

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM SAÚDE
Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde

RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO

**Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a
Organização do Processo de Trabalho das Equipes: A contribuição do Programa
Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos
movimentos de mudança da gestão das equipes**

Brasília
2014

RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO

Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes: A contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos movimentos de mudança da gestão das equipes

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial de obtenção de título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Adriana Paula de Almeida

Co-orientadora: Pauline Cristine da Silva Cavalcanti

Brasília

2014

CANTO, R.B.B. Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes: A contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos movimentos de mudança da gestão. Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde.

Aprovado em: 31/07/2014

Banca Examinadora:

Adriana Paula de Almeida

José Eudes Barroso Vieira

AGRADECIMENTOS

Há quem chame de Deus, quem defenda que é puro mérito, outros acreditam ser o destino, o universo ou definem como uma energia. Seja o que for, eu preciso e agradeço!

De todas as grandes mulheres que me inspiram na vida, meu muito obrigada àquela que me deu a vida! Muito do que eu sou hoje é resultado da tua dedicação, Solange.

Aos meus amores do Rio Grande do Sul, obrigada por me apoiarem e por se manterem perto, mesmo com a distância: Jean, Igor, Jéssica... família e amigos!

E por falar em família, não há agradecimento que dê conta de descrever minha gratidão e felicidade por ter em Brasília uma família pra chamar de minha: Bruna, Estela, Euzeli, Guilherme e Paulo, obrigada por tornarem os dias mais felizes, completos e cheios de cumplicidade e carinho. Fica registrado também meu muito obrigada aos “agregados” da casa verde que sempre encheram a casa de música e alegria.

À minha fiel escudeira Estela, que apesar de também estar contemplada na família, sempre merecerá mais um obrigada... dos motivos acho que nem preciso falar, né?!

Obrigada à minha querida orientadora, Adriana, que além de dedicada e disponível, foi incansável neste papel e não desistiu de mim, até quando eu o teria feito (HAHA). Meu agradecimento a minha Co-Orientadora Pauline!

Agradeço aos meus colegas Especializandos, que foram fundamentais para minha constituição como tal. Em alguns momentos, me senti parte de um coletivo; em vários outros, me senti feliz por ter conhecido e vivido com vocês. Meu agradecimento especial a Irina, minha Shin, que tornou mais encantadora, leve e carinhosa essa vivência!

Ao Departamento de Atenção Básica - representado aqui nos coordenadores, preceptores, colegas e amigos - que condizente com o que preconiza, acreditou e apostou neste processo de formação, que me proporcionou muitas descobertas, aprendizados, alegria e acima de tudo, esperança.

À todos, o meu carinho e muitíssimo obrigada!

RESUMO

Os Avanços da Atenção Básica (AB) ao longo dos últimos vinte anos são inegáveis. Contudo, sabe-se que ainda há muito o que fazer para a consolidação da AB, garantindo à população brasileira Acesso e Qualidade nesse nível de cuidado.

Para isto, o Ministério da Saúde desenvolve diversas ações e programas dentro do plano de governo “Saúde Mais Perto de Você”, no qual o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, é a principal estratégia, vinculando repasse de recursos financeiros do governo federal à melhorias na infraestrutura, nos processos de planejamento, gestão e qualificação do cuidado.

Desta forma, o estudo verificou se os efeitos pretendidos pelo Programa, que buscou ultrapassar o papel de provedor financeiro, contribuindo pedagogicamente para movimentos de mudanças nos diversos âmbitos que envolvem o cuidado, foram efetivos. O estudo teve como recorte o universo de Equipes que participaram do primeiro e segundo ciclo do programa e responderam à subdimensão denominada “Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes” do Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa.

Identificou-se que dos nove indicadores analisados, oito tiveram crescimento, indicando o desenvolvimento de ações preconizadas pelo Ministério como determinantes para a qualificação do Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes e assim, fundamentais para a melhoria do Acesso e da Qualidade da AB.

Todavia indica-se uma análise constante desse cenário, associada à análise de outras variáveis relacionadas ao tema, como rotatividade de profissionais e estratégias de educação permanente para as equipes, já com a intenção de refletir sobre os próximos passos do Ministério na qualificação dessas equipes e potencialização do PMAQ-AB.

Palavras-chave: Atenção Básica; Avaliação; Processos de Trabalho; PMAQ-AB.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

APS – Atenção Primária em Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

IEP – Instituições de Ensino e Pesquisa

MS – Ministério da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

SF – Saúde da Família

SILOS - Sistema Local De Saúde

US – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Questão II.8.1 da Avaliação Externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB.....	25
Gráfico 2: Questão II.8.2 da Avaliação Externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB.....	26
Gráfico 3: Gráfico 4: Questão II.8.7 da Avaliação Externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB28	
Gráfico 4: Gráfico 4: Questão II.8.3 da Avaliação Externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB29	
Gráfico 5: Questão II.8.4 da Avaliação Externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB.....	30
Gráfico 6: Gráfico 5: II.8.5 da Avaliação Externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB.....	31
Gráfico 7: Questão II.8.8 da Avaliação Externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB.....	32
Gráfico 8: Questão II.8.10 da Avaliação Externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB.....	33
Gráfico 9: Questão II.8.11 da Avaliação Externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB.....	34

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO & JUSTIFICATIVA.....	9
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. CONTEXTUALIZAÇÃO	13
3.1. CAMINHOS ATÉ A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	13
3.2 A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES PARA MELHORIA DA QUALIDADE E DO ACESSO NA ATENÇÃO BÁSICA	15
3.3 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	16
3.3.1 Desenvolvimento	18
3.3.2 Avaliação Externa	20
4. METODOLOGIA	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 FONTE DE DADOS	22
4.3 AMOSTRA.....	22
4.4 COLETA DOS DADOS.....	23
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5.1. PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	25
5.2 MONITORAMENTO DE INFORMAÇÕES.....	31
5.3 AUTOAVALIAÇÃO	34
6. CONSIDERAÇÕES	38
7. REFERÊNCIAS	40
Anexo I – 1º Ciclo - Subdimensão II.9 – Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão Para Organização do Processo de Trabalho da Equipe.....	43
Anexo II – 2º Ciclo - Subdimensão II.8 – Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão Para Organização do Processo de Trabalho da Equipe.....	45

1. INTRODUÇÃO & JUSTIFICATIVA

A principal oferta assistencial, desde a constituição dos serviços e sistemas de saúde modernos, esteve concentrada nos hospitais, instituição de onde emergiu o conhecimento e o fortalecimento da prática da medicina moderna (Foucault, 1989), chamada de medicina científica ou biomedicina, cujo cuidado em saúde restringe-se ao tratamento da doença e recuperação da saúde.

A influência do modelo biomédico na organização dos sistemas e serviços de saúde ainda é forte e predominante. Contudo, a centralidade do hospital nos sistemas de saúde vem sendo superada pela expansão de serviços não hospitalares.

Nesta lógica, o Brasil começa, em 1994, a construir mecanismos para a consolidação da Atenção Básica (AB). O Programa de Saúde da Família (PSF) é criado então, com o objetivo de promover mudanças no modelo de assistência à saúde do país, contribuindo para organização do Sistema Local de Saúde (SILOS), com base nos princípios do SUS (Brasil, 1994).

Com o passar dos anos, o PSF transforma-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), que hoje, é a principal estratégia para consolidação e expansão da Atenção Básica. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a AB é:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Ministério da Saúde, 2012, p. 19).

Após vinte anos, desde a implantação do PSF, os resultados e avanços da Atenção Básica são inquestionáveis, existindo evidências suficientes que países que organizam seus sistemas de saúde a partir da atenção básica alcançam melhores resultados em saúde com menores custos, garantindo maior satisfação dos usuários, além de maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social, como é o caso do nosso país (Mendonça, 2009).

Contudo, sabemos que são muitos os desafios para a efetivação bem sucedida deste modelo de atenção. Em função disso, o Ministério da Saúde (MS) coordena diversas ações e programas, voltados para o aprimoramento da Atenção Básica, através do “Saúde Mais Perto de Você”. Com isso, o MS ultrapassa a função de formulador de políticas, apoiando as gestões Estaduais e Federais com investimentos de infraestrutura e financeiros, custeio de Equipes de Atenção Básica, provimento de profissionais médicos, entre outros, a exemplo dos programas: Requalifica UBS, Mais Médicos e o

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

Entre os diversos programas citados a cima, evidencia-se o PMAQ-AB, principal estratégia do “Saúde Mais Perto de Você” (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012), que surge em 2011, vinculando melhorias na infraestrutura e nos processos de planejamento, gestão e qualificação do cuidado e dos processos de trabalho por parte de equipes e da gestão municipal a repasse de recursos financeiros do governo federal. Este programa caracteriza-se, como uma ferramenta para induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, garantindo um padrão de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para isto, o PMAQ-AB está organizado em quatro fases: a) Adesão e Contratualização, b) Desenvolvimento, c) Avaliação Externa e d) Recontratualização. Dar-se-á destaque à fase do Desenvolvimento, que consiste no momento de desenvolvimento de um conjunto de ações a serem empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, objetivando “promover 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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pg. 20). Também para a etapa da Avaliação Externa. Nesta fase ocorre em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) do país, que ficam responsáveis, tanto pela seleção e capacitação do grupo de avaliadores, quanto por realizar as visita às equipes e aplicar o Instrumento de Avaliação Externa, que considera um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pg. 30).

Atualmente está sendo finalizado o segundo ciclo do Programa. Considerando que Equipes que participaram do primeiro ciclo poderiam recontratualizar no segundo, torna-se oportuno a comparação das variáveis, com o intuito de verificar possíveis mudanças no âmbito da institucionalização da cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Logo, propõe-se avaliar uma subdimensão do Programa, com o objetivo de verificar se o Desenvolvimento, juntamente com a etapa de Avaliação Externa, é capaz de instituir ou induzir processos de melhoria na Atenção Básica. Essa análise teria, dentro os objetivos oficiais de uma avaliação, “o somativo” que busca “determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida” (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997, pg. 34).

Assim, pretende-se a partir da comparação do primeiro e segundo ciclo do PMAQ-AB, analisar e refletir sobre os efeitos do Programa como indutor de movimentos de

mudança da gestão. Para isto será utilizado o recorte relacionado a processo de trabalho na avaliação externa denominado de “Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes”, subdimensões II.9 e II.8 no primeiro e segundo ciclo, respectivamente da Avaliação Externa, por entender que a organização do processo de trabalho é fundamental para a oferta adequada de cuidado e ações programáticas, contribuindo para a melhoria da qualidade e do acesso da AB.

O intuito desta análise é verificar se a proposta do Programa, que entre os vários objetivos, pretende constituir uma cultura de avaliação permanente no sistema de saúde, fortalecendo a “inteligência da gestão” (FERLA; CECCIM; DAL ALBA, 2012), está acontecendo de fato.

Este estudo configura-se como um Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial para a obtenção de título de Especialista em Serviço em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A motivação para falar do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), surge pela acreditação da autora no programa, como indutor de melhorias na atenção básica, uma vez que repassa recurso financeiro, viabilizando a melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, mas principalmente por gerar movimentos de reflexão sobre os processos de cuidado e de trabalho das Equipes de Atenção Básica.

Assim, o desejo de confirmar essa avaliação empírica do PMAQ, atrelado a inquietação de analisar o Programa como indutor de reflexões e mudanças nos processos de Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes, é o motivador principal da realização deste trabalho.

2. OBJETIVOS

2. 1. OBJETIVO GERAL

Descrever, analisar e avaliar a efetividade da proposta do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como indutor de reflexões e mudanças a partir da subdimensão no Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mapear o universo de Equipes de Atenção Básica que participaram do primeiro e segundo ciclo do PMAQ-AB;

Sistematizar e descrever as variáveis em comum nos dois ciclos, e respostas da dimensão que avalia o Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes;

Analisar as diferenças das respostas, ou seja, possíveis mudanças do primeiro para o segundo ciclo do PMAQ-AB na subdimensão de Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes;

Avaliar e refletir sobre a efetividade do Programa como indutor de mudanças na subdimensão em análise.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1. CAMINHOS ATÉ A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Os primeiros ensaios da prática da medicina moderna (Foucault, 1989), chamada de medicina científica ou biomedicina, foram concentrados nos hospitais. Desde então, este espaço foi reconhecido socialmente como produtor de saúde. Contudo este cuidado, pautado no paradigma da ciência positivista, centrado na doença “tem se mostrado incapaz de atender com eficiência, eficácia e justiça as necessidades de saúde do conjunto das populações” (SCHERER, PIRES e SORATTO, 2014, pg.523).

Neste sentido, a declaração da Conferência Internacional de Alma-Ata - sobre cuidados primários em saúde - define a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença. Afirma que esta é direito fundamental e a realização do mais alto nível possível de saúde é meta social prioritária mundialmente (ALMA-ATA, 1978).

Entre os encaminhamentos da Conferência, determinava-se que:

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis (Alma-Ata, 1978).

Vários pontos da declaração da Conferência de Alma-Ata, já vinham sendo discutidos no País – que, entre os anos 70 e 80, fazia movimentos para redemocratização. A sociedade organizada reivindicava justiça social, equidade e políticas públicas para direitos humanos básicos. No campo da saúde, este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária, cujos idealizadores e militantes eram atores da academia, movimentos sociais, gestores, profissionais da saúde etc., que lutavam e defendiam a ideia um Sistema Único de Saúde público e universal.

Santos (2013) conta que os movimentos Municipais de Saúde e o da Reforma Sanitária conseguiram nos anos 80, financiamento do governo federal para fortalecimento da prestação de serviços básicos e integrais de saúde à população e ressalta:

Deve ser lembrado que paralelamente aos bons resultados da descentralização e dos primeiros repasses de recursos federais, o governo federal, nos anos 80, inicia a retração da sua participação no financiamento da saúde, perante o crescimento da participação estadual e principalmente municipal. Foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1.986, que aprofundou e legitimou os princípios e diretrizes do SUS (SANTOS, 2013, pg. 274).

Neste contexto, em 1988 com a Constituição Federal, a saúde torna-se “*direito de todos e dever do Estado*”. Em 1990, o Sistema Único de Saúde é regulado pela Lei Orgânica 8.080, que define como dever do Estado a garantia da saúde a partir da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia mais efetiva para a universalização do acesso à saúde, esta fica definida como estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde brasileiro, com o objetivo de responder as necessidades da população, considerando o dever do enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para garantir a saúde como direito social (SOUSA, 2014). Sousa (2014) destaca e nos diferencia o termo APS usado no mundo inteiro, para o adotado pelo Brasil:

Para distinguir a concepção seletiva da APS, o Brasil passou a utilizar o termo “Atenção Básica em Saúde” definida como ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, para promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, efetuar tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades da família e da comunidade (SOUSA, 2014, pg. 45).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB) a Atenção Básica, é a estratégia fundamental para a mudança e melhoria da situação de saúde e de autonomia da população, e dos determinantes e condicionantes de saúde, uma vez que, a AB é um conjunto de ações em saúde “no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, pg. 19).

Entre o escopo da PNAB, destaca-se a definição do MS para que a AB seja:

desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, pg. 9).

Para garantir a reorganização e efetivação de tudo que se propõe a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família é tida como principal ferramenta para expansão, qualificação e consolidação da AB. Apostar na ESF significa favorecer a reorientação do processo de trabalho, uma vez que no escopo desta estratégia está a composição de

equipes multiprofissionais¹ e a responsabilidade das referidas no “deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, pg. 22).

Com isso, a responsabilidade do cuidado das EAB deixa de ser centrado na doença e passa pelo imperativo ético-político que envolve a apreensão do contexto socio-econômico-social e das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o que potencializa, sem dúvida, os processos técnico-científicos de prevenção, promoção e cuidado, mas os torna bastante complexos, exigindo da Equipe a instituição de processos de trabalho que permitam o conhecimento e problematização da realidade da sua população adscrita afim de garantir a organização e planejamento de suas ações para a melhoria da qualidade e acesso na Atenção Básica.

3.2 A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES PARA MELHORIA DA QUALIDADE E DO ACESSO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica, que ainda é vinculada à cuidados primários de saúde, associada medicina simplificada para os pobres, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, é chamada assim pela baixa intensidade de emprego de tecnologias duras e não pela ausência de um universo de complexidades.

Este capítulo discorrerá sobre uma, das diversas dimensões complexas, que corrobora para a reorientação do modelo de atenção à saúde: a Organização do Processo de Trabalho das Equipes para Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica. Destaca-se que o objetivo aqui não é discorrer sobre o que constitui os Processos de Trabalho na perspectiva do trabalho vivo em ato ou micro gestão, e sim como este influencia na melhoria da qualidade e do acesso, justificando assim o recorte do estudo.

Pavoni & Medeiros (2009) caracterizam o processo de trabalho pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, destacando a necessidade de acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho.

1 A Equipe Multiprofissional, segundo a PNAB, é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico da Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Ministério da Saúde (2012), acredita que é na (re)organização dos processos de trabalho das equipes, que está a “maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho”. Com a reorganização do processo de trabalho também é possível potencializar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Complementado o que é preconizado pelo MS, Benevides e Passos afirmam que:

“Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num Serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, pg. 392).

Assim, optou-se pelo recorte da subdimensão do Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes, por entender a organização do processo de trabalho como “elemento crucial para a oferta adequada de cuidado e ações programáticas, requerendo o acompanhamento e o apoio da gestão e de profissionais capazes de aumentar a qualidade e a capacidade resolutiva da ABS” (FACCHINI et al, 2014, pg. 859).

3.3 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, constitui hoje a principal estratégia do “Saúde Mais Perto de Você” (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). O referido foi instituído a partir da Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011 com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, pretendendo, entre suas diretrizes:

“II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; (...)

IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; (...)

VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;” (Brasil, 2011).

O PMAQ surge em um contexto político que se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS, em especial da Atenção Básica. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, que além de co-responsabilizar os entes federados, pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para isto, o Programa promove uma mudança importante no financiamento da AB vinculando repasse de recursos “à implantação de “padrões” que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores” (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Reforça-se que apesar da vinculação direta de com recurso financeiro, podendo a equipe dobrar seu Piso de Atenção Básica (PAB) Variável, o Programa tem a intenção de promover mudanças mais profundas na Atenção Básica, instituindo uma cultura de avaliação permanente no sistema de saúde, fortalecendo a “inteligência da gestão” (FERLA; CECCIM; DAL ALBA, 2012), que significa a capacidade de planejar, avaliar, monitorar e ajustar os processos de gestão de forma contínua e direcionada à melhoria de resultados em termos de acesso, qualidade e níveis de saúde da população.

Conforme Manual Instrutivo do PMAQ-AB (2013), este é composto por quatro fases distintas que compõe um ciclo. A primeira fase, chamada de “Adesão e Contratualização”, consiste na etapa de adesão formal ao programa, na qual é feita a “contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde” envolvendo a pactuação regional, estadual e o controle social. Ressalta-se que diferente do Primeiro Ciclo, no Segundo não há teto máximo para participação das Equipes o caráter que contratualização e recontratualização continua voluntário.

A segunda é o “Desenvolvimento” que se configura por desenvolver o conjunto de ações que serão realizadas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais, estaduais e pelo Ministério da Saúde, visando promover os movimentos de mudança, tanto da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que ocasionarão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica e está organizada nas seguintes dimensões: a) Autoavaliação; b) Monitoramento; c) Educação Permanente; e d) Apoio Institucional.

A terceira fase é de “Avaliação Externa”, etapa em que serão realizadas ações a fim de averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e Equipes da Atenção Básica que aderiram do Programa.

A quarta etapa é de “Recontratualização”, este processo ocorre após a certificação da Equipe de Atenção Básica (EAB) e é baseado na avaliação de desempenho de cada equipe, será realizada uma nova contratualização de indicadores e compromissos, a fim de completar o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

Como dito anteriormente, dar-se-a destaque neste estudo a fase do “Desenvolvimento”, mais especificamente tratando de três dos quatro eixos da sua estruturação e da “Avaliação Externa” com ênfase na subdimensão de “Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes”, considerando as informações coletadas para analisar os efeitos do Programa.

3.3.1 Desenvolvimento

A segunda fase do Programa, como já introduzida, envolve as equipes e as três esferas de gestão com a finalidade de promover movimentos de mudança “da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pg. 21). Com esta fase pretende-se induzir ações transversais e sistemáticas durante a participação no Programa. Ainda que etapa esteja organizada em quatro subdimensão, serão descritas e analisadas três momentos dela: a) Autoavaliação; b) Monitoramento e; c) Educação Permanente, considerando a ligação direta com o “Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes”.

Para esta fase, foi desenvolvido um Instrumento chamado de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) que tem, entre suas diretrizes:

- I. Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;
- II. Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;
- III. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;
- IV. Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica; e
- V. Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de acesso e qualidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pg. 22).

O AMAQ, que não é um instrumento de uso obrigatório, e sim uma oferta do Ministério para servir de guia para o início das discussões, configurado-se como ferramenta “com potencial pedagógico, caráter reflexivo e problematizador, em que a elaboração de soluções se dá a partir da identificação dos problemas pela equipe e gestão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pg. 20). Ao tratar de instrumentos de autoavaliação em geral, será referenciado o AMAQ, por este ser um instrumento desenvolvido e validado pelo Departamento de Atenção Básica, mas com o entendimento de que existem outros instrumentos que subsidiam estes processos e que foram utilizados e considerados na avaliação.

Assim, entende-se aqui, que para os processos que perpassam a questão de infraestrutura, o instrumento avaliativo é a base do desencadeamento para movimentos de mudança na gestão e gestão do cuidado. Este documento se ocupa de inserir nas discussões de equipes questões sobre Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente etc.

Conforme o Programa, a autoavaliação serve como ponto de partida para provocar a equipe, constituir um grupo e começar movimentos de mudanças e da implantação de novas práticas no âmbito da atenção, gestão, educação e participação, apostando no Quadrilátero da Formação que propõe construir processos interativos e “de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel (...) como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente)” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, pg. 59).

Neste sentido, Nicholi (2014) acrescenta que a estrutura do PMAQ preconiza um modelo de avaliação baseado na abordagem construtivista, reconhecendo e valorizando o envolvimento de atores sociais do sistema de saúde. Contandriopoulos conta que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997, pg. 31). Com isso, reforça-se que é necessário, para análise de avanços, considerações das problemáticas que persistem e reflexão de novos desafios, a instituição periódica de processos sistematizados de autoavaliação, ainda que se reconheça as práticas avaliativas cotidianas.

A segunda subdimensão do processo de “Desenvolvimento” é o monitoramento. Este momento pretende sensibilizar equipes e gestão, para a necessidade do uso das informações para subsídio da definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, além de apoiar a implantação do Sistema de Informação,

visto que, conforme Nicoli (2014), este processo desloca o registro das informações do âmbito da tarefa formal e burocrática resignificando-o para o campo da aprendizagem organizacional.

A terceira subdimensão da Segunda Fase é a Educação Permanente, que segundo Manual Instrutivo (2013) ultrapassa sua dimensão pedagógica, devendo ser entendida como estratégia de gestão, visto que concentra grande potencial de reflexão e problematização, agregando movimentos de mudanças no cotidiano do trabalho e cuidado. Com isso, parte das necessidades de reformulações no processo de qualificação, além de mudanças no processo de trabalho em saúde, é suprida, posto que processos de Educação Permanente geram maior capacidade de intervenção e autonomia no estabelecimento de práticas transformadoras em saúde.

A partir do exposto é possível confirmar a intenção e instrumentalização do PMAQ-AB como indutor de mudanças para além do repasse financeiro, já que esta fase corresponde a vinte por cento do escore considerado para repasse dos recursos. Com essas três subdimensões inseridas na fase do Desenvolvimento, o Programa deixa clara a intenção de funcionar como dispositivo de interrogação do instituído objetivando a negociação e planejamento dos modos de superar problemas e alcançar objetivos desejados e pactuados (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

3.3.2 Avaliação Externa

A Avaliação Externa corresponde à fase com maior porcentagem de escore, acarretando setenta por cento da nota para certificação, através da aplicação dos instrumentos de avaliação.

Conforme Manual Instrutivo do PMAQ-AB (2013) a Avaliação Externa que consiste na terceira fase do PMAQ é realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país. Um grupo de avaliadores da qualidade é selecionado e capacitado pelas Instituições de Ensino e Pesquisa. Worthen et al (2004) indicam como vantagem de um avaliador externo a isenção para avaliar de maneira mais imparcial, entretanto apontam a desvantagem de não ter informações do contexto que poderiam contribuir para a avaliação mais apurada.

Os avaliadores irão aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Neste momento são realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, realiza-se entrevista com profissionais das equipes participantes, com usuários e verificação de documentos.

É na entrevista com profissionais das equipes participantes que se investe na coleta de informações acerca dos processos de gestão e trabalho questionando-se sobre a subdimensão do "Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes" é respondida.

4. METODOLOGIA

A apresentação da metodologia do estudo foi desenhada a partir das seguintes subdivisões: Tipo de estudo, fonte de dados, amostra, coleta de dados, análise dos dados, aspectos éticos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Será realizada uma pesquisa de natureza básica com abordagem quantitativa, cuja finalidade é exploratória.

Pesquisa de natureza básica “objetiva gerar conhecimentos novos, úteis para o avanço da Ciência, sem aplicação prática prevista. Envolve verdades e interesses universais” (GERHARDT; SILVEIRA, 2003, pg.: 34).

Fonseca (2002) explica que na pesquisa quantitativa, os resultados podem ser quantificados, as amostras são geralmente grandes e consideradas representativas, o que possibilita que os resultados sejam constituídos como retrato real de toda a população-alvo da pesquisa.

Segundo Triviños (1987), estudos exploratórios permitem o aumento de experiência sobre determinado problema, partindo-se de uma hipótese.

4.2 FONTE DE DADOS

Foram utilizados dados secundários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A base de dados do Primeiro Ciclo do Programa já está disponível para acesso público na página do Departamento de Atenção Básica. A coleta de dados do Segundo Ciclo não foi finalizada, até o momento em que este estudo foi realizado, tornando parciais os resultados que serão apresentados. Estes dados estão sendo trabalhados e é necessária a limpeza do banco. Assim, o acesso é restrito aos trabalhadores do Departamento de Atenção Básica – órgão responsável pelo programa. Ressalta-se que os dados foram construídos a partir de perguntas fechadas, o que permite a análise de frequências.

4.3 AMOSTRA

Este estudo foi composto pelo universo de Equipes de Atenção Básica (EAB) que participaram do Primeiro e Segundo Ciclo do Programa. Para chegar a este número, foi criada uma chave com o Código do IBGE, CNES e Área da Equipe, comparando quais apareciam nos dois Ciclos do Programa, totalizando 7119 Equipes. Ressalta-se que no Segundo Ciclo havia uma questão referente à participação da Equipe no Primeiro Ciclo do Programa. Contudo, ao comparar essas duas variáveis, verificou-se divergência. Considerando a rotatividade dos profissionais das Equipes e a possibilidade de o respondente não ter participado do Programa no ano anterior, optou-se por se trabalhar com as Equipes que apareceram no Primeiro e Segundo Ciclo, quando comparadas as chaves citadas acima.

Os dados analisados do PMAQ-AB, correspondem a subdimensão de “Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes”, subdimensões II.9 e II.8 no primeiro e segundo ciclo, respectivamente da Avaliação Externa. Os dados foram construídos a partir de perguntas fechadas, permitindo principalmente a análise de frequências.

4.4 COLETA DOS DADOS

Os dados do PMAQ-AB foram coletados a partir de um Instrumento de Avaliação Externa - cuja maioria das perguntas eram fechadas, aplicado in loco. Para realização desse processo, o Departamento de Atenção Básica, contou com a parceria de IEP para a qualificação dos avaliadores e execução das entrevistas.

Como já foi dito, os dados são secundários, e encontram-se na base de informações do PMAQ-AB, já apresentada anteriormente.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme apresentado previamente, a amostra desse estudo corresponde a subdimensão de “Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes”. Salienta-se que há diferença de numeração e denominação das questões entre um ciclo e outro. Assim, indicam-se as correspondências numéricas das questões, atentando para exclusão de algumas variáveis presentes apenas em um dos ciclos do programa, ou sem valor de uso para o estudo: a) II_9_1 = II.8.1; b) II_9_6 = II.8.2; c) II_9_8 = II.8.3; d) II_9_10 = II.8.4; e) II_9_11 = II.8.5; f) II_9_12 = II.8.8; g) II_9_13 = II.8.9/1; h) II_9_14 = II.8.10; i) II_9_16 = II.8.11. Ressalta-se que apesar de denominações diferentes, não houve alteração de

sentido, escolhendo manter a escrita do Segundo Ciclo.

É importante salientar a presença da variável II.8.7 presente no Segundo Ciclo que reflete sobre a utilização dos resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ para organização do processo de trabalho da equipe.

Além disso, para tornar a questão “II_9_14 = II.8.10: Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?” comparável, definiu-se os conceitos denominados “Muito considerado”, “Considerado” e “Razoavelmente considerado” como resposta positiva, tornando-os variáveis “Sim” e os conceitos denominados de “Pouco considerado” e “Não Considerado” fora entendidos como resposta negativa, sendo entendidos e alterados para a variável “Não”.

Os dados coletados serão analisados a partir de método estatístico descritivo, no qual serão consideradas as frequências das respostas. Estes foram armazenados em planilha de dados em *Microsoft Excel* para *Windows* e posteriormente apresentados em gráficos e tabelas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

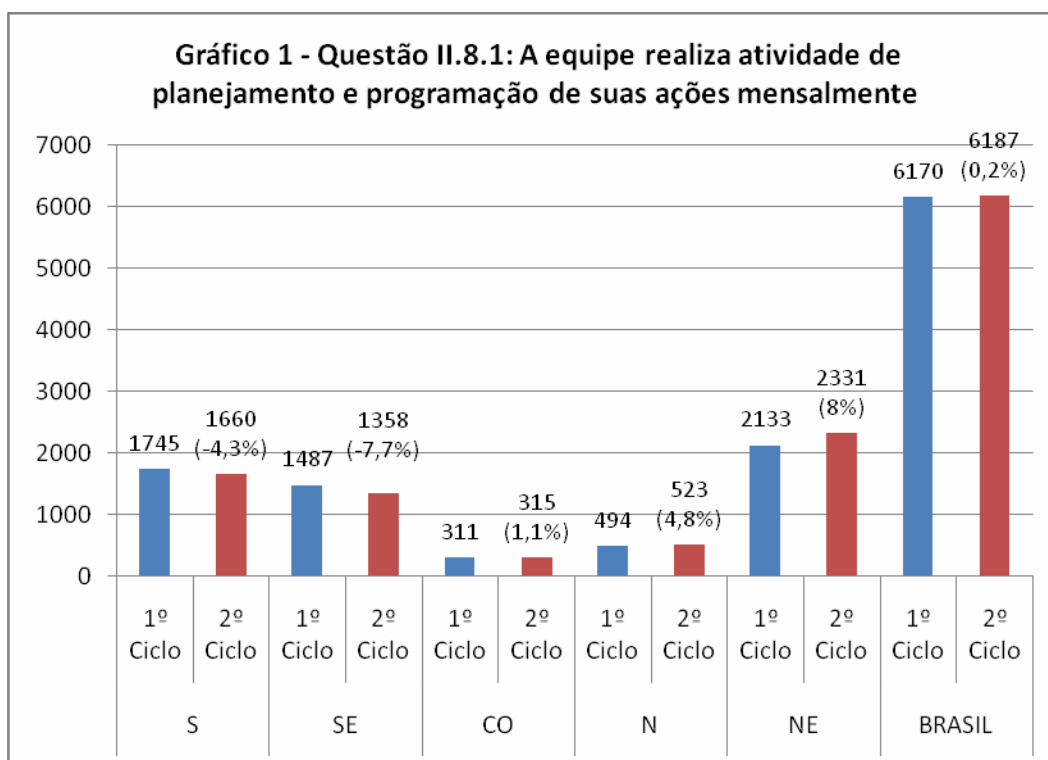
A base de informações do projeto é composta por dados secundários de domínio público. Assim, a Resolução 196/96 não se aplica, não sendo necessária a submissão ao comitê de ética.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados abaixo foram produzidos a partir do universo de Equipes de Atenção Básica que participaram do Primeiro e Segundo Ciclo do programa e responderam as questões objetivas retiradas da subdimensão do Módulo II da Avaliação Externa, denominada “Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes”, totalizando 7119 questionários analisados, dos quais 2486 correspondem ao Nordeste do país, 1967 correspondem ao Sul do país, 1686 ao Sudeste, 604 ao Norte e 376 ao Centro-Oeste.

Os gráficos foram criados considerando apenas as respostas “Sim” e trazem o percentual da diferença do primeiro para o segundo ciclo. Estes foram organizados por região do país/Brasil, trazendo o comparativo dos dois ciclos. Ressalta-se, conforme apresentado nas páginas anteriores, que o objetivo deste trabalho é evidenciar mudanças do primeiro para o segundo ciclo do PMAQ. Com isso, sabe-se que todas as EAB passaram duas vezes pelas etapas de Desenvolvimento e Avaliação Externa, o que permite inferir que estão apropriadas das ações, preconizadas pelo Programa, a serem desenvolvidas.

5.1. PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO



Ao olhar para este gráfico, a primeira informação que chama atenção é um baixo crescimento de “equipes que realizam atividades de planejamento e programação de suas

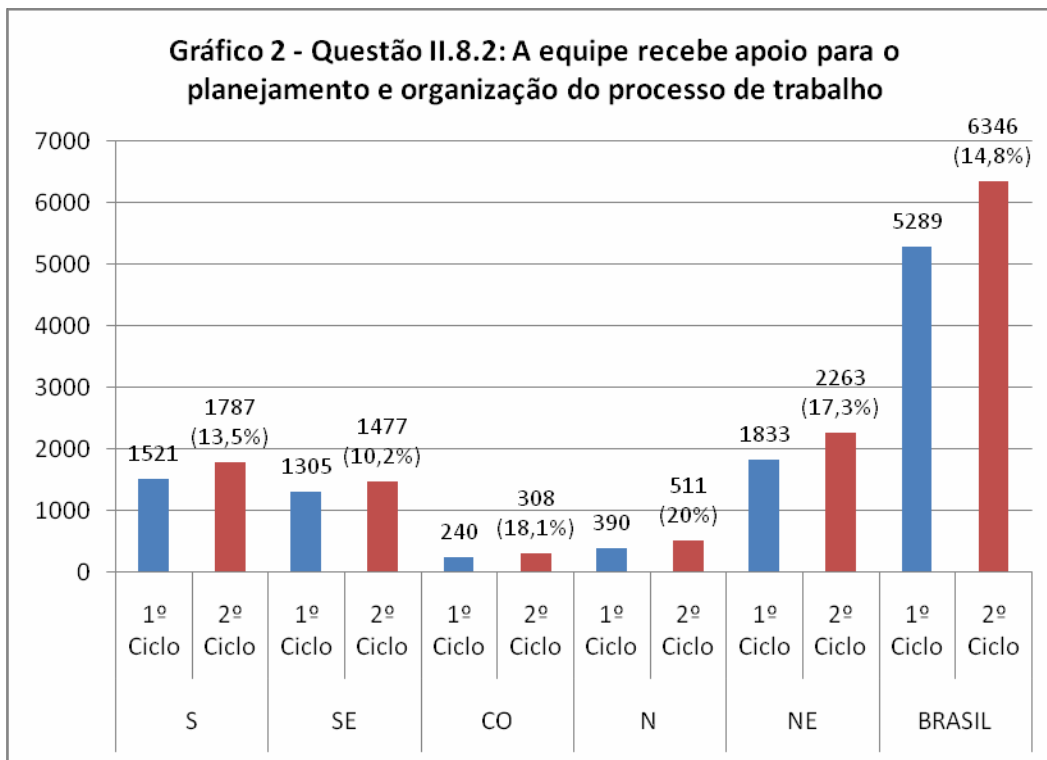
ações mensalmente”, totalizando apenas 0,2%, de um percentual total do Brasil de 86,9%. Esta média é resultado da diminuição de equipes do Sul e Sudeste que do primeiro para o segundo ciclo deixaram de realizar o planejamento e programação mensal em -4,3% e -7,7% respectivamente.

Contudo, nas demais regiões houve um aumento dessa atividade, sendo incorporada nos processos de trabalho de aproximadamente 1, 8 e 5% das equipes do Centro-Oeste, Nordeste e Norte respectivamente.

Considerando hipóteses para a queda das Equipes do Sul e Sudeste, vale nos próximos gráficos um olhar mais atento para analisar se outras atividades tiveram crescimento significativo que justifique a queda no planejamento e programação mensal das ações. Sarti et al afirma que há uma carência de iniciativas para 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, pg. 2012).

Ao tentar inferir o que representa esta variável na análise de processo de trabalho da equipe, fica bastante abstrato o que esta queda ou crescimento interferiu nas ações. Deixou-se de planejar mensalmente a agenda?! O acolhimento à demanda espontâneas acabou negligenciado? O crescimento do percentual de planejamento e programação das ações mensal contribuiu para aumento de cobertura ou acesso?

Apesar de podermos inferir uma melhora nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte, considerando que planejar é um processo qualificador, esta variável não nos permite uma análise mais sólida dos benefícios ou perdas desse (não) planejamento e programação, ou possíveis impactos na melhoria do acesso e da qualidade da AB.



Ao encontro da pergunta anterior, que questionava se as equipes realizam atividades de planejamento e programação das ações com periodicidade mensal, o Gráfico 2 aborda o assunto na perspectiva do apoio da gestão sem indicação de periodicidade.

Com números bem mais expressivos, constata-se um aumento de 20% no Norte, 18,1% na região Centro-Oeste, 17,3% na região Nordeste, 13,5% no Sul e 10,2% no Sudeste, totalizando uma média nacional 15% maior, totalizando um percentual de 89% do universo de equipes participantes do primeiro e segundo ciclo.

É possível relacionar a melhoria do indicador ao PMAQ-AB, visto que o programa traz entre suas premissas a necessidade co-responsabilização, articulação e apoio da Gestão Municipal (principalmente) às Equipes para qualificação da AB.

Contudo, com a análise apenas desta subdimensão, não fica claro por que via esse apoio acontece. Não há subsídios para deduzir se existe uma rede organizada, se ele acontece via Apoio Institucional, Matricial, do NASF etc, embora o cruzamento do banco de dados inteiro possa subsidiar essa análise. O próprio PMAQ apresenta a diversos municípios a estratégia do apoio institucional para a qualificação da gestão e acompanhamento do processo de trabalho das equipes – pode ter havido, com o programa, um melhor aproveitamento dos profissionais que já trabalhavam nas secretarias, para apoiar e acompanhar as etapas do PMAQ.

É importante destacar, que este estudo não permite a visualização dos motivos das mudanças e que para visualizá-las, seria necessária a investigação de outros elementos que falam sobre o processo de trabalho, como o monitoramento dos indicadores e do

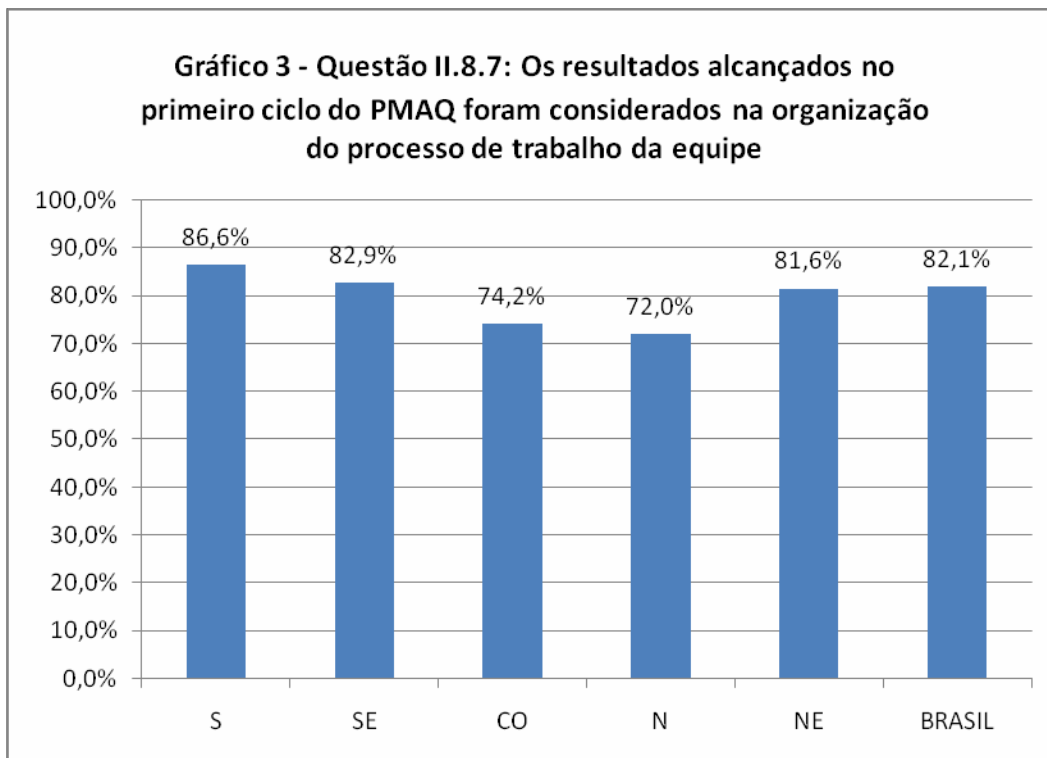
perfil epidemiológico das equipes, além de entrevistas com gestores e trabalhadores das equipes. Metodologia esta, inviável para a característica deste trabalho de conclusão de curso.

Ainda assim, parece ser possível inferir que independente do instrumento instituído para esse apoio, houve um progresso e contribuição do programa para esses processos, seja pelo fato de haver apoio, do reconhecimento da figura de apoio pelas equipes ou pela mudança na implicação do apoiador da equipe.

Comparando o Gráfico 2 com o primeiro apresentado, há um contraste importante a se considerar. Tal disparidade pode ter sido provocada pela questão II.8.1 envolver temporalidade da ação, enquanto a II.8.2 apenas quer saber se o apoio acontece, independente da regularidade deste, ou pode evidenciar que, mesmo que a gestão apoie, a decisão de planejar e o reconhecimento desta ação no cotidiano, se dá na equipe. O que sugere a necessidade de encontrar mecanismos que garantam a produção de sentido desta ação entre os membros das equipes.

Isto pode desencadear uma discussão importante para a organização dos processos de trabalho considerando o planejamento. Qual a periodicidade indicada para a realização de atividades de planejamento de ações? Será que ao responder a questão II.8.1 a equipe não considerou apenas momentos em que o planejamento é sistematizado? Pragmaticamente, existem condições de a equipe incluir na agenda mensal o planejamento de ações? Autoavaliação? Discussão de casos e processos de educação permanente?

É pertinente refletir que apesar da questão apresentada no Gráfico 2 não ser suficiente para desenharmos o apoio que está acontecendo, a mesma pergunta foi feita no ciclo anterior com bem menos respostas positivas. Diante disso, o crescimento das respostas a esse indicador aponta pelo menos para uma relação mais estruturada em que se sabe que existem pontos na rede para se apoiar.



Retomo aqui a quarta etapa do programa denominada de “Recontratualização” para apoiar a discussão do gráfico acima, já que esta fase é baseada na avaliação de desempenho de cada equipe, para realização de nova contratualização de indicadores e compromissos, a fim de completar o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

O Gráfico 3 mostra a porcentagem de equipes que consideraram os resultados alcançados no primeiro ciclo para a organização dos processos de trabalho da equipe. Pode-se apontar para um movimento de superação do Programa como artifício exclusivo para o aumento do PAB Variável - ainda que a indução financeira seja uma aposta que afeta os gestores, e no caso de remuneração por desempenho, as equipes também - atingindo um dos objetivos que se propõem - que é ser indutor de movimentos de mudanças para a qualificação dos processos de trabalho.

Todavia, se a recontratualização faz parte do processo, é mais do que esperado que as equipes usem os resultados do ciclo anterior para a organização do processo de trabalho, chamando mais atenção para as equipes que não usam do que as que usam. Diante disso, pensando no PMAQ como indutor de mudanças no processo de trabalho, este é um ponto forte que precisa ser mais explorado pelas equipes e incentivado e apoiado pela gestão.

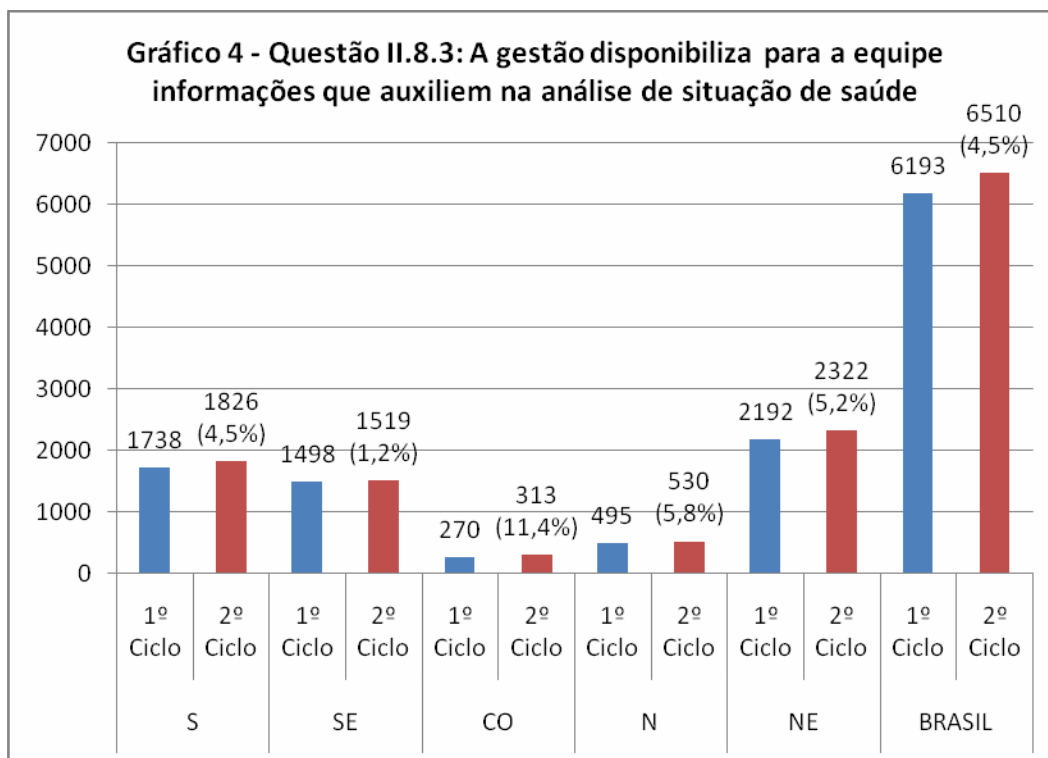
Ainda assim, apesar de um processo recente, com apenas dois ciclos, e um recorte que não permite a contextualização geral dos efeitos do programa, é razoável dizer que há movimentos – um tanto frágeis e que necessitam de atenção da gestão municipal para serem fortalecidos – de superação do paradigma do processo avaliativo como tarefa exclusivamente burocrática tornando-o ferramenta para aprendizagem organizacional

(Nicoli, 2014), potencializando então a produção do cuidado das EAB.

Sobre os dados, a região Sul foi a que mais vezes afirmou ter utilizado os resultados do Programa para organização do processo de trabalho, chegando a 86,6%. Em seguida a região Sudeste, com 82,9%, Nordeste com 81,6%, Centro-Oeste com 74,2 e por último o Norte com 72%.

Esses números podem indicar maior entendimento e acreditação das gestões municipais e EAB na proposta e potência do Programa como um dispositivo importante de qualificação da Atenção Básica, mas diante da reconstrução atrelar e induzir a utilização de resultados de autoavaliação para organização do processo de trabalho, para a continuação no programa, ainda há que se evoluir.

5.2 MONITORAMENTO DE INFORMAÇÕES

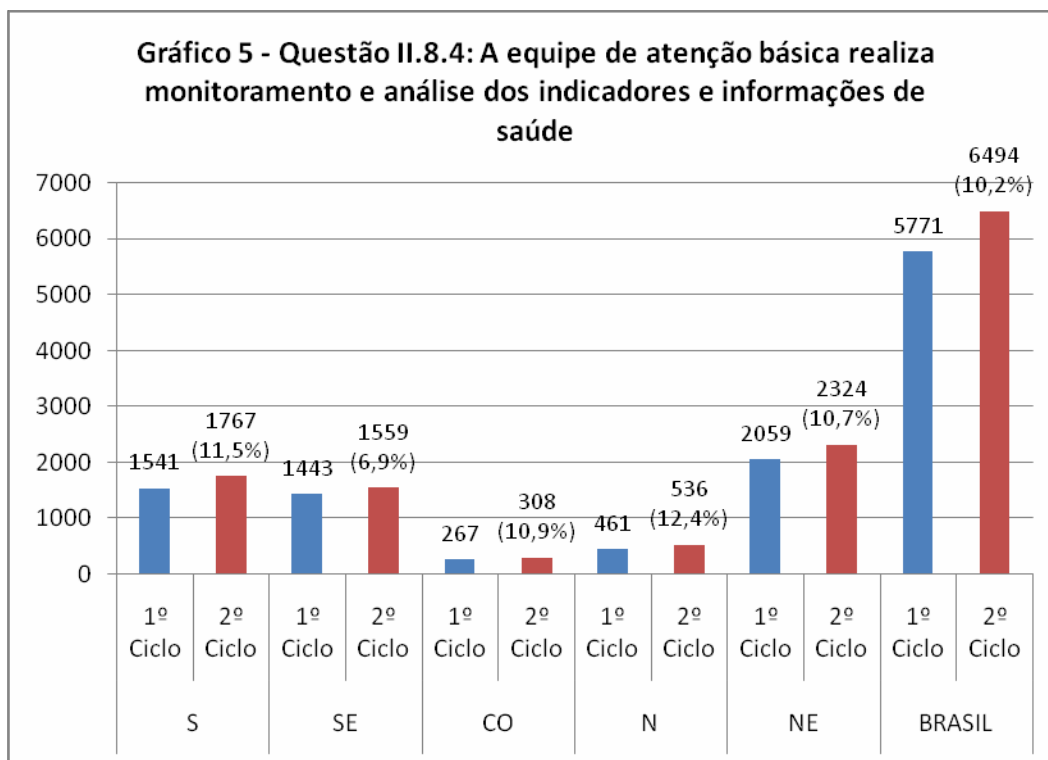


O gráfico 4, apresenta crescimento de 4,5% do primeiro para o segundo ciclo, acerca da disponibilização de informações para análise de situação de saúde, por parte da gestão. Fica evidente a disparidade da região Sudeste, com crescimento de 1,2% para a região Centro-Oeste com 11,4% de crescimento.

Existe por parte das três esferas de gestão a cobrança da alimentação dos sistemas de informação, atrelando o não registro de dados, ao corte de recursos financeiros, conforme Portaria Nº 3.462 de 2010. O primeiro e mais óbvio motivo para isso, é garantir uma forma de fiscalizar se este serviço existe e realmente oferece serviços à população. Todavia, mais do que isso, esses registros, que são vistos como cumprimento burocrático, devem servir também para gerar informações sobre a população atendida, quais as principais demandas do serviço etc, que posteriormente vão embasar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas nas equipes. Por mais que estas informações não sejam a única ferramenta para embasar o planejamento, já que este pode acontecer com a participação da comunidade apontando para as suas prioridades, a partir da vivência e percepção da equipe sobre sua população etc, o planejamento de ações a partir de informações mais consolidadas registradas no sistema pode ser bastante efetivo.

É importante ressaltar que apesar de um crescimento nesta variável de 4,5%, o percentual de equipes participantes do primeiro e segundo ciclo que responderam haver

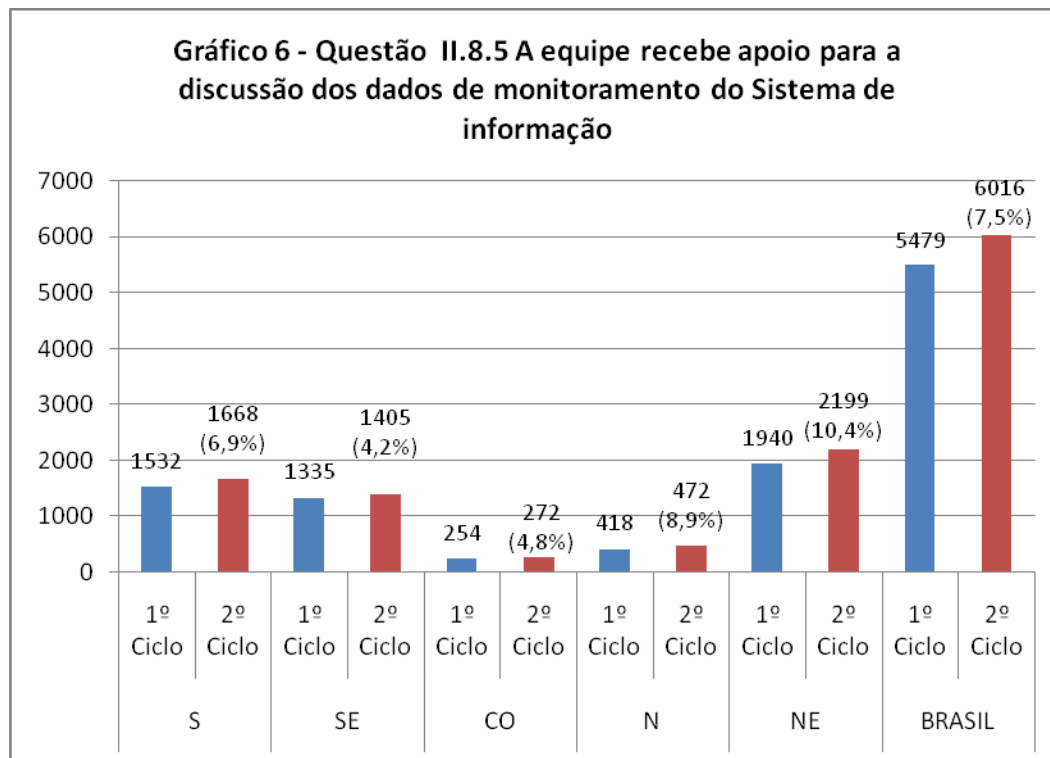
disponibilização de informação por parte da gestão é de 91% no Brasil, um percentual bastante significativo. Diante disso, indica-se a manutenção dos esforços da gestão nesse campo, pois sem isso, tanto a alimentação do sistema, como o entendimento do valor de uso e, compreensão da importância do monitoramento da situação de saúde da população, estarão fragilizadas além da qualificação desses processos.



No gráfico 5 os 10,2% na média do Brasil é resultado do crescimento de “monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde” em todas as regiões do país, com crescimento de 12,4% no Norte, 11,5% no Sul, no Centro-Oeste de 10,9%, Nordeste com 10,7% e 6,9% no Sudeste, totalizando 91% do universo de equipes do primeiro e segundo ciclo respondentes.

É plausível vincular esse crescimento à segunda fase do Programa que traz no Instrumento de Autoavaliação conceitos, problematizações e importância do monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde. Mais do que isso o AMAQ faz os questionamentos de modo pedagógico, dando dicas de como potencializar os processos, neste caso o de monitoramento.

Com o monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde aumentando, é razoável inferir o avanço preconizado pelo PMAQ da melhoria do acesso, em consequência da maior apropriação da equipe sobre as necessidades da sua população adscrita e com isso, planejamento embasado das suas ações.



O gráfico acima está relacionado com os dois gráficos que o antecederam. A questão agora é sobre o recebimento de apoio para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação.

Apesar do aumento da disponibilização de informações que auxiliem na análise de situação de saúde ter crescido 4%, o apoio para a discussão dos dados de monitoramento, no Brasil dobrou este percentual, onde o Nordeste teve o maior crescimento, com 10,4% de equipes a mais, recebendo apoio e o Sudeste com o menor crescimento, totalizando 4,2% aumentando o percentual total do país em 85%.

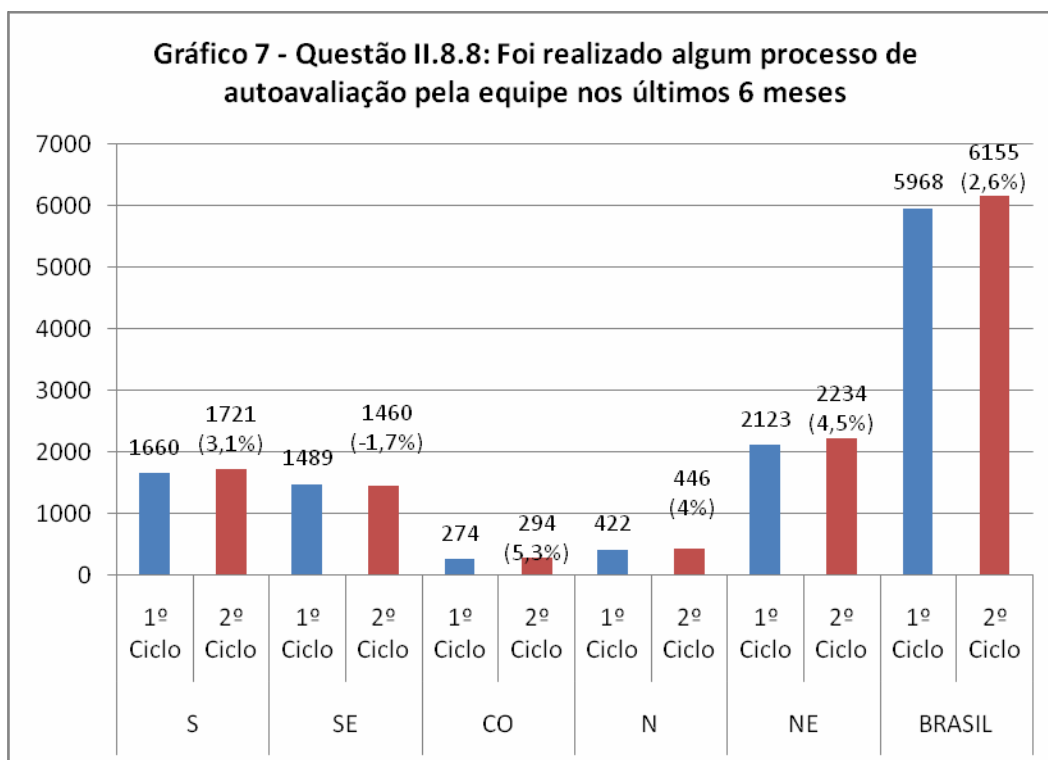
Isto pode ter relação com as divisões de responsabilidade da equipe e gestão. Na qual a equipe fica responsável por informar e estar apropriada sobre sua população adscrita, enquanto caberá a gestão qualificar este processo agregando valor de uso a esses dados, estando este item muito mais relacionado com o fato de a equipe fazer discussões do seu processo de trabalho e se há alguém externo à equipe (gerente, NASF, apoio institucional, etc) que apoie esta questão.

5.3 AUTOAVALIAÇÃO

Até aqui foram apresentados e analisados dados sobre os efeitos do PMAQ-AB como instituinte de movimentos de planejamento e monitoramento nos processos de trabalho das EAB.

Para além disso, outra atividade reconhecida como fundamental para organização do trabalho das equipes e que pode funcionar como ponto de partida para o planejamento e monitoramento das ações, é a autoavaliação.

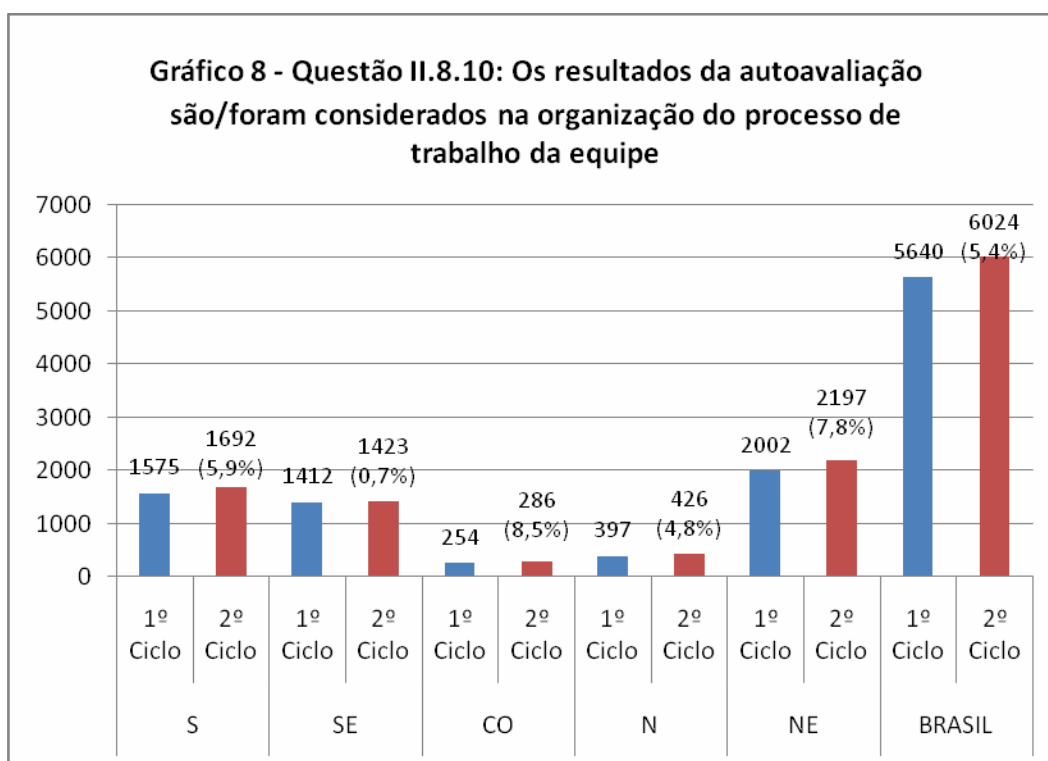
Contudo, a autoavaliação não deve cumprir apenas a função de disparadora de outros processos, sendo importante a programação periódica dela. Para as equipes que participaram do primeiro ciclo “é fundamental que a autoavaliação anterior e a Matriz de Intervenção elaborada sejam também analisadas, a fim de se observar os avanços entre um ciclo e outro, os desafios que persistem, a necessidade de mudança de estratégia de atuação e prioridades” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pg.21), e que uma nova autoavaliação só ganha sentido e efeito após essa análise.



O crescimento de 2,6% na média do Brasil, representa 86% do total das equipes do universo de 7119 respondentes que afirmaram ter realizado autoavaliação nos últimos 6 meses. O que preocupa é a média da região Sudeste, onde houve redução de processos autoavaliativos em -1,7%. Nesta perspectiva, questiona-se: há possibilidade desse número reduzido ter relação com a periodicidade da ação e não necessariamente com a

(não) realização desta? Todavia, é importante destacar que quanto mais bem sucedidos os processos de autoavaliação, maior a tendência de surgirem mais perguntas, mais dúvidas tornando-se uma atividade dinâmica no tempo (FIGUEIRÓ et al, 2010)

Neste cenário, destaca-se a importância da gestão municipal acompanhar a evolução de suas equipes a partir das induções do PMAQ, discutindo a possibilidade de garantir momentos na rotina de trabalho da equipe para essas atividades, mas principalmente apoiando, seja institucionalmente ou matricialmente, essas equipes para garantir a efetividade da proposta da autoavaliação.

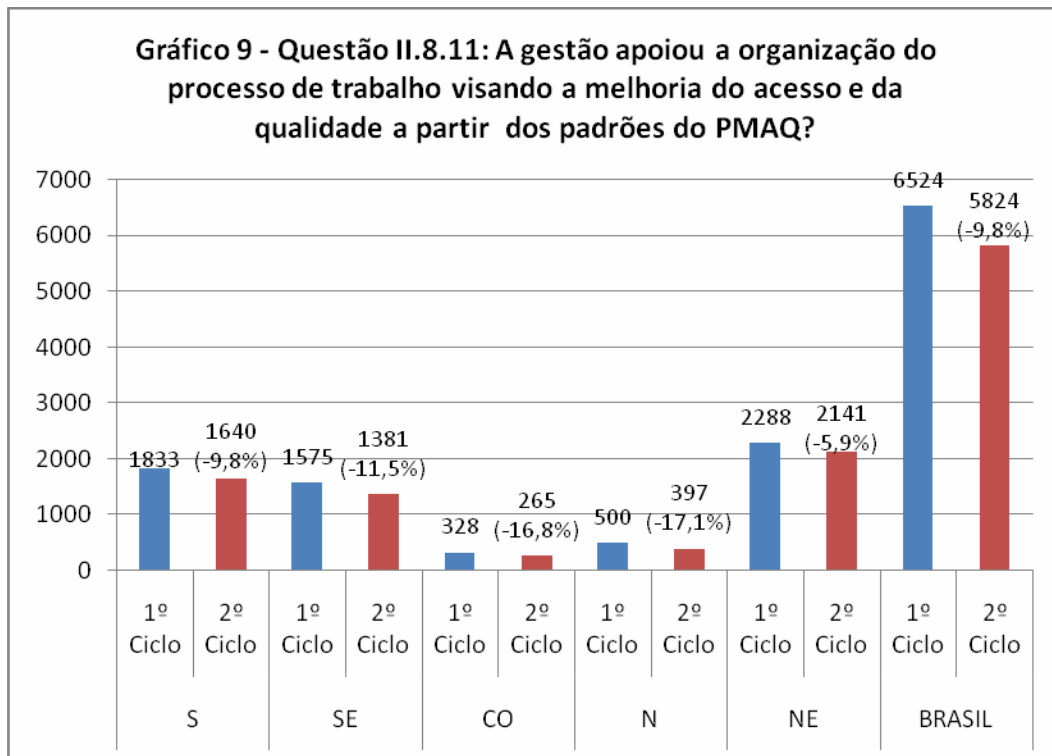


O número de equipes que realizaram autoavaliação nos últimos seis meses, foi menor do que o número de equipes que consideraram esses resultados na organização do processo de trabalho. Com média de crescimento de 5,4% no Brasil, destaca-se o Centro-Oeste onde 8,5% a mais de equipes começaram a considerar esses resultados, atingindo o maior crescimento nessa variável e o Sudeste que teve uma evolução em apenas 0,7%, totalizando 85% de equipes do Brasil que consideraram os resultados.

Ao encontro dessa variável, que antes de ser questionada na Avaliação Externa, já poderia estar presente nas discussões das Equipes através do AMAQ. Figueiró et al (2010) defendem a realização de processos de avaliação, por estes contribuírem para tomada de decisões que sejam mais comprometidas com a melhoria das intervenções de saúde, considerando aspectos técnico-políticos, tendo como resultado final a qualidade de vida dos usuários.

Sabe-se que a instituição de processos autoavaliativos são bastante complexos e

não são instantâneos. É importante reforçar que mais que cobrar que eles aconteçam, através da certificação da Avaliação Externa, o AMAQ-AB instrumentaliza as equipes sobre o que são esses processos, para que servem e quais produtos podem ser atingidos com essa prática. Todavia, processos de trabalhos, relações entre integrante das equipes envolvem muitas subjetividades e por vezes disputas, sendo fundamental o apoio da gestão municipal na mediação e auxílio.



O último gráfico, diferente de todos os outros apresentados, é o único que na média do país teve queda de 10%. Entre as regiões do País, o Centro-Oeste e Norte são as que tiveram queda mais significativa, chegando em -17%. Ressalta-se que todas as demais regiões tiveram redução no número de equipes que reconhecem o apoio da gestão na organização do processo de trabalho a partir de padrões do PMAQ.

Pode-se inferir que houve uma mobilização maior por parte da gestão no primeiro ciclo, uma vez que o programa era novo, havia necessidade de apropriação sobre a sua proposta, organização e repasse destas informações para as Equipes, além de ser uma nova estratégia de aumento de recebimento de recursos por parte do governo federal. Possivelmente com o segundo ciclo e apropriação das equipes sobre o padrão, a gestão não se ocupou tanto desse apoio.

Pensar que com o segundo ciclo, a gestão e equipes já organizaram seus próprios padrões e indicadores para a melhoria do acesso e da qualidade, também é uma possibilidade, ainda que menos provável.

De toda forma, o apoio da gestão nesse momento é fundamental para a

potencialização dos movimentos de mudanças nos processos de trabalho, que o PMAQ-AB, através do AMAQ vem fazendo, apoiando as equipes com todas as questões que vão aparecer a partir da reflexão e organização da sua prática na gestão e gestão do cuidado.

6. CONSIDERAÇÕES

Produzir mudanças nos processos de trabalho das equipes de atenção básica tem relação com diversos fatores. Além do apoio produzido pela gestão, o hábito de planejar e refletir sobre as ações, o entendimento do que se espera das ações das equipes de Atenção Básica e o uso corriqueiro de ferramentas e informações que possam apoiar esta reflexão são essenciais para que se possa produzir mudanças no processo de trabalho.

A partir dos objetivos do Programa Nacional de Melhoria da Qualidade e Atenção Básica em Saúde, e seu Instrumento de Autoavaliação, principal dispositivo de indução de reflexões, processos de educação permanente e organização do trabalho, chamado de AMAQ, é possível afirmar a intencionalidade do Programa em se constituir como ferramenta pedagógica e não apenas como ação de supervisão e cobrança que produz movimentos a partir de incentivo financeiro, exclusivamente.

Optou-se pelo recorte do Planejamento das EAB e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho destas, por entender como prioritária a organização das equipes, para garantia efetiva do acesso e melhoria dos serviços de Atenção Básica, além de acreditar que essa subdimensão pudesse ser mais sensível a mudança por fazer a equipe e gestão refletirem sobre sua própria organização.

A partir da análise da subdimensão “Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes”, foi possível perceber o crescimento de diversas variáveis, indicando que o objetivo do Programa em gerar movimentos de mudanças está acontecendo e as equipes tem se ocupado de (re)organizar os processos de trabalho, usando de ferramentas de gestão fundamentais para o cotidiano do trabalho, mas que provavelmente estejam fazendo mais sentido a partir dessa experiência.

É importante ressaltar que de modo geral, os percentuais de realização dessas atividades nos processos de trabalho das equipes estão elevados, e que a partir disso, o crescimento ciclos posteriores tende a ser mais lento, revelando percentuais de crescimento pequenos. Por isso, mais do que instituir os processos discutidos, é fundamental atentar para a qualificação destes, garantindo uma cultura de organização, planejamento e avaliação permanente contribuindo para a melhoria de resultados em termos de acesso, qualidade e níveis de saúde da população, funcionando como ferramenta de reflexão, análise dos processos, instituição de coletivos mais organizados, de modo que consiga negociar e planejar modos de superar problemas e alcançar objetivos desejados e pactuados (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

É importante apontar os limites do estudo, devido seu recorte considerar apenas as respostas do questionário da avaliação externa. Para uma avaliação profunda da capacidade de indução na mudança do processo de trabalho nas equipes, seria necessário realizar, concomitante aos dados aqui analisados, um acompanhamento da mudança dos indicadores e do perfil epidemiológico das equipes. Também é necessário considerar se os respondentes dos questionários da avaliação externa foram os mesmos nas duas etapas. A mudança do profissional que responde, pode ser indício de rotatividade dos profissionais, o que impacta diretamente no processo de trabalho das equipes.

- 1) Por ser uma política que consegue captar os dados diretamente com o trabalhador, na interface com o avaliador externo – torna algo mais direto, com muito potencial de produzir mais sentido da mudança do que políticas que são monitoradas apenas através de indicadores, além de implicar mais os atores envolvidos nos processos. Posto isto, é possível averiguar um indicativo de positividade na análise. Assim, afim de potencializar esses processos, sugere-se: Para as equipes – implementação de ferramentas cotidianas de autoanálise e planejamento das ações e uso dos dados alimentados nos sistemas de informação para monitoramento das ações e reavaliação constante do planejamento
- 2) Para a gestão local/municipal – fortalecimento das estratégias de apoio às equipes com base nos sistemas de informação e na agregação de outras informações, de base intersetorial, por exemplo, que potencializaria o planejamento local; maior aproximação das equipes; promoção de espaços em que possa haver troca entre equipes sobre os resultados das mudanças (mostras locais de saúde), etc – cou seja, ferramentas que permitam a produção de sentido do planejamento como parte do trabalho das equipes;
- 3) Para o governo federal – produção e aprimoramento de ferramentas que permitam maior facilidade de acesso a dados sobre a produção das equipes (SISAB/eSUS-AB), materiais de apoio mais simplificados e acessíveis sobre o que se espera do processo de trabalho, maior divulgação e estímulo ao uso de ferramentas de autoavaliação e planejamento, seja pelo AMAQ ou dando outras possibilidades de uso e alternativas às equipes e gestões municipais.

Por fim, indica-se dentro do Departamento de Atenção Básica, uma constante avaliação com objetivo somativo, pensando alternativas de potencializar a fase do desenvolvimento, articulando as três esferas de governo, contribuindo principalmente para a relação gestão municipal e de equipes a fim de sensibilizá-los e apoiá-los para continuar e qualificar esse processo constante de melhoria do acesso e da qualidade.

7. REFERÊNCIAS

BARRETO, J.O.M. NERY, I.S. COSTA, M.S.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(3):515-526, mar, 2012.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Programa Saúde da Família – Saúde. Dentro de Casa Departamento de Operações coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1994.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BENEVIDES, R. PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

CECCIM, R.B. FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. CHAMPAGNE, F. DENIS, J.L, PINEAULT, R. A AVALIAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: CONCEITOS E MÉTODOS. In: HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. Alma-Ata, Urss, 1978.

FACCHINI, L.A. Et al. Os Sentidos da Pesquisa nos Processos Organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Org.: SOUSA, M.F.de. FRANCO, M. Da S. MENDONÇA, A.V.M.. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014, pg. 41 – 79.

FIGUEIRÓ, A.C., FRIAS, P.G. de., NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Org.: SAMICO, I., FELISBERTO, E., FIGUEIRÓ, A.C., FRIAS, P.G. Rio de Janeiro: MedBook, 2010

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.462, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2010. Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MANUAL INSTRUTIVO. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2013.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. Ciênc. saúde coletiva, vol.14 suppl.1, Rio de Janeiro. Sep./Oct. 2009.

MÉTODOS DE PESQUISA. Org.: Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira ; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

NICOLI, M.A. Não é apenas um problema de “satisfação do usuário”.

PAVONI, D.S, MEDEIROS, C.R.G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, 2009; 62(2):265-271).

ROUQUAYROL MZ, FILHO NA. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003, 736p.

SANTOS, N.R.DOS. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciênc. saúde coletiva, vol.18 n.1. Rio de Janeiro, Jan.2013.

SARTI, T.D, CAMPOS, C.E.A., ZANDONE, E., RUSCHI, G.E.C., MACIEL, E.T.N. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(3):537-548, mar, 2012.

SCHERER, M.D.dos A. PIRES, D.E.P de. SORATTO, J. O Trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Org.: SOUSA, M.F.de. FRANCO, M. Da S. MENDONÇA, A.V.M.. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014, pg. 521 – 571.

SOUSA. M.F. de. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Org.: SOUSA, M.F.de. FRANCO, M. Da S. MENDONÇA, A.V.M.. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014, pg. 41 – 79.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WORTHEN B.R., SANDERS, J.R., FITZPATRICK, J.L. Avaliação de Programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

Anexo I – 1•Ciclo - Subdimensão 11.9 – Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão Para Organização do Processo de Trabalho da Equipe

11.9		Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe	
11.9.1	Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU passar para a questão 11.9.8.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
11.9.1/1	EXiste documento que comprove?		Sim
			Não
11.9.2	Foi realizado processo de levantamento de problemas?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
11.9.3	Foram elencadas prioridades?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
11.9.4	Foi estabelecido um plano de ação?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
11.9.5	Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
11.9.6	A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU passar para a questão 11.9.8.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
11.9.7	Quem realiza o apoio? O entrevistador deverá ler as opções.		Apoiador institucional
			Profissionais da vigilância em saúde
			outros profissionais da gestão
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
11.9.8	A gestão disponibiliza para a equipe de atenção básica informações que auxiliem na análise de situação de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU passar para a questão 11.9.10.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

11.9.9	Quais são os recursos disponibilizados para a equipe de atenção básica? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Painel informativo
		Sim	Não	Informações epidemiológicas
		Sim	Não	Informações da atenção básica
		Sim	Não	Situação de situação
		Sim	Não	Relatórios e consolidados mensais do SIAB
		Sim	Não	Não sabe/não respondeu
				Outro(s)
		Nenhuma das anteriores		
11.9.9/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
11.9.11	A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
11.9.12	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão 11.9.16.)		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
11.9.12/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
11.9.13	Qual instrumento foi utilizado?		AMAQ	
			AMQ	
			Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	
			Instrumento desenvolvido pelo Estado	
			Outro(s)	
			Não sabe/não respondeu	
11.9.13/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
11.9.14	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
11.9.15	A gestão apoiou o processo de autoavaliação da equipe?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
11.9.16	A gestão apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	

Anexo 11- 2º Ciclo - Subdimensão 11.8 – Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão Para Organização do Processo de Trabalho da Equipe

11.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe		
ET - 11.8.1	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente? Se NÃO, abre a 11.8.1.2	Sim
		Não
ET - 11.8.1/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
11.8.1.2	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade? <i>Poderá escolher somente uma opção</i> Se A EQUIPE NÃO REALIZA PLANEJAMENTO, passar para a questão 11.8.2	Anual
		A equipe não realiza planejamento
ET - 11.8.2	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim
		Não
G - 11.8.3	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Sim
		Não
G - 11.8.3/1	Quais são os recursos disponibilizados para a equipe? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Painel informativo Informativos epidemiológicos
		Informações de atenção básica
		Sala de situação
		Relatórios e consolidados mensais dos SIAB
		Não sabe/não respondeu
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
11.8.3/2	A equipe planeja/proj considerando:	A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal

AUTOAVALIAÇÃO 11.8.8	Foi te)l: do isum procezo de:)Ut0i1v1 ç5o pel:3 uuiuu> último 61 f1 t: ã?	Sim N;;n NCiu saLC'./.-.;u rQSpof'ldQU AMAO AMQ
11.8.<)	Oudl u ill'oliUUt:ulu utilluuu?u?	Instrumgn to !Jt:1IVD)lvii.JO lo*tú municiplo/ouqlpg
AUTOAVALIAÇÃO 11.8.9/1	Eltste documento aue comprove?	Sim Não
11.8.10	O;; re:;ult do;:u to;:,liç;:Solo m considerados na ore.anlzac:ôlo do processo de tr b;:,lhg cbequipe?	Muito Con:;idc:f' do Cont:;idgr:ado RdtUdVdIII t:l con:;ider. l do
G • 11.8.11	A gestão apoiou o or&.ani rDÇ".ão do proceno de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade o partir dos podrôe.s do PMAQ?	Pn l l r n r n n c ; f l > n u l n Não considerado
G • 11.11.12	A p(JIII" fPI'hTT' tPIIn'l'n)	Sim Não
11.0.12/2	Qual o periodicidade das reuniões?	Médico Enfermeiro
11.0.12/2	Podrô escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	Cirurgião dent:;it:;t AU)(lh:ar/tôcnaco dg t:l1f-:IIIÔI:: flI
11.0.12/2	(III:III((:;w. llyô rom;:r(rllTô fPUnlhP'ô. r1P !'")	Au)(li.r/técnico de Sdú.Jt: 6'-X.dl
11.0.12/2	Poderd escolher mais de um oocDo	ACS Outros!!i
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	Outro liemanol
11.0.12/2	(III:III((:;w. llyô rom;:r(rllTô fPUnlhP'ô. r1P !'")	t.tuln:gn:al MPn<>l't Sem perlocUclade detinid N3o sabe;'nao respondeu lJre;ni7: lÇ::ln nn proce::;o de tr;b;:,lho c ao servlco
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	Or:;cu::;:;So de ca:;o; (1>Plltns: "" "" "" "" "" - : : o ; diflcc:;:;c:;:;o; ril:>çaft;:;arlnr""")
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	Qualificação clínica rnm !'lf'f'rlf'i"O: "" "" "" equipe:; de :Jpoio m::urlrl:lal (NA...F,AP... e:;oedM:;ide:;
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	nn<tn*o;:;n/rl c:n "" "" "" de projeto teraetêutico <Jneulr
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	Flenejamento dos :icôqs dQQUIOQ
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	Monitoramento e :an:;ihsg dos indicadores e Inform:;acôgs dg s údg
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	E\Jul.d'-ÔIJ J,lif Ulcu
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	Av. Hod:a;: çõe:;:d:a eaulpe
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	Outrob)
11.0.12/2	Poderd escolherse o i'JC'ntc um o pçõo 13	Nenhuma d:;J:; III,IIIIII IIII