6.4 <i>Feedback</i> positivo
	5.6.5 Apresentação do desempenho e projeções
	5.6.6 <i>Benchmarking</i> externo

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Cada gestor entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a exposição do objetivo da pesquisa e esclarecimento de possíveis dúvidas e, em seguida, foi disponibilizada uma cópia para cada participante. O anonimato e o sigilo das informações coletadas foram garantidos e foi solicitado autorização para a gravação. Para cada entrevistado, utilizou-se o código G de gestor, juntamente com o número da ordem da entrevista, exemplo: G1, G2, e assim por diante. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas digitalmente e posteriormente transcritas na íntegra e identificadas no texto pela ordem numérica.

4.4 Análise dos Dados

Para análise dos dados utilizou-se o método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). A obra de Laurence Bardin possui uma ancoragem consistente no rigor metodológico, com uma organização propícia à compreensão aprofundada do método e, ao mesmo tempo, traz aos pesquisadores um caminho multifacetado que a caracteriza como um método que, historicamente e cotidianamente, produz sentidos e significados na diversidade de amostragem presentes no mundo acadêmico (BARDIN, 2016).

Segundo Bardin (2016),

[...] descrever a história da “análise de conteúdo” é essencialmente referenciar as diligências que nos Estados Unidos marcaram o desenvolvimento de um instrumento de análise de comunicações; é seguir passo a passo o crescimento quantitativo e a diversificação qualitativa dos estudos empíricos apoiados na utilização de uma das técnicas classificadas sob a designação genérica de análise de conteúdo; é observar os aperfeiçoamentos materiais e as aplicações abusivas de uma prática que funciona há mais de meio século (BARDIN, 2016, p.19).

A operacionalização da Análise de Conteúdo realizou-se de acordo com as etapas ou fases descritas e propostas por Bardin (2016): (1) pré-análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos resultados; e (4) interpretação.

Na primeira fase, a da pré-análise, foi organizado o material a ser analisado de acordo com as categorias estabelecidas *a priori*, com base no referencial teórico e no desenho da pesquisa.

Os dados foram ordenados, após as transcrições das respostas da entrevista estruturada, fazendo uma releitura do material e organizando as informações.

Na segunda fase de exploração do material, foram realizadas várias leituras do material para a relação das mensagens em cada categoria. É importante ressaltar que o dado não existe por si só, sendo assim importante o conjunto das informações presentes na comunicação dos respondentes.

As terceira e quarta fases referem-se ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, bem como a apresentação de um sumário das constatações relatadas: as interpretações inferenciais e a análise reflexiva e crítica em relação ao perfil do gestor e quanto à avaliação do PMAQ-AB pela concepção dos gestores, o que possibilitou o registro das influências do gestor para o PMAQ-AB e para a unidade de ESF.

Ressalta-se que na análise de conteúdo utilizou-se do modelo fechado para a definição de categorias e subcategorias (Quadro 6) apoiado nos conceitos teóricos (LAVILLE; DIONNE, 1999). As categorias corresponderam às seis dimensões (Planejamento do PMAQ-AB na unidade de saúde; Indicadores a serem avaliados; Trabalho em equipe; Capacitação da equipe de saúde; Papel do gestor; e Avaliação dos resultados alcançados pela unidade de saúde) e desdobradas em subcategorias.

4.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido para análise ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV). De acordo com a resolução Nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitado consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos indivíduos para participarem do estudo, garantindo-se a confidencialidade das informações e o anonimato dos mesmos. O número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa é CEP 1.961.949.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo está estruturado em partes seções com a finalidade de apresentar, analisar e discutir os principais resultados da pesquisa. Na primeira, descrevem-se os aspectos demográficos dos gestores entrevistados; a segunda, diz respeito à apresentação dos dados mediante a exposição das categorias e subcategorias do instrumento de pesquisa em relação às suas atuações nas unidades de ESF.

5.1 Perfil Demográfico e Funcional dos Sujeitos da Pesquisa

O detalhamento do perfil demográfico e funcional dos sujeitos da pesquisa é apresentado a seguir, conforme o Quadro7.

Quadro 7 – Caracterização dos entrevistados.

SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	TEMPO	
			Na Unidade	Profissional na Saúde
Masculino	41 anos	Pós-graduação em saúde da família	5 anos	10 anos
Feminino	37 anos	Pós-graduação em saúde pública	11 meses	5 anos
Feminino	39 anos	Pós-graduação em saúde da família	1 mês	9 anos
Feminino	28 anos	Pós-graduação em urgência e emergência	11 meses	7 anos
Feminino	28 anos	Pós-graduação em saúde coletiva	5 anos	5 anos
Feminino	45 anos	Pós-graduação em saúde do trabalhador, urgência emergência e saúde da família	6 anos	8 anos
Feminino	33 anos	Pós-graduação em saúde coletiva e urgência e emergência	5 anos	11 anos
Feminino	32 anos	Pós-graduação em terapia intensiva	6 anos	12 anos
Feminino	34 anos	Pós-graduação em saúde pública com ênfase no PSF, enfermagem do trabalho	6 anos	9 anos
Feminino	48 anos	Pós-graduação em saúde pública	6 anos	7 anos
Feminino	52 anos	Pós-graduação em Saúde Pública	1 ano	29 anos
Masculino	33 anos	Pós-graduação em Neonatologia e Saúde Pública	6 anos	8 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Todos os sujeitos têm graduação em Enfermagem. As identificações das características dos entrevistados são importantes para verificar padrões, avaliar comportamentos e possíveis justificativas para os acontecimentos. A caracterização dos entrevistados propicia identificar que a predominância dos gestores participantes da pesquisa é do sexo feminino e trabalham na unidade a mais de 1 ano.

5.2 Categoria 1: Planejamento do PMAQ-AB na Unidade de Saúde

5.2.1 Planejamento e Metas Exigidas pelo PMAQ-AB

Com relação à subcategoria “planejamento e metas exigidas pelo PMAQ-AB”, correspondente à primeira categoria Planejamento do PMAQ-AB na Unidade de Saúde, foi relatado por 58,3% dos entrevistados que o planejamento das exigências do PMAQ-AB ocorria primeiramente através da AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), que é a autoavaliação de cada unidade, em que se pontuam as questões referentes a assistência da unidade e auxilia no planejamento de ações da equipe. São identificados os critérios que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas, além de servir como roteiro para identificar quais são os documentos e os itens que serão exigidos e avaliados durante a visita do PMAQ-AB na unidade de ESF.

As unidades que utilizaram a AMAQ (58,2%), respondiam sozinhas, selecionavam o que precisava ser realizado e modificado na unidade e levavam para a reunião com a equipe. As demais responderam a AMAQ juntamente com toda a equipe. Posteriormente, em reunião com toda a equipe foram definidas as ações a serem realizadas por cada membro. Os entrevistados (41,8%) que não realizavam o planejamento das ações para cumprir as exigências do PMQ-AB, através da AMAQ, se orientavam diretamente pelas metas solicitadas pela Secretaria de Saúde de Viçosa.

Vale ressaltar que o AMAQ é considerado fundamental para incrementar o esforço da gestão e das equipes nos momentos autoavaliativos, para a realização dos processos de mudanças, objetivados pelo PMAQ-AB, em que as ferramentas e os investimentos garantidos pelo programa resultem em transformações mais concretas nos serviços de saúde (SAMPAIO et al., 2016).

Sobre as metas, 25% dizem realizá-las além das que são cobradas pela Secretaria de Saúde. As demais, 75%, dizem que quase não têm tempo para cumprir todas as exigências da Secretaria de Saúde, tampouco fazer algo a mais do que o solicitado por eles. Pode-se confirmar tal afirmação pela fala do entrevistado

G1 “[...] seria até legal a gente dar conta de atingir todas as metas do Ministério e ainda assim fazer alguma coisa paralela, mas não temos tempo mais, infelizmente”.

Tal afirmativa levanta a reflexão de que há sobrecarga das exigências aos gestores da unidade. É-lhes solicitado o cumprimento de muitas metas, o que dificulta a promoção de novas ações e atividades que possam contribuir e atender de fato as necessidades observadas e identificadas na realidade local. Além do mais, essa prática não estimula um olhar crítico para se atentar a criação de novas ideias e rotinas a serem estabelecidas.

De acordo com Sarti et al. (2012), são poucas as iniciativas para que seja feito o planejamento das ações de saúde “[...]resultando em um processo de trabalho parcelar, pouco reflexivo e ancorado na resolução de problemas imediatos surgidos principalmente do contato da equipe com os usuários que demandam por atendimentos clínicos não programados” (SARTI et al., 2012, p. 538).

Segundo Souza (2011), antes de 2009, o planejamento das ações não acontecia, isso se refletiu, por exemplo, na repetição por vários anos dos mesmos Planos Municipais de Saúde.

O que se pode inferir diante da realidade encontrada no sistema de saúde de Viçosa é que as pessoas recorrem a um tipo de atendimento que também deveria ser voltado ao planejamento de ações, que objetivam manter a qualidade da saúde, e a resolução de problemas que se configurariam como de responsabilidade das instituições de atendimento da saúde. Com isso, uma das alternativas é priorizar metas para buscar um desempenho melhor no conjunto das ações.

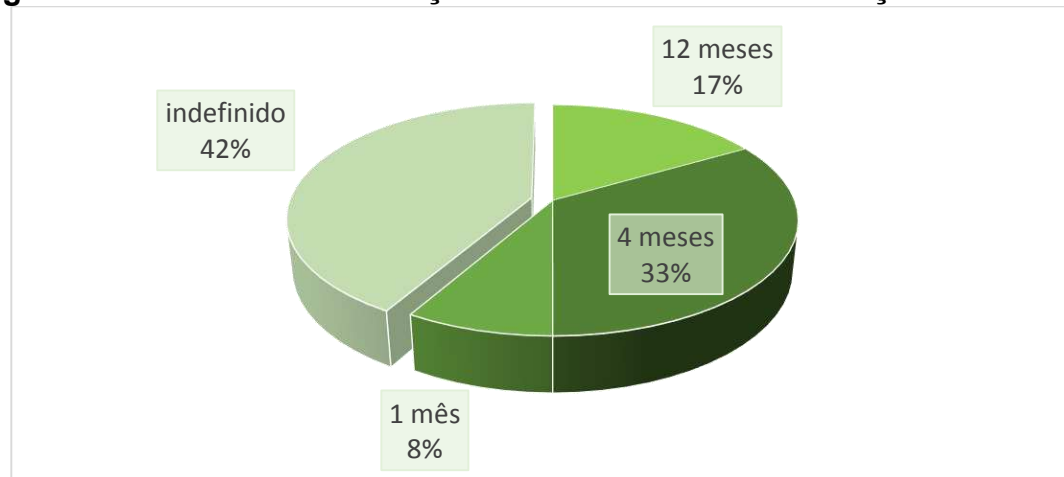
5.2.2 Atualização das metas

Com relação à subcategoria “atualização das metas”, 33% dos entrevistados atualizam-nas ao final de cada quadrimestre e apresentam os resultados para a Secretaria de Saúde, enquanto 42% afirmam não ter uma periodicidade de atualização. Quando ocorre a atualização das metas, por parte da Secretaria e/ou do PMAQ-AB, é repassada para os enfermeiros coordenadores e, posteriormente, para toda a equipe. As demais unidades (25%) informaram que a periodicidade da atualização das metas era anual ou mensal.

Existe a priorização das metas para 41,6% dos entrevistados, que utilizam como critério as notas mais baixas. Com o intuito de facilitar a visualização do

período de atualização das metas dos gestores das ESF participantes da pesquisa, foi construída a figura 8, apresentada a seguir.

Figura 8 – Período de atualização das metas nas EAB de Viçosa.



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Em resumo, a maioria dos gestores (42%) não tem prazo definido para atualização e ficam aguardando o comando da Secretaria Municipal de Saúde.

Os motivos que atrapalham no cumprimento das metas são os que aparecem nos itens que se seguem, começando com a resistência de muitos profissionais à mudança, a lidar com algo novo e por acreditarem, inicialmente, que aquelas novas exigências não contribuirão tanto com o trabalho e é uma tarefa a mais no dia a dia.

- Resistência dos profissionais em aceitar novos procedimentos e mudanças:

[...] temos problemas com os profissionais médicos de não aceitar, achar que isso é coisa que o governo inventou ou isso não dá certo [...] (G1).

[...] aí a gente chama o médico, conversa com ele e ele 'não, isso aí eu não vou fazer. Não tem PMAQ, não tem AMAQ que faça eu fazer não' [...] (G6).

A resistência de alguns profissionais em aceitar mudanças tende a interferir diretamente no comprometimento organizacional. Em um estudo realizado por Marques et al. (2014), demonstra que a aceitação e a cooperação do profissional diante da exigência de algum novo procedimento resulta em aumento do comprometimento percebido. Nesse sentido, a principal contribuição da pesquisa é, pois, relacionar o comprometimento com a percepção que os servidores têm sobre as mudanças organizacionais implantadas pelo governo.

Logo, as instituições que irão ou estão passando por processos de mudança organizacional, devem cuidar para que tais procedimentos sejam bem conduzidos com o objetivo de diminuir a resistência individual. Com isso, vale investir no processo de mudança ao envolver o trabalhador nas discussões, no planejamento e na implementação, além de mostrar quais os benefícios dessa modificação (MARQUES et al., 2014).

Essa fala “coisa que o governo inventou” pode dar a ideia de que alguns programas do Governo estão com falta de credibilidade para determinados profissionais das unidades de Viçosa. Provavelmente, um dos motivos que provoca esta descrença seja em razão das ordens serem dadas “de cima para baixo”, de forma vertical e não envolverem no planejamento das políticas públicas os profissionais que atuam diretamente nos programas. Os profissionais que trabalham na Unidade não se sentem parte do processo de criação e formulação dos programas. Isso faz com que vejam como mais uma obrigação, como regras de pessoas que não conhecem verdadeiramente a realidade, sendo consideradas muitas vezes regras e metas desnecessárias e/ou inviáveis. Além disso, os programas sofrem várias atualizações ao longo de todo o percurso.

É possível verificar essa situação no trabalho da Melo (2014), em que se percebe o descrédito dos profissionais em relação ao programa, nitidamente comprovado na fala de muitos profissionais, está a desmotivação e a falta de interesse em participar das solicitações para atender a Atenção Básica.

De acordo com Novaes (2000), o processo de acreditação tem como base a criação e o aperfeiçoamento de métodos e instrumentos de avaliação que devem contribuir para a construção da qualidade de assistência e organização. Nessa medida, pensou-se a certificação para o PMAQ-AB de forma semelhante aos processos de certificação de serviços de saúde. Essa semelhança deve-se à característica voluntária da adesão, por estar organizada em níveis de certificação e serem realizadas visitas periódicas de avaliadores.

A distância entre muitas das medidas e a realidade que se configura no cotidiano pode, com certeza, fazer com que a totalidade das ações percam credibilidade. Por ficar evidente, que as políticas implementadas são planejadas sem que sejam ouvidos os profissionais que atuam e têm conhecimento sobre as práticas, há rejeição do que é proposto.

O próximo motivo abordado é a demora na resolução dos problemas enfrentados, questão muito mencionada e que é vista como um impasse no cumprimento dos objetivos estabelecidos para os gestores.

- Demora na resolução do problema devido a burocracia:

[...]a gente sabe que trabalhamos no serviço público né, serviço público a gente não consegue resolver o problema rápido...então no dia a dia a gente trabalha as metas que são padrão porque não tem nem como fazer por fora, já é tão burocrático, principalmente o PMAQ(G1).

Sabe-se que no serviço público a burocracia excessiva tende a atrapalhar ou a dificultar a resolução dos problemas, como aponta a citação e pode ser exemplificado no estudo de Caetano et al. (2017).A burocracia faz parte de todo o sistema e não é superada com medidas paliativas. É um entrave para a solução dos problemas que surgem na prática do cotidiano. Além disso, a burocracia desestimula muitas vezes a busca por alternativa, pois cria certo conformismo na medida em que ela oferece uma resistência muito difícil de ser vencida. Dessa forma, desiste-se de buscar uma solução, por saber da complexidade para implementar qualquer mudança de prática ou procedimento.

Nesse sentido, é importante ressaltar o que Goldfinch e Wallis (2010) ressaltam sobre as propostas de um novo modelo mais enxuto conhecido como *New Public Management* (Nova Gestão Pública), com vistas a se buscar maior eficiência dos processos públicos nas últimas duas décadas do século XX, implantado desde a gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, mas que parece não ter tido grandes resultados.

A falta de profissionais é uma realidade enfrentada no cenário da saúde, e dentro das unidades as tarefas e funções são muitas, e são bem divididas e distribuídas a cada profissional, como pode ser observado nos relatos de profissionais a seguir:

- Falta de profissionais:

Nós temos os agentes comunitários de saúde desempenhando o papel de recepcionista, então o que que acontece, nós temos uma produtividade mensal, o agente tem que rodar a equipe dele do mês né, o que que acontece? Pelo fato do agente ficar preso ali na recepção durante a semana, 4 dias no mês ele não consegue fazer a visita domiciliar, isso impacta na produtividade dele no final do mês e a produtividade baixa resulta também no orçamento, vem menos porque é por produtividade. Então assim, hoje o maior problema é esse na recepção não ter o auxiliar administrativo [...] (G1).

[...]na minha unidade falta pessoal. Eu tenho menos três agentes de saúde, então fica muito difícil. Eu tenho que dar conta de sala de vacina, curativo, então a gente tenta ficar com as mesmas metas, a não ser que venha uma meta nova e a gente tenta colocar ela como prioridade (G4).

Como observado nas falas dos entrevistados, a falta de profissionais leva à dificuldade de cumprimento das metas e, portanto, à queda na produtividade, que implica na diminuição da nota de avaliação do PMAQ-AB e na diminuição do recurso recebido. Contudo, essa diminuição de produtividade poderia não ser por falta de gestão do coordenador do ESF e nem por causa dos profissionais da unidade, isso pode apontar que o problema é referente à gestão municipal.

Dessa forma, a equipe sente-se desestimulada, pois, devido a uma questão que independe de seu desempenho e com a qual não tem como lidar, os indicadores apontam para números que podem não refletir a dedicação da equipe, mas sim a falta de adequada gestão municipal na área da saúde.

Foi apontado pela pesquisa que os servidores acabam atuando em várias funções diferentes, o que ocorre em prejuízo à sua ocupação principal que fica prejudicada. Conseqüentemente, os servidores da saúde optam por elencar atividades a serem priorizadas em detrimento de outras que, se não têm igual relevância, com certeza também são importantes. Além disso, existem funções essenciais para a manutenção do atendimento, que não necessariamente necessitam ser desempenhadas por profissionais de saúde, como recepcionista, por exemplo, que são assumidas pelos servidores que deveriam atuar diretamente no atendimento aos pacientes.

Condições de trabalho precárias e dificuldades para que se estabeleçam vínculos empregatícios demonstram fragilidades na ESF. Por outro lado, sabe-se que práticas profissionais podem fazer a diferença. Isso demonstra também a importância da gestão de pessoas, que pode propiciar a mudança necessária no modelo de atenção à saúde (SILVA, 2010), como podem ser observado nas falas do G1, G7 e G9, a seguir.

- Falta de estrutura, materiais e equipamentos:

[...] a gente não funciona a sala de vacina à tarde, olha pra você vê o calor que está aqui, hoje até que não está tanto, a gente precisa de um ar condicionado aqui [...] às vezes a gente tem que parar a vacina porque está chegando em 8°C e tem que mandar todo mundo embora [...] (G1).

[...] a gente tenta planejar o serviço para fazer e atingir a melhor nota possível né, e também de acordo com as condições que a gente tem,

porque falta muita coisa, tem coisa que não depende da gente, questão administrativa, de gestão, mas a gente tenta cumprir assim, o que está ao nosso alcance (G7).

Então, a meta na verdade do PMAQ-AB quase não são todos cumpridos, porque aqui não é uma sede própria né?! Aí muita coisa deixa a desejar entendeu?! O que a gente pode fazer a gente pode, do serviço né [...] (G9).

O que se pode inferir nessa questão é a falta de investimento público e de boa gestão para que programas e Políticas Públicas possam ter um funcionamento efetivo. Algumas unidades de atendimento com melhores estruturas e condições são beneficiadas e recebem mais verbas, o que possibilita com que atinjam suas metas e sejam ainda mais favorecidas. No entanto, essa não é a realidade da maioria das unidades. Percebe-se que talvez a destinação de uma quantia maior de verbas para as unidades que cumprem as metas possa ser um fator de estabelecimento de desigualdades e desestímulo em algumas situações.

- Alta rotatividade de profissionais, tanto da equipe do ESF quanto na Secretaria de Saúde:

[...] uma coisa que reflete demais assim na vinculação, não é a vinculação a palavra, a permanência do profissional na equipe, entendeu?! O profissional é o vínculo do profissional com a equipe, porque acontece muitas vezes assim, o dentista tem o processo seletivo de um ano, mais um ano prorrogado, o agente comunitário, o enfermeiro, está todo mundo coeso ali, funcionando bem, aí o contrato do dentista acaba e ele vai embora, aí chega um dentista que nunca trabalhou na atenção básica, ele não sabe nada, veio de outro Estado totalmente diferente ou o enfermeiro também, ele já tem especialização, igual no meu caso tenho especialização em saúde da família, aí vem o enfermeiro que nunca trabalhou na saúde da família, veio do hospital e está aqui e começou do zero né, então eu acho que o vínculo é uma das coisas mais importantes. Como a gente não tem certeza do amanhã, eu estou aqui e quando falta um ano pro meu contrato acabar eu já estou buscando outra coisa né, eu já começo a distribuir currículo, procurar concurso público né, estudar, às vezes tira o foco um pouco né (G1).

Demanda tempo até colocar tudo em ordem, integrar-se a todas as ações, conhecer todos os funcionários, as necessidades da população, as características de cada região. Isso gera um atraso no desempenho da unidade e no desenvolvimento das atividades a serem realizadas, além de interferir na satisfação e na confiança dos funcionários e usuários.

O próprio planejamento do PMAQ-AB reconhece que, um dos desafios a serem superados é justamente a instabilidade das equipes e a elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe (BRASIL, 2012).

As condições desfavoráveis para o desempenho das funções, como a forma de contratação, que não gera estabilidade na função e que propicia ansiedade e insatisfação, além de alto índice de rotatividade dos profissionais, também contribui para a falta de vínculo com a comunidade. As precarizações da estrutura, dos equipamentos e do ambiente de trabalho das equipes de ESF, são elementos que podem impactar e gerar problemas na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, na qualidade do trabalho oferecido à população (RODRIGUES, 2014).

Cada comunidade, em especial no que se refere à saúde da família, faz parte de uma realidade diferente. A constante troca de profissionais faz com que não haja uma progressão contínua na qualidade dos serviços ofertados, além de não favorecer o envolvimento do servidor com o trabalho. Tendo como vínculo um contrato temporário de trabalho, o trabalhador não se sente estimulado para realizar uma atividade com dedicação total.

O trabalho de Vieira et al. (2004) confirma que existem muitos profissionais de saúde que reivindicaram a melhoria das condições de trabalho, estruturação e solidez do vínculo contratual de trabalho. Sem isso, há muita rotatividade dos profissionais.

Nesse sentido, pode-se citar os estudos de Rodrigues (2014) e de Zamprogno (2013) que convergem com essa ideia, pois apontam para a necessidade de se criarem unidades, conforme as normas das portarias vigentes, para que os trabalhadores da saúde tenham um ambiente propício para o desempenho de suas atividades, habilidades e competências. Por conseguinte, beneficiaria a população e o comprometimento dos profissionais com a comunidade.

O recurso do PMAQ-AB pode atuar diretamente na resolução desses impasses. Confirma essa afirmativa o trabalho de Lopes (2013), que relata exemplos de unidades que conseguiram se estruturar graças aos recursos provenientes do programa.

Foi apontado pelos participantes que é exigido o cumprimento das mesmas metas para todas as unidades de saúde, no entanto, a realidade vivenciada nas unidades é muito diferente. Não existe um dimensionamento do perfil de cada unidade, o que deveria ocorrer para que fosse exigido o cumprimento de metas que estejam de acordo com cada realidade.

- Solicitação de metas inadequadas para a realidade local:

A gente tenta atingir todas as metas, porém tem algumas que são quase impossíveis (G3).

Tem outros critérios que eu acho que deveriam descartar, por exemplo, tuberculose, como que eu vou fazer exame de tuberculose se eu não tenho sintomático na minha área e se eu não faço eu perdi a meta. Mas aí passou e aí eu vou ter que inventar então, começar a pedir pra todo mundo, pelo o que a gente entende é isso, porque se eu não tenho nenhum sintomático eu não tenho porque pedir, mas eles não entendem, a gente tem que cumprir a meta (G4).

Olha, a gente coloca para planejar quando o pessoal está vindo visitar, porque tem coisa que eles pedem, igual eu te falei né, não é funcional pra gente[...]eu acho assim, cada unidade tem um perfil, então eu vou me adequar ao meu perfil. E quando o PMAQ vem eu tenho que me adequar a um monte de coisa que eu não faço, que não é viável pra mim aqui, pra unidade, aí eu tenho que inventar que faço e começo a fazer (G6).

As formulações verticalizadas impõem determinados padrões de comportamento às unidades e aos profissionais que os obriga a cumprir metas, numericamente instituídas, mas isso não significa que é uma maneira de trazer melhorias para a população. O que se percebe é a “pacotificação de serviços” sem que se leve em consideração e nem se priorize a realidade de cada local (SANTOS; PENNA, 2015).

Importante ressaltar os dois modelos de implementação de políticas públicas, sendo o Modelo *top-down* (de cima para baixo) que é caracterizado pela separação entre a tomada de decisão e a implementação, e o Modelo *bottom-up* (de baixo para cima) que é caracterizado pela maior liberdade nos atores das políticas públicas em se auto-organizar e se adaptar à implementação, permitindo maior participação dos atores na implementação e na solução dos problemas durante a implementação (SABATIER, 1986; SECCHI, 2015).

Por meio da pesquisa a respeito do programa e dos relatos dos gestores, o PMAQ teve como base o modelo *top-down*. Secchi (2015) ressalta que a utilização desse modelo se concentra excessivamente nos atores (decisores) que elaboram a política e vem sendo combinada com o modelo *bottom-up* de análise, que se propõe basicamente a analisar a política pública a partir da ação de seus implementadores e os decisores e atores que se encontram na esfera ‘central’.

Cavalieri e Soares (2015) apontam que a análise do *bottom-up* demonstra a realidade de forma mais complexa do que a análise de *top-down*. Contudo, a conciliação de análises *top-down* com *bottom-up*, possibilita ter uma visão global da política e mais concreta, além de, contribuir na definição de soluções eficazes para

resolução dos problemas identificados em seu processo de implantação (CAVALIERI; SOARES, 2015). Então, a combinação das duas formas de análise permite melhor eficácia e adaptação da política pública por aqueles que deparam com os problemas práticos da implementação.

Acredita-se que a flexibilização dos protocolos, juntamente com o estímulo à autonomia das ESF, possam contribuir para práticas mais eficazes. A atual dinâmica protocolizadora, além de não ser resolutiva é “antimotivacional”, visto que muitos profissionais se sentem desmotivados em realizar funções que não fizeram parte da sua determinação (SANTOS; PENNA, 2015).

A pesquisa apontou que há uma discrepância muito grande entre o ideal, representado pelas exigências feitas pelo PMAQ-AB, e o real, que desponta das vivências e das dificuldades enfrentadas na rotina do trabalho.

- Excesso de exigências da Secretaria de Saúde:

[...] faz isso, faz aquilo, então assim, mas para a secretaria é difícil, porque eles recebem ordens também, então eu chego lá eles deságuam aqui, eu deságuo nos meninos e vai virando aquela...mas chega uma época perto de tirar férias né, a gente fica bem assim, nó, exausta, porque não tem uma coisa organizada, cai tudo sobre nós, tudo, tudo, aí desorienta a gente, você planeja, igual assim, eu fazia agenda antes, pregava ali fora toda semana, fazia bonitinho, quando eu chegava aqui hoje eu vou fazer isso, aí chega aqui tinha quinhentas confusão, aí menina eu peguei e rasquei tudo e falei que não vou fazer nada disso e o PMAQ pede, quer dizer eu vou fazer uma agenda fantasia e vou pregar ali fora, mas não é nada daquilo, como que eu vou fazer?! Se eu tenho que agradar o paciente, não o PMAQ que vem aqui uma vez por ano, então é difícil (G6).

Não priorizamos as metas, porque vem tantas metas de lá pra gente cumprir que não precisa da gente nem ter aquela meta, são várias metas (G9).

[...] como a gente ter tempo para discutir tudo aquilo em equipe, vai ficar um mês só em reunião para resolver, no meio de tantas coisas que a gente tem que cumprir né [...] (G11).

Os profissionais pesquisados disseram não conseguir cumprir todas as exigências feitas pelo programa, visto que muitas estão em desacordo com a realidade que se apresenta no cotidiano.

Para Ceccim (2005), faz parte do território da saúde não apenas o espaço físico ou geográfico, mas são também importantes as características do trabalho e da localidade.

- Dimensionamento de recursos e exigências inadequadas para diferentes vulnerabilidades:

[...] aqui no meu bairro a população é classe média-alta, a maioria das pessoas tem plano de saúde, fazem preventivo pelo plano, então, como que eu vou conseguir atingir minha meta de preventivo?! Vou obrigar a população a realizar os procedimentos na unidade?! (G8).

A diferença de vulnerabilidade e a realidade socioeconômica interferem no cumprimento das metas, principalmente por dois motivos: primeiro porque nas regiões que tem maior vulnerabilidade existe uma demanda maior da ESF para atender as necessidades daquela população; segundo, que na região de menor vulnerabilidade a população não necessita tanto do ESF e a unidade tem maior dificuldade em recrutar aquela população para fazer as atividades exigidas e cumprir as metas. O fato de ser uma sede construída nos moldes exigidos pelo MS, diferente de muitas unidades em Viçosa que funcionam em casas alugadas e adaptadas, também por residir em uma região de alta vulnerabilidade, gera muita demanda. Atrai muitos alunos residentes de medicina e estudantes de medicina e enfermagem para a unidade, o que acaba sobrecarregando o espaço da unidade e acaba interferindo nas atividades realizadas e no cumprimento das metas.

E um bairro igual esse aqui, aqui no bairro 99% utiliza da unidade, é bem diferente de outro que ela quase não bate meta porque o povo não precisa, o enfermeiro lá passa maior aperto, porque o povo lá não precisa, quase que a comunidade tem mais orientação que o próprio agente comunitário (G1).

A puericultura também, menor de dois anos, mas a gente faz menor de 5, porque a comunidade é carente então a gente dá um apoio maior (G3).

[...] aqui é um bairro que praticamente 100% utilizam, então sobrecarrega pra caramba e aqui como é uma unidade construída, padrão né, não é uma sede alugada, foi construída pra isso, então ela é referência pra UFV também, então a gente recebe muito aluno, hoje tem R1 e R2 de medicina, coisa que não tinha, residência 1 e residência 2, então o posto fica muito cheio (G8).

Foi citada pelos entrevistados uma dificuldade que diz respeito à visibilidade de determinadas unidades em detrimento de outras. Aponta que algumas não conseguem alcançar a meta devido à não utilização do serviço pela comunidade a que pertence. Por outro lado, foi citado que em comunidades mais carentes, onde praticamente todos utilizam os serviços, é mais fácil atingir as metas. Além disso, unidades maiores com sedes próprias tendem a receber mais residentes e alunos do que outras.

- Mau uso do instrumento de avaliação - preparo das unidades apenas para as próximas visitas de fiscalização:

Uma das justificativas para isso é que muitas determinações não são viáveis e adequadas ao perfil da unidade. Outro fator é a não disponibilização do relatório da avaliação do PMAQ referente ao ciclo anterior.

É igual quando a gente vai estudar pra prova, a gente já sabe que tem que aprender aquela matéria, mas quando chega na véspera da prova a gente dá uma desesperada assim, estuda mais (G2).

[...] e a gente percebeu assim que muita coisa foi preparada naquele momento pra que fosse encontrado mais ou menos de acordo com o que era exigido, não teve uma preparação de tudo. Muita coisa assim, a gente viu que não tinha condições de fazer a tempo de aquilo acontecer, então cada um de acordo com as possibilidades foi adequando, muita coisa a Gestão, depende muito da Gestão, e muita coisa depende da nossa atuação aqui né, da organização da unidade e de encontrar alguns documentos que eles pedem né (G5).

A verdade é que desde a primeira avaliação que o PMAQ fez a gente tenta trabalhar em cima deles né, mas quando tem a fiscalização a gente intensifica mais, olha melhor (G7).

Quando aplicada muito próximo à visita da equipe de avaliação externa, a AMAQ parece ser utilizada apenas como uma preparação para essa visita e não como processo autoavaliativo e disparador de melhorias na Atenção Básica. Entretanto, as mudanças proporcionadas pelo programa são positivas quando se revelam benefícios duradouros e efetivos para as unidades, melhorando as condições de trabalho das equipes e da assistência prestada à população (SAMPAIO et al., 2016).

Entretanto, como se pode observar nos relatos dos entrevistados e na pesquisa de Sampaio et al. (2016), parece que existiram mudanças apenas superficiais, pontuais, que não tinham impacto duradouro no processo de trabalho dos profissionais, nem traziam benefícios para a comunidade, tendo o possível intuito de apenas “maquiar” a realidade.

Sobre a visita de fiscalização, 33,3% dos entrevistados não participaram de nenhuma visita de fiscalização do PMAQ-AB. Isso reforça que houve muita rotatividade de profissionais, gerando uma descontinuidade do trabalho realizado e da preparação da unidade para se adequar às exigências do programa.

Foi apontado pelos participantes da pesquisa que, frente à rotina intensa de atividades, muitos deixam de realizar o trabalho de acordo com o que é pré-

estabelecido. No entanto, pressionados pela fiscalização a que são submetidos pelo programa, procuram, quando próximos de um evento, retomar os procedimentos que são cobrados.

O Estado e a União que solicitam os resultados por quadrimestre, por exemplo, a regional de saúde já informa para a gente [...] (G1).

Não existe uma periodicidade. Quem faz as atualizações das metas são a Secretaria de Saúde e o PMAQ. A secretaria faz a reunião e passa informações para a gente e a gente chega na unidade e faz uma reunião com a equipe e faz o repasse das informações e atualizações (G3).

A atualização dessas metas acontece quando a Secretaria e o PMAQ fazem alterações. Não existe uma atualização e uma periodicidade por conta da unidade (G5).

Há relatos que afirmam que as metas são trabalhadas de formas diferentes, algumas são trabalhadas anualmente e outras mensalmente e quadrimestralmente. A periodicidade varia de acordo com a cobrança e exigência da meta.

[...] tem o bolsa família, por exemplo, é uma meta que a gente acaba que nos 4 meses trabalha ela, a gente tem quase que buscar o paciente na casa dele(G1).

[...] a gente faz reuniões com os agentes e fala 'gente, gente, cadê as mulheres pra fazer exames citopatológicos?'...aí naquele mês bomba né, porque já está tudo fresquinho, já saí daqui e já avisa a dona Maria. Aí no outro mês o exame já caiu de novo, aí tem que ficar sempre cobrando muito (G4).

De acordo com o apontado na pesquisa, não há previsão de atualização das metas. Por outro lado, há uma periodicidade na informação dos resultados. Ter um prazo determinado para o alcance das metas pode facilitar a organização e a priorização do que deve ser alcançado.

Se o trabalho do gestor situa-se em um campo de embates políticos, de conflitos de interesses e objetivos tanto para o nível federal quanto para os estados e municípios, o desafio de estar sempre intermediando limites e possibilidades na construção de metas para garantir os direitos sociais, é uma das competências importantes para diagnosticar situações problemáticas, caracterizando-se como a liderança que busca recursos e soluções (AMARAL, 2006; OLIVEIRA; 2010; BERGUE, 2011).

Como as subcategorias Planejamento e Metas exigidas pelo PMAQ-AB e a Atualização das Metas estão relacionadas e expõem muitas questões para

discussão, e ainda, com o intuito de facilitar o entendimento e ajudar na associação dos temas, apresenta-se o resumo dos principais pontos discutidos (Quadro 8)

Quadro 8- Resumo dos principais pontos discutidos nos itens 5.2.1 e 5.2.2.

Planejamento e metas exigidas pelo PMAQ-AB na Unidade de Saúde e Atualização das metas	- Demora na resolução do problema devido a burocracia
	- Falta de profissionais
	- Falta de estrutura, materiais e profissionais
	- Alta rotatividade de profissionais
	- Solicitação de metas inadequadas para a realidade local
	- Dimensionamento de recursos e exigências inadequadas para diferentes vulnerabilidades
	- Mau uso do instrumento de avaliação

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

O Quadro 8 mostra os principais problemas apresentados nos itens 5.2.1 e 5.2.2, que interferem no cumprimento das metas exigidas e na criação de novas metas. Todos os fatores listados no quadro interferem nessa situação, como também, a gestão inadequada ou a falta de gestão por parte dos enfermeiros gerentes da unidade.

5.2.3 Utilização de Indicadores para Planejamento

Com relação à subcategoria “utilização dos indicadores” para definir o planejamento, 66,6% dos entrevistados afirmaram utilizá-los para realizar o planejamento. Os indicadores utilizados são referentes às metas cobradas pelo Ministério da Saúde e não utilizam os resultados de outros indicadores. Afirmam ser um importante componente para nortear e organizar o planejamento. O próprio sistema eletrônico, o e-SUS, gera esses indicadores e os mesmos são solicitados no relatório de produtividade exigido pela Secretaria de Saúde quadrienalmente. Os demais (33,3%) não utilizam os resultados dos indicadores para o planejamento, por não terem tempo; por sobrecarga de trabalho; por ainda estarem estruturando a unidade; por não saberem utilizar o sistema e-SUS; por perderem muito tempo ensinando profissionais novatos, porque a troca de profissionais na equipe é recorrente; e porque faz tempo que o PMAQ-AB não faz a visita, sendo deles a exigência, então não utilizam.

Além dos indicadores, o comportamento das pessoas que fazem parte da comunidade indica o tipo de trabalho que deve ser realizado para que as metas sejam alcançadas. A pesquisa aponta que, muitas vezes, as pessoas precisam ser lembradas e a sua adesão tem que ser estimulada com o resgate da importância dos cuidados e da prevenção para a saúde.

Então, eu e as meninas íamos começar isso agora, porque na época que eu vim estava começando a fazer, só que aí teve um monte de mudanças, profissional que venceu o contrato, os novos que entram, então todo o mês querendo ou não você tem que renovar com todo mundo, você tem que conversar com todo mundo de novo sobre os indicadores, mas o problema maior é, por exemplo, agora passou tudo ser eletrônico, a gente não utiliza mais prontuário de papel[...]então é mais um serviço pra gente né, mas a gente está tentando ver se a gente consegue fazer esses indicadores agora, porque é muito difícil e sem profissional agora é a coisa mais difícil que tem (G4).

Então, tem bastante tempo que eu não uso, eu sei que tem mesmo os indicadores, só que igual eu te falei, a gente planejou receber o PMAQ ano passado, tem hora que eu acredito que não vai ter fiscalização, até porque não tem verba para poder mandar... Mas eu acho importante, eu acho que através disso também fiscaliza o trabalho, norteia também onde que estão os problemas, os erros... (G7).

Usamos desses indicadores para o nosso planejamento, lógico. Porque o PMAQ assim, ele não veio só para passar, fazer a fiscalização e ir embora, eu sempre procuro trabalhar em cima dos indicadores deles para mim sempre estar atendendo a realidade que é preconizada, entendeu?! (G8).

Verificou-se que alguns entrevistados indicaram dificuldade de acompanhar os indicadores, apesar de reconhecerem que são importantes para orientar o trabalho, fornecendo uma base para saber o que deve continuar e o que deve ser mudado. Além disso, existe uma insegurança quanto à realização da fiscalização, devido a sua irregularidade e à necessidade de um investimento para que ocorra.

5.2.4 Controle de Registro de Evidências para Planejamento

Na subcategoria registro de evidências ou ocorrências, constatou-se que 66,6% utilizam tais registros e empregam essas evidências no planejamento; acreditam que seja uma maneira de acompanhar e controlar as atividades realizadas e auxiliar no planejamento; usam as reclamações e sugestões dos usuários e algum registro de atividade que chame atenção e seja considerado importante para a discussão em reunião.

Principalmente assim, porque isso tudo inicia do enfermeiro né, então como a gente tem muitas responsabilidades, principalmente essa parte burocrática é muito grande, então tem que ter esse *check list* mesmo para que a gente consiga ir acompanhando e ter o controle de tudo (G2).

A princípio não, eu cheguei e não vi, minha antecessora acho que não usava não, eu não achei na verdade (G3).

São utilizados, alguns são utilizados no planejamento outros não, varia de acordo com as ocorrências. Os que utilizamos mais é se tiver alguma reclamação do usuário (G4).

O registro de evidências ou ocorrências, associado ao controle e uso destes, não apenas como estatística, mas visto também como dispositivos que possibilitam análise e conhecimento da realidade, é um instrumento importante para acompanhar e subsidiar as ações a serem planejadas na unidade, pois permite visualizar os pontos que precisam ser trabalhados e melhorados para que as atividades realizadas sejam mais efetivas. Para melhor compreensão criou-se a Figura 9 para exemplificar um modelo de registro de evidências ou ocorrências. Esse modelo pode ser usado para controle da mortalidade infantil, acidentes de trabalho, doenças crônicas, doenças causadas por falta de saneamento básico, material danificado, perda de medicamentos, medicamentos vencidos, entre outros.

Figura 9 – Exemplo de registro de evidências ou ocorrências

LISTA DE PROBLEMAS					
Período de registro	Data da anotação	Problemas crônicos e Fatores de risco	Problemas agudos	Recorrência	Comentários/ Observações

Fonte: Adaptada pela autora (2017).

Esse esquema permite acompanhar e ter um panorama da situação, saber quais os problemas precisam de maior atenção e intervenção, quais as possíveis causas que podem estar relacionadas com o problema, como sanar o problema, evitar a recorrência, desperdício ou amenizar o caso.

Importante ressaltar os autores Karyotakis e Moustakis (2014) quando apontam aspectos que dificultam a implementação de programas de qualidade na Administração Pública, como o excesso de burocracia; a dificuldade em tratar o

cidadão como cliente; a corrupção; a arbitrariedade do governo; e os atrasos nos procedimentos governamentais. Portanto, a melhoria da qualidade nos programas requer um esforço mútuo por parte de todos os envolvidos trabalhadores, ou seja: aceitar um modelo de gestão baseado no respeito, boa comunicação entre as partes com compromisso.

No mesmo sentido, Barton e Ambrosini (2013) asseveram que a complexidade da burocracia é analisada de forma não homogênea. Normalmente, separam-se as estruturas decisórias da elite política (alto escalão), os burocratas ao nível da rua, que são responsáveis pela implementação das políticas, e entre os dois níveis encontram-se o escalão intermediário, aqueles que não são altos líderes nem muito subalternos, o que pode provocar conflitos.

Denhardt (2012) complementa que teorias não existem separadas da prática e para se chegar a uma teoria da organização pública é necessário definir o campo de atuação com características das teorias democráticas, cujos enfoques são a liberdade, justiça e igualdade, ao contrário das teorias organizacionais que estão interessadas em questões como poder e autoridade, liderança e motivação, e a dinâmica de grupo em ação.

5.2.5 Recursos Provenientes do PMAQ-AB

A subcategoria recursos provenientes do PMAQ-AB, demonstrou que ninguém soube informar com clareza quais foram os gastos com o recurso. Isso não foi informado para as unidades, mesmo que esse recurso seja resultado do trabalho deles. Essa situação tem impactado diretamente na adesão dos profissionais ao programa e na credibilidade que dão ao PMAQ. Como os empregados têm que se adaptar ao programa, consideram essas exigências como uma tarefa a mais, no esforço de se organizarem e de mobilizarem toda a equipe. Então, é no mínimo justo saberem como o recurso está sendo gasto, uma vez que o dinheiro é proveniente da dedicação e do serviço deles.

As utilizações do recurso que souberam informar foram os bônus salariais/anual, sendo mil reais de gratificação para cada profissional da unidade no primeiro ano e no segundo ano quinhentos reais para cada, mas há dois anos esse bônus salarial não é oferecido. Também relataram que foi investido na reforma da unidade, em materiais e equipamentos, e placas de identificação, mas que a maior

parte do dinheiro não se sabe em que foi investido. E que alguns desses investimentos não se sabe se foram do recurso do PMAQ-AB ou outro recurso. Houve muitas demonstrações de frustração por não saberem como foi investido esse recurso e desmotivação em continuar cumprindo as exigências do PMAQ-AB. Alguns relataram ver diferença e melhoria com a implementação do Programa, ainda que seja pequena, coisas que auxiliaram no cumprimento das exigências. Como exemplificado na fala a seguir:

Reformou, pintou, trocou o telhado que tinha muito vazamento, os computadores são novos, impressoras novas [...] questão de internet também a gente comprou o serviço né, a gente paga esse serviço, porque agora é o e-SUS né, antes era tudo na planilha no pauzinho, hoje é tudo sistema, então esse dinheiro foi até bem aplicado né. Isso foi iniciado pelo departamento de rede de atenção à saúde que junto com a coordenação, falo o que precisa né, mas quem que monta esse trabalho todo tem que solicitar uma empresa para comprar. Parte daqui as solicitações de melhorias [...] (G1).

Contribuiu para atingir as exigências, vou te dar um exemplo, hoje praticamente todos os consultórios tem computadores, odontologia tem, enfermagem tem, medicina tem, a sala de vacina tem, aqui hoje tem sala de vacina que antes não tinha, instalação de internet, a impressora que está interligada que atende toda a rede, reforma da Unidade, então assim, teve sim grande melhorias, mas eu não sei te informar a origem da verba, mas que contribuiu sim para o desempenho melhor do trabalho. Temos dificuldades?! Sim, várias, mas você perguntou se teve melhorias, teve, eu estaria mentindo se falasse que não teve e teve várias (G8).

O investimento da receita deve ser feito de forma transparente, o que se torna um estímulo. Se realizado conforme o relatado, promoverá o contrário, uma vez que se frustram expectativas e o que antes foi um diferencial vantajoso, pode tornar-se um motivo para desmotivação.

É importante ressaltar que o PMAQ é uma ferramenta importante para a gestão dos recursos destinados à saúde e tem auxiliado para a melhoria, como por exemplo, na implantação da comissão de gerenciamento de risco, padronização da assistência de enfermagem, controles no setor de regulação, encaminhamento para especialidades o que reduz filas, controles inseridos na coleta de exames laboratoriais, organização do processo de trabalho, garantindo a gestão da qualidade, e conseqüentemente, melhorando o desempenho dos indicadores de saúde (CHIMARA; SILVA, 2014).

Uma das dificuldades identificadas é em relação ao repasse financeiro do programa. O intuito do Ministério da Saúde com esse recurso é subsidiar as gestões

municipais na concretização dos compromissos firmados para investir no melhoramento da Atenção Básica. Já no momento da adesão ao PMAQ-AB, o Ministério da Saúde fornece um incentivo financeiro inicial de 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, sendo este o primeiro estímulo para o desenvolvimento de ações de melhoria em nível local (SAMPAIO et al., 2016).

A gente não utiliza o recurso do PMAQ. Essa é a questão delicada, que o dinheiro do PMAQ, o recurso, ele vem para o Município, das primeiras vezes que teve as avaliações, duas vezes foi repassado pra equipe esse valor de incentivo para o profissional, para o funcionário, mas os funcionários da equipe, nós no geral, nós cobramos muito essa questão de ser uma coisa mais transparente com o que que é utilizado esse dinheiro [...]é muito cobrado dos funcionários e quando vamos exigir 'ah a gente precisa fazer isso porque é exigência do PMAQ 'Ah mas nós vamos receber?' [...] essa questão é muito delicada nesse sentido, da gente saber que se é cobrado para cumprir a meta, que o dinheiro vem, mas ele não é investido na unidade que você trabalha, então muita coisa não vem realmente (G2).

Não foi utilizado nada, o PMAQ a primeira vez que veio nós recebemos 1000 reais cada um daqui e depois 500 reais, anual, e depois não recebemos mais nada, aí não gastou com a gente também, não fez nada não (G6).

Diante das afirmativas novos questionamentos surgem, pois se o recurso é referente ao desempenho de cada unidade e cada desempenho ganha uma determinada quantia, os funcionários deveriam receber valores diferenciados. Mas, independentemente da nota individual de cada unidade, todos os funcionários de todas as unidades obtiveram a mesma gratificação. Se as unidades tiveram notas diferentes por que isso ocorreu? Além disso, a unidade não ganhou o bônus referente à sua nota, que era de direito e que era o objetivo do PMAQ-AB. Vale ressaltar que, apesar do dinheiro proveniente do PMAQ-AB ir para o fundo municipal, é possível identificar qual o valor destinado a cada Unidade.

A desmotivação em relação ao programa, ao esforço para atender às solicitações exigidas aparecem nas falas dos entrevistados, pois o valor destinado a cada unidade não é devidamente repassado e os profissionais se sentem injustiçados. Se o valor é igual para todos, qual o estímulo para a equipe que se dedicou mais e ganhou nota melhor? A equipe que demonstrou maior interesse e empenho para cumprir as exigências não se sente plenamente reconhecida e tende a diminuir o esforço, já que não ganhou nada a mais que os outros que tiveram nota inferior.

Verificou-se essa realidade também no estudo de Sampaio et al. (2016), onde as equipes da Atenção Básica não se sentiram envolvidas no processo, especialmente por não terem participado efetivamente do momento de contratualização. Tais fragilidades demonstram que é preciso haver diálogo entre gestor municipal e os profissionais de saúde em todas as etapas do programa.

O gasto com esse recurso deveria ser informado para as unidades a fim de se sentirem integradas e efetivamente ser um incentivo para a equipe seguir as recomendações e exigências do PMAQ-AB. O sentimento das equipes é que se dedicam muito e não têm o retorno adequado. A sensação de injustiça é decorrente da falta de conhecimento de como foi gasto o dinheiro. Nas entrevistas, foi muito enfatizada a questão dos recursos e de que o objetivo do programa é incentivar a melhoria e o desempenho através do benefício financeiro. Mas como o gasto não é informado, o programa está perdendo credibilidade e não tem estimulado os profissionais a se dedicarem às exigências e sugestões do PMAQ-AB. Além disso, os servidores reivindicam o direito, junto à Secretaria, de elencarem como investir esse dinheiro, já que o recurso é proveniente do trabalho que eles executam.

O fato dos profissionais que atuam nas unidades de ESF não se sentirem integrados ao processo de planejamento que afeta diretamente a sua motivação, acham que são apenas ordens, que algumas metas não fazem sentido, eles conhecem a realidade que lidam diariamente e o conhecimento a esse respeito está desperdiçado. Se os coordenadores(as) fossem consultados(as), provavelmente poderiam abordar metas e atendimentos que atingissem realmente as necessidades daquela população e não ficassem presos às metas inflexíveis, e que muitas vezes não são voltadas para aquela realidade. O G4 disse: “Então, o recurso dele isso é parte da secretaria, a gente não sabe mesmo”.

O fato de muitas unidades funcionarem em casas alugadas acaba prejudicando muito a unidade, tanto na avaliação do PMAQ-AB que perde muitos pontos por não ter uma estrutura adequada, quanto na aplicação do recurso proveniente do PMAQ-AB, pois não se pode reformar ou construir em uma casa alugada. Então a utilização dos recursos é limitada e continuarão perdendo pontos na avaliação do PMAQ-AB, mesmo com a chegada de mais recurso. As unidades, que possuem uma estrutura própria para funcionarem, relatam terem mais contribuições com o recurso, que as melhorias auxiliaram no cumprimento das metas.

Na unidade não houve melhorias com o recurso do PMAQ. Até 2015 anualmente havia bônus no salário para cada funcionário. Mas isso foi cortado e não sei em que o recurso do PMAQ é investido. Não sei se aqui não houve mudança por ser uma casa alugada e por isso não se pode construir. Sei que tem unidade que foi reformada, mas também não se sabe se é pelo recurso do PMAQ (G5).

Assim, houve a reforma, mas eu não sei te falar a origem do financeiro, da reforma, se foi PMAQ ou se não foi [...]parte do dinheiro veio para bonificação, agora a outra parte, teve melhorias teve, teve aquisições de várias situações aqui, mas eu não sei te falar a origem da verba, se foi PMAQ, se não foi, se foi outra verba [...] (G8).

Outra questão abordada sobre o recurso do PMAQ-AB é por ser um tema que gera muita discussão e resistência dos profissionais, principalmente pela questão do recurso oferecido e se ele chegará mesmo. Caso não seja certa a visita ou o bônus salarial no mesmo valor do primeiro ciclo, alguns profissionais demonstram resistência em colaborar e realizar as atividades solicitadas. O G2 disse: “o PMAQ em si é uma questão bem delicada dentro da equipe, existe certa resistência de algumas pessoas principalmente por causa do recurso”.

Os profissionais envolvidos no programa devem saber onde são investidos os recursos destinados às unidades de saúde para serem aplicados em estrutura e pessoal, uma vez que esses recursos servem como estímulo à adesão dos profissionais, eles devem ser aplicados. No entanto, os relatos apontam que não há segurança de que haverá a correta aplicação desses recursos. Percebe-se que não apenas a gratificação é um estímulo para os profissionais, também os investimentos na própria estrutura de trabalho podem ser um estímulo.

Em resumo, os entrevistados alegaram que houve algumas melhorias após a implementação do programa. Porém, não sabem informar o quanto do dinheiro que o município recebeu foi gasto, como foi investido, e se de fato as melhorias foram provenientes do recurso do programa ou de outras fontes.

5.2.6 Recursos Materiais e Equipamentos

A subcategoria “recursos materiais e equipamentos” revela que 100% dos entrevistados alegam existir falta de materiais, algumas vezes materiais básicos para se trabalhar (seringas, algodão, luvas, agulha, papel, caneta, máscara, lâmina de vidro), bem como a demora no conserto de equipamentos, são fatores que interferem no cumprimento das metas exigidas. Relatam que a Secretaria de Saúde

costuma dar mais atenção às questões materiais e de equipamentos, quando está próxima a visita do PMAQ-AB.

Existe uma previsão dos materiais feita anualmente e sempre que necessário podem solicitar os materiais e os equipamentos, porém não houve nenhum relato de serem prontamente atendidos em tudo que foi requisitado. A priorização acontece de acordo com a urgência dos materiais e equipamentos, dos mais utilizados e dos que estão em menor quantidade. Pelos relatos, a disponibilização de materiais e equipamentos não acontece de forma igualitária entre as unidades, há algumas que relatam estarem faltando materiais, mas o básico sempre tem, outras afirmam que faltam material básico (sabonete, toalha, álcool 70%, gaze, luva) há meses. Essa disparidade de procedimentos de abastecimento faz com que as unidades que não recebem o material fiquem em desvantagem em relação às que recebem, pois isso impacta diretamente na qualidade do atendimento e no cumprimento das metas.

Os problemas expostos corroboram com o entendimento de que a falta de materiais e equipamentos é resultado da burocracia para comprar e solicitar a manutenção dos equipamentos; a rotatividade de profissionais que leva à descontinuidade do serviço, pois toda vez que troca o(a) coordenador(a) dos ESF, que é responsável por fazer essa solicitação de materiais e equipamentos, ele precisa de tempo para conhecer a realidade, suas necessidades e o seu funcionamento, levando mais tempo para atender às necessidades das unidades; e, ainda a desorganização e a má gestão da prefeitura e do gestor municipal.

Os profissionais alegam ser necessário comprar os materiais para conseguir realizar o trabalho na unidade, até porque existe uma grande cobrança no cumprimento das metas, querem saber dos números e não de como está funcionando o serviço na unidade. Logo, os(as) coordenadores(as) das unidades se sentem na obrigação de cumprir as metas de qualquer maneira, mesmo sem suporte da Prefeitura, como pode ser observado na fala a seguir:

Tudo que é solicitado não é atendido, e lógico que atrapalha no cumprimento das exigências. Aí vem o que eu estava te falando, a responsabilidade da gestão, manutenção de equipamento, solicitação de materiais, o processo é lento. O processo de solicitação de matérias e equipamentos não é um processo organizado na prefeitura de Viçosa, é uma falha muito grande, não tem processo de trabalho qualificado, organizado, preventivo em relação a recursos materiais, essa é a mais pura verdade. E atrapalha muito a nossa rotina, porque você depende de material para fazer as atividades e se não tem material não tem como fazer.

E cobram tá? Cobrar eles cobram e cobram muito, a gente é responsabilizada por tudo (G12).

Isso instiga a levantar questionamentos: qual a qualidade dos atendimentos e das atividades realizadas? Existe adulteração de dados e informações? Diante disso, pode-se dizer que a dinâmica da gestão na ESF tem sido ineficiente, a gestão em si tem sido pouco exercitada. O gestor não está cumprindo o papel de gerir os recursos humanos e materiais para que o serviço oferecido seja realizado com qualidade. Questão extremamente preocupante quando se pensa em otimizar a qualidade da Atenção Básica.

Os profissionais da saúde convivem com situações consideradas problemáticas, muitas vezes para conseguirem trabalhar precisam utilizar da prática do improvisado. Situações suscetíveis a conflitos internos, pois o atendimento que presumem desempenhar é distinto daquele que conseguem executar. Mostrando-se vulneráveis a conflitos de valores e a queda da qualidade do seu trabalho (CARDOSO, 2015).

Pode se identificar essa realidade em Melo (2014), que demonstra que as condições de trabalho de muitos profissionais da saúde estavam bem precárias, devido à falta de insumos básicos para realização de procedimentos, falta de materiais de escritório, estrutura física das unidades sucateadas. Além do descrédito do profissional em relação ao programa (MELO, 2014).

Não, porque isso é uma questão mais da gestão né, a gestão quando ela vai passar por uma nova licitação, por uma nova compra de materiais, ela muitas vezes é feita essa pesquisa nas unidades o que não tem, o que que está precisando[...]. Então assim, nem sempre o que a gente precisa vem a tempo de ser disponibilizado e utilizado para aquela atividade afim, depende muito da gestão. A questão da licitação demora muito e tem essa dificuldade também da troca das pessoas da gestão, tem uma rotatividade muito grande. Então às vezes até quem está lá entender essa necessidade e faz a solicitação, ai troca, ai entra outra pessoa, até que tome conhecimento de tudo, então às vezes chega uma pessoa nova lá e perguntam 'ah você vai pagar PMAQ?' ai até a pessoa entender do que se trata (G2).

[...] agora que nós vamos receber, no fim de abril, tem mais de um ano que não vem nada, não tem esparadrapo, o paciente que tem que comprar. Aqui para a unidade eu que compro, agora dependendo tem que comprar, então é bem complicado. Assim, faltou planejamento, desde a antiga gestão, então quando planeja aí a gente pede mensal, semanal, do jeito que você precisar quando tem, pode pedir toda semana, eles não têm restrição, o negócio que deixaram meio que passar batido. Isso atrapalha (G6).

A falta de materiais básicos para a realização do trabalho mencionada pelos participantes da pesquisa torna difícil o cumprimento das metas. Isso ocorre devido a vários fatores também mencionados, como a constante troca das pessoas responsáveis pela aquisição de materiais e o não atendimento das solicitações feitas. Também foi apontado na pesquisa que, mesmo sem os recursos necessários, as cobranças são feitas, não são levadas em consideração as dificuldades advindas do não fornecimento das condições básicas para a realização do trabalho. Além disso, a manutenção de equipamentos, segundo o apontado pelos participantes, leva muito tempo a ocorrer, o que também dificulta a prestação dos serviços.

Os estudos de Benderet al. (2016) e Vieira et al. (2004) também comprovam a afirmativa de que muitos profissionais da saúde que trabalham na Atenção Básica estão exercendo suas funções sob condições de trabalho precárias. A ausência de materiais básicos, a falta de equipamentos de proteção individual e de suporte para a visita domiciliar, são fatores que prejudicam o desempenho das suas atividades.

5.3 Categoria 2: Indicadores Avaliados

5.3.1 Medição, Monitoramento e Coleta de Indicadores

Sobre a subcategoria “medição, monitoramento e coleta de indicadores”, 58,3% das unidades medem, coletam e monitoram os indicadores através do e-SUS³. O relatório que tem que ser entregue à Secretaria de Saúde quadrienalmente, deve conter os indicadores das metas exigidas pelo Ministério da Saúde e pelo PMAQ-AB. Existe uma preocupação em melhorar esses indicadores, até porque isso é cobrado das unidades pela Secretaria. As unidades que não estabelecem esse plano de medição, monitoramento e coleta de indicadores (41,6%) dizem não ter tempo ou que ainda estão em fase de estruturação da unidade.

Como mencionado, o e-SUS permite visualizar e acompanhar os indicadores de saúde. O sistema do Departamento de Atenção Básica (DAB) ainda não disponibiliza o acesso ao sistema do e-SUS para quem não é gestor. Então, para se

³e-SUS: é o novo sistema de informação da AB que substitui o SIAB. Por meio do e-SUS, a rede de serviço que compõe a AB alimentará o Sistema de Informação em Saúde. Esse sistema busca reestruturar e integrar as informações da AB em nível nacional. O objetivo é reduzir a carga de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação na AB.

ter uma ideia de como seria a apresentação dos indicadores, foi retratado na Figura 10 um modelo exemplificando.

Figura 10 – Exemplo de demonstração dos indicadores.

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Percentual de cobertura do PSF	6,31	10,10	13,94	16,88	19,22	21,10	24,32	26,00	27,68	27,96
Consultas Médicas básicas por habitante	1,52	1,60	1,67	1,67	1,65	1,66	1,64	1,62	1,73	1,70
Percentual de parto cesáreo	47,57	48,64	49,71	50,60	52,32	53,78	54,60	55,24	56,65	57,54
Razão de exame citopatológico de colo uterino	0,03	0,03	0,03	0,02	0,01	0,00	0,16	0,14	0,17	0,17
Porcentagem de nascidos vivos com sete ou + consultas de pré-natal	53,79	58,13	62,76	66,42	71,04	73,39	73,76	74,67	76,09	76,06
Percentual de cura de TBC	72,10	74,33	75,94	78,77	79,60	76,54	79,42	78,02	79,58	77,88
Percentual de ICSAB	18,41	18,72	18,63	19,37	19,03	18,37	18,05	17,43	15,95	16,06
Coef. de internação por AVC (30 a 59 anos)	7,17	7,24	7,32	7,20	7,04	6,98	6,37	6,00	5,79	6,22
Coef. de internação por diabetes	7,57	7,38	6,92	6,32	6,19	5,85	5,41	5,18	5,45	5,55
Coef. de mortalidade infantil	16,97	16,07	15,04	14,85	14,25	13,44	13,28	13,07	12,56	12,48
Coef. de mortalidade neonatal	11,45	10,92	10,45	10,06	9,75	9,19	9,01	8,87	8,59	8,68
Coef. de mortalidade pós-neonatal	5,53	5,15	4,59	4,79	4,50	4,26	4,27	4,20	3,97	3,81
Coef. de mortalidade por câncer de colo uterino	4,82	4,58	4,08	4,12	4,12	3,89	3,74	3,78	3,84	3,87
Coef. de mortalidade por DAC (30 a 59 anos)	129,00	123,25	118,84	120,95	119,38	111,05	111,29	102,38	102,45	99,94

Fonte: SALAS; MENDES (2011).

Uma das tarefas a que se propôs o PMAQ-AB foi a de implementar os processos de avaliação e monitoramento da Atenção Básica. Os indicadores focam, sobretudo, questões relacionadas às ações de promoção e controle de saúde decorrentes do contato com os serviços de APS.

5.3.2 Reavaliação dos Indicadores

Dando seguimento ao assunto e entrando na subcategoria “reavaliação dos indicadores”, 58,3% afirmaram trabalhar com indicadores. A reavaliação dos indicadores acontecia após a entrega do relatório à Secretaria de Saúde, em que era possível ter um panorama geral da produtividade da unidade e que era discutido e avaliado com a Secretaria de Saúde. Posteriormente, era feita a reavaliação dos indicadores. Consequentemente, não se utilizavam todos os indicadores, mas apenas aqueles que eram exigidos pela Secretaria.

Os indicadores utilizados, coletados e monitorados são os exigidos pelo Ministério da Saúde e PMAQ, não sei todos os indicadores utilizados de cabeça. A cada 4 meses é repassado para a Secretaria de Saúde a produtividade da unidade, por esse relatório é possível monitorar esses indicadores e fazer um replanejamento caso necessário. E sempre que a avaliação do PMAQ vem, nós nos organizamos e avaliamos o que precisamos trabalhar para cumprir as exigências (G5).

Não, não tem jeito, não tem tempo pra isso (G9).

Esses indicadores são utilizados para o planejamento, na verdade, eu não vou mentir para você, é meio que por alto, mas a gente procura fazer. É aquilo que eu te falei, o acesso aqui é tão grande, o movimento é muito grande, às vezes a gente se perde um pouco, e nós estamos no período de adaptação dessa agenda nova (G10).

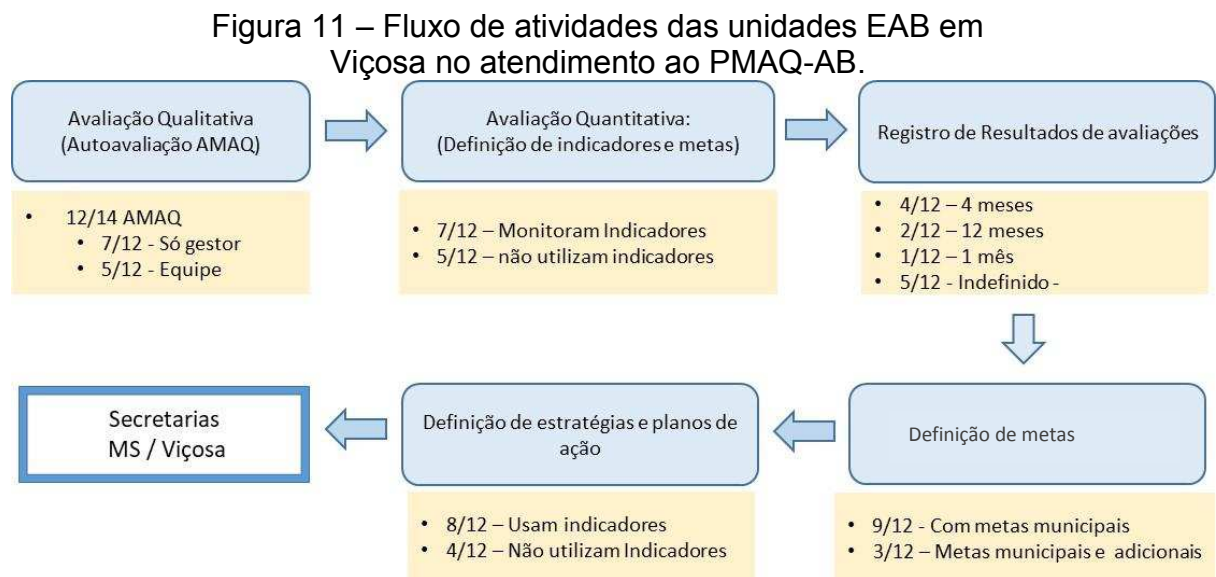
Um número significativo de entrevistados apontou não ter tempo para trabalhar com os indicadores, isso demonstra que essa prática não está incorporada nas ações do gestor. Os possíveis motivos que podem estar relacionados para não exercerem essa prática são: sobrecarga de trabalho, má gestão, dificuldade em acessar o sistema do e-SUS, ou mesmo interpretar as causas que interferem nos indicadores, entre outros. São informações apontadas em outros momentos da pesquisa. É importante relacionar esses dados aos de outras questões levantadas, pois esta informação pode determinar a fidelidade dos dados com a realidade vivenciada.

Uma ferramenta muito importante para avaliar é o indicador de desempenho, com o fato de simplificar uma realidade complexa, que auxilia na tomada de decisões, tendo como característica a incapacidade de responder perfeitamente a todas as questões formuladas em todas as circunstâncias. Todo e qualquer trabalho de gestão necessita do estabelecimento e da análise de indicadores, principalmente para verificar se cada processo alcançou os resultados anteriormente estabelecidos – objetivos e metas -, mas também se cada uma das atividades do processo alcançou os resultados esperados. Correlacionado às abordagens do PMAQ e ao perfil de competência do gestor da ESF, utilizá-los é o caminho indicado como medidas de desempenho (MINTZBERG, 1973; AMARAL, 2006; BARRA, 2013).

A sobrecarga de atividades também é verificada no estudo de Cardoso (2015). A autora assegura que essa situação contribui para o desgaste do profissional, pois sofrem pressões para alcance de metas, incorporações frequentes de novas obrigações além das obrigações antigas (CARDOSO, 2015).

A avaliação é uma forma de intervir formalmente e determinar quais recursos e participantes são necessários para atingir a finalidade explícita: o aperfeiçoamento das decisões. Essa definição não se limita a fornecer informações sobre uma intervenção, mas consiste também em emitir um juízo ou julgamento sobre esta, influenciando positivamente nas decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2011).

A Figura 11 ilustra sinteticamente o fluxo de atividades das unidades EAB em Viçosa, assim como as características decorrentes, no atendimento ao PMAQ-AB.



Em resumo, a maioria dos gestores baseia suas ações na Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), instrumento que mostra a autoavaliação de todos os membros da equipe. Não obstante, essa autoavaliação nem sempre é repassada para todos os membros. O AMAQ oferece subsídios para o monitoramento dos indicadores. No monitoramento dos indicadores, não existe um prazo definido para reavaliar as metas estabelecidas. Utilizam-se das metas estabelecidas pela Secretaria Municipal e realizam o plano de ações baseadas nos indicadores.

Para melhorar a utilização dos indicadores a Secretaria Municipal de Saúde poderia oferecer um curso de capacitação para utilizar o e-SUS e para interpretar os dados apresentados no sistema. Ainda, os gestores poderiam colocar no planejamento quadrienal a análise dos dados por parte da equipe, de modo que, todos os membros sejam responsáveis por fazerem o movimento de inserção dessa cultura de avaliar os indicadores.

5.4 Categoria 3: Trabalho em Equipe

5.4.1 Participação da Equipe no Planejamento

A subcategoria participação da equipe no processo de definição dos objetivos, prazos e seu envolvimento no planejamento e nas mudanças para alcançar todas as metas e obter o recurso proveniente do programa, mostrou que todos os entrevistados enfatizaram a importância da participação de toda a equipe. Basicamente o processo é o mesmo para todas as unidades. Quem informa os objetivos e metas a serem cumpridos pelas unidades de ESF é a Secretaria de Saúde de Viçosa. Após a reunião com a Secretaria, os(as) enfermeiros(as) gestores(as) repassam as informações verbalmente para a equipe na reunião semanal e que é registrada em ATA e, dependendo da informação e do planejamento, também são colocadas no quadro de aviso. Nessas reuniões semanais, são discutidos os objetivos da semana, as metas, os responsáveis e os prazos, e qualquer mudança que tenha ocorrido nas metas e no planejamento.

Quem informa os objetivos a serem cumpridos na unidade é a Secretaria, nenhum objetivo novo é criado aqui na unidade, até porque não sobra tempo. Mas tudo é repassado e discutido com toda a equipe, a organização e o prazo do trabalho, estabelecido nas reuniões semanais (G1).

Existe a participação da equipe, a equipe tem que andar junto, se não, não adianta só eu saber a meta sem elas me ajudarem, tem que ser todo mundo junto. É comunicada sim, através das reuniões semanais, de forma verbal, registro em ATA e lembretes no quadro de aviso (G3).

A equipe participa de todo o processo, inclusive tem a bonificação né, caso eles não cumpram a meta, as atribuições né, fica bem claro que não adianta só eu fazer a minha parte, todo mundo tem que fazer, a equipe é uma só, então se não somar e o pessoal não estiver interagido, o que que vai acontecer, [...] (G8).

Os entrevistados apontaram ser o trabalho em equipe uma necessidade para o alcance das metas. Nesse sentido, foi colocado que é cobrado o comprometimento de todos, já que isso impactaria nos resultados finais para todo o grupo. Porém, novamente foi apontada a falta de tempo para o aprofundamento de discussões ou para que sejam estipuladas metas específicas para cada unidade, que se aproximam mais com a sua realidade. Contudo, surge o questionamento se seria apenas sobrecarga de trabalho apontada pelos os entrevistados, ou/e também pela

má gestão. De acordo com o informado, as metas estabelecidas no programa são a prioridade e dificilmente outras poderiam ser acrescentadas a essas.

5.4.2 Análise Crítica, Melhorias e Inovações

Na subcategoria “análise crítica, melhorias e inovações” 66,6% dos entrevistados dizem não realizarem uma análise crítica e alguns justificam por falta de tempo. Outros dizem que existe uma avaliação, mas não é formal, documentada, e não existe uma periodicidade. As avaliações acontecem no dia a dia, à medida que as atividades vão sendo realizadas e são discutidas nas reuniões semanais. Os que dizem realizar a análise crítica (33,3%) consideram que a equipe aprende e aprende pouco as melhorias e inovações. Existem pessoas que aprendem e aprendem com mais facilidade, outras demoram, exigindo um acompanhamento mais próximo e falar mais vezes para reforçar o aprendizado. No entanto, a maioria não tem uma boa apreensão das mudanças e inovações. Isso pode ser justificado, em razão da pouca escolaridade dos agentes comunitários de saúde, por serem pessoas que não concluíram o ensino médio e/ou por serem pessoas mais idosas.

Existe também resistência dos funcionários à mudança pelo fato dos comandos vindos da Secretaria não acontecerem diretamente com eles. Esses comandos são repassados para o(a) enfermeiro(a) coordenador(a), que repassa as ordens aos demais profissionais. Há reclamação sobre a forma como acontece o repasse de informação e as exigências, por não possibilitar questionamento da ordem. Por conseguinte, influencia no aprendizado, no interesse dos funcionários. É importante ressaltar que os dados apontam para os servidores que, por não se sentirem ouvidos e não terem sua opinião valorizada, estão desestimulados a aderirem às novas práticas que chegam através da coordenação.

A valorização dos profissionais consiste em reconhecer os méritos e qualidades dos indivíduos na realização das suas funções, considerando o indivíduo de forma holística. Com a autoimagem prejudicada, o profissional pode ter seu desempenho no trabalho influenciado de forma negativa (CARDOSO, 2015).

Decorre daí a relevância dos gestores que devem praticar estratégias que mantenham a equipe motivada, promovendo a auto eficácia quanto às suas

capacidades enquanto profissionais. Assim, estimulará maior adesão e envolvimento dos funcionários a novas medidas a implementar (JACINTO, 2014).

Aqui é importante ressaltar que a realização da análise crítica acontece na reunião de avaliação individual e geral da unidade, a cada 3 meses e no recebimento dos relatórios de produção da unidade entregues à Secretaria de Saúde.

[...] geralmente eu tenho uma reunião separada com a toda a equipe e uma reunião separada com os agentes, nessa reunião eu avalio cada um ou se eu não avalio eu falo 'meta tal, tal, você não cumpriu', isso de três em três meses a gente faz uma reunião dessas, para ver as metas de cada um e o que cada um tem que cumprir os prazos, porque o todo tem que cumprir, mas tem as metas individuais também. Olha, em partes sim, a equipe aprende e apreende essas inovações e sugestões, porque é o que elas falam, a Secretaria vem e passa pra gente e a gente tem que conversar com eles, e eles questionam o seguinte 'porque que eles não reúnem com a gente?', porque eu passar uma ordem deles pra eles é fácil né, porque o que que eu vou questionar?! Eu não posso questionar nada (G4).

A avaliação periódica ocorre através dos relatórios quadrienais entregues a Secretaria de Saúde, após a avaliação, se alguma meta, indicador estiver baixo, precisando melhorar, é reunido e conversado para qual a maneira de atingir os objetivos propostos. A equipe tem certa resistência na implementação de mudanças, não acho que eles aprendem e apreendem muito as melhorias e inovações (G5).

Existe uma avaliação das atividades realizadas, mas não de forma formal e periódica, à medida que vão sendo realizadas, no dia a dia, nós vamos discutindo com a equipe nas reuniões e quando recebemos os relatórios quadrienais (G10).

Outra dificuldade apontada foi em relação às informações repassadas à equipe. Questionaram sobre o não recebimento de quem as ordena. Com isso, não era possível o contraponto em relação à ordem, pois, além de não serem esclarecidas dúvidas que podem advir, não é dado espaço para que se construam uma relação em que as instruções possam ser ajustáveis, tornando mais acessível a realidade e as necessidades desses profissionais e possibilitando que sejam realizadas na íntegra. Foi apontado também que as equipes recebem os indicadores que devem ser melhorados, mas que pode não haver uma real compreensão sobre as melhorias e as inovações implementadas, prejudicadas pela relação hierárquica e verticalizada.

5.4.3 Autonomia da Equipe

Na subcategoria “autonomia da equipe”, todos acreditam ter autonomia na organização do trabalho, na determinação de como realizar as atividades para cumprir as metas cobradas pela Secretaria de Saúde. Porém, para solicitação de insumos, requerimento de carro e aparelhos, e novas metas não consideram que tenham autonomia.

No que diz respeito a meta, as metas físicas mesmo, a números, eles têm toda a autonomia, a gente pode trabalhar sábado, a gente pode fazer horário extra, a gente pode fazer atividades fora da unidade, nas escolas, a gente tem autonomia disso. Agora no que diz respeito à quando a gente depende da Secretaria com relação a um veículo ou insumo, ou contratação de serviços, aí já não temos autonomia, porque é uma coisa mais burocrática de se resolver (G1).

Depende de que tipo de decisão. Só fazem o que a gente pede, o que a secretaria pede. É só isso, de organizar a agenda. Quando a gente pede alguma coisa pra providenciar, tipo lista de criança menor de 2 (dois) anos ou idoso, fazer lista pra vacina pra campanha da gripe aí eles fazem tudo na hora, certinho sabe? Mas assim, chegar pra pedir ou tomar iniciativa eles são bem devagar, acho que eles ficam meio travados assim, por isso que eu não acho que tem tanta autonomia, eles acham que não tem, mas as vezes se tomassem iniciativa de alguma coisa, as vezes eles teriam, se eles reivindicassem mais (G9).

Além disso, há ações que somente podem ocorrer com a autorização da Secretaria da Saúde, como quando há a necessidade de solicitar a realização de horas extras em dias em que se planejam eventos fora do horário de funcionamento das unidades. Porém, esses profissionais necessitam de maior autonomia para conseguirem executar todas as suas tarefas, e a APS seja de fato resolutiva.

5.4.4 Envolvimento dos Trabalhadores para Melhorar Desempenho

A subcategoria “envolvimento dos trabalhadores para melhorar o desempenho” apontou que 41,6% consideraram a equipe envolvida no desempenho da unidade, a mesma porcentagem (41,6%) representa os que responderam que a equipe é muito envolvida. Os demais (16,8%) responderam que não estão envolvidos ou não sabem dizer. Todos relataram que existe um empenho por parte da equipe, mas isso não é constante, há momentos e determinadas situações em que acontece o desinteresse por parte deles.

A compreensão de que o vínculo é fator preponderante para o desempenho da equipe e da unidade, decorre daí a necessidade da sintonia para trabalharem todos juntos. A existência do vínculo entre os membros da equipe, a ligação e intimidade entre os profissionais promovem um maior interesse e envolvimento com as atividades, bem como de trabalharem em harmonia. Por conseguinte, quando não existe esse vínculo, o profissional fica receoso a respeito do trabalho, e isso às vezes atrapalha na fluidez do serviço, pois não há um sentimento de pertencimento, dificultando o envolvimento. Portanto, a fluidez e o entusiasmo nas atividades são afetados com a instabilidade do serviço. Os profissionais ficam mais empenhados ao se sentirem parte integrante e importante da equipe e das decisões tomadas, quando são ouvidos e contribuem nas reuniões, contribuindo para o bom desempenho da unidade. A sobrecarga de trabalho também é fator de desmotivação da equipe, pois em muitos momentos o profissional tem que realizar tarefas que não são da sua competência. Além disso, a falta de recurso material e de suporte na realização de atividades interfere no desempenho e na motivação grupo.

É importante reforçar que os motivos do não envolvimento pleno das equipes são elencados pelos próprios entrevistados: a desmotivação provocada pela falta de condições de trabalho; a sobrecarga no trabalho, fomentada pela falta de pessoal, dentre outros fatores; e finalmente, a dificuldade da criação de vínculos entre os profissionais da equipe, pois há muita rotatividade de profissionais.

Eu digo que envolvidos, assim muito envolvidos não, mas também pouco envolvidos não, acho que eles são bem envolvidos, porque a própria, a forma, o vínculo empregatício, remuneração, às vezes a prioridade que a prefeitura dá para algumas coisas não agrada muito né, o funcionário. Eu acho assim, nós temos a questão do vínculo hoje, o profissional falta seis meses para ele sair, ele está cheio de meta que vai bater, mas no meio do ano ele vai embora né, ele sabe que o emprego dele acabou aqui em Viçosa, fechou, ele não tem aquela autoestima, o estímulo dele já não está legal, ele começa a pensar poxa que eu vou fazer, tenho que arrumar outro emprego, aí já tira o foco um pouco. Então assim, tem envolvimento sim, mas poderia ser bem melhor se a parte do vínculo fosse mais, se o vínculo existe mesmo, coisa que não existe hoje. O médico está fazendo um excelente trabalho, aí vence o contrato dele aí ele vai embora, e a equipe fica assim, poxa eu já conhecia o médico agora ele vai embora, já brincava, já ia pro churrasco junto com o médico, aí simplesmente o médico acabou o contrato ele vai embora e não pode ficar mais, então atrapalha demais (G1).

A equipe, assim, é bem motivada, gosta bastante do que faz, a gente procura fazer o melhor, mas não tem tanta motivação porque não tem recurso direito entendeu? A gente programa de fazer outubro rosa, aí eles chegam a mandar material pra gente estar fazendo, pra enfeitar a unidade né?! Pra fazer os cartazes não tem material suficiente, a gente faz feira de saúde, a gente que tem que ficar correndo atrás de recurso, a gente tem

que ficar fazendo bingo, a gente tem que conseguir tenda, aí fica tudo difícil, desmotiva (G9).

Outro fator de relevância indicado nas entrevistas foi a necessidade de incluir todos os profissionais na integralidade das etapas e que as informações sobre todas as etapas do processo fossem claras e que todos tivessem acesso às mesmas. Dessa forma, a equipe se sentiria mais respeitada, mais envolvida e com maior motivação, pois o sentimento de integração e importância seria comunitário. Entender o 'porquê' de cada informação, de cada ação, de cada etapa e a necessidade de realizarem um trabalho bem feito, de que esta atividade não atinge apenas a eles, mas que interfere em um sistema global, fomenta maior significação nas atividades e compromisso com o todo.

Importante ressaltar que permitir uma visão de processos operacionais não é o único papel de um planejamento. É a adequação entre estratégia e o processo, quando a meta é uma mudança radical, sem, no entanto, ser uma proposta com uma direção clara. Isso deve ser fácil de comunicar à organização, de modo que não seja ameaçadora para os que têm de implementá-las (ou são afetados por elas), e tão inspiradora quanto possam ser as metas mensuráveis (DAVENPORT, 1994).

5.5 Categoria 4: Capacitação da Equipe de Saúde

5.5.1 Desenvolvimento, Necessidade de Treinamento e Temas Prioritários

Na subcategoria “desenvolvimento e necessidade de treinamento e temas prioritários” identificou-se que 41,7% oferecem capacitação organizada pela unidade. Na unidade é feita pelo enfermeiro coordenador quando recebe a demanda ou identifica a necessidade, ou pelos alunos estagiários e de programas da UFV (25,1%). Há também as capacitações realizadas pela Secretaria de Saúde (66,6%), e dependendo do tema, organizam como irão acontecer e qual profissional realizará a capacitação. Se for um tema que seja de domínio de algum profissional da Secretaria, a mesma se organiza para ministrar; se for algum assunto que exige alguém externo à Secretaria, eles convidam o profissional responsável para ministrar. E 8,3% dizem não haver capacitações de forma alguma.

Quanto à periodicidade dessas capacitações, 91,7% das capacitações ocorrem de forma aleatória, sem previsão de quando irão ocorrer e apenas 8,3% das capacitações ocorrem de forma programada. As que ocorrem de forma programada acontecem uma vez por mês, e quem as organiza e as realiza é o Programa de Educação Permanente (PEP).

As capacitações realizadas pelos alunos e pelos programas da UFV deixam em aberto para os profissionais escolherem o tema, além de ofertarem outras capacitações. Nas capacitações realizadas pela unidade, os temas são escolhidos por meio da solicitação dos profissionais e de identificação de dificuldades. Das capacitações realizadas pela Secretaria de Saúde, 16,6% relatam que a escolha da abordagem é feita após a identificação de falhas na produção e pela demanda levada pelos enfermeiros. Os demais relatam não saber como a escolha do tema acontece.

Vale também ressaltar que houve muita reclamação pelo fato dos temas das capacitações se repetirem com certa frequência e que resulta no desinteresse dos profissionais nesses treinamentos, em razão de não acreditarem que os cursos irão agregar mais conhecimento a eles, e por sentirem que realizam esses treinamentos apenas para o cumprimento das metas e não realmente para melhorar a qualidade do atendimento e do conhecimento dos funcionários. Capacitações são oferecidas por alunos(as) estagiários(as), tal fato levantam alguns questionamentos: será que esses cursos são bons? São confiáveis? As informações são passadas corretamente?

Embora ocorram capacitações (vacinação, amamentação, dentre outros), aparentemente não existe uma avaliação da qualidade desses treinamentos. O que importa não é a quantidade de treinamentos, mas a qualidade e se realmente agregam conhecimento e, por conseguinte, se são aprendidos e apreendidos pelos funcionários, se esses conhecimentos fomentam melhorias e se são efetivamente integrados na prática profissional, conforme depoimentos:

A gente tem treinamentos constantes aqui na equipe [...] nós fizemos algumas capacitações. Mas no geral as capacitações elas vêm da coordenação para nós, e eu não sei assim como que é feita essa avaliação [...]. As capacitações realizadas aqui, eu como enfermeira às vezes junto com um acadêmico da enfermagem ou com algum grupo que está atuando aqui no momento, e a gente preparou nesse tempo que estava mais tranquilo na unidade para passar. A escolha do tema foi feita em reunião [...] a gente escuta muito 'Isso eu já sabia, isso a enfermeira fulana de tal já me

passou 10 anos atrás' 'então porque que você não faz desse jeito?' 'Ah porque ninguém nunca cobrou, então a gente percebe que sabe como que faz certo, mas é mais fácil fazer assim [...]. Não existe uma periodicidade, é de acordo com a demanda. E às vezes muda muito né, ah mudou a técnica, começa tudo de novo né (G2).

Existe a capacitação quando tem os alunos aqui e eles sempre fazem treinamento com eles, eles não gostam muito porque são os mesmos assuntos, aí muda o assunto e falam que esse assunto eles não gostaram, então assim, fica meio...Agora a Secretaria sempre faz, sempre faz e eles ficam 'ih já vem a Secretaria chamar a gente toda semana', eles já são velhos de casa, então eles já sabem muita coisa, são muito bons, muito responsáveis[...] (G6).

Treinamento existe quando a Secretaria de Saúde oferece para nós [...]. Normalmente vem o tema já estabelecido para a gente já. Não existe uma periodicidade, mas agora está acontecendo mais, já ficamos um ano sem capacitação, mas agora não, está acontecendo mais. Às vezes não temas desejados, mas estão sim acontecendo (G8).

As respostas dadas às questões demonstram que existe certa incompatibilidade entre as necessidades de treinamento e o que é efetivamente realizado. Não há por parte das equipes a percepção de que as capacitações ofertadas estejam de acordo com as demandas, resultando na falta de entusiasmo dos servidores e aliado a isso, há a frustração de ocupar um tempo que pode ser valioso se destinado a outras atividades.

Os temas das capacitações costumam concentrar praticamente nos mesmos assuntos: amamentação, vacina, preventivo e pré-natal. Então, acaba ficando cansativo, repetitivo, e por já terem conhecimento a respeito do assunto, não há muito o que agregar. Quando fazem capacitação de assuntos novos, os profissionais têm interesse. Como mencionado na entrevista, quando os agentes comunitários receberam capacitação de primeiros socorros eles adoraram. Para eles era um tema novo, interessante e útil.

5.5.2 Estímulos de Atuação

As informações colhidas sobre a subcategoria "estímulos de atuação" apontaram que 58,3% relataram estimular uma atuação proativa dos profissionais, 16,6% às vezes são estimulados, dependendo do tema e de quem ministra; e, 25,1% não estimulam. Das capacitações realizadas a fim de estimular a atuação proativa, 83,3% são voltadas para desenvolver apenas habilidades técnicas e 66,6% voltadas para desenvolver habilidades técnicas e comportamentais. Sendo que, do

grupo que trabalha habilidades comportamentais, 50% afirmam que as habilidades técnicas é que são enfatizadas. Os entrevistados apontam que, em parte, as capacitações oferecem estímulo aos profissionais e que, por outro lado, há treinamentos que não são considerados produtivos. Segundo o exposto, é importante que haja a percepção da utilidade prática da capacitação para que ela se torne um estímulo à atuação.

São voltados para trabalhar e desenvolver mais habilidades técnicas mesmo e não desenvolvem muito um profissional proativo (G1).

Sim, o treinamento estimula a atuação proativa de toda a equipe. Desenvolve tanto as habilidades técnicas que é mais enfatizada, mas também as habilidades comportamentais. É trabalhada a forma de abordar o paciente, como identificar problemas e necessidades, além do preenchimento do cartão de vacina e doenças (G5).

Ah depende do treinamento, quando é aqui eles não gostam não, agora na secretaria quando tem lá, dependendo do assunto fica meio a meio, mas é mais a técnica, não tem muito a outra deixa eles bem desanimadinhos, tipo 'ah mais um', não estimula essa questão da proatividade (G6).

Para te falar a verdade tem capacitação que sim, tem capacitação que não. Tem capacitação muito produtiva, que realmente a gente percebe melhoria no dia a dia, tem capacitação que é em vão (G8).

Há muitos relatos de resistências dos profissionais em aceitar mudanças, novos conhecimentos e novas técnicas e habilidades. Muitas vezes os profissionais não dão o devido valor às capacitações. Se os profissionais não demonstrarem interesse em participar e colocar em prática o conhecimento adquirido, não adianta realizar treinamentos. É preciso trabalhar a importância desse aprendizado e de colocá-los em prática, por isso é necessário procurar saber e entender quais são os empecilhos para que isso não aconteça. É fundamental conversar com os profissionais e descobrir qual a melhor forma de realizar as capacitações para prender a atenção e o interesse dos profissionais. Também é importante procurar conhecer os temas já realizados antes de sugerir as capacitações, procurar realizar treinamentos com os temas que ainda não foram discutidos, ou, se for um tema repetido, utilizar um enfoque diferente, com uma nova abordagem, e tentar deixar as capacitações mais atrativas possíveis. Se as capacitações forem realizadas sem um planejamento adequado e apenas com o intuito de cumprir o requisito, não gerando conhecimento extra e a melhoria do serviço, será um tempo desperdiçado para todos.

É importante que o responsável por ministrar o treinamento torne clara a utilidade prática das formações ofertadas e o que pode ser feito durante as próprias formações. Atualizações devem ser feitas, sempre respeitando o que já foi ofertado em termos de formação, acrescentando-se a isso as alterações de procedimento e/ou práticas que forem necessárias. Uma boa sugestão é aplicar uma pesquisa de satisfação no final dos treinamentos, que poderá ajudar na medida em que os participantes deverão poder opinar de forma anônima sobre o que gostaram e não gostaram na formação realizada. As opiniões levantadas poderão servir de base para a realização de novas formações.

5.5.3 Verificação da Eficácia

A subcategoria “verificação da eficácia” constatou que 50% não realizavam a verificação da eficácia das capacitações realizadas, todavia, 41,6% a realizavam no dia a dia, de maneira informal. Caso seja percebido que o treinamento não foi compreendido, as informações são repassadas e reforçadas. E apenas 8,3% fazem avaliação formal a respeito da eficácia das capacitações, através de perguntas antes e depois do treinamento. O fato de não avaliarem a eficácia da capacitação pode deixar de identificar pontos abordados que ficaram falhos e precisam ser reforçados, também pode ser uma maneira de identificar qual a melhor forma de abordá-los, que gera melhor resultado de apreensão do conhecimento. A realização da avaliação pode mostrar que seja interessante, necessário e mais efetivo realizar a capacitação utilizando outros recursos, como, por exemplo, audiovisual e não apenas aula expositiva, ou escrever no quadro para anotarem, ou utilizar material demonstrativo, como bonecos, material anatômico. A verificação da eficácia é uma forma de tentar potencializar aquele conhecimento para as próximas capacitações, para não ser necessário ficar repetindo tantos os temas, desgastando o profissional e diminuindo o interesse pelos treinamentos.

Não existe uma avaliação formal da eficácia dos treinamentos, só no dia a dia mesmo (G1).

Existia através de perguntas antes e depois do treinamento. (G7)

Não, faz a capacitação e a gente que coloca ela em prática, se o profissional não quiser ela vai ser em vão (G8).

A gente faz uma avaliação ao final de cada encontro, eles pedem para a gente avaliar o que a gente achou do encontro, não o que a gente aprendeu. Porque lá a proposta é trocar experiências, não é muito voltado para a questão de aprender e ensinar, mas é lógico que você sempre aprende [...] (G11).

Acompanhar a verificação da eficácia das capacitações no dia a dia é muito interessante, é possível identificar o crescimento de cada profissional. Se fossem registradas essas informações, poderia ser enriquecedor, seria possível acompanhar o desempenho de cada profissional, e, provavelmente visualizando e mensurando o seu crescimento, e, por conseguinte, o profissional ficaria mais interessado e estimulado.

A verificação de eficácia das formações pode ser realizada juntamente com a pesquisa de satisfação, pois, aponta o que de produtivo ficou para os participantes. Isso também ajuda a transformar a experiência em algo significativo, uma vez que retoma o visto durante a formação destacando o que foi mais importante para cada profissional.

Os motivos para a ação são os desafios, as perspectivas de desenvolvimento profissional e pessoal, as oportunidades de treinamento, o reconhecimento e a valorização, a integração, o sentimento de utilidade, a empatia com o gestor, a segurança e a autonomia dos funcionários. Quando tais aspectos não são bem gerenciados, os níveis de satisfação experimentados pelos trabalhadores em geral deixam a desejar, repercutindo nos níveis de desempenho (RODRIGUES, 2014).

5.6 Categoria 5: Papel do Gestor

5.6.1 Comunicação com a Equipe

A subcategoria “comunicação com a equipe” sobre as suas responsabilidades e prazos, apenas 8,3% comunica individualmente com cada profissional, 91,6% comunica através de reunião semanal, quinzenal ou mensal com toda a equipe. Todos reportaram que os objetivos, metas e prazos são repassados pela Secretaria de Saúde aos enfermeiros(as) coordenadores(as) e eles ficam responsáveis por repassar as informações a todos os envolvidos na unidade.

Existe a reunião, mas eu acabo fazendo mais individual essa comunicação.
(G6)

Isso tudo eu passo em reunião, geralmente semanal, mas às vezes é quinzenal, eu faço e repasso para eles de acordo com o que coordenação me passa [...] (G7).

Quem define os objetivos e metas não somos nós, a secretaria nos passa e eu faço o repasse para toda a equipe, mas tudo é discutido nas reuniões semanais com toda a equipe, conversamos sobre a agenda, a programação para cumprir as metas, os responsáveis e como cumprir (G11).

A comunicação com a equipe é questão importante para a qualidade dos atendimentos prestados na unidade e para a satisfação dos usuários e dos profissionais inseridos nesse ambiente de trabalho. Demonstra que, na realidade estudada, os gestores têm essa percepção e preocupação. Saliente-se que na concepção de Barnard (1979) um sistema de comunicações é vital para um sistema de cooperação, o que leva a efetivar de forma substancial a coordenação de esforços na organização. São os executivos os canais de comunicação e responsáveis pela coordenação de equipes e de todos os aspectos da organização.

A comunicação deve fazer parte da rotina da unidade, pois deve conduzir as atividades gerenciais proporcionando informação, motivação e satisfação dos profissionais. Por meio da comunicação é possível identificar problemas individuais e coletivos, relacioná-los com a situação vivenciada e direcioná-los para um planejamento de cuidado apropriado e efetivo. A comunicação eficiente permite que o(a) enfermeiro(a) tenha um bom desempenho das suas funções, inclusive gerenciais (SANTOS; BERNARDES, 2010). Na realidade estudada, pode-se dizer que os gestores compreendem a importância da comunicação para exercerem seu trabalho com qualidade.

5.6.2 Interação com a Equipe e a População

Na subcategoria “interação com a equipe e a população” verificou-se que 58,3% fazem a interação com a equipe e a população, através das atividades realizadas pela unidade, como caminhadas e grupos educativos. Outra forma de interação apontada é por meio do repasse de informações como, nas visitas domiciliares, momento em que existe troca de informações dos agentes comunitários de saúde com a população, e essas informações são levadas para o(a) coordenador(a) e o restante da equipe. Existe a troca de informações por meio de panfletos, reuniões com a comunidade, caixa de sugestão do usuário, e, ainda, por

intermédio dos conselhos de saúde do bairro. Alguns entrevistados acreditam que a interação acontece em partes, pois há regiões que não existe o conselho de saúde do bairro e não se reúnem com a comunidade, então não acreditam que realmente exista essa preocupação em alcançar a melhoria da saúde.

A interação com a comunidade é feita através da questão da opinião do usuário, a gente tem uma caixinha lá fora de sugestão e a gente sempre incentiva o usuário quando ele vem na unidade a estar participando disso e preenchendo essas folhas. A gente também teve o trabalho junto com a Universidade, junto com os alunos do PET a estar construindo panfletos com as informações da unidade, quem são os agentes comunitários de cada área, quais são as atividades que são desenvolvidas na unidade, os horários de funcionamento, telefone, então esses panfletos estão sendo entregues em todas as casas e para as pessoas que tem mais dificuldades os alunos estão explicando nas casas e tirando dúvidas (G2).

Aqui tem reunião com o conselho de saúde do bairro né, onde a gente pega muita coisa e no dia a dia, as agentes comunitárias vão conversando e vão trazendo né, o que eles falam pra gente, para dentro do PSF e a gente tenta solucionar da melhor forma possível (G3).

Em partes, aqui não tem conselho de saúde né, isso aí a gente está precisando trabalhar. Trabalha assim indiretamente dentro da unidade, eu faço sala de espera, faço acolhimento, mas precisava de umas reuniões com a comunidade [...] (G12).

É importante ressaltar o papel relevante que a comunicação entre gestor e equipe adquire no contexto em que atuam, uma vez que é através dessa ferramenta que ocorre a troca de informações e dados tão importantes para o diagnóstico situacional, para identificar as necessidades, as falhas e os acertos, e assim contribuir para ofertar serviços qualificados. O gestor deve estar ciente dos acontecimentos que ocorrem e envolvem o trabalho com a comunidade e a equipe.

Trabalho em equipe significa pessoas cooperando para atingir metas comuns. Isso inclui todos os tipos de pessoas, realizando trabalhos que necessitam de esforço conjunto e troca de informações, ideias e opiniões. Conseqüentemente, a produtividade aumenta com a sinergia. Além de ser importante para a organização e para seus resultados, beneficia também o ambiente de trabalho, uma vez que cria coleguismos, amizades e sugere maior liberdade para comunicação e exposição de ideias. E tem se mostrado cada vez mais importante porque permite às organizações serem mais ágeis, flexíveis e aptas a responderem rapidamente e de maneira criativa aos desafios do ambiente competitivo de negócios (SIQUEIRA, 2008; DINSMORE; CABANIS-BREWING, 2009).

5.6.3 Promoção da Satisfação, Motivação e Bem estar

Nesta subcategoria 33,3% não se preocupam com a “promoção da satisfação, motivação e bem estar” de sua equipe. No entanto, 66,7% trabalham essa questão por meio de ações como conversas; acompanhamento do trabalho dos funcionários; dando liberdade para participarem e questionarem alguma insatisfação; tentando atender às solicitações; usando frases motivacionais; promovendo encontros para lanchar com toda a equipe e criar um momento de descontração, interação e para falar coisas boas e positivas; aplicando projetos, como o da UFV com biomagnetismo; com grupos de alunos da psicologia trabalhando o relacionamento interpessoal e promovendo o bom convívio; atuando de forma horizontal com todos os funcionários, de forma mais democrática possível, mesmo sendo o chefe; aconselhando e orientando; e elogiando atitudes positivas. O interesse demonstrado pelo gestor em relação à equipe facilita o trabalho de todos, uma vez que sabem que serão ouvidos. Isso ocorre quando o gestor permanece atento e busca questionar, quando necessário, apoiar e orientar para que sejam encontradas soluções para os problemas enfrentados.

[...] como coordenador estou sempre acompanhando o trabalho dos agentes e dos outros funcionários, dou liberdade para eles questionarem a respeito de alguma insatisfação, alguma insegurança, e estou sempre tentando atender as solicitações. Como por exemplo, quando alguma agente fala que na casa que tem que fazer a visita são dois homens traficantes, que tem medo e se sente insegura, nesse caso me coloco a disposição para ir a casa juntamente com a agente ou até mesmo sozinho (G1).

Tem, agora a gente está fazendo um trabalho, um projeto da UFV sobre biomagnetismo, aí era para os pacientes e nós pensamos assim ‘gente, vamos fazer com a gente que nós precisamos também. Quem trata da gente?! A gente trata só dos outros a gente fica doido, então vamos tratar da gente e tudo’, para tentar relaxar e atender melhor o paciente, aí a cada 15 dias duas pessoas de manhã e duas pessoas a tarde. Aí tem uma menina da UFV que é da nossa área que está com esse projeto aqui, aí ela faz, aí tem uns ímãs, uma música, aí que delícia, aí tomara que isso não acabe nunca mais (G6).

A valorização do papel do gestor nas políticas públicas é essencial, pois é preciso entender que a Administração Pública pode e deve cumprir seu papel de prestar serviços de qualidade ao cidadão. Na perspectiva de Wu et al. (2014, p.13) “as políticas públicas ocupam um lugar central no mundo dos gestores públicos, fornecendo-lhes potencialmente tanto a legitimidade quanto os recursos de que necessitam para executar suas tarefas em um alto nível de inteligência, sofisticação

e competência.” Há de convir que nem sempre isso acontece, mas devem ser elaboradas estratégias capazes de incentivar a condução das políticas a resultados eficazes para a sociedade. A busca por meio de um esforço estrutural, a formação de um quadro permanente de pessoas motivadas, engajadas, valorizadas e altamente capacitadas, a fim de enfrentar os desafios administrativos da sociedade moderna, torna-se um compromisso (BARDACH, 2000; SOUZA, 2016).

Motivação é um estado de ânimo, é a vontade com o que o indivíduo executa determinada função, um estímulo que vem do interior da pessoa, onde o impulsiona a realizar seus propósitos. Atualmente, as organizações buscam conquistar elevados índices de motivação colaborativa, pois sabem do diferencial que tal ferramenta proporciona no desempenho da instituição (SIQUEIRA, 2008).

A motivação será maior se o desempenho das funções propiciar ao trabalhador, por exemplo, a oportunidade de aprender; de crescer pessoal e profissionalmente; de planejar e organizar as suas próprias tarefas; de sentir-se importante ao realizar uma tarefa importante que lhe impõe desafios de natureza intelectual e/ou habilidade manual; de vislumbrar perspectivas de promoção, de seguir carreira. Um líder poderá ser um agente de motivação ao delegar poder aos empregados, a fim de que eles procurem novas maneiras de atuar; ao ser um agente capaz de facilitar o desenvolvimento de iniciativas livremente geradas pelos indivíduos; ao ser um servidor da organização e das pessoas que com ele trabalha (SIQUEIRA, 2008; LAZZARESCHI, 2009). Pode-se dizer que a maioria dos entrevistados tem a preocupação de trabalhar com a equipe a satisfação, a motivação e o bem estar. Contudo, devido a relevância para o ambiente de trabalho e a qualidade do serviço ofertado, é de grande significado que os gestores, que não praticam essas ações, se comprometam em inseri-las na rotina de trabalho.

5.6.4 Dificuldades mais Relevantes

Nesta subcategoria 50% listaram, como dificuldades mais relevantes, a falta de recursos materiais; 16,6% a falta de recursos humanos; também a mesma porcentagem (16,6%) citaram a falta de recursos físicos e materiais; e, 8,3% dizem não ter nenhuma dificuldade. As demais dificuldades listadas foram alta rotatividade de profissionais; falta de treinamento ao iniciar o serviço; dificuldade no período de adaptação com o serviço, com os profissionais e com a unidade; exigência de um

planejamento bem estruturado; sobrecarga de trabalho; acúmulo de funções; falta de comunicação e repasse de informações; não participar da seleção dos profissionais que irão integrar a equipe; e falta de organização do processo de trabalho da gestão.

Deixa eu ver, é o acúmulo de funções, eu falo que tinha que ter um enfermeiro de manhã e de tarde, então assim, um para gerenciar e outro para atender [...]. Então o excesso de atividade, aí agora mandou a gente caminhar, fazer ginástica com a população, ou eu ou os agentes de saúde, então assim, eu não sou educadora física, eu já faço papel de faxineira, faço faxina na sexta com os meninos, faço papel de nutricionista, enfermeira mesmo eu não sou, nem sei mais o que é isso, aí vou fazer ginástica?! Cadê o educador físico?! (G6).

Eu acho que é falta de material, com certeza. Às vezes você quer fazer um curativo e não tem uma fita para você colar a faixa, igual a gente lava a mão e não tem um papel para enxugar, eu acho assim, que é a base de tudo, a higiene. A falta de material é um dos maiores problemas, porque limpeza a gente conseguiu resolver, a estrutura o dono aqui ajuda muito e resolve bastante coisa, a gente dá um jeito, agora material?! Tem que comprar, é muito ruim, assim porque se você for olhar você compra tudo, então é complicado, complicado (G7).

[...] falta de organização do processo de trabalho da gestão. A gestão não sabe o que é atenção primária, não tem noção direito do que que é, colocam pessoas por colocar, não tem o comprometimento com a atenção primária e cobram da gente comprometimento, inclusive a função deles, só que não tem jeito de trabalhar sozinha. Total falta de gestão e responsabilidade focada na atenção primária (G12).

A maioria das dificuldades apontadas diz respeito à falta de investimentos em recursos materiais (impressora, papel, luva, álcool 70%, atadura, gaze, cobertura para curativo, dentre outros) e a necessidade de investimento em recurso pessoal, tanto na contratação (agentes comunitários, médicos, enfermeiros) quanto na formação. Ambos os tipos de investimento exigem verbas a serem alocadas, e as melhorias das condições de trabalho impactariam de forma positiva nos resultados, indicadores e principalmente no atendimento prestado à comunidade.

No estudo de Jesus et al. (2008) também identificou que a maioria dos entrevistados mencionou falta de investimentos financeiros em material, em recursos humanos e na estrutura física da unidade. Essa situação pode estar relacionada à grande demanda de serviço, a burocracia para solicitar recursos e a alta rotatividade de profissionais responsáveis por gerir os recursos financeiros.

5.6.5 Rotina de Trabalho

A subcategoria “rotina de trabalho” revelou que 66,6% possuem uma rotina mais burocrática e 33,3% possuem uma rotina equilibrada. O trabalho burocrático e o assistencial estão na mesma proporção. Os que responderam que tem a rotina mais burocrática acreditam que isso atrapalha muito no cumprimento das metas exigidas pelo PMAQ-AB, e os que responderam que tem a rotina equilibrada acreditam que a sobrecarga de trabalho atrapalha demais, mas a rotina não interfere no cumprimento das metas exigidas. Como há muitos relatos de sobrecarga de trabalho e aumento das exigências do Ministério da Saúde, possivelmente seja o momento de rever a composição da ESF e acrescentar mais profissionais para contribuir com a realização dos objetivos estabelecidos, para que as ações sejam realizadas com mais qualidade e satisfação para a equipe e para a população.

Burocrático, a cada dia mais a questão burocrática tem aumentado. Isso atrapalha atingir as exigências do PMAQ (G2).

Ultimamente está sendo mais burocrático, e com certeza atrapalha no cumprimento das exigências. Porque assim, você faz assistencial, mas se você não fizer o burocrático a verba não vem, aí você fica pensando, ou eu faço o burocrático para verba vir e eu conseguir fazer o assistencial, ou eu deixo o paciente sem assistência e vou mexer com papel que pra mim não é nada, entendeu?! (G4).

Equilibrado, apesar de eu gostar da assistência, mas eu não posso deixar a parte burocrática, porque PSF você sabe como que é né, tem muita burocracia, mas é equilibrado (G8).

Novamente a burocracia aparece como um entrave ou, até, um impedimento à realização de um bom trabalho, a exemplo na lentidão da compra dos materiais básicos. Devido a isso, é importante repensar formas de simplificar procedimentos e métodos, o que pode ser posto como sugestões ou reivindicações à coordenação do programa e da ESF.

5.6.6 Demanda de Estagiários no Rendimento do Serviço

Esta subcategoria apontou que 75% acreditam que os alunos estagiários na unidade contribuem para o cumprimento das metas, pois auxiliam na realização das tarefas; trazem conhecimentos atualizados; geram mais atenção para a população; e

compram materiais que estão em falta na unidade, como luva, álcool, gaze, entre outros. Já 41,6% consideram que atrapalham no cumprimento das metas, Essa porcentagem envolve, tanto os entrevistados que acreditam que os estagiários atrapalham, como também os que acreditam que, por um lado contribuiu, e por outro atrapalha. Nesse caso, esse entrevistado estaria nas duas contagens. Muitos relataram trazer benefícios para a população, mas que na unidade acabam atrapalhando por terem que ceder salas ou espaços; alegaram que a estrutura da unidade não comporta tantas pessoas e que, às vezes, não são avisados sobre a chegada de novos estagiários. Além disso, foi apontado que os estagiários reclamam por faltar material para realizar o procedimento, exatamente como aprenderam, e que não se adequam à realidade local. Também foi citado que não conseguem dar a devida atenção aos alunos.

Aqui por ser uma estrutura padrão recebe mais alunos que em outros PSF [...] acaba que a unidade fica lotada [...] duas vezes na semana a gente não pode colher o exame, porque o número de acadêmicos aqui é muito grande, então a gente tem que ceder a sala, a gente tem que se adequar para receber a UFV. Oh, para ser bem sincero, pra fins do serviço, para alcance de metas, atrapalha, é um ganho eu acho para a população, porque o médico tem uma capacidade limitada de atendimentos e se eu tiver dois, três, isso a população será muito mais atendida (G1).

Contribui muito com o serviço, porque muitas vezes eles atualizam a gente, acho que tem uma troca muito boa nisso. Sabe, eles vêm com ideias boas, novas e ajudam a gente também, uma palestra, uma visita, um curativo, com certeza é muito bom, a gente passa o que a gente sabe e eles trazem coisas novas pra gente, é uma troca boa” (G3).

Atrapalha [...] não tem professor aqui com os alunos, tem unidade que tem né [...] aqui eles vêm que não cabe, eles já sabem, e eu já falei, não inventa não porque Deus me livre, porque teve uma época aqui que tinha tanto aluno do Médico aqui, uns 20 alunos, dois residentes, eu não tinha essa sala aqui, eu emprestei pra ele e nunca mais eu vi a sala, fiquei 3 anos sem a sala(G6).

Os participantes da pesquisa dividem-se entre os benefícios e as dificuldades oriundas do acolhimento dos estagiários nas unidades. De um lado existe o benefício de ajuda no atendimento à comunidade, por outro lado, o excesso de estagiários em um espaço limitado pode causar problemas. O que se percebe e já foi mencionado é que as unidades maiores e mais estruturadas, recebem um contingente muito maior de estagiários que as outras unidades menores e menos estruturadas. Possíveis soluções seria o equilíbrio na alocação dos estagiários, de conformidade com a capacidade física de cada unidade, considerando também o

número de profissionais lotados nesses locais. Cabe ainda enfatizar a necessidade de reestruturação física das ESFs, ou mesmo, havendo muita oferta de estagiários redirecioná-los para outros campos de estágio, como por exemplo, policlínica, hospitais ou outras cidades próximas.

5.7 Categoria 6: Avaliação dos Resultados Alcançados pela Unidade de Saúde

Segundo Contandriopoulos et al. (1994), o processo de avaliação pode ser visto como uma forma de julgar os procedimentos e têm como meta ajudar nos processos decisórios. No contexto atual, avaliar ainda não é uma prática comum no que diz respeito aos projetos e à gestão pública.

A disputa que se estabeleceu entre as necessidades da população e as demandas, a utilização de inovações de método e tecnologia, além da necessidade do controle dos gastos públicos, demonstraram que o sistema de saúde apresenta muitas fragilidades e provocaram questionamentos sobre se esses sistemas são viáveis. Essa percepção deixou clara a necessidade de implantação de uma cultura válida de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

5.7.1 Monitoramento e Modificação dos Procedimentos Solicitados pelo PMAQ-AB

A subcategoria mostrou que 50% não realizam esses procedimentos e os outros 50% realizam através do relatório entregue à Secretaria quadrienalmente com a produtividade e os indicadores. Há preocupação em cumprir as exigências do PMAQ-AB, apenas quando se aproxima a visita de avaliação, e que existe uma modificação permanente na rotina da unidade somente de alguns dos procedimentos solicitados.

Demonstra que as exigências e as mudanças não são incorporadas de fato na unidade, ou seja, as notas não são tão realistas e o programa não está tendo o alcance esperado e planejado. As rotinas de monitoramento requerem tempo e organização, o que, muitas vezes, não se configuram na realidade. Novamente são citadas pelos entrevistados a falta de tempo e a alta rotatividade de pessoal. Verificou-se que alguns profissionais das equipes avaliadas perceberam a avaliação externa do PMAQ como mais uma fiscalização do programa, que poderia produzir represálias, gerando posturas negativas ao processo.

Então, eu e as meninas íamos começar isso agora, porque na época que eu vim estava começando a fazer, só que aí teve um monte de mudanças, profissional que venceu o contrato, os novos que entram, então todo o mês querendo ou não você tem que renovar com todo mundo, você tem que conversar com todo mundo de novo sobre os indicadores, mas o problema maior é por exemplo, agora passou tudo ser eletrônico[...] então é mais um serviço pra gente né, mas a gente está tentando ver se a gente consegue ver se consegue fazer [...]. (G4)

Não existe um plano de medição de indicadores. Os indicadores utilizados, coletados e monitorados são os exigidos pelo Ministério da Saúde e PMAQ, não sei todos os indicadores utilizados de cabeça. A cada 4 meses é repassado para a Secretaria de Saúde a produtividade da unidade, por esse relatório é possível monitorar esses indicadores e fazer um replanejamento caso necessário. E sempre que a avaliação do PMAQ vem nós nos organizamos e avaliamos o que precisamos trabalhar para cumprir as exigências (G6).

Aqui é importante destacar que, quando os gestores e trabalhadores reconhecem o PMAQ como uma política punitiva, aumenta a possibilidade de acontecer mudanças apenas superficiais e temporárias nos serviços, pois diminui o interesse de contribuir e participar do programa, uma vez que a participação vira obrigação. Por isso, alguns só realizam as mudanças para a visita de fiscalização. Após a visita voltam, na maioria das vezes, a realizarem suas atividades de forma diferente do preconizado pelo programa. Quando a avaliação está associada às punições, na visão dos trabalhadores, eles se percebem como meros implementadores de ações. No entanto, estas ações exigidas são definidas por atores de maior poder organizacional, em níveis estadual e federal, evidenciando a superioridade e a hierarquia, o que contribui para que os gestores locais não se sintam envolvidos no processo de melhoria da saúde (SAMPAIO et al., 2016, p.4325).

Vale chamar atenção para esse fato importante, metade dos gestores não realizam o controle, o monitoramento e, conseqüentemente, a adaptação das ações. Um dos pilares da função do gestor é o controle, ou seja, sem o controle não existe gestão. É bem preocupante se pensar que um dos responsáveis por gerenciar a saúde e a qualidade da Atenção Básica não está realizando o básico da sua função. E que a outra metade dos gestores, quando realizam o controle e o monitoramento, estão fazendo com má qualidade. O que tem sido exercido pelos gestores das unidades que participaram da pesquisa não se pode chamar de gestão. Gestão vai além de cumprir as exigências do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de

Saúde. Portanto, se faz necessário reforçar para os gestores qual o papel deles, quais as funções do gestor, qual o impacto das suas ações para a saúde, para o programa, para a unidade e para os usuários.

5.7.2 Monitoramento das Ações de Inovação

A subcategoria indica que 75% não fazem o monitoramento e 25% o fazem de forma informal, no dia a dia do trabalho. O que aparenta acontecer é que eles estão tão acostumados a apenas seguirem as ordens, que não se sensibilizam com ações para inovação por parte deles. Isso acontece praticamente por ordem da Secretaria que traz as novas metas.

Reforça a questão já mencionada, a falta de autonomia dos gestores da ESF de Viçosa, falta de motivação de ir além do que lhe é solicitado, de atentar para as reais necessidades locais e implementar inovações relevantes para a qualificação dos serviços prestados à comunidade. “Existe no cotidiano, no dia a dia, mas não existe um processo formal, é tudo avaliado e discutido nas reuniões semanais”, disse o G12.

5.7.3 Sistema de Informação

A subcategoria constatou que 83,3% não consideram o sistema de informação e-SUS eficiente, pois a forma como foi implementado e a falta de planejamento e suporte atrapalhou demais na produtividade e no cumprimento das metas. Os funcionários não foram capacitados adequadamente, não sabem preencher corretamente os dados. Além disso, há várias versões do sistema, o que dificulta acompanhar e aprender a usá-lo. Foi apontado que o sistema constantemente “sai fora do ar”, não está funcionando, provocando acúmulo de serviço e sobrecarregando o trabalho e os funcionários, além de prejudicar no alcance das metas. Foram citados os motivos para considerarem o e-SUS ineficiente, como a perda de dados; a dependência da internet, por ser ruim em Viçosa; e por não ser possível acompanhar o trabalho dos agentes comunitários de saúde tão de perto, apenas nas reuniões e pelos relatos deles. Uma parcela de 16,6% considera o e-SUS eficiente, uma vez que alegam não ter mais transtorno com a papelada e a assinatura do paciente; se o paciente consultar em outra cidade,

é possível ter acesso àquelas informações; o sistema é mais completo que o anterior; e facilitou a visualização e o acompanhamento da produção.

O trabalho de Oliveira (2006), valida as dificuldades na implementação do e-SUS por falta de capacitação dos profissionais para trabalharem com o novo sistema, no qual o aprendizado se dava pelos próprios profissionais da instituição.

A prática informacional e a apropriação do seu produto no monitoramento, a avaliação e o planejamento de ações necessitam do apoio institucional, melhorias dos recursos materiais, além da gestão de pessoas e de recursos processuais adequados. Mas o que se observa é que os serviços municipais têm enfrentado problemas decorrentes da produção e gerenciamento de dados (MIRANDA; GUIMARÃES; ALVES, 2009).

Isso indica a importância de se estruturar um sistema, um programa, uma política pública. Faz-se necessária a existência de um processo adequadamente planejado, que seja testado o sistema antes de colocá-lo em prática, para que seja possível identificar potenciais falhas e ajustá-lo antes de ser executado. Após implementado, além de ser mais complicado corrigir as falhas, também gera uma insegurança dos profissionais em relação àquele sistema e àquele programa, ocasionando resistência dos profissionais, que possivelmente não terão interesse em fazer o seu melhor trabalho tendo como ferramenta algo que eles não acreditam, consequentemente não confiam. É importante também trabalhar na formação dos colaboradores que têm de estar habilitados a utilizar as ferramentas adequadas ao trabalho, pois sem um treinamento adequado, não é possível cobrar procedimentos de registro dos profissionais.

De acordo com Santos e Andrade (2013), é preciso que os serviços de saúde se articulem em rede. Caso contrário, os princípios e as diretrizes do SUS não serão efetivados. Dessa forma, as dificuldades que são enfrentadas no cotidiano das equipes e das unidades precisam ser articuladas e superadas. Somente, dessa forma, poderão ser ofertados aos usuários serviços eficazes.

Além disso, é preciso realizar um suporte adequado aos profissionais, quando implementado um sistema ou um programa, para potencializar o seu funcionamento e garantir que as informações e ações sejam realizadas de acordo com o planejado e esperado, que se adaptem e que as informações sejam fidedignas. Foi relatado que estão ocorrendo treinamentos sobre como utilizar o e-SUS só depois de três anos após a sua implementação. Anteriormente, informaram que não havia manual

em que pudessem se apoiar e esclarecer as dúvidas. As dificuldades eram sanadas por meio de um profissional de informática, devidamente capacitado e demandando tempo. Diante disso os profissionais ainda têm muitas dificuldades para solicitarem esse tipo de treinamento. Questionam-se, durante esse tempo, quanta defasagem de informações deve ter acontecido? Será que as informações foram fidedignas? Há muitos relatos sobre a falta de conhecimento para preencherem as informações requisitadas, onde deve ser adicionado cada dado. Levando-se estas informações em consideração, será que o preenchimento dos dados está completo? As informações são confiáveis?

Os indicadores de saúde podem ser importantes ferramentas para que se conheça a realidade do atendimento, promovam a identificação de necessidades individuais e coletivas, além de proporcionarem uma base para a análise da realidade sanitária, por dizerem respeito aos processos que envolvem as condições de saúde-doença, questões administrativas e relativas à tomada de decisão (FRANÇA, 2001).

O e-SUS é o seguinte, ele veio para ficar e a gente sabe disso, ele no momento ele prejudicou o município, porque no primeiro momento é um programa que veio verticalizado, então o governo simplesmente falou 'gente oh, vamos trocar SIAB por e-SUS, vocês têm tanto tempo', mas assim ninguém imaginava que ele era tão complexo [...] primeiro a resistência dos profissionais em fazer, tem médico, por exemplo, que detesta, tem técnico de enfermagem com 50 anos de idade que não sabe ligar o computador, tem a questão da internet que em viçosa a velocidade, o sinal é muito ruim, então tem vez que não chega aqui 300kbites, então assim é lento demais, com isso resultou na queda da produtividade, não que eu parei de trabalhar, eu não lanço dado...teve uma queda tão grande que até o Ministério da Saúde ligou aqui para Viçosa 'que que houve aí?', aí que a gente foi fazer as justificativas que foi assim primeiro a internet que não deu pra adaptar... a primeira dúvida que eu tinha eu não sabia dar um passo a mais, eles ensinaram só o básico, então eu acho que daqui um ano a gente vai saber um pouquinho a mais de cada coisa[...]o e-SUS deu tanto problema no início, porque as versões, 'ah esqueceu de colocar esse negócio', aí saiu outra versão, estava saindo versões uma atrás da outra[...]Então quando a gente viu a gente vai ter que fazer um investimento de quase 1 milhão de reais só em equipamento. Essa mudança do sistema de informação atrapalhou muito a cumprir as exigências do PMAQ [...] (G1).

Eu creio que o e-SUS é eficiente, mas se a gente fosse capacitada para ele. A gente não sabe lidar ainda com e-SUS, está muito falho, vai ter outra capacitação aí, mas tem muita coisa falha, tem muita coisa que a gente não sabe como que joga e é pra ser jogado tudo. A gente não sabe lidar com essas situações porque não tivemos capacitação eficiente (G3).

A insegurança dos profissionais explica-se na medida em que se adotou um novo sistema de registros de dados que deveria ter sido complementado por um treinamento para a sua correta utilização. Como uma ferramenta de trabalho nova, deve ser submetida aos seus usuários juntamente com uma formação específica para que seja utilizada da forma adequada, com segurança e proporcione os benefícios esperados. Com certeza, a implementação de um novo sistema gerou um custo que somente se justifica pela viabilidade da utilização da ferramenta, que pode ser muito proveitosa se corretamente utilizada. A importância do processo de utilização de políticas públicas se dá principalmente na implementação, pois esta é a fase que vai levar aos resultados finais das políticas, programas ou projetos (OLIVEIRA, 2006).

5.7.4 Feedback Positivo

Na subcategoria “*feedback* positivo” é possível perceber que 75% o realizam. Sendo que, dos que o realizam, 41,6% realizam o *feedback* positivo tanto com a equipe quanto com a população, e os demais apenas com a equipe. E 25% não realizam o *feedback* positivo. Com a equipe acontece por meio das reuniões semanais ou em reuniões de 3 em 3 meses, e com a população acontece nas atividades realizadas pela unidade. Informar aos profissionais e a população o que estão fazendo de correto ou de boa qualidade é fundamental para que se mantenham as boas práticas e os bons procedimentos.

São feitos *feedbacks* positivos na reunião semanal com os profissionais, e com a população sempre que propício, em grupos educativos, nas feiras aos sábados (G1).

Nas reuniões de 3 em 3 meses acaba se fazendo esse *feedback* positivo, porque se você só ficar dando “você não cumpriu, você não cumpriu” as meninas só ficam desmotivadas, as meninas já estão desmotivadas porque elas já têm que trabalhar a mais, as áreas descobertas a gente que tem que fazer[...] (G4).

Sim, são realizados *feedback* com a equipe durante as reuniões e com a população durante as atividades, são feitos através de elogios e valorização, de forma verbal mesmo (G11).

Além de ser uma forma de reconhecimento, também é uma orientação que permite aos profissionais nortear a escolha de quais caminhos devem seguir e aplicarem os princípios considerados de referências em outros procedimentos com

sucesso. Em muitos momentos o reconhecimento individual pode ser indicado, pois há medidas que podem ser adotadas pelo grupo originadas de sugestões de um profissional. Nesses casos, tanto o grupo, quanto o profissional devem receber o reconhecimento.

Diferentes abordagens e perspectivas desenvolvidas recentemente têm procurado demonstrar a importância que a comunicação considerada como “processo dinâmico mediante o qual as organizações se relacionam com o ambiente e dele as subpartes da organização se conectam entre si” (COUTINHO; LEAL, 2009, p. 63), podendo assim, ser vista como fluxo de mensagens dentro de uma rede de relações. Ela abrange todas as formas de comunicação utilizadas para relacionar-se e interagir com seus públicos, podendo então ser entendida como um composto que dá forma à organização.

5.7.5 Apresentação do Desempenho e Projeções

Na subcategoria identificou-se que 91,6% não fazem apresentação de desempenho e projeções, apenas 8,3% fazem esse procedimento, de forma verbal, acompanhado de um relatório disponibilizado às vezes pela Secretaria. De acordo com os instrumentos de controle, não existe uma apresentação elaborada. Foi relatado que geralmente a Secretaria de Saúde disponibiliza um relatório com o desempenho da unidade, mas não é repassado em forma de apresentação e nem são realizadas projeções.

Esse indicador demonstra que as(os) enfermeiras(os) coordenadores são submetidos às metas rígidas exigidas pelo Ministério da Saúde. Normalmente não há criação de novas metas e nem de projeções por parte deles, que estão à espera do comando da Secretaria de Saúde. Portanto, nesse cenário os coordenadores quase não conseguem praticar o seu papel de gestor, ocorrendo a disfunção gerencial.

O gestor que trabalha com Políticas Públicas e encontra-se em disfunção gerencial não se reconhece como profissional da gestão, pois sente-se diminuído em seu direito de realizar suas atividades e potencialidades. Decorre daí o conflito vivido entre a perspectiva de uma carreira exitosa, desafiadora e instigante, e uma rotina de trabalhos frustrantes e sem autonomia (SOUZA, 2016).

Para uma gestão eficiente é importante que os gestores de políticas públicas passem a atuar de forma mais ativa nas ações voltadas para formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas. Além disso, espera-se que ocorra a busca pela excelência da gestão, a busca pela melhoria dos índices de desempenho das organizações (SOUZA, 2016).

A sobrecarga de trabalho também não estimula a criação de novas atividades, isso faz com que não seja levado em consideração o principal objetivo da ESF, que é de atender às necessidades locais. Cada região, local, vive de maneira diferente, apresenta condições físicas, climáticas, sanitárias, faixa etária predominante distinta, portanto, suas principais necessidades também são diferentes. Nessa medida, desconsiderar conquistas alcançadas, mesmo que não previstas no plano geral, não é adequado. Por conseguinte, cada equipe pode e deve estipular as próprias metas, o que não ocorre devido à falta de compreensão do Ministério da Saúde a respeito da importância do gestor de cada unidade ter a autonomia de criar as suas metas baseadas na sua realidade local.

“Percebe-se que nos territórios, entendido como os lócus de implementação das políticas e as forças sociais nele presentes, não ocupam uma posição ativa, revelando-se meros repositórios de investimentos”. Como resultado, dessa articulação territorial, ocasiona em perda de eficiência dos investimentos e em comprometimento dos resultados (LOTTA; FAVARETO, 2016).

Com o intuito de dar independência aos municípios e atender às demandas específicas de cada território ocorreu o processo de descentralização. Porém, não ocorreu uma efetiva autonomia dos entes subnacionais em relação às políticas públicas. Isso se deve a cultura setorial que transpassa os gestores e o comportamento das forças sociais, coligado a uma cultura institucional que acredita que se têm vantagens quando os resultados são alcançados em curto prazo (LOTTA; FAVARETO, 2016).

Entretanto, a descentralização pode transferir responsabilidades a entes locais que não estão capacitados para realizar uma gestão com excelência utilizando os recursos disponíveis. Logo, a descentralização pode ser uma ameaça aos resultados das políticas públicas (ARRETCHE, 2012).

Mesmo com a implementação e o avanço dos novos arranjos institucionais, muitas insatisfações persistem na dimensão operacional. Ainda não são suficientes

para mudar completamente estruturas viciadas e disfunções burocráticas presentes na gestão pública brasileira (COSTA, 2008; LOTTA; VAZ, 2015).

A maneira como são tratadas as metas exigidas é como se todas as regiões que possuem ESF tenham a mesma realidade e necessidade, não contribuindo para atender as carências daquela comunidade. São acolhidas necessidades de uma forma geral, mas algumas deficiências ficam à margem desse processo. Dessa forma, causa uma predisposição para que as metas obrigatórias não sejam tão completas e efetivas, fazendo com que se percam tempo e dinheiro que poderiam ser investidos no problema prioritário.

Muitas vezes, mesmo que a meta seja útil, a faixa etária estabelecida não atende a realidade. Situações como essa foram muito citadas. Mas, como o que é cobrado são as metas, todos procuram cumpri-las, o que pode levar no não atendimento de quem realmente precisa, por serem indivíduos e casos que não são contemplados na meta. Foi relatado que, continuamente, pessoas que não precisam fazer o exame são chamadas para realizar, apenas para cumprir a meta, desperdiçando tempo e dinheiro que poderiam ser mais bem aproveitados com quem realmente necessita.

Acredita-se que para ser considerada eficiente, a Administração Pública deve gozar da racionalidade e do aproveitamento máximo das capacidades existentes (CARDOSO, 2015). A eficiência da gestão se caracteriza como um processo permanente e contínuo, uma vez que os desafios das demandas sociais estão em constantes mudanças (SOUZA, 2016).

A apresentação do desempenho e projeções é uma etapa de grande relevância para o trabalho do gestor e de sua equipe, momento para fazer o fechamento da produção, apontar os erros e acertos e sugestões de melhorias.

Feito apenas de forma verbal, acompanhado junto a um relatório, quando existe o relatório da Secretaria e de acordo com os instrumentos de controle, mas não existe uma apresentação em *PowerPoint*, uma apresentação mais robusta (G1).

Não existe. Quem faz as metas são o Ministério da Saúde (G2).

Geralmente tem material que a Secretaria disponibiliza pra gente, um relatório impresso. Mas não existe apresentação de tendências e projeções (G4).

Os gestores demonstram que essa etapa tem ocorrido de forma mais informal, sem dar a devida relevância a essa etapa e sua contribuição para a

produção. Tem ocorrido mais de forma verbal, às vezes acompanhado de um relatório, mas quando o relatório não é entregue, também não é solicitado.

5.7.6 Benchmarking Externo

A subcategoria indicou que 83,3% não o realizam e 16,6% acreditam realizá-lo através de conversas com os outros enfermeiros coordenadores das outras unidades de ESF, compartilhando experiências, a fim de obter melhorias. Quando relatada essa preocupação, percebeu-se que o profissional era novato ou que teve o incentivo de algum profissional novo e engajado. Os que já estão há muito tempo no trabalho não demonstraram essa iniciativa.

Então, por mim eu pego para mostrar pra elas né, porque a gente tem que ter o ponto positivo e o ponto negativo também, 'ala fulano foi melhor nisso, então a gente tem que tentar copiar dele', a gente tem que copiar um pouquinho das coisas. Por exemplo, tal lugar tem uns grupos bons, a gente aqui não tem, então é uma coisa que a gente tenta adquirir pra gente NE [...] (G4).

Às vezes, através de conversas com os Enfermeiros das outras unidades. Ligamos ou quando encontramos conversamos para saber como fazem determinada atividade ou se fazem algo diferente, pra compartilharmos experiências (G5).

Apesar de se observar que nenhum entrevistado de fato realiza o benchmarking externo, a troca de experiências é fundamental para todos os profissionais, sejam os mais experientes, sejam os iniciantes. Para isso, é importante oportunizar momentos às equipes para que isso ocorra além da promoção de eventos que reúnam equipes provenientes de realidades diferentes para uma troca de experiências e vivências profissionais.

Acrescenta-se a isso, as relações interpessoais, mesmo que a expressão tenha um sentido muito amplo e exija uma definição operacional, pois se desenvolvem em decorrência dos processos de interação, que correspondem às situações de trabalho compartilhadas por duas ou mais pessoas, às atividades coletivas e pré-determinadas a serem executadas, bem como interações e sentimentos recomendados, tais como: comunicação, cooperação, respeito, amizade, entre outros (CARLOS, 2012).

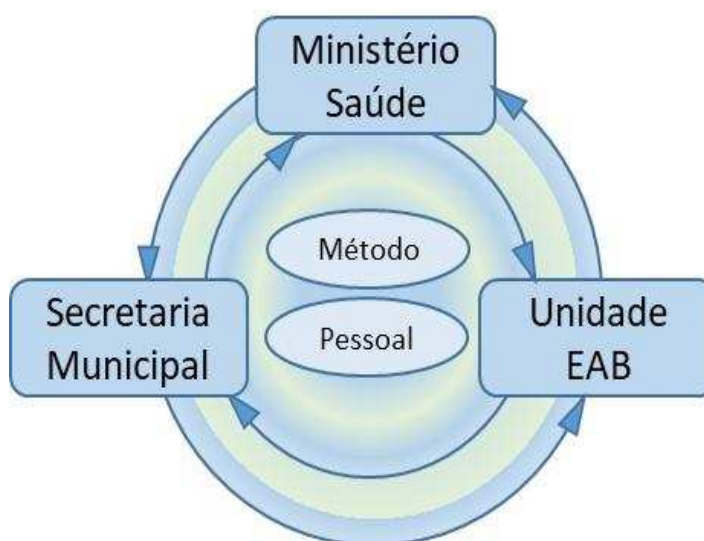
O relacionamento interpessoal é, sem dúvida, um dos fatores que influenciam no dia a dia e no desempenho de um grupo. No ambiente organizacional é

importante saber conviver com as pessoas, por se tratar de um cenário muito dinâmico e que obriga uma intensa interação, inclusive com as mudanças que ocorrem nos processos, na cultura ou até mesmo diante de troca de lideranças (CARLOS, 2012).

5.8 Sumário das constatações relatadas: as interpretações inferenciais e a análise reflexiva e crítica.

Dos relatos das equipes entrevistadas pode-se extrair as causas que foram consideradas significativas para promover o aprimoramento do sistema, que se referem ao PMAQ-AB e às entidades envolvidas. Os diferentes níveis de gestão, as equipes das unidades EAB e os próprios indivíduos apresentam uma síntese das causas apontadas, conforme ilustrado na figura 12.

Figura 12 - Interrelação entre níveis de gestão.



Fonte: Elaborada pela autora (2017).

A Figura12 mostra a associação da interrelação entre os níveis de gestão nas unidades de ESF e no PMAQ-AB. Continuando a lógica da Figura 12, criou-se o

Quadro 9, que apresenta as causas apontadas, subclassificadas em causas primárias e secundárias.

Quadro 9– Sumário das causas de intercorrências do PMAQ-AB.

Primárias	Secundárias
Mão de obra	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência à mudança - Mau uso do instrumento de avaliação AMAQ
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de credibilidade na gestão do governo - Não participação de profissionais no planejamento e implementação de políticas públicas - Morosidade e burocracia para a resolução de problemas - Falta de estímulo para buscar alternativas que dependem de apoio institucional - Mão de obra insuficiente - Equipe desestimulada por indicadores não realistas - Equipe desestimulada por assumir tarefas adicionais não especializadas em detrimento de atendimento à saúde - Falta de infraestrutura nas unidades EAB - Falta de materiais e equipamentos - Solicitação de metas inadequadas para a realidade local - Não disponibilidade em tempo hábil, pela SMS, do relatório PMAQ referente ao ciclo anterior - Planejamento das ações não considera resultados obtidos - Não utilização de registros de evidências para subsidiar o planejamento de ações - Desmotivação da equipe por desconhecimento do retorno de bens e recursos oriundos do PMAQ-AB - Falta de transparência em relação aos critérios de distribuição de recursos provenientes do Ministério da Saúde - Desmotivação da equipe por não participarem do estabelecimento de metas e planejamento - Infraestrutura ambiental inadequada - Falta de recursos materiais e equipamentos - Morosidade no atendimento de solicitações de materiais e equipamentos - Burocracia para comprar e realizar manutenção de equipamentos - Excesso de exigências da Secretaria de Saúde - Dimensionamento inadequado de recursos para diferenças de vulnerabilidade - Falha de comunicação
Gestão / Mão de obra	<ul style="list-style-type: none"> - Desmotivação e falta de interesse em participar das solicitações para atender a atenção básica - Percepção de desigualdades na distribuição de verbas - Alta rotatividade de profissionais que provoca qualificação deficiente e necessidade de treinamento - Falta de tempo; sobrecarga de trabalho - Desconhecimento do sistema informatizado - Uso de tempo adicional para ensinar novatos - Uso de tempo adicional para recapacitar equipe devido baixa frequência de uso de determinados instrumentos do PMAQ-AB - Falta de estabilidade dos profissionais, o que contribui com a rotatividade e vínculo com a comunidade - Rotatividade do pessoal responsável pela aquisição de equipamentos e materiais - Estruturação da unidade incompleta (em andamento)
Gestão/Método	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de procedimentos padronizados para abastecimento das unidades com materiais e equipamentos - Falta de registros e controle de necessidades das unidades, o que agilizaria atuação do gestor em casos de rotatividade de pessoal

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Ainda, observa-se que as principais causas apontadas, para que o PMAQ-AB tenha intercorrências no cumprimento dos seus objetivos, concentram-se principalmente na gestão dos diferentes níveis – federal, municipal e das unidades

EAB. Procurou-se agrupar as causas e especificar o nível de gestão (Quadro 10). Não obstante, reconhece-se que problemas de gestão normalmente não são isolados, sendo frequente uma interrelação entre os diversos níveis. Assim sendo, acredita-se que seja recomendável investigações e discussões mais aprofundadas pelos envolvidos para buscar soluções.

Quadro 10 – Sumário das causas das intercorrências do PMAQ-AB em diversos níveis.

Intercorrências	
Níveis	Causas
Gestão Federal	Morosidade e burocracia para a resolução de problemas
	Falta de apoio institucional
	Desconhecimento de políticas falta de credibilidade do Programa
Gestão Municipal	Falta de recursos humanos, materiais e equipamentos
	Indicadores e metas não realistas para a realidade local e excesso de exigências pela SMS
	Falta de agilidade e transparência no retorno e na distribuição de informações e bens oriundos do PMAQ-AB
Gestão da Unidade	Sobrecarga de trabalho e desvio para tarefas não especializadas em detrimento de atendimento à saúde
	Planejamento das ações não considera resultados obtidos
	Falta de procedimentos padronizados para abastecimento das unidades com materiais e equipamentos, treinamento de novatos, uso de instrumentos do PMAQ-AB
Mão de Obra	Resistência à mudança
	Qualificação deficiente e necessidade de treinamento devido alta rotatividade de pessoal
	Desmotivação e falta de interesse em participar das solicitações para atender a atenção básica
	Desconhecimento do sistema informatizado

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

As causas das intercorrências do PMAQ-AB, em diferentes níveis, permite ter um panorama da relação das classes com o problema, e identificar o principal responsável por tal situação. Logo, possibilita verificar o que mais se deve trabalhar em cada nível para aprimorar o programa e seus efeitos na Atenção Básica.

5.9 Perfil do gestor

O modelo construído substancialmente a respeito do que seria importante de ser exercido na gestão, mediante o modelo teórico metodológico (figura 7), tem o intuito de caracterizar o perfil do gestor diante da percepção do conjunto de papéis,

habilidades e competências no trabalho. O modelo possibilitou verificar o perfil de gestão exercido nas unidades de Atenção Básica pelos entrevistados. Fez-se importante por permitir identificar os pontos frágeis e os pontos relevantes do exercício desse cargo, além de auxiliar na formulação de sugestões sobre o que seria necessário alterar ou reforçar alguma ação.

Após as discussões das categorias e subcategorias, é possível perceber que a natureza do trabalho gerencial na ESF não possibilita a execução de todos os itens listados no modelo construído. Os constructos exercidos pelos gestores da ESF de Viçosa-MG, participantes da pesquisa, foram o de chefia, de âmbito interpessoal, de âmbito político, de disseminador e porta-voz, de solucionador de conflitos e de âmbito do conhecimento. Os constructos que não são praticados por esses gestores foram o de empreendedor e de alocador de recursos. A possível razão para não realizarem esses constructos é a falta de maior autonomia e tempo hábil.

A falta de autonomia dos gestores atuantes em Viçosa interfere no setor público, no andamento das políticas públicas, e no cumprimento das exigências do PMAQ-AB. Observando-se o perfil de gestão, a partir do modelo criado, identificou-se o importante papel assumido pelo gestor da ESF. O gestor não é obrigado a exercer todas as funções listadas no perfil ideal, mas se faz importante para atingir com qualidade os objetivos do PMAQ-AB e, assim alcançar a melhoria da Atenção Primária à Saúde.

Nas atuais políticas de regulação e Atenção Primária à Saúde (APS) vislumbra-se uma possibilidade de ampliação de autonomia. Contudo essa possibilidade não se concretiza e não permite que se expressem inovação e criatividade por parte dos gestores e dos governos locais, na concepção de ofertar qualidade à implantação das políticas do SUS. A escolha e a aplicação de estratégias adequadas tendem a favorecer o potencial inovador e criativo nos processos de gestão, elementos importantes para a tomada de decisão e para ofertar uma saúde pública eficiente e qualificada (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

O exercício das funções empreendedor e alocador de recursos estão diretamente ligados à questão da autonomia do gestor, e são muito relevantes para a qualificação do serviço prestado ao cidadão e no cumprimento das metas e das exigências do PMAQ-AB, pois é ele que está presente na unidade, que acompanha a realidade e as necessidades locais, que percebe as atividades que mais precisam

de suporte. Logo, o gestor é a pessoa adequada para realizar a alocação de recursos provenientes dos programas, é quem tem a visão para empreender, a fim de destinar da melhor forma os recursos, de maneira eficiente e eficaz, além de contribuir para potencializar a satisfação dos profissionais e do usuário.

O fato do gestor não conseguir exercer estas funções pode também estar ligada à falha na implementação do programa em nível local, sugerindo que esteja ocorrendo de forma não linear e efetiva, gerando dificuldade na consolidação do programa nos municípios. Esta situação pode ser alterada com a atuação precisa do gestor. Portanto, faz-se necessário explorar mais sobre a realidade do perfil de gestão nas Unidades Básicas de Saúde, visto que o Programa precisa ser implementado de forma adequada, de acordo com o que foi planejado e esperado.

Essas ideias vão ao encontro de outros autores, como Ohira, Cordoni Junior e Nunes (2014), Oliveira et al. (2015) e Silva, Souza e Barreto (2014) que acreditam que o gestor tem papel de suma importância para que o SUS seja implementado e opere de acordo com o potencial de excelência que foi planejado.

A formalização do cargo de gerente nas UBSs é importante para estabelecer competências e promover discussão sobre o perfil gerencial e seus reflexos no processo de reorientação do modelo de organização e atenção à saúde. A implementação adequada do SUS está diretamente relacionada a gestão. Portanto, a gestão deve ser um tema sempre presente nas discussões de todas as esferas de governo, principalmente no nível local, porque depende destas instâncias para a mudança do panorama nacional (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014).

A implementação da estratégia de avaliação contribui para melhorar o programa no âmbito da gestão do trabalho. No entanto, sua implementação é difusa. Nem sempre há consenso entre as partes interessadas em relação à sua "Urgência política", criando barreiras à consolidação o programa nas cidades.

Constatou-se com o estudo de Silva, Souza e Barreto (2014) a redução gradativa da autonomia decisória dos gestores pelo maior comprometimento financeiro dos municípios, decorrente das novas responsabilidades assumidas. Para tornar mais efetivo o processo decisório local, é importante que se consolidem iniciativas que estimulem a cultura, a formulação e a implementação de políticas informadas por evidências. Outros fatores importantes para um processo decisório mais efetivo é a valorização dos serviços públicos, salários mais justos e condizentes com as responsabilidades exigidas (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

5.10 Avaliação do PMAQ-AB pela concepção dos gestores

Quanto à avaliação do PMAQ-AB pela concepção dos gestores, foram questionados a respeito do conhecimento das notas que a unidade recebeu, e se concordam com a nota e com a forma de avaliação do PMAQ-AB. A esse respeito, nenhum dos entrevistados sabia qual nota a unidade recebeu nos dois ciclos e 75% discordavam da forma de avaliação. Os motivos citados foram: acham que é injusto serem avaliados e comparados da mesma maneira que as unidades que possuem sede própria; serem avaliados por coisas que dependem da Gestão Municipal e da disponibilização de recursos físicos, materiais e pessoal adequados; de ser a avaliação feita superficialmente, não possibilitando conhecer o funcionamento e a rotina da unidade (para eles deveriam avaliar mais de um dia e ter um acompanhamento semanal, possibilitando visualizar uma base real dos dados coletados e conhecerem a rotina da unidade); de exigirem metas que não se adaptam à realidade local, pois perdem muito tempo com o que não é necessário e nem prioridade; da facilidade de burlar as exigências, o que torna as informações inseguras, provavelmente não são fidedignas; do despreparo do avaliador por não ser da área da saúde e não ter conhecimento a respeito do que está avaliando; de ser muito trabalhoso o processo de adaptação da unidade para receber a visita de avaliação; por se sentirem desvalorizados; por não justificarem as notas; e, ainda informaram que a avaliação deveria ser separada para cada profissional, além de ser detalhada, especificando os critérios adotados pelo lançamento daquela nota.

Muitos entrevistados reclamaram que a nota fica ruim, porque na nota final acaba aparecendo a avaliação da unidade como um todo, e que poderia ser especificado o motivo da nota, onde estão as falhas. Mas os profissionais têm que entender que são uma equipe, se uma área ou profissional está ruim, não está fazendo seu trabalho direito, afeta o trabalho dos demais, todos são responsáveis pelo funcionamento completo e adequado dos atendimentos prestados. Porém, quando a nota está ruim, por motivos de responsabilidade da Secretaria de Saúde, deveria ser especificado, para mostrar que a razão da nota é de responsabilidade da Secretaria, responsável por oferecer as condições necessárias para atingir as metas e cumprir as exigências.

Como as notas não são especificadas e justificadas, os profissionais se sentem frustrados e injustiçados, pois o impacto na nota não foi causado por descuido ou falta de esforço do seu trabalho. Os profissionais querem que todos saibam disso, já que a nota é explícita para todos e qualquer um pode entrar no site do PMAQ-AB e ter acesso à nota de cada unidade. Quando se olham apenas as notas, a população vai interpretar que ela foi referente ao trabalho realizado, a falta de dedicação dos profissionais daquela unidade e não que seja de responsabilidade da Secretaria. Isso deve ser explícito até mesmo para a população poder exercer o seu direito e cobrar um parecer da Secretaria de Saúde.

Os argumentos dos que concordam com a forma de avaliação do PMAQ-AB (25%) são decorrentes por não saber outra forma de avaliar as atividades realizadas na unidade; por considerar justo porque existe a autoavaliação antes da visita do PMAQ-AB; e que a avaliação é bem didática e indica quais são os pontos importantes que serão avaliados.

Eu não sei, mas pelo o que me lembro aqui foi de mediano a baixo, foi igual nos dois ciclos. [...] em alguns pontos peca, como por exemplo, a falta de agente comunitário e isso desconta demais, o próprio PMAQ já desconta. Alguns pontos eu concordo, alguns pontos deles eu não acho tão relativo, podiam ver outros critérios, por exemplo, tem uns critérios da gestão que eu acho que eles deveriam perguntar pra gente [...] mesma coisa de paciente, eles vem cá escolhem um paciente, eles escutam um paciente só, então aquele paciente se tem raiva da gente, daqui ele vai falar mal, né. Eles não deveriam vir só um dia, ficasse com a gente uma semana, pra acompanhar como que é a rotina, porque se você vê a coisa um dia, talvez logo naquele dia está dando tudo errado. [...]. Tem outros critérios que eu acho que deveriam descartar, por exemplo, tuberculose, como que eu vou fazer exame de tuberculose, se eu não tenho sintomático na minha área e se eu não faço eu perdi a meta (G4).

Então, com a forma de avaliação aí eu já não concordo, porque cada unidade Básica tem a sua realidade, eu sei que a gestão para as 18 unidades é a mesma, só que cada unidade é uma, cada coordenadora é uma, meu jeito de trabalhar é totalmente diferente da outra enfermeira [...] e o PMAQ faz um geralzão assim, eu acho que ele tinha que levar mais em conta o que eu falo, o que eu vivo aqui dentro, não pode assim, generalizar não, mas... e ver as condições que a gente está fazendo esse processo aí de atendimento (G10).

Eu acho que as pessoas que vêm avaliar deveriam ser mais bem preparadas, saber realmente o que é atenção primária [...] eu acho que a pessoa tinha que ter a exigência de ter trabalhado na atenção primária, em alguma área da atenção primária, e não era assim (G12).

A maioria dos entrevistados não concorda com a configuração de avaliação feita, o que é plenamente justificado pela maioria das respostas dadas na pesquisa.

Uma vez que foi apontada a falta de pessoal, materiais e estrutura; a alta rotatividade do pessoal; a disparidade de condições entre as unidades de atendimento; a determinação de metas iguais para realidades diferentes, dentre outros pontos que dificultam o trabalho das equipes, não haveria como os participantes não considerarem esses impactos nos resultados. Os entrevistados, que não têm conhecimento sobre a avaliação da unidade, poderiam indicar que isso pode ocorrer por não haver a credibilidade de uma avaliação que não esteja de acordo com a realidade.

Outras questões que foram percebidas durante a entrevista e consideradas relevantes são também abordadas, a exemplo da instabilidade política e de cargos de gestão que retardam o desempenho da saúde, e, conseqüentemente, o dinheiro que estava na conta acaba não sendo investido porque quem entra demanda um tempo de familiarização com o ambiente e com o funcionamento dos serviços.

[...] Viçosa enfrentou de uns tempos pra cá um período político conturbado, troca de gestor, troca de prefeito e depois troca de gestor e já estamos com o terceiro gestor em dois anos [...]. Esse ano de 2016 foi um ano muito ruim, porque foi um ano político, então teve troca de secretário, troca de chefe, troca de enfermeiro, que saiu de um PSF e foi para outro, então foi um ano ruim. Ah é, teve outra também, que devido ao ano político, a prefeitura foi impedida de fazer muita compra, sendo que não pode ficar adquirindo muita coisa que fica parecendo crime eleitoral, parecendo que quer gastar muito, quer mostrar muito né. Então esse ano de 2016 foi um ano bem ruim, que a gente não conseguiu bater meta quase nenhuma (G1).

O tempo para conhecer todo o processo e dê andamento no investimento dos recursos e na implementação de melhorias acaba demorando, isso ocasiona uma desmotivação dos funcionários. Poderia ser resolvido se os profissionais que trabalham na ESF fossem ouvidos logo no início do planejamento do programa, para que fossem feitas as mudanças necessárias ao bom funcionamento do sistema, o que não ocorre.

Segundo os relatos, seria mais fácil que a estrutura da unidade fosse preparada e as exigências fossem solicitadas antes de começar a funcionar, pois seria muito mais difícil mudar o que está em andamento do que iniciar da forma adequada. E para incentivar a participar no PMAQ-AB de maneira realmente adequada teria que ser uma via de mão dupla, porque se é muito cobrado para o cumprimento das exigências, mas o incentivo, o recurso não é investido para a melhoria da unidade e do atendimento.

[...] é mais cobrado quando vai chegando próximo a avaliação, então isso é intensificado naquela época, numa espécie assim 'vamos arrumar a casa que vai chegar visita', então coloca tudo no lugar, tudo bonitinho. Porque isso deveria ter ido de encontro desde o início, eu vou abrir uma unidade, para essa unidade começar a funcionar ela vai ter essas exigências né, então se isso fosse assim seria mais fácil. Então aconteceu realmente o contrário, o PMAQ ele veio depois de muita coisa já estar funcionando, funcionando de qualquer jeito, às vezes muita coisa improvisada né [...] falta muita coisa de acessibilidade né, então vai adaptando muita coisa. E quando a avaliação do PMAQ vem, bate muito de encontro, a estrutura da casa, os espaços que são exigidos, as metas que a gente tem que cumprir dependente do espaço [...]. A gente está sempre improvisando muito, uma coisa que às vezes não depende da gente está aqui atuando, mas se a gente não fizer assim o nosso trabalho não aparece né, então eu não posso simplesmente falar que eu não tenho espaço na unidade para fazer esse tanto de atividade [...] ser muito cobrado que sejam cumpridas essas metas, que essa avaliação seja feita é muito cobrado [...]. (G2)

Fornecer estrutura necessária ao trabalho deve ser a base para o bom funcionamento da unidade de ESF e para o bom desempenho no PMAQ-AB. Apenas com o acesso às condições básicas para realizarem as funções é que o PMAQ-AB conseguirá atingir os seus objetivos na Atenção Básica.

O PMAQ-AB para muitos dos profissionais da ESF está mais relacionado ao recurso financeiro do que à melhora da qualidade e do acesso da Atenção Básica. Na verdade, o programa tem o intuito de potencializar o que já é de responsabilidade da ESF, mas o que se pode observar é que a visão dos profissionais inseridos nas unidades, muitas vezes é outra.

Então hoje eu até falei com a dentista, aí ela falou 'e o PMAQ, nós vamos receber o PMAQ?', eu falei 'gente, me fala uma meta do PMAQ, quem falar eu vou dar o meu dinheiro pra vocês', ninguém sabe, então como que você, até a faxineira que estava aqui ficava 'e o meu PMAQ?', eu falei 'dona fulana, qual que é a meta, me fala uma meta só, o que que a senhora faz aqui.', então é diferente, tem hora que isso me enche o saco, esse dinheiro pra mim é maldito, eles arrumam tanta confusão por causa de 500 reais, Deus me livre (G6).

[...] esse povo só pensa em recurso (G9)

Demonstram resistência ao programa, por diversos motivos mencionados ao longo da discussão, principalmente pelas frustrações. Porém, deveriam compreender que o intuito do programa é intensificar uma melhoria geral, esse ganho é para as políticas públicas, para o sistema de saúde, para a população, e também para os próprios profissionais inseridos na Atenção Primária. Vale ressaltar que esses profissionais fazem reivindicações que também devem ser ouvidas e

atendidas para que tanto a ESF como o PMAQ-AB façam mudanças e ajustes para que possam ser mais efetivos e eficientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao responder a pergunta orientadora deste estudo: “Como está sendo a dinâmica da gestão na estratégia de saúde da família a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica em Viçosa-MG?” e atentando-se ao objetivo específico da parte empírica de relacionar o programa institucional PMAQ-AB ao perfil dos gestores na dinâmica de tais unidades, são traçadas as seguintes considerações finais.

Os resultados, submetidos à análise de conteúdo, evidenciam que os gestores acreditam que o cumprimento das metas está na demora na resolução do problema; nas dificuldades que são a burocracia, a falta de profissionais e de estrutura, materiais e equipamentos que geram queda na produtividade; na alta rotatividade de profissionais, tanto da equipe do ESF quanto da Secretaria de Saúde; na inadequação das metas para a realidade local; no excesso de exigências da Secretaria de Saúde. Em complemento, outra dificuldade relevante diz respeito ao mau uso do instrumento de avaliação, já que normalmente os gestores se preparam com vistas à próxima visita de fiscalização.

Os gestores que utilizaram corretamente o instrumento disponibilizado pelo programa afirmam que a proposta do PMAQ-AB é muito rica para a atenção básica, que contribui e direciona o trabalho de toda a equipe. Traz para a realidade das unidades maior organização, melhora no processo de trabalho e qualidade no serviço, tanto para os profissionais como para os usuários. O programa ocasiona grandes contribuições e tem potencial para aperfeiçoar cada vez mais a atenção primária à saúde.

A Estratégia Saúde da Família e o PMAQ-AB visam contribuir para transformar o modelo de atenção à saúde. A importância de avaliar os serviços de saúde consiste na possibilidade de identificar as diretrizes que norteiam o modelo assistencial, não apenas com o intuito de realizar mudanças técnicas ou administrativas, mas para ressaltar os fatores indutores de mudanças nas ações de saúde, ocasionar mudanças que possam ser verificadas a médio e a longo prazos.

O programa enfatiza que é preciso haver mudanças e melhorias, estruturações e fiscalizações para que seja possível atingir o que a ESF se programou a realizar. O PMAQ-AB disponibiliza subsídios para o alcance destes objetivos, porém, na realidade estudada, esses subsídios não têm sido totalmente

ofertados. Logo, profissionais da ESF não conseguem realizar as atividades em sua excelência máxima.

Avaliando o Programa, acredita-se que há evidências de que a fase de planejamento deveria ser maior, pois é mais adequado para avaliar os possíveis erros e contratempos, e solucioná-los antes de colocá-los em prática. O período de planejamento não foi considerado suficiente e necessário pelos profissionais que participaram do estudo, pois houve diversas alterações no sistema de informação que foi prejudicial para a adequação e aceitação do programa. E também, em algumas regras de participação do programa, como ser ou não obrigatório a participação das unidades de ESF no programa. É importante que o planejamento de Políticas Públicas tenha uma margem de segurança, ou seja, um período adequado de tempo destinado ao planejamento. Dessa forma, é possível identificar ainda no processo de planejamento prováveis erros e dificuldades do programa, e um exemplo dessa evidência são as várias atualizações nos sistemas de informação e-SUS. Além disso, possibilita um tempo de adaptação sem maiores transtornos, evitando que os pontos frágeis do programa sejam identificados antes de ser implementado e colocado para uso. Oliveira (2006) comenta que o planejamento em políticas públicas tem de ser visto como um processo e não apenas como um produto técnico, e que um dos motivos que leva a falhas nos resultados de políticas públicas é a desagregação entre o planejamento e a implementação.

Outro fator relevante são as metas e as regras estipuladas sem flexibilidade, impedindo que os gestores exerçam a sua principal função: a gestão, pois realizam um trabalho voltado praticamente para a execução de tarefas estipuladas por superiores e voltados para burocracia. O PMAQ-AB colabora com essa situação, pois as unidades que cumprem essas metas e conseqüentemente bons indicadores, ganham uma porcentagem de pontos na avaliação. A rigidez das metas e regras também impede que os gestores alcancem o objetivo fundamental da ESF, que é o atendimento voltado para as características específicas da comunidade. Logo, torna-se um atendimento impessoal. Ainda, muitos atendimentos são realizados com o único objetivo de cumprir metas, e às vezes, quem realmente precisa de atendimento não é contabilizado. Os atendimentos realizados nas unidades dependem recursos materiais e tempo de trabalho, no entanto não são valorizados pelo Ministério da Saúde por não constarem nas metas.

Por se tratar de um projeto de grande dimensão, é preciso aperfeiçoar o modo de operar a avaliação externa do PMAQ-AB. São necessários mecanismos mais ágeis. O retorno dos resultados para as equipes e nos espaços colegiados com representação dos gestores, trabalhadores e usuários deve ser feito de maneira que consiga ajudar na reflexão, análise e aperfeiçoamento dos serviços e estimular a rede de pesquisadores do projeto.

Por isso, deve-se criar um sistema de metas flexíveis, adequadas à faixa etária presente na região, apropriar-se das reais necessidades da comunidade. Como por exemplo, no lugar da obrigatoriedade de realizar um número determinado de exames para tuberculose, mesmo que não haja suspeita, poderia realizar preventivos em mulheres com idade de treze anos, pois apesar de não se enquadrarem na faixa etária preconizada pelo MS, há necessidade e demanda. Então, em vez de gastar tempo dos profissionais e recursos materiais com algo que não é necessidade naquela região, poderia focar na carência local. Essa adaptação deve vir tanto para as unidades de ESF como para as exigências do PMAQ-AB. Assim, evitará desperdício de recursos materiais e tempo, além de melhorar a qualidade dos atendimentos, a eficiência e efetividade das atividades realizadas nas unidades de ESF, e, conseqüentemente a visita do PMAQ-AB. Além de induzir avanços significativos na Atenção Primária à Saúde, permitir a efetiva participação dos gestores em todo o processo de Políticas Públicas. Isso representará um avanço significativo na busca pela excelência da gestão pública no País.

Cabe ressaltar que o ponto de obstáculo de políticas públicas não tem se dado, em muitos casos, em sua formulação, mas sim no processo de implantação, indicando a necessidade de maior atenção a essa etapa. Pelo o que foi observado na pesquisa, o PMAQ-AB seguiu o modelo *top-down*, pois os entrevistados demonstram e relatam a existência do poder organizativo de cadeias claras de comando, em que não houve a participação das cadeias mais baixas no processo decisório. Nesse sentido, é interessante salientar que o modelo *bottom-up* permite compreender uma realidade muito mais complexa do que o modelo *top-down*. Possivelmente se o Programa tivesse combinado os modelos *top-down* e *bottom-up* evitaria transtornos em sua implementação, e quando os houvessem poderiam ser solucionados com mais eficácia, como, por exemplo, a complicação de exigir metas que não são condizentes com a realidade local. Vale dizer que o papel de remodelagem da política pública por aqueles que se deparam com os problemas

práticos da implementação permite maior efetividade, produtividade e capacidade da política pública.

É fundamental se pensar em uma cultura de avaliação, tendo em vista que é um bom guia para o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde, além do conhecimento acadêmico na área. Produzir novos padrões e novas configurações culturais para a relação entre a gestão, a ciência e a técnica é um desafio para a qualificação das práticas no interior dos sistemas de saúde.

A institucionalização da avaliação de desempenho ainda está em construção e aprimoramento, existem poucos programas e políticas com essa vertente. Portanto, esse estudo pretende contribuir com informações a respeito de como tem ocorrido esse processo de institucionalização, mesmo que seja em uma amostra considerada pequena.

Nesse sentido, sugere-se que se faça a verificação da influência do PMAQ-AB na Atenção Básica em outras realidades, e se o programa está tendo resolutividade e melhorias esperadas. Ainda, verificar essas melhorias e exigências implementadas em outras realidades, identificando os empecilhos, os benefícios, as experiências, de modo que possam contribuir com o desenvolvimento de políticas avaliativas. E se de fato as contribuições provenientes do PMAQ-AB estão sendo incorporadas por tempo integral e não apenas temporárias para receber a visita do PMAQ-AB às unidades.

As limitações encontradas foram com relação ao local da entrevista e a falta de tempo dos entrevistados, pois a entrevista teve que acontecer no local de trabalho, tendo pouca privacidade, pouco tempo destinado a entrevista devido à sobrecarga de trabalho mencionada por eles. Além de poder influenciar nas respostas, podem se sentir pressionados a responder de modo socialmente mais aceito.

A experiência vivenciada na condução deste trabalho de pesquisa permitiu identificar oportunidades de melhoria para o sistema, em que estão inseridas as unidades da Estratégia de Saúde da Família, a Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, o Ministério da Saúde e a comunidade.

Ações podem ser tomadas para aproveitar as oportunidades de aprimoramento do sistema. Nesta questão, sugere-se promover um apoio mais próximo aos gestores e profissionais da saúde, proporcionando a estes, maior nível de informação, conscientização do programa e capacitação para as atividades.

Como alternativa, recursos oriundos do PMAQ-AB poderiam ser utilizados pela coordenação da secretaria municipal para estruturar uma unidade de apoio, integrada para atender a todas as unidades de saúde e inclusive a própria SMS. Ampliar os conceitos de apoio institucional e educação permanente contemplados no PMAQ-AB, estendendo-os até o nível dos gestores e profissionais da saúde.

Em termos acadêmicos, sugere-se que o estudo a respeito do PMAQ-AB e suas contribuições e limitações na ESF e na Atenção Básica seja realizado em outras realidades, na tentativa de obter resultados mais conclusivos. Seria interessante verificar se existem diferenças significativas entre diversas realidades. Além disso, estudos para desenvolver novos métodos e ferramentas para auxiliar a gestão e a comunicação entre as partes, também seriam de grande valia para ampliar conhecimentos e atuação em ações que contribuirão para a melhoria do sistema no qual estão inseridas as políticas públicas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, J. R. R.; ARAUJO, E. A. A capacidade de gastos dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. In: **Cadernos de Finanças Públicas**, Escola de Administração Fazendária (ESAF), 2001.

AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2016.

ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-42, 2008.

AMARAL, H. K. Desenvolvimento de competências de servidores na administração pública brasileira. **Revista do Serviço Público de Brasília**, v. 57, n. 4, p. 549-63, 2006.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 835-40, 2007.

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.1, p.19-25, 2004.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Fiocruz, 2012.

_____. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação e Sociedade**, v.23, n.80, p.25-48, 2002.

BARDACH, E. **A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving**. New York: Catham House Publishers, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BALDWIN, T. **Desenvolvimento de habilidades gerenciais**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

BARNARD, C. I. **As funções do executivo**. São Paulo: Atlas, 1979.

BARRA, S. A. R. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. 2013. 199 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2013.

BARROS, C. M. **Gestor público: uma análise das principais competências requeridas nos dias atuais**. 2009. (Trabalho de conclusão de curso). Curso Intensivo

de Pós Graduação em Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<http://www.der.mg.gov.br/images/TrabalhosAcademicos/caetano%20magalhaes%20de%20barros%20monografia.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2017.

BARTON, L. C.; AMBROSINI, V. The moderating effect of organizational change cynicism on middle manager strategy commitment. **Journal of Human Resource Management**, v. 24, n. 4, p. 721-46, 2013.

BERGUE, S. T. **Modelos de gestão em organizações públicas: teorias e tecnologias gerenciais para a análise e transformação organizacional**. Rio Grande do Sul: Educs, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal. In: VADE MECUM. 23. ed. São Paulo: Rideel, 2016.

_____. **Decreto nº 5.707**, de 23 de fevereiro de 2006. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da Administração Pública Federal Direta, Autárquica e Funcional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Decreto/D5707.htm> Acesso em: 06 jun. 2015.

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde (LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação, p. 35-42, 1987.

_____. Ministério da Saúde. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Declaração Alma-Ata. Conferência Nacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro 1978. Conferência Alma-Ata; URSS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília (DF), 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de cobertura Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 535, de 03 de abril de 2013**. Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535_03_04_2013.html. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Sessão 1, n. 138, p. 79, 2011a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>. Acesso em: 23 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria n.º 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). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 48 a 55, out. 2011(b). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar. Brasília/DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BENDER, K. G. et al. Condições e modificações no processo de trabalho: concepções de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, RS, v.6, n. 2, p. 45-59, 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A reforma da Administração Pública**. Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil. São Paulo: Editora 34, Capítulo 16, p. 269-294, 1996.

BRUNELLI, M. G. M. **Motivação no serviço público**. Porto Alegre: Faculdade IBGEN, 2008.

CAETANO, M. C. C. et al. Medicamentos para o tratamento da dor crônica: uma questão de acesso? **Revista de Ciências da Saúde**, v.29, n.1, p. 39-45, 2017.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. supl. 1, p. 58-68, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p.392, 2007.

CARLOS, J. Definições de relacionamentos interpessoais. **Revista Intellectus**, v. 8, nº. 20, 2012.

CARDOSO, C. M. L. **Vivência do sofrimento moral na Estratégia de Saúde da Família: visão dos profissionais**. 2015. Dissertação. (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. de Saúde Pública**, v.30, n.7, p.1453-62, 2014.

CASTRO, M. S. P. **Política de assistência social no Brasil: uma análise a partir das tipologias de políticas públicas**. 2014. 207 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772-84, 2012.

CAVALIERE, A. M.; SOARES, A. J. G. (Orgs.). **Educação pública no Rio de Janeiro: novas questões à vista**. Rio de Janeiro: FAPERJ, p. 135-152, 2015.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, 975-86, 2005.

CÉSAR, A. M. R. V. C. Método do estudo de caso (Case Studies) ou método do caso (Teaching cases)? Uma análise dos dois métodos no ensino e pesquisa em Administração. **REMACRevista Eletrônica Mackenzie de Casos**. São Paulo, v. 1, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul_dez_05/06.pdf> Acesso em: 20 jun. 2017.

CHIMARA, M. B. et al. Gestão do sistema de saúde do município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na microrregião de cidade Tiradentes. **Rev. Gest. Sist. Saúde**, São Paulo, SP, v. 2, n. 2, p. 174-197, 2013.

CHIMARA, M.B.; SILVA, E. Management health system of the city of São Paulo based on assessment standards of PMAQ-AB: an case study on region of cidade Tiradentes. 11th International Conference on Information Systems and Technology Management – CONTECSI, São Paulo, Brasil, 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.705-11, 2006.

_____. Avaliar a avaliação. In: BROUSSELLE A. et al. (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber Preparar uma Pesquisa**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

COHN, A. Reforma Sanitária Brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p.1614-9, 2009.

CORIOLOANO, M. W. L. et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2447-54, 2010.

COSTA, A. M., PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

COSTA, L. V. **Gestão por competências aplicada a uma empresa hospitalar**. 2008. 51 f. Monografia (Especialização em Gestão de Pessoas). Universidade de Brasília, DF, (UnB), 2008.

COTTA, R.M.M. et al. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa, MG: Editora UFV, p. 288, 2013.

- COTTA, R. M. M; MENDES, F. F., MUNIZ, J. N. **Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: do imaginário ao real**. Universidade Federal de Viçosa, p. 49, 1998.
- COUTINHO, I.; LEAL, P. R. F. **Identidades midiáticas: memória e representação**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2009.
- CRUZ, T. A. **Retrato social de Viçosa IV**. Viçosa, MG: CENSUS, 2012.
- CRUZ, T. A. **Retrato social de Viçosa V**. Viçosa, MG: CENSUS, 2014.
- DALMOLIN, B.B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 389-94, 2011.
- DAVENPORT, T. H. **Reengenharia de processos: como inovar na empresa através da tecnologia da informação**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- DENHARDT, Robert. **Teorias da Administração Pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- DINSMORE, P. C.; CABANIS-BREWING, J. **AMA Manual de Gerenciamento de Projetos**. Rio de Janeiro: Brasport, 2009.
- DOURADO, D.A; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.
- DRAIBE, S. M. **Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, p. 13-42, 2001.
- ENAP - Escola Nacional de Administração Pública. **Gestão por Competências**. Brasília: **Escola Nacional de Administração Pública - ENAP**, 2009. Disponível em: <<http://www.drbaessoria.com.br/12gestaoporcompetencias.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017
- FACCHINI, L.A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad.Saúde Pública**, v.24, supl.1, 2008.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **RevBras Saúde Matern Infant.**, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.
- FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FLEURY, A., FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra cabeças caleidoscópico da indústria brasileira.** Rio de Janeiro: Atlas, 2001.

FRANÇA, T. **Sistema de Informação em Atenção Básica: um estudo exploratório.** 2001. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)—Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÈRE, H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 695-705, 2012.

GARCIA-SANTOS, S. C.; ALMEIDA, L. S.; WERLANG, B. S. G.; VELOSO, A.L.M. Processamento da informação em gestores de alto desempenho. **Journal Motricidade**. Motricidade FTCD/CIDESD, v. 6, n. 1, p. 85-102, 2010.

GIAQUETO, A. A descentralização e a intersetorialidade na política de assistência social. **Serv. Soc. & Saúde**, v. 9, n. 10, p. 79-102, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L.; Escorel S.; Lobato L. V. C.; Noronha J. C.; Carvalho A. I. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 575-625, 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.2, p. 57-63, 1995.

GOLDBAUM, A. **O processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para saúde bucal no âmbito do Sistema Único De Saúde (SUS).** 2014. Dissertação (Mestrado da Faculdade de Odontologia)-Universidade de São Paulo, 2014.

GOLDFINCH, S.; WALLIS, J. Two myths of convergence in public management reform. **Public Administration**, v. 88, n. 4, p. 1099-1115, 2010.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2009 – PNAD.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default_sintese.shtm Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. **Banco de Dados: cidades.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 02 ago. 2016.

- JACINTO, S. M. L. **Prontidão para a Mudança em Enfermeiros no Contexto Hospitalar**: associação com job engagement e percepção de autoeficácia. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde)-Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal, 2014.
- JESUS, M. C. P. et al. Discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.11, n.1, p. 54-61, 2008.
- JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e espaço público**: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil [Social representation and public life: the symbolic construction of public spaces in Brazil]. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- KARYOTAKIS, K. M.; MOUSTAKIS, V. Reinvention of the public sector: total quality management and change management. **Singidunum Journal of Applied Sciences**, v. 11, n. 2, p. 30-44, 2014.
- LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- LAZZARESCHI, N. **Sociologia do trabalho**. Curitiba: IESDE BRASIL S.A., 2009.
- LEITE, C. K. S. Análise de políticas públicas: síntese de conceitos e princípios. In: **Notas de Aula (Gestão de políticas públicas)** – Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1714782>. Acessado em: 13 set. 2017.
- LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Análise de políticas públicas. In: FERNANDES, R. M. C.; HELLMANN, A. (Orgs.). **Dicionário crítico**: política de assistência social no Brasil. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2016.
- LIMA, A. K. C. **Competências gerenciais**: a percepção dos gestores de uma IES pública. 2010.134f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Potiguar, Natal, 2010.
- LISBOA, T. C. Pessoas: A razão de ser da liderança. In: MARINHO, R. M.; OLIVEIRA, J. F. **Liderança**: uma questão de competência. São Paulo: Saraiva, p.151-159, 2005.
- LOPES, E. A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais**. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, n. 57, p. 49-65, 2016.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v.66, n.2, p. 171-94, 2015.

LOWI, T.J. American business, public policy, case-studies and political theory. **World Politics**, v. 6, p. 677-715, 1964.

LUCCHESI, P. T. R. et al. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MAGALHÃES, R. V.; VIEIRA, L. J. Os desafios da prática do enfermeiro inserido no Programa Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 35, n. 91, p. 563-569, 2011.

MARQUES, A. L. et al. Relações entre resistência a mudança e comprometimento organizacional em servidores públicos de Minas Gerais. **RAC-Revista de Administração Contemporânea**, v. 18, n. 2, p. 161-175, 2014.

MARTINS, R. et al. Effects of strength and aerobic-based training on functional fitness, mood and the relationship between fatness and mood in older adults. **The Journal of sports medicine and physical fitness**, v. 51, n. 3, p. 489-496, 2011.

MELO, E. C. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e saúde da mulher: motivar e conscientizar para contratualizar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Materna, Neonatal e do Lactente), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v.18, n.4, supl. 4, S3-S11. , 2008.

MINTZBERG, H. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
_____. **MBA? Não, obrigado: uma visão crítica sobre a gestão e o desenvolvimento de gestores**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

_____. Rounding out the manager's job. **Sloan Management Review**, 36(1), 11-26, 1994.

_____. The manager's job: folklore and fact. **Harvard Business Review**, 53(4), 49-61, 1975.

_____. **The nature of managerial work**. New York: Harper & Row, 1973.

MIRANDA, D. B.; GUIMARÃES, I. G.; ALVES, E. D. Representações sociais da descentralização do SUS: perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n.3, p. 349-60, jul./set. 2009.

MISHIMA, S. M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C.P; ROCHA. S. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-96.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013.

MULLER, R.; TURNER, R. Leadership competency profiles of successful project managers. **International Journal of Project Management**, 28(5), 2009.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.

NUNES, E. F. P. A. et al. Managerial work in Basic Health Units of small municipalities in Parana, Brazil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.20, n.58, p.573-84, 2016.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 393-400, 2014.

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas, organização e métodos**: uma abordagem gerencial. 19.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

OLIVEIRA, J. A. P. Repensando políticas públicas: por que freqüentemente falhamos no planejamento? In: MARTINS, P. E. M.; PIERANTI, O. P. (orgs). **Estado e gestão pública**: visões do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliabilidade do programa de valorização do profissional da Atenção Básica (PRO VAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, p. 2999-3010, 2015.

PAIM, P. R. C.; CICONELLI, M. R. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 9, n. 36, p.86, 2007.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: HORTON, R. (ed.). **The Lancet**, Londres, p. 11-31, 2011.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A.O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 43-57, out. 2014.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, v.29, n.4, p. 318-25, 1995.

QUINN, R. et al.**Competências gerenciais**: princípios e aplicações. Tradução de Cristina de Assis Serra. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

RABELLO, L. S. **Promoção de saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

REIS, R. C. S.; MATOS, C. R. Perfil do gestor público: elementos para formação e mudanças. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ESTRATÉGIA EM GESTÃO, EDUCAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (CIEGESI), 1, 2012, Goiânia. **Anais eletrônicos...** Goiânia: UEG, 2012 Disponível em: <http://www.anais.ueg.br/index.php/ciegesi/index> Acesso em: 3 set. 2017.

RODRIGUES, F. **Condições de trabalho e saúde das equipes da estratégia saúde da família-Rondonópolis-MT: o olhar dos trabalhadores da saúde.** 2014. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

ROBBINS, S. P. **Administração: mudanças e perspectivas.** São Paulo: Saraiva, 2000.

ROBERTO, R. F. et al. Análise da atuação das instituições públicas no município de Viçosa (MG) na percepção da população local. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 42, p. 331-62, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6754/1/PPP%20n42%20Analise.pdf> Acesso em: 3 set. 2017.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SABATIER, P. A. Top-Down and Bottom-Up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, Cambridge (UK), v. 1, n. 6, p. 21-48, 1986.

SACHS, I.; LOPES C.; DOWBOR, L. **Crises e oportunidades em tempos de mudança.** Documento de referência para as atividades do núcleo Crises e Oportunidades no Fórum Social Mundial Temático. Jan. 2010. Disponível em: <http://criseoportunidade.wordpress.com/category/ladislau-dowbor/> Acesso em: 3 set. 2017.

SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n. 4, p. 912-26, dez., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 dez. 2017.

SALISBURY, R. H. The Analysis of Public Policy: the search for theories and roles. In: RANNEY, A. (Org.). **Political Science and Public Policy.** Chicago: Markham, p.151-175, 1968.

SAMPAIO, J. et al. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. **Revista de Enfermagem UFPEonline**, Recife, 10(Supl. 5), p. 4318-28, nov., 2016.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes no SUS: Marco Legal. In: CARVALHO, G. **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização do SUS.** Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SANTOS, M. C.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 359-66, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2017.

SANTOS, T.V.C.; PENNA, C.M.M. Tecnologias de trabalho na atenção primária em saúde. In: SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA FACIG, 1, 2015, Manhuaçu, MG. **Anais eletrônicos ...** Manhuaçu:FACIG, 2015. Disponível em: <http://www.pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/index> Acesso em: 07 dez. 2017.

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. p.537-48, mar. 2012.

SCHWARTZ, T.D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-54, 2010.

SECCHI, L. **Políticas públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-32, 2013.

SILVA, M. A. **Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade**. 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SILVA, M. C. **A importância do gestor público no processo decisório**. 2008. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/a-importancia-do-gestor-publico-no-processo-decisorio/22383/>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SILVA, M. V. Políticas Públicas de Saúde: tendências recentes. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 69, p.121-128, 2012.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4427-38, 2014.

SILVER, L. Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F. J. U.; MACHADO, M. H. (orgs). **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.

SIQUEIRA, M. M. M. et al. **Medidas de comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. Dados - **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 513-60, 2001.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, nº 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, E. H. **Disfunção na carreira de gestor de políticas públicas no Estado do Acre: uma análise situacional à luz da Teoria Gerencial**. 2016. 157f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional)–Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2016.

SOUZA FILHO, R. **Gestão Pública e Democracia: a burocracia em questão**. Rio de Janeiro: Lumem-Juris, 2011.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SOUZA, R. O. A. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde**. 2011. 154f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, p. 726, 2004.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR, 2002.

VAITSMAN, J. Monitoramento e avaliação de programas sociais: principais desafios. In: **MDS 188 – concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Unesco, 2009.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro-SoCERJ**, v.20, n.5, p. 383–86, 2007.

VERAS, C. L. S. M.; VIANNA. R. P. T. Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica: 2005. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.18, n.2, p. 133-140, 2009.

VIEIRA, E.T. et al. O Programa Saúde da Família sob enfoque dos profissionais de saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.17, n. 3, p. 119-26, 2004.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Geneva, 1946.

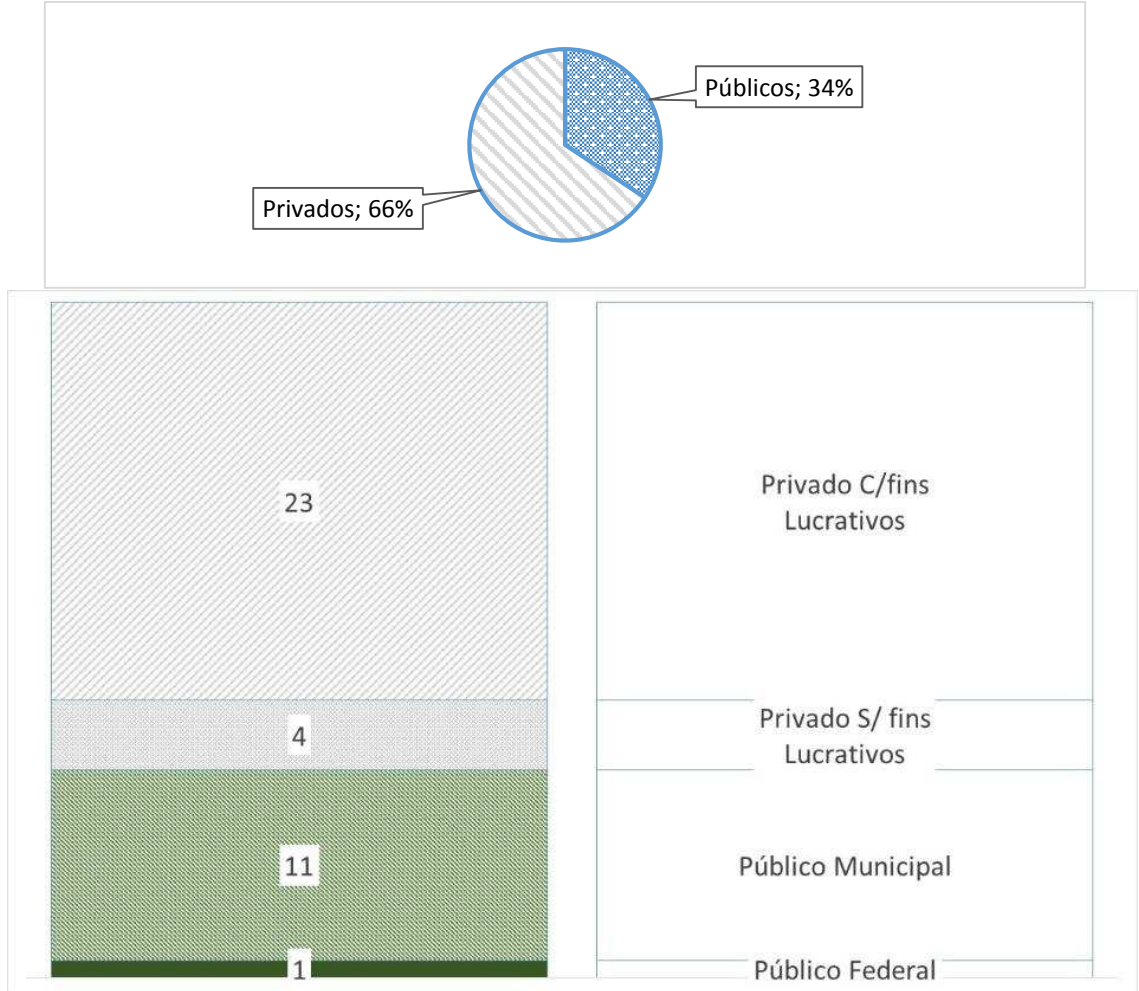
WU, X., RAMESH, M., HOWLETT, M., FRITZEN, S. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2014.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAMPROGNO, A.C. **Olhar(es) sobre a atenção básica**: a experiência de uma entrevistadora de campo na coleta de dados do PMAQ no Estado do Espírito Santo. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.

APÊNDICE 1: DADOS SOBRE VIÇOSA-MG EM RELAÇÃO À SAÚDE

Figura 1 – Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde em Viçosa em 2009.



Fonte: Elaborada pela autora baseado em dados de IBGE (2009).

Quadro 1– Proporção da População Usuária de Plano de Saúde por Região Urbana de Planejamento, Viçosa; MG – 2011.

Região Urbana de Planejamento	% de usuários
1. Centro	64,82%
2. Acamari	52,05%
3. Bom Jesus	45,64%
4. Nova Viçosa	15,96%
5. Fátima	51,00%
6. Lourdes	66,41%
7. Santa Clara	35,91%
8. Passos	44,76%
9. Santo Antônio	46,77%
10. Nova Era	31,82%
11. Amoras	23,43%
12. Silvestre	38,19%
13. Fundão	60,23%
14. Cachoeirinha	33,87%
TOTAL	42,93%

Fonte: Cruz (2012).

Quadro 2 - População Urbana Estimada Segundo o Gênero e Região Urbana de Planejamento Viçosa, MG 2013.

REGIÃO	HOMENS	MULHERES	TOTAL	% Pop.
1. Centro	3.072	4.125	7.197	10,14%
2. Acamari	708	806	1.514	2,13%
3. Bom Jesus	4.532	5.205	9.738	13,72%
4. Nova Viçosa	2.541	2.673	5.214	7,35%
5. Fátima	1.956	2.018	3.975	5,60%
6. Lourdes + Santa Clara	1.452	2.054	3.506	4,94%
7. Santa Clara	2.656	2.966	5.621	7,92%
8. Passos	1.514	1.611	3.125	4,40%
9. Santo Antônio	4.320	4.860	9.180	12,94%
10. Nova Era	2.142	2.337	4.479	6,31%
11. Amoras + São José (Laranjal)	3.355	3.258	6.613	9,32%
12. Silvestre + João Brás	2.656	2.930	5.586	7,87%
13. Fundão + São José do Triunfo	1.487	1.540	3.027	4,27%
14. Cachoeirinha	1.089	1.107	2.195	3,09%
TOTAL (N°)	33.479	37.490	70.969	100,00%
TOTAL (%)	47,17%	52,83%	100,00%	

Fonte: Cruz(2012).

Quadro 3 - População Urbana Estimada Segundo Faixa Etária por Região Urbana de Planejamento – Viçosa, MG – 2013.

REGIÃO URBANA DE PLANEJAMENTO	Menos de 16	De 16 a 24	De 25 a 39	De 40 a 59	De 60 a 69	70 ou mais	TOTAL
1. Centro	869	1.233	1.393	2.005	719	976	7.194
2. Acamari	346	160	390	364	177	62	1.499
3. Bom Jesus	1.854	1.340	2.165	2.386	1.180	763	9.687
4. Nova Viçosa	1.526	878	1.180	1.109	319	213	5.225
5. Fátima	630	550	860	1.144	461	302	3.948
6. Lourdes	444	381	745	816	683	435	3.504
7. Santa Clara	1.366	763	1.446	1.393	426	240	5.633
8. Passos	497	506	541	860	275	452	3.132
9. Santo Antônio	1.615	1.419	2.191	2.511	754	710	9.199
10. Nova Era	807	665	940	1.251	399	426	4.489
11. Amoras	1.712	985	1.588	1.632	408	302	6.627
12. Silvestre	994	754	1.340	1.623	444	444	5.598
13. Fundão	701	461	603	958	160	151	3.034
14. Cachoeirinha	506	381	417	585	195	115	2.200
TOTAL (N°)	13.866	10.477	15.799	18.638	6.600	5.589	70.969
TOTAL (%)	20%	15%	22%	26%	9%	8%	100%

Fonte: Cruz (2012).

Quadro 4 - Estimativa da População em Idade Ativa por Grupo de Pessoas e por Região - Viçosa, MG – 2013.

REGIÃO	APOSENTADOS	INCAPAZES ⁴	PEA	PIA
1. Centro	735	198	4.405	5.338
2. Acamari	124	67	898	1.089
3. Bom Jesus	938	232	5.885	7.055
4. Nova Viçosa	301	67	3.111	3.479
5. Fátima	416	165	2.429	3.010
6. Lourdes	522	101	1.997	2.620
7. Santa Clara	354	33	3.632	4.019
8. Passos	283	165	1.729	2.178
9. Santo Antônio	779	430	5.652	6.861
10. Nova Era	354	67	2.828	3.249
11. Amores	381	131	4.092	4.603
12. Silvestre	381	131	3.640	4.152
13. Fundão	230	67	1.881	2.178
14. Cachoeirinha	310	165	1.101	1.576
TOTAL (N°)	6.108	2.319	42.978	51.405
TOTAL (%)	11,88%	4,51%	83,61%	100,00%

Fonte: Cruz (2012).

Quadro 5 – Acesso a Serviços Urbanos Básicos na Área de Estudo em 2011 e 2013. Viçosa, MG (em relação ao número de entrevistados).

SERVIÇOS	2011	2013
Água Encanada	98,95%	99,30%
Esgoto na rede Central	98,72%	98,18%
Coleta de lixo	95,08%	100,00%
Energia Elétrica	99,77%	100,00%
Telefone fixo	59,02%	51,82%
Celular	62,25%	66,73%*
Internet	50,00%	53,81%

Fonte: Cruz (2012).

⁴Deficientes com idade entre 16 e 69 anos incapacitados para trabalho

Quadro 6– Número de Leitos Hospitalares por Setor de Atendimento e por Hospital. Viçosa, MG – 2011.

Setor	Tipo de Alojamento	Hospital		Total
		São João Batista	São Sebastião	
Enfermaria	Clinico	27	27	54
	Cirúrgico	13	15	28
	Ortopédico	17	8	25
	Total	57	50	107
Apartamentos	Total	33	28	61
CTI	Total	9	6	15
Enfermaria Infantil	Pediatria - Médica	2	10	12
	Pediatria - Cirúrgico	2	4	6
	Berçário	0	4	4
Total		102	103	205

Fonte: Hospital HSJB e HSS (2011).

Quadro7– Proporção da População Usuária de Plano de Saúde por Região Urbana de Planejamento. Viçosa; MG – 2011.

Região Urbana de Planejamento	% de usuários
1. Centro	64,82%
2. Acamari	52,05%
3. Bom Jesus	45,64%
4. Nova Viçosa	15,96%
5. Fátima	51,00%
6. Lourdes	66,41%
7. Santa Clara	35,91%
8. Passos	44,76%
9. Santo Antônio	46,77%
10. Nova Era	31,82%
11. Amoras	23,43%
12. Silvestre	38,19%
13. Fundão	60,23%
14. Cachoeirinha	33,87%
TOTAL	42,93%

Fonte: Cruz (2012).

Quadro 8 – Total de Unidades de ESF Viçosa; MG – 2017.

Região Urbana de Planejamento
1. Centro
2. Acamari
3. Bom Jesus
4. Nova Viçosa
5. Fátima
6. Lourdes
7. Santa Clara
8. Passos
9. Santo Antônio
10. Nova Era
11. Amoras
12. Silvestre
13. Fundão
14. Cachoeirinha
15. Silvestre, Novo Silvestre,
16. Nova Viçosa Posses
17 São Sebastião
18. São José/Cidade Nova, São José/Barrinha,
TOTAL: 18 unidades

Importante ressaltar que a proporção da população usuária de plano de saúde por região urbana de planejamento é um dos fatores que torna possível avaliar a questão da vulnerabilidade dos bairros. Outro fator que também pode ser considerado para essa avaliação é a contemplação do programa Bolsa Família, sendo os bairros mais atendidos os que residem nas regiões de Bom Jesus, Nova Viçosa e Amoras. O Ministério das Cidades (MCidades) informa que atualmente há 3.641 famílias de baixa renda em Viçosa que possuem os pré-requisitos para serem contemplados com o benefício (ROBERTO et al., 2014).

APÊNDICE 2 : ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Dados Pessoais

1. Idade: _____
2. Escolaridade: _____
3. Tempo em que trabalha nesta Unidade: _____
4. Tempo de exercício profissional na área da saúde: _____

Práticas de Gestão

Planejamento do PMAQ-AB na Unidade de Saúde

1. Para cumprir as exigências do PMAQ-AB, como é feito o planejamento da gestão de saúde de sua unidade? Como são definidas e priorizadas as metas a serem atingidas? O que você considera essencial para fixá-las? (Monitor e Âmbito do conhecimento)
2. Como é considerada a atualização dessas metas e qual é a periodicidade da atualização? (Monitor e Empreendedor)
3. Como são utilizados os resultados dos indicadores de desempenho para definir os itens do planejamento de saúde? (Monitor, Empreendedor e Âmbito do conhecimento)
4. São usadas múltiplas fontes de evidências no controle (checklist, questionários, anotações, relatórios de acidentes e incidentes e procedimentos de inspeção)? Utilizam dessas evidências no planejamento? (Monitor e Empreendedor)
5. Como o gestor utiliza os recursos para a unidade provenientes do PMAQ-AB? (Empreendedor, Alocador de Recursos e Âmbito do conhecimento)
6. Em relação aos recursos materiais da unidade, como e quando é feita a previsão dos materiais? Esses materiais são entregues sempre que solicitados? Como é avaliada a priorização dos recursos solicitados? Quais são os critérios considerados para realizar as aquisições de matéria-prima e equipamentos a fim de atender as exigências do PMAQ-AB? (Monitor, Empreendedor, Alocador de Recursos e Âmbito do conhecimento)

Indicadores avaliados

7. Como a unidade estabelece um plano de medição de indicadores e como são monitorados e coletados? Quais os indicadores considerados como mediação e monitoramento são estabelecidos e com que periodicidade? Existe preocupação em melhorar esses indicadores? De que forma? (Monitor, Empreendedor e Âmbito do conhecimento)

8. Como é feita a reavaliação da adequação dos indicadores existentes? (Monitor, Empreendedor, Âmbito do conhecimento)

Trabalho em Equipe

9. Em sua unidade existe participação da equipe na definição dos objetivos e prazos a serem atingidos? Os trabalhadores são informados e participam das mudanças efetuadas no planejamento das metas as serem atingidas com o programa? De que forma isso acontece? (Âmbito Interpessoal, Monitor, Empreendedor e Âmbito do conhecimento)

10. Como os mecanismos de análise crítica do sistema de gestão de saúde geram a implementação de melhorias ou inovações nas práticas da equipe? A equipe aprende e apreende essas melhorias e inovações? (Âmbito interpessoal, Monitor, Empreendedor e Âmbito do Conhecimento)

11. Qual a autonomia da equipe para tomar decisões que influenciam na produção e no atingimento das metas? Como essa autonomia acontece? (Âmbito Interpessoal e Âmbito do conhecimento)

12. Qual o envolvimento dos trabalhadores para melhorar o desempenho do seu serviço e da unidade? (Âmbito Interpessoal e Âmbito do conhecimento)

Capacitação da Equipe de Saúde

13. Como e por quem é feito o treinamento da equipe e como ela é desenvolvida? Qual a frequência dos treinamentos? (Âmbito interpessoal e Âmbito do Conhecimento)

14. Como são avaliadas as necessidades de treinamento da equipe da unidade? Quem identifica tais necessidades e define os temas prioritários para os treinamentos? De que forma isso acontece? (Âmbito interpessoal e Âmbito do Conhecimento)

15. O programa de capacitação estimula a atuação proativa dos trabalhadores? Prepara o trabalhador para desenvolver habilidades comportamentais (comunicação, formulação e identificação de problemas), além das habilidades técnicas (consciência e aprendizagem)? De que forma? (Âmbito interpessoal e Âmbito do Conhecimento)

16. Existe verificação da eficácia dos treinamentos? De que forma? (Âmbito interpessoal e Âmbito do Conhecimento)

Papel do Gestor

17. Como a gestão comunica a todos os envolvidos na unidade sobre suas responsabilidades, seu comprometimento e envolvimento para alcançar os objetivos de saúde? (Âmbito Interpessoal e Disseminador e porta-voz)

18. De que forma a gestão participa ativamente dos esforços e interage com a equipe e com a população, buscando oportunidades para o desenvolvimento da saúde e de estratégias para alcançar a melhoria da qualidade? (Âmbito Interpessoal, Âmbito Político, Empreendedor e Disseminador e Porta-voz)

19. Qual a atuação do gestor para promover a satisfação, motivação e bem-estar mental e social dos trabalhadores? (Âmbito Interpessoal e Solucionador de Conflitos)

20. Quais as dificuldades mais relevantes encontradas na unidade em gerenciamento? (Solucionador de Conflitos)

21. A sua rotina de trabalho na unidade é mais assistencial, burocrática ou o trabalho assistencial e burocrático estão na mesma proporção? A forma como é organizada a sua rotina atrapalha ou auxilia no desempenho das metas solicitadas pelo PMAQ-AB? (Chefia)

22. A unidade em que trabalha localiza-se em uma cidade considerada universitária, nesse meio acadêmico, com vários estudantes da área da saúde, você acha que o fato de lidar com esses estudantes constantemente facilita seu trabalho ou essa demandando atrapalha o rendimento do seu serviço? Por que? (Chefia e Âmbito Político)

Avaliação dos Resultados Alcançados pela Unidade de Saúde

23. Como é realizado o sistema de monitoramento e modificação dos procedimentos solicitado pelo PMAQ-AB? (Monitor e Empreendedor)

24. Como é realizado o monitoramento das ações de inovação ou melhoria no desempenho da saúde? (Monitor)

25. O sistema de informação adotado é eficiente para gerenciar, monitorar e comunicar os processos de trabalho? (Monitor e Empreendedor)

26. São feitos *feedback* positivo e a identificação das causas dos sucessos? Por exemplo, por que o trabalho real está sendo eficaz. Há um *feedback* a população ou aos trabalhadores da unidade? Como é feito esse *feedback*? (Âmbito interpessoal, Monitor, Empreendedor e Disseminador e Porta-voz)

27. Existe a apresentação e explicação do desempenho atual da unidade, e a tendência de seu desempenho por meio dos resultados dos indicadores e das projeções dos objetivos e metas futuras? Como é feito? (Âmbito interpessoal, Empreendedor e Disseminador e Porta-voz)

28. Existe a comparação dos indicadores com *benchmarking* externo? (Âmbito Político, Monitor e Empreendedor)

Informações Adicionais

29. Qual foi a nota da unidade nos dois ciclos do PMAQ-AB? Concorda com a nota que a unidade recebeu? Concorda com a forma de avaliação utilizado pelo PMAQ-AB?

APÊNDICE 3: O INSTRUMENTO AMAQ – EXEMPLO DE AUTOAVALIAÇÃO

Quadro 1– Estrutura do instrumento AMAQ – AB e subdimensões por padrões de qualidade para EAB.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão	Nº Padrões	Pontuação	
				Mín.	Máx.
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da Atenção Básica no Município	9	0	90
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde	2	0	20
		C – Gestão do trabalho	4	0	40
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário	4	0	40
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional	2	0	20
		F – Educação permanente	6	0	60
		G – Monitoramento e avaliação	4	0	40
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos	8	0	80
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos	8	0	80
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica	3	0	30
		K – Organização do processo de trabalho	14	0	140
		L – Atenção integral à saúde	35	0	350
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	4	0	40
		N – Programa Saúde Escola	5	0	50

Fonte: BRASIL, 2013.

Quadro 2 – Percentual das subdimensões em categorias

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

Fonte: BRASIL, 2013.

Quadro 3 – Exemplo de padrão de qualidade para avaliação da subdimensão Educação Permanente.

2.3	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da atenção básica.	012345678910
Os processos de educação são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.		
Exemplo de classificação de subdimensão: educação permanente		
A subdimensão de educação permanente possui 6 padrões, totalizando 60 pontos possíveis de serem alcançados. Durante a autoavaliação, se o gestor da Atenção Básica obtivesse resultado igual a 30 pontos, o que representaria 50% o desempenho seria classificado como regular na subdimensão analisada.		
Classificação da Subdimensão Educação Permanente - REGULAR		

Fonte: Brasil (2015).

APÊNDICE 4: INDICADORES PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

2 ÁREA – SAÚDE DA MULHER

- 2.1 INDICADOR – Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica
- 2.2 INDICADOR: Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada
- 2.3 INDICADOR: Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre
- 2.4 INDICADOR: Proporção de gestantes com pré-natal no mês
- 2.5 INDICADOR: Proporção de gestantes com vacina em dia
- 2.6 INDICADOR: Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais
- 2.7 INDICADOR: Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares do ACS

3 ÁREA – SAÚDE DA CRIANÇA

- 3.1 INDICADOR: Média de atendimentos de puericultura por criança cadastrada
- 3.2 INDICADOR: Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo
- 3.3 INDICADOR: Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia
- 3.4 INDICADOR: Proporção de crianças menores de dois anos pesadas
- 3.5 INDICADOR: Média de consultas médicas para menores de um ano
- 3.6 INDICADOR: Média de consultas médicas para menores de cinco anos
- 3.7 INDICADOR: Proporção de crianças com baixo peso ao nascer
- 3.8 INDICADOR: Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio pelo ACS

4 ÁREA – CONTROLE DE DIABETES MELITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

- 4.1 INDICADOR: Proporção de pessoas com diabetes cadastradas
- 4.2 INDICADOR: Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas
- 4.3 INDICADOR: Média de atendimentos por pessoa com diabetes
- 4.4 INDICADOR – Média de atendimentos por pessoa com hipertensão

5 ÁREA – PRODUÇÃO GERAL

- 5.1 INDICADOR: Média de consultas médicas por habitante
- 5.2 INDICADOR: Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado
- 5.3 INDICADOR: Proporção de consultas médicas de demanda agendada
- 5.4 INDICADOR: Proporção de consultas médicas de demanda imediata
- 5.5 INDICADOR: Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado
- 5.6 INDICADOR: Média de atendimentos de enfermeiro
- 5.7 INDICADOR: Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência
- 5.8 INDICADOR: Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar
- 5.9 INDICADOR: Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada
- 5.10 INDICADOR: Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas

famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família

6 ÁREA – VIGILÂNCIA – TUBERCULOSE E HANSENÍASE

- 6.1 INDICADOR: Média de atendimentos para pessoas com tuberculose
- 6.2 INDICADOR: Média de atendimentos para pessoas com hanseníase

7 ÁREA – SAÚDE MENTAL

- 7.1 INDICADOR: Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas
- 7.2 INDICADOR: Proporção de atendimentos de usuário de álcool
- 7.3 INDICADOR: Proporção de atendimentos de usuário de drogas
- 7.4 INDICADOR: Taxa de prevalência de alcoolismo

Fonte: Brasil (2015).