

ROTAS DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: EXPERIÊNCIAS DO TRABALHO DE CAMPO PMAQ AB

Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Helena Maria Seidl Fonseca
Organizadoras

Saberes
EDITORA



ROTAS DA **ATENÇÃO BÁSICA** NO BRASIL:
EXPERIÊNCIAS DO TRABALHO DE CAMPO
PMAQ AB

Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Helena Maria Seidl Fonseca
Organizadoras



Nº de páginas: 318
Edição: 1ª
Ano de Publicação: 2014

DIAGRAMAÇÃO

ID Artes e Eventos

CAPA

ID Artes e Eventos

REVISÃO

ID Artes e Eventos

PARTICIPARAM DA FASE DE ELABORAÇÃO DOS ORIGINAIS

Professoras leitoras

Carolina Oliveira Nogueira
Elisete Casotti
Helena Maria Seidl Fonseca
Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Maria Helena Magalhães de Mendonça
Rita de Cássia Duarte de Lima

REVISÃO DO MATERIAL DE IMAGENS

Edson Menezes

APOIO ADMINISTRATIVO

Edjane Alves

SABERES ACADEMIA

Conselho Editorial

Ana Maria Fontenelle Catrib
Alcides Silva de Miranda
Álvaro Jorge Madeiro Leite
Crispim Antônio Campos
Gastão Wagner de Sousa Campos
Lenir Santos
Ligia Bahia
Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Maria de Fátima Souza
Marilda Rosado
Raimunda Magalhães da Silva

Bibliotecária: Helena Joana Flipsen – CRB-8ª / 5283

R74

Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB / organizadores: Márcia Cristina Rodrigues Fausto; Helena Maria Seidl Fonseca. – Rio de Janeiro, RJ : Saberes Editora, 2013.

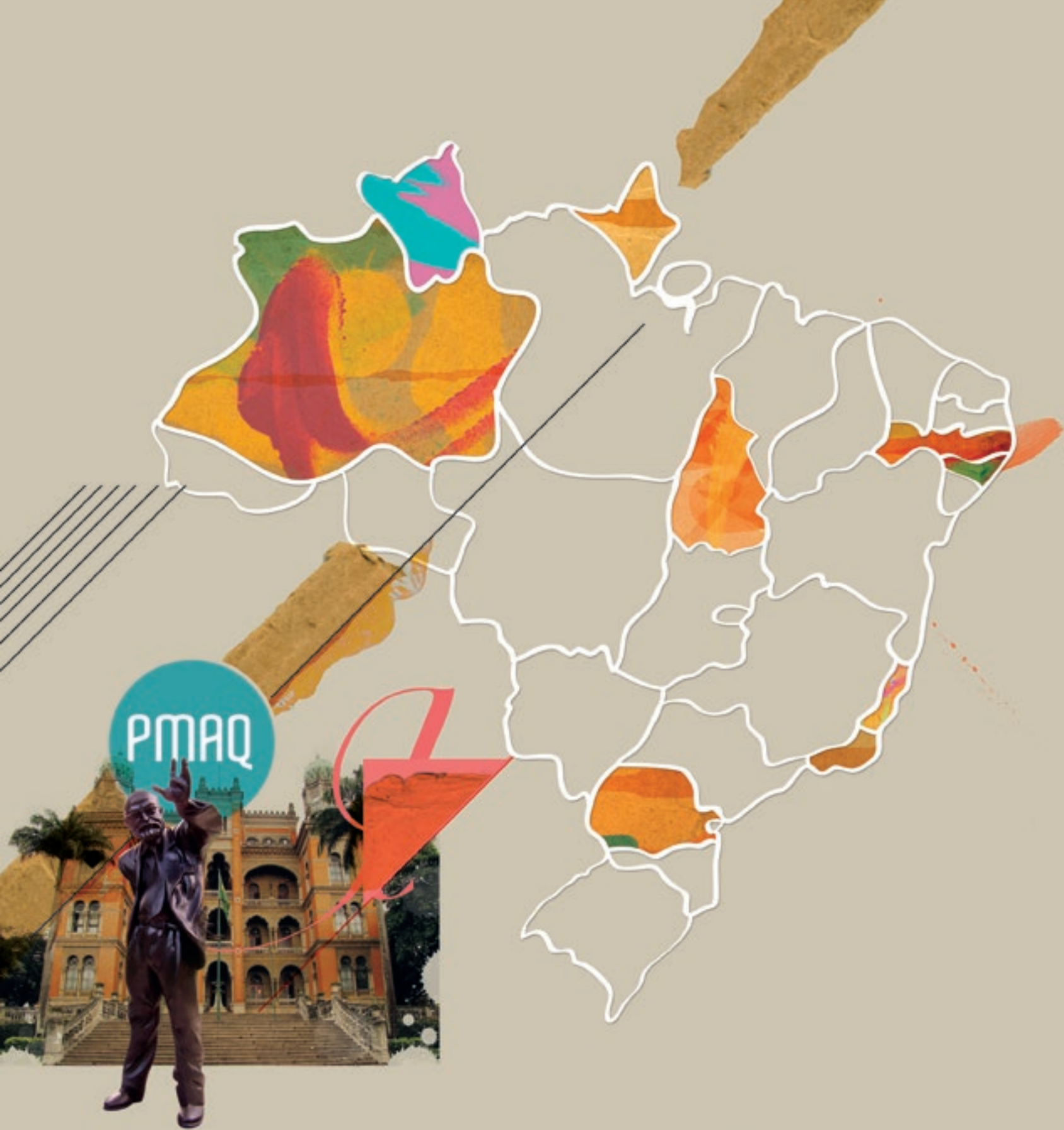
ISBN 978-85-62844-44-7

I. Sistema Único de Saúde (Brasil) 2. Saúde pública - Brasil. 3. Direito à saúde - Brasil. 4. Medicina. I. Fausto, Márcia Cristina Rodrigues. II. Fonseca, Helena Maria Seidl.

CDD 614.0981 - 344.8104 - 610

Índices para Catálogo Sistemático:

I. Sistema Único de Saúde (Brasil)	614.0981
2. Saúde pública - Brasil	614.0981
3. Direito à saúde - Brasil	344.8104
4. Medicina	610



Autores



Aline Corbellari Zamprogno

Enfermeira com mestrado em saúde coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo.

aline_zamprogno@hotmail.com

Ana Claudia Pinheiro Garcia

Cientista social com doutorado em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora do curso de especialização em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Membro do Núcleo de Estudos em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

anacpgarcia@hotmail.com

Ana Lúcia Nascimento Fonseca

Enfermeira com mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Cedida pelo Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (UEL) à Secretaria de Estado da Saúde para a assessoria pedagógica na Escola de Saúde Pública do Paraná.

an.fonseca@bol.com.br

Antonio Carlos de Lima

Psicólogo, especialista em saúde da família pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

antonioniteroi@hotmail.com

Carolina de Oliveira Nogueira

Socióloga com mestrado em antropologia social pelo Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutoranda em antropologia social no Museu Nacional- Universidade Federal do Rio de Janeiro.

carol_donogueira@yahoo.com.br

Carolina Milena Domingos

Enfermeira com mestrado em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Londrina e doutoranda em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Londrina.

carolinamdomingos@gmail.com

Célia Regina Rodrigues Gil

Enfermeira com doutorado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Professora adjunta da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Atenção Básica e Saúde da Família. Atualmente cedida à Secretaria de Estado da Saúde para a direção da Escola de Saúde Pública do Paraná.

reginagil@uol.com.br

Elisete Casotti

Cirurgiã dentista com doutorado em educação em ciências e saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense.

elisete.casotti@gmail.com

Esron Soares Carvalho Rocha

Enfermeiro com mestrado em sociedade e cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Professor da Universidade Federal do Amazonas.

willy.rocha@hotmail.com

Fernanda Emília Bucar Porto

Enfermeira com especialização em saúde pública pela Faculdade ITOP.

fernanda.bucar@hotmail.com

Helena Maria Seidl Fonseca (Organizadora)

Enfermeira com mestrado em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora e pesquisadora da Vice Direção de Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

helenaseidl@ensp.fiocruz.br

Jaime Louzada

Enfermeiro com mestrado em saúde, sociedade e endemias na Amazônia pela Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal do Pará e do Amazonas. Professor efetivo da Universidade Federal de Roraima e da Universidade Estadual de Roraima.

Jaime.louzada@uol.com.br

Janete Maria Rebelo Vieira

Cirurgiã dentista com doutorado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Professora da Universidade Federal do Amazonas.

rebelovieirajm@gmail.com

Juliana Marin

Cirurgiã dentista com mestrado em saúde coletiva pelo Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira.

jubsmarin@yahoo.com.br

Kalina Brito da Silva

Enfermeira com especialização em saúde da família pela Universidade Federal do Amapá. Servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Amapá.

marcilio_kalina@yahoo.com.br

Kelly Cristina Gomes Alves

Enfermeira com mestrado em saúde coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professora assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Tocantins.

kellyalves@mail.uft.edu.br

Ligia Giovanella

Médica e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, com pós doutorado no Institut für Medizinische Soziologie da Universidade de Frankfurt (Alemanha). Pesquisadora titular do Núcleo de Estudos Político-Sociais do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

giovanel@ensp.fiocruz.br

Luana Del Carmen Mattanó Barbosa

Psicóloga com mestrado em saúde coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Tutora do Curso de Formação de Conselheiros de Saúde. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

luamatt@gmail.com

Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira

Enfermeira com mestrado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e doutoranda em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Técnica de nível superior do Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense.

luisa.dutra@gmail.com

Luiz Albérico Araújo Montenegro

Cirurgião dentista com mestrado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Professor Substituto do Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense.

luiz.montenegro@gmail.com

Luiza Garnelo

Médica com doutorado em ciências sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Pesquisadora do Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz.

luiza.garnelo@amazonia.fiocruz.br

Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde

Enfermeira com mestrado em saúde pública pela Universidade Federal de Santa Catarina e doutorado em saúde coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora adjunta II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá.

luzilenarohde@hotmail.com

Magda Lucia Felix de Oliveira

Enfermeira com doutorado em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora adjunta da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e líder do grupo de pesquisa em Controle de Intoxicações de Maringá.

mlfoliveira@uem.br

Márcia Cristina Rodrigues Fausto (Organizadora)

Assistente social e doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora e pesquisadora da Vice Direção de Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

marciafausto@ensp.fiocruz.br

Márcia Guimarães de Mello Alves

Médica com doutorado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e pós-doutorado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense.
marciagmalves@gmail.com

Márcia Helena Baldani Pinto

Cirurgiã dentista com doutorado em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professora adjunta do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e líder do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia em Saúde Bucal.
marciabaldani@gmail.com

Marcos Corvino

Médico com doutorado em saúde pública pela Universidade de São Paulo. Professor associado do Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense.
corvino.m@gmail.com

Maria do Socorro Veloso de Albuquerque

Assistente social com doutorado em saúde pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. Professora do Departamento de Medicina Social/Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.
soveloso@oi.com.br

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Socióloga e doutora em medicina social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.
mhelenam@ensp.fiocruz.br

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

Enfermeira com doutorado em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz e docente da Universidade Federal do Amazonas.
jaciremagoncalves@gmail.com

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Enfermeira com doutorado em saúde coletiva pela Universidade de Campinas, pós doutorado na Universidade Federal de Santa Catarina e Cendes-UCV (Venezuela). Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e líder do Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais (GPPS).

frizon@terra.com.br

Maria Regiane Trincaus

Enfermeira com mestrado em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo. Professora assistente da Universidade Estadual do Centro Oeste e líder do Grupo de Pesquisa e Estudos em Violência Urbana.

trincaus@uol.com.br

Maria Virgínia Filgueiras de Assis Mello

Enfermeira com mestrado em desenvolvimento regional pela Universidade Federal do Amapá e doutoranda em ciências da saúde do Programa DINTER Universidade de São Paulo/Universidade Federal do Amapá. Professora adjunta I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá.

virginia@unifap.br

Marina Ferreira de Medeiros Mendes

Cirurgiã dentista com mestrado em saúde pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. Consultora técnica e pesquisadora do Grupo de Estudo de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

marinamendes2004@gmail.com

Maximiliano Loiola Ponte de Souza

Médico com doutorado em ciências pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisador do Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz.

maximiliano@amazonia.fiocruz.br

Mônica Tereza Machado Mascarenhas

Médica veterinária com doutorado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Professora Associada do Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense.

monicatcmachado@gmail.com

Nely Dayse Santos da Mata

Enfermeira com mestrado em desenvolvimento regional pela Universidade Federal do Amapá (2009) e doutoranda no Programa DINTER Universidade de São Paulo/Universidade Federal do Amapá. Professora adjunta II do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá.

nelymata@uol.com.br

Paula Nishiyama

Farmacêutica com doutorado em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora associada da Universidade Estadual de Maringá e líder do Grupo de Pesquisa Análises Toxicológicas e Toxicovigilância.

paula.nishiyama@gmail.com

Petrônio José de Lima Martelli

Cirurgião dentista com mestrado em saúde pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. Professor adjunto do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco.

Priscilla Caran Contarato

Cirurgiã dentista com mestrado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Membro do Núcleo de Estudos em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

priscillacontarato@gmail.com

Regina Flauzino

Enfermeira com doutorado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Professora adjunta do Departamento de Epidemiologia e Bioestatística- Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense.

reginaflauzinouff@gmail.com

Ricardo Luiz Ramos

Enfermeiro e Biólogo com mestrado em ensino de ciências e matemática pela Universidade Luterana do Brasil. Professor efetivo da Universidade Estadual de Roraima.

rluizramos@gmail.com

Rita de Cassia Duarte Lima

Enfermeira com doutorado em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora associada do Departamento de Enfermagem e Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo e do Núcleo de Estudos em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva.

ritacd1@uol.com.br

Rosana Oliveira do Nascimento

Enfermeira com mestrado em saúde coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá.

rosana02@oi.com.br

Sidney Feitosa Farias

Psicólogo com doutorado em saúde pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. Professor e pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz.

sidney@cpqam.fiocruz.br

Swheelen de Paula Vieira

Nutricionista e especialista em saúde da família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

helen_vieiranut@hotmail.com

Teresa Cristina de Carvalho Lima Neves

Farmacêutica e Bioquímica com mestrado em comunicação e cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora em Saúde Pública do Departamento de Ciências Biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

tecrineves@gmail.com

Tereza Maciel Lyra

Médica com doutorado em saúde pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. Professora e pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz e professora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

terezalyra@cpqam.fiocruz.br



Sumário

14	PREFÁCIO
16	APRESENTAÇÃO
18	CAPÍTULO 1 - Experiências e aprendizagem no processo da avaliação externa: encontro com a diversidade
30	CAPÍTULO 2 - Narrando as singularidades dos estados
32	RIO DE JANEIRO (Município) - Vivências da equipe de entrevistadores no desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ AB na cidade do Rio de Janeiro
58	AMAZONAS - Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica
88	PERNAMBUCO - Reflexões sobre o processo de realização do PMAQ no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco
114	PARANÁ - Avaliação externa do PMAQ: (com)partilhando singularidades do Estado do Paraná
142	AMAPÁ - O Amapá e sua diversidade cultural no cenário da Atenção Básica: um encontro com o PMAQ
164	ALAGOAS - Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as singularidades do estado de Alagoas
188	RORAIMA - Roraima e seus quintais
208	ESPÍRITO SANTO - De rota em rota a Atenção Básica no Espírito Santo vai se (des)construindo
236	TOCANTINS - Avaliação externa do PMAQ no Tocantins: os nexos entre o novo Estado e a construção da Atenção Básica
262	RIO DE JANEIRO (Estado) - Narrando visíveis e invisíveis: o relato de experiências do trabalho de campo do PMAQ no Estado do Rio de Janeiro
288	CAPÍTULO 3 - Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate
310	EQUIPE DE CAMPO

Prefácio

16

Prefácio

Prefácio

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado à Estratégia Saúde da Família tem proporcionado avanços importantes na ampliação do acesso aos serviços de saúde. Ao longo de vinte anos de progressiva expansão desse modo de organização da atenção básica nos municípios, tornou-se premente a qualificação das ações ofertadas à população no primeiro nível de atenção, tornando necessário o desenvolvimento de ações avaliativas para a tomada de decisão no nível da gestão do sistema de saúde.

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é uma das estratégias indutoras da qualidade adotada pelo Ministério da Saúde na direção da melhoria dos resultados das ações de saúde ofertadas à população.

Como instituição de ciência e tecnologia vinculada ao Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz participa da execução da Fase 3 do “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, cujo objetivo é realizar avaliação externa, cooperando com o Ministério da Saúde para fortalecimento do Sistema Único de Saúde com implicações importantes para a melhoria da qualidade da atenção no sistema público de saúde.

Esta publicação é resultado de mais uma cooperação entre a Fiocruz e o Ministério, envolvendo pesquisadores, professores, alunos e ex alunos de três de suas unidades técnicas em parceria com outras instituições de ensino e pesquisa para a realização da avaliação externa das equipes de atenção básica em nove estados do país.

Coordenação PMAQ Grupo Fiocruz

Apresentação



Este livro surgiu da ideia de sistematizar a experiência adquirida com a realização da avaliação externa das equipes de atenção básica em saúde, parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ AB. Pensamos que um livro com essa característica poderia expressar a riqueza das múltiplas e distintas experiências da avaliação da atenção básica em cenários tão diversificados que demarcam a realidade brasileira.

O objetivo central desta publicação é explorar conteúdos que podem funcionar como cenários descortinados por quem esteve *in loco* observando a realidade, tornando-se úteis para melhor compreensão dos contornos dos resultados da avaliação da atenção básica. A aposta está na possibilidade de produzir conhecimento a partir das experiências do trabalho de campo. Explorar conhecimentos a partir de procedimentos metodológicos da pesquisa e das observações que contextualizam as experiências nos mais variados cenários municipais, onde diariamente se constrói a Política Nacional de Atenção Básica.

Esta publicação é composta por três capítulos: o primeiro tem o objetivo de situar o leitor a respeito da concepção de atenção primária que circunscreve o conjunto da obra. Apresenta a proposta do PMAQ AB a partir do qual se deu o processo de avaliação das equipes de atenção básica, matéria prima para a realização do livro. Descreve a forma como se deu a organização do trabalho das várias instituições de ensino superior participantes do Grupo Fiocruz para responder à tarefa da avaliação externa e apresenta um breve panorama do processo avaliativo nos nove estados onde atuou: Alagoas, Amapá, Amazonas, Espírito Santo, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Roraima e Tocantins.

O segundo capítulo é composto por dez textos que retratam as experiências de grupos de pesquisadores que atuaram como coordenador, supervisor ou entrevistador na avaliação externa no âmbito do Grupo Fiocruz. Os relatos buscam contextualizar os cenários onde ocorreu a avaliação das equipes de atenção básica e caracterizar a organização das instituições de ensino, das equipes de entrevistadores e dos municípios para a realização do trabalho de campo e da avaliação externa em si. Destacam pontos críticos e potencialidades desse trabalho e apresentam as impressões que ficaram sobre o censo nas unidades básicas de saúde e o processo de avaliação externa, tendo como pano de fundo três elementos para discussão – a gestão, a organização dos serviços para a prestação dos cuidados em saúde, e os usuários entrevistados nos serviços de saúde avaliados.

O último capítulo, com base nas experiências relatadas, apresenta uma síntese do aprendizado na implementação da avaliação externa. Contextualiza os ciclos da avaliação da atenção básica até o momento do PMAQ AB, conduzidos pelo Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, destacando as lições aprendidas com o processo avaliativo e os ajustes necessários em próximos ciclos do PMAQ AB.

Desejamos que a leitura desse livro instigue os leitores a explorar novos conhecimentos sobre os caminhos da atenção básica no Brasil e a potência dos processos de avaliação no campo da saúde coletiva.

As organizadoras

Capítulo 1



20



Experiências e aprendizagem no processo da avaliação externa: encontro com a diversidade

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Elisete Casotti

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Helena Maria Seidl Fonseca

Carolina Oliveira de Nogueira

Rita de Cássia Duarte de Lima



Nas últimas décadas, o debate sobre o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) adquiriu importância na agenda da Política Nacional de Saúde, favorecendo a implementação de medidas e estratégias orientadas para a qualificação do modelo assistencial vigente. Neste processo, a atenção primária em saúde (APS) vem ocupando lugar de destaque na discussão da reforma do SUS, particularmente no que se refere à equidade e ao acesso universal à atenção em saúde.

Com base em revisão de literatura, os textos produzidos nessa publicação assumiram a compreensão de que a APS deve se constituir em serviço de procura regular com função de organizar o acesso e coordenar o cuidado no sistema de serviços de saúde (GIOVANELLA, 2009; STARFIELD, 2002; OMS, 2008).

A APS como porta de entrada preferencial do sistema se realiza a partir da identificação de necessidades em saúde que podem ser respondidas no âmbito do próprio serviço de APS, assim como em outros níveis de atenção que compõem o sistema de serviços de saúde, sendo estas práticas essenciais para a configuração de uma APS abrangente.

No que tange à política nacional de saúde vigente, a APS apresenta contornos abrangentes e é considerada estratégica para reorganização do sistema de serviços de saúde de forma a promover e garantir o princípio constitucional do direito à saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2011), a atenção básica caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, 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”. Seus princípios e fundamentos são: i) ter território definido como base para o planejamento e desenvolvimento das ações de saúde e intersetoriais; ii) garantir acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade resoluta, devendo consolidar-se como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, iii) atuar em território adscrito, com população definida, desenvolvendo vínculo e corresponsabilização pela atenção às necessidades que se apresentam no território; iv) coordenar e efetivar a integralidade em suas várias dimensões, ligando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, ao mesmo tempo, garantir e integrar ações programáticas e demandas espontâneas, atuando em rede e desenvolvendo articulação entre equipes de saúde e a população dos territórios sob sua responsabilidade de forma a garantir a longitudinalidade; v) Estimular a participação social (BRASIL, 2011).

Na PNAB, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é defendida e incentivada como modelo de organização dos serviços de APS. Deve atuar com equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As equipes são responsáveis por uma população adstrita, territorializada, com no máximo 4.000 pessoas. A equipe deve conhecer e estabelecer vínculos com as famílias do território sob sua responsabilidade, deve ofertar ações individuais e coletivas, ser

o primeiro contato, se responsabilizar pelo encaminhamento para outros pontos do sistema de serviços de saúde e pelo cuidado longitudinal dos pacientes. As equipes devem atuar no território realizando diagnóstico para identificar problemas de saúde e situações de risco na comunidade e planejar ações e intervenções articuladas com outras organizações sociais e públicas, atuando intersetorialmente para enfrentar os problemas identificados no território.

Com duas décadas de implantação, o expressivo aumento de cobertura pela ESF está diretamente implicado no aumento do acesso aos cuidados em saúde e da melhoria dos principais indicadores de saúde da população brasileira. Entretanto, ainda há muitos problemas que precisam ser gerenciados, particularmente referidos a equidade do acesso, resolutividade e qualidade da atenção.

Como parte das recentes diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção primária em saúde, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ AB. O Programa tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde, mediante um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa. (BRASIL, 2012).

Para a operacionalização do Programa, em 2011, o Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde convidou as instituições participantes da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) a participarem do processo de avaliação externa das equipes de atenção básica em nível nacional. Sete instituições de ensino conformaram uma coordenação nacional de instituições de ensino superior, sob a liderança do Departamento de Atenção Básica/MS: Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Minas Gerais e a Fiocruz.

Esse livro é resultado das experiências de avaliação externa relativa ao Ciclo I do PMAQ AB, coordenada pela FIOCRUZ e desenvolvida de forma descentralizada, envolvendo ao todo dezessete instituições de ensino superior em nove estados brasileiros.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ AB

O PMAQ AB está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011):

Fase 1 - Adesão e contratualização - etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores. Essa etapa pressupõe um processo inicial de pactuação entre as equipes de atenção básica e o gestor municipal, que deve anteceder a formalização de adesão do município com o Ministério da Saúde (MS). Uma vez homologada a adesão das equipes de atenção básica, o Ministério da Saúde transfere ao município, fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). O valor está vinculado ao número de equipes de atenção básica participantes, considerando a competência do mês em que a homologação foi publicada. O percentual restante será repassado de acordo com os resultados obtidos na avaliação do desempenho (Fase 3).

Fase 2 - Desenvolvimento - etapa onde o gestor municipal e as equipes de atenção básica reconhecem as necessidades de melhoria e atuam para modificar e qualificar a atenção básica. Essa etapa inclui ações de autoavaliação, monitoramento dos indicadores contratualizados, apoio institucional às equipes de atenção básica e ações de educação permanente. Para a autoavaliação, o DAB disponibiliza o instrumento “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)”, resultado da revisão e adaptação de diferentes ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. Contudo, o gestor municipal e as equipes poderão optar por outras ferramentas associadas ou não ao AMAQ, que facilite o processo da autoavaliação e reconhecimento da realidade local.

Fase 3 - Avaliação externa – etapa que inclui um conjunto de ações direcionadas para a certificação das condições de acesso e de qualidade da atenção prestadas pela Equipes participantes do PMAQ. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes de atenção básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica. No seu desenvolvimento, o MS atua em conjunto com grupos de pesquisa de Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras. A elaboração dos instrumentos de coleta, a seleção e treinamento das equipes de entrevistadores, a organização e a execução do trabalho de campo, incluindo parte da análise das informações coletadas, são atividades realizadas pelo conjunto de Instituições. Cabe ao Ministério da Saúde, de posse dos dados coletados, proceder a avaliação de desempenho das equipes participantes, segundo metodologia definida pelo Programa.

Fase 4 - Recontratualização - etapa posterior à certificação das equipes da atenção básica. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa. Nessa fase, está prevista a pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a

institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

A Fiocruz e a participação no PMAQ AB

Neste cenário institucional, a Fiocruz, a partir da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), foi convidada a assumir a coordenação geral da avaliação externa nos seguintes estados: Amapá, Espírito Santo, Paraná, Rio de Janeiro, Roraima e Tocantins. Para a execução do trabalho, foi feita articulação com o Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazônia), o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (Fiocruz Pernambuco) e treze instituições de ensino superior (IES) sediadas nos demais estados.

A parceria firmada com as IES e seus pesquisadores permitiu que o trabalho fosse desenvolvido com coordenações descentralizadas. As instituições parceiras foram: Universidade Federal Fluminense (município do Rio de Janeiro), Universidade Federal do Amapá, Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Roraima, Universidade Estadual de Roraima, Universidade Federal de Tocantins e Escola de Saúde Pública do Estado do Paraná. Para realizar a avaliação externa no estado do Paraná, atuaram junto à Escola de Saúde Pública, a Universidade Estadual de Londrina, Universidade Estadual de Maringá, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Universidade Estadual do Oeste do Paraná e a Universidade Estadual de Guarapuava¹.

A seleção dos entrevistadores foi realizada por meio de chamada pública e as equipes foram formadas, em sua maioria, por profissionais com nível superior, boa parte desses tendo formação na área de saúde, aproximação com o campo da saúde coletiva e experiência em atenção primária. Os supervisores foram identificados diretamente pelos coordenadores estaduais, sendo parte deles professores das instituições de ensino participantes, alunos e ex-alunos dos cursos de pós-graduação ofertados nestas instituições.

O trabalho de campo, incluindo a definição das rotas, articulação com os municípios e a avaliação externa, durou em torno de cinco meses. A etapa de avaliação das equipes de atenção básica e censo das unidades básicas de saúde foi realizada em 3 meses. A coleta de dados foi executada por equipes compostas por, em média, cinco entrevistadores, com um dos membros exercendo a função de supervisor. O trabalho de campo nos nove estados envolveu mais de 220 pessoas entre coordenadores, supervisores e entrevistadores.

Coube à coordenação estadual definir as rotas de deslocamento das equipes, organizar os deslocamentos intramunicipais – o que envolveu os mais diversos tipos de transportes terrestres, aéreos e fluviais –, pactuar

¹ No capítulo referente ao estado do Paraná, esta especificidade local é explicitada.

calendário de visitas, transporte intermunicipal e a pactuação com os gestores municipais no que tange à hospedagem dos avaliadores. O acompanhamento do cronograma e as validações dos dados coletados também fizeram parte das atribuições das coordenações descentralizadas.

A avaliação externa, propriamente dita, foi realizada pelas equipes de entrevistadores *in loco*, utilizando um instrumento de coleta subdividido em três unidades de análise:

1- *observação na unidade básica de saúde*, relacionada ao censo de infraestrutura das unidades básicas de saúde de natureza pública. Essa etapa incluiu todas as unidades registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, inclusive nos municípios que não aderiram ao PMAQ. O instrumento previa a verificação *in loco*, pelo entrevistador, de itens como: sinalização externa e acessibilidade à unidade de saúde; identificação visual das ações e serviços ofertados; horário de funcionamento; características estruturais e ambiência; infraestrutura; reforma, ampliação e reparos da unidade de saúde; equipamentos, materiais e insumos para a atenção à saúde; equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde; veículo na unidade de saúde.

2- *entrevista com profissional de saúde e verificação de documentos*, direcionado ao profissional de nível superior escolhido como respondente pela equipe, com foco na avaliação do processo de trabalho. Foram entrevistadas as equipes de atenção básica que tiveram o pedido de adesão ao PMAQ AB/MS homologado e publicado na Portaria 2.812 de 29 de novembro de 2011 do MS. O instrumento está organizado de forma a obter informações sobre o processo de trabalho da equipe, a estruturação e funcionamento da rede de atenção em saúde e sobre a organização do cuidado com o usuário, incluindo a verificação documental das ações relatadas.

3- *entrevistas com usuários*, incluiu quatro usuários vinculados à equipe em avaliação pelo PMAQ. Foram realizadas na própria unidade com usuários presentes na sala de espera, maiores de 18 anos, com pelo menos um atendimento na unidade básica de saúde no último ano e que consentiram com a entrevista. O objetivo era obter informações a respeito da satisfação em relação ao acesso, as condições de infraestrutura, horário de atendimento, cuidado ofertado pela unidade básica de saúde e espaço para a participação social.

Grupo Fiocruz: breve panorama da avaliação externa nos nove estados

A partir das informações extraídas do banco de dados nacional, apresenta-se um breve panorama sobre o trabalho de pesquisa realizado no âmbito do PMAQ AB nos estados que compõem o Grupo Fiocruz. Nos nove estados foram visitadas 10.085 unidades básicas de saúde, sendo que entre essas verificou-se que 1.100 UBS estavam desativadas, o que resultou na aplicação do instrumento de avaliação (módulo 3) em um total de

8.985 unidades básicas de saúde. Do total de 10.361 UBS relacionadas no CNES, não foi possível localizar 276 unidades. O balanço quantitativo do trabalho realizado pelas equipes do Grupo Fiocruz pode ser verificado na tabela I.

Tabela I - Número de UBS cadastradas no CNES e censos realizados em UBS nos nove estados do Grupo FIOCRUZ, 2012.

UF	Nº de UBS previstas no CNES**	Nº de UBS Desativadas no período da Avaliação	Nº UBS Localizadas	Total de UBS	%
AL	911	103	808	911	100
PE	2.443	408	2.019	2.427	99,3
RR	187	28	157	185	98,9
ES	904	119	772	891	98,6
RJ	2.101	240	1.829	2.069	98,5
TO	335	38	291	329	98,2
AM	662	109	538	647	97,7
PR	2.604	54	2.413	2.467	94,7
AP	214	1	158	159	74,3
Total	10.361	1.100	8.985	10.085	97,3%

Fonte: DAB/SAS/MS.

* 01.08.2013.

** Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde e Posto de Saúde - Federal/Estadual/Municipal.

O Grupo Fiocruz concluiu 98,6% da avaliação externa prevista nos nove estados da federação. Na tabela 2 pode-se observar que no estado do Amapá foram realizadas mais avaliações do que o previsto inicialmente, enquanto que nos demais estados observa-se que a produção de avaliações externas foi inferior ao previsto. Na medida em que se fazia o contato com os municípios, era possível identificar diferenças entre a lista de equipes participantes do PMAQ AB apresentada pelo Departamento de Atenção Básica/MS e a informação que o gestor municipal tinha sobre o processo de adesão de suas equipes. Essas diferenças foram encontradas em todos os estados, tanto para um número superior quanto inferior de equipes participantes em relação à lista de equipes homologadas que informava a organização do trabalho das instituições de ensino.

Tabela 2 - Número de equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ-AB, equipes que participaram da avaliação externa e usuários entrevistados nos nove estados do Grupo Fiocruz, 2012.

Avaliação Externa - PMAQ-AB*						
UF	Nº equipes avaliadas			Nº usuários entrevistados		
	Homologadas	Avaliadas	%	Previstos	Realizados	%
AM	173	173	100,0	692	703	101,59
AP	43	50	116,3	172	192	111,63
TO	308	306	99,4	1232	771	62,58
PR	1.009	998	98,9	4036	2.778	68,83
AL	343	339	98,8	1372	1.342	97,81
ES	325	321	98,8	1300	1.195	91,92
PE	1.025	1.009	98,4	4100	3.625	88,41
RR	35	34	97,1	140	125	89,29
RJ	1.075	1.047	97,4	4300	3.327	77,37
Total	4.336	4.277	98,6	17344	14.058	81,05

Fonte: DAB/SAS/MS.

*Dados de 01.08.2013.

Na pesquisa com os usuários, foram realizadas 81,05% de entrevistas em relação ao total de usuários previstos para serem entrevistados (4.336). Exceto no Amazonas e no Amapá, em todos os demais estados entrevistou-se menos usuários do que se planejou. Os motivos para a não realização são variados, como pode ser visto nos relatos de experiência.

É possível identificar nos relatos de experiências diferenças em relação às informações geradas pelo banco de dados. Estas diferenças podem ser explicadas, considerando as perdas de informações no processo de envio e validação dos instrumentos aplicados.

No que diz respeito ao uso imediato dos dados coletados pelas instituições de ensino do Grupo Fiocruz, pode-se observar na tabela 3 a condição de desempenho das equipes de atenção básica nos nove estados, segundo a avaliação realizada pelo Departamento de Atenção Básica/MS.

Tabela 3 - Consolidado de desempenho das equipes de atenção básica nos nove estados do Grupo Fiocruz, 2012.

Desempenho	Muito acima da média		Acima da média		Pouco abaixo da média		Insatisfatório		Excluído	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESTADOS										
Alagoas	92	27.1	165	48.5	82	24.1	0	.00	1	.29
Amapá	0	.00	0	.00	0	.00	50	94,3	3	5,7
Amazonas	9	5.20	33	19.1	123	71.1	8	4.6	0	.00
Espírito Santo	32	9.85	146	44.9	143	44.0	0	.00	4	1.2
Paraná	275	27.2	419	41.5	286	28.3	18	1.76	11	1.1
Pernambuco	138	13.5	538	52.5	323	31.5	10	.98	16	1.6
Rio de Janeiro	96	8.9	443	41.2	506	47.1	2	.19	28	2.6
Roraima	0	.00	5	14.3	25	71.4	4	11.4	1	2.9
Tocantins	54	17.5	161	52.3	86	27.9	5	1.62	2	.65
Brasil	3077	17.6	7683	43.9	6078	34.7	364	2.08	280	1.6

Fonte: DAB/SAS/MS <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/> em 10.12.2013.

Nos estados de Alagoas e do Paraná estão as equipes que apresentaram as melhores condições de desempenho, respectivamente 75,6% e 68,4% das equipes com resultados acima ou muito acima da média. Nos estados de Pernambuco e Tocantins mais de 50% das equipes encontram-se com desempenhos acima da média.

Estados da região norte são os que apresentam maior número de equipes com resultados abaixo da média. Roraima e Amazonas possuem 71% das equipes com desempenho um pouco abaixo da média. Chama atenção o estado do Amapá, onde 94% das equipes de atenção básica foram classificadas com resultados insatisfatórios.

O resgate da riqueza e da diversidade das experiências estaduais no PMAQ AB

Ter ido a campo para coletar os dados que subsidiaram a ação do DAB/MS na certificação das equipes de atenção básica transcendeu aos limites específicos e estritos da tarefa. A riqueza do processo de (re) conhecimento da atenção básica em lugares tão díspares como em aldeias indígenas, povoados ribeirinhos ou em grandes metrópoles, associada ao intercâmbio promovido entre as instituições de ensino participantes, gerou ganhos imensuráveis.

Essa percepção, estimulada pela coordenação geral, permitiu que as instituições de ensino compartilhassem entre si as experiências e daí nascesse o desejo de que essa troca pudesse ser materializada e disponibilizada na forma de uma publicação, reunindo assim a vivência e a aprendizagem de cada estado no processo da avaliação externa.

A organização do material produzido pelos autores foi analisada por um grupo de trabalho que acompanhou a estruturação desse material e orientou a finalização de cada capítulo, reforçando a centralidade temática que cada grupo de autores por estado apresentava em seu relato. Dessa forma, a centralidade pode estar na configuração das redes de atenção do estado, na percepção dos avaliadores sobre a coleta de dados, na parceria ensino-serviço, na questão de acesso e qualidade da atenção a grupos populacionais dispersos, entre outros.

Além dos capítulos temáticos de cada estado, há um texto síntese com a finalidade de articular o material na produção de uma análise sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica, e, especificamente, sobre a condução e direcionalidade da avaliação da atenção básica em curso.

Esta obra, portanto, traz como proposta a produção de conhecimento a partir da análise *a posteriori* da experiência ocorrida. Não é resultado de uma coleta sistemática de dados, mas centrada no esforço de reflexão e compreensão de aspectos e fatos que marcaram as equipes durante a realização da avaliação externa. O que o leitor encontrará aqui não é o consolidado da avaliação do PMAQ AB, mas os significados que emergiram do cotidiano desse processo para as equipes envolvidas.

As IES têm percursos distintos, algumas com longa tradição na área de pesquisa e ensino, outras recentemente iniciando sua trajetória com jovens professores e pesquisadores em início de carreira acadêmica. O livro traz a oportunidade e busca valorizar os textos produzidos por autores vinculados a centros formadores e de pesquisa locais, distantes das regiões por onde circulam os principais veículos de publicação no campo da saúde pública.

O fato de todos partirem de um conjunto semelhante de funcionamentos permitiu que o livro agregasse experiências diversas, mantendo a heterogeneidade e valorizando as singularidades com destaque para os pontos comuns que marcaram realidades tão distintas. Questões como a logística do campo, estratégias definidas para seu reconhecimento, definição de rotas, entrada no campo e gestão das atividades da pesquisa são pontos que permeiam todos os capítulos.

São os aspectos comuns relativos ao processo avaliativo e à organização da atenção básica, que ao serem claramente identificados nos relatos feitos pelos entrevistadores e supervisores, se constituem numa oferta potencial de temas para as análises sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica no país.

REFERÊNCIAS

BRASIL. 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. Portaria nº 2.488/GM, 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. Seção 1, 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Documento síntese da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 3 dezembro 2013

GIOVANELLA et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):783-794, 2009.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Atenção Primária em Saúde. Agora mais do que nunca. Relatório Mundial de Saúde 2008. Genebra: OMS, 2008.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Capítulo 2



Narrando as singularidades dos estados



Rio de Janeiro

(Município)

34



Vivências da equipe de entrevistadores no desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ AB na cidade do Rio de Janeiro

Bondinho - Pão de Açúcar



Igreja da Penha

Elisete Casotti
Juliana Marin
Luisa Dutra
Luiz Albérico Araújo Montenegro
Márcia Guimarães
Marcos Corvino
Mônica Tereza Machado Mascarenhas
Regina Flauzino



36



Rio de Janeiro
(Município)

37



INTRODUÇÃO

As vivências aqui relatadas são oriundas do processo de coleta de dados dos componentes “Avaliação Externa” e “Censo das Unidades Básicas de Saúde”, do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ AB), do Ministério da Saúde (MS), no âmbito da cidade do Rio de Janeiro. O trabalho foi coordenado pela Universidade Federal Fluminense (UFF), por meio dos Departamentos de Planejamento em Saúde (MPS) e de Epidemiologia (MEB), do Instituto de Saúde da Comunidade (ISC).

A coleta se referiu às condições de infraestrutura do serviço (módulo I), ao processo de trabalho da equipe (módulo II) e à escuta dos usuários (módulo III), sendo todos os instrumentos aplicados no ambiente da Unidade de Saúde. Para o módulo II, o profissional respondente poderia ser o médico ou o enfermeiro e, na presença de equipe de saúde bucal, somou-se o dentista. Os usuários entrevistados, em número de quatro por equipe, foram selecionados pelos entrevistadores PMAQ no dia da coleta, atendendo aos critérios metodológicos definidos pela pesquisa.

A seleção e qualificação da equipe UFF, bem como a coleta dos dados, foram realizadas no período de maio a agosto de 2012. A equipe contou com a participação de cinco docentes na condição de supervisores do trabalho de campo, um docente coordenador, um apoio técnico-administrativo e quatorze entrevistadores. Todos participaram da oficina de preparação para a realização das entrevistas e das reuniões periódicas de avaliação do processo.

O desenho das rotas foi elaborado em conjunto com a Coordenação de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e o transporte, realizado por dois carros à disposição da equipe durante todo o período de coleta, sendo uma contrapartida da SMS. Para o acesso às unidades situadas em áreas de violência urbana, a equipe contou com o apoio de um profissional local – que a recebia em via pública próxima à unidade, acompanhando-a até a unidade.

Como a expansão da atenção primária na cidade foi iniciada na Zona Oeste (Figura 1), um grande número de equipes homologadas para certificação estava nessas áreas, implicando em longos e cansativos deslocamentos – agravados pela característica do trânsito nas grandes vias de acesso. A saída e o retorno da equipe aconteciam de forma centralizada e as rotas envolveram distâncias de até setenta quilômetros.

Para fins de certificação, foram coletados dados em 324 equipes de saúde da família inscritas no PMAQ, totalizando 324 entrevistas com profissionais e 1315 com usuários, bem como realizados censos de infraestrutura em outras 181 Unidades Básicas de Saúde da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro.

Instigados pela natureza do trabalho realizado, conscientes de sua importância e da diversidade das experiências agregadas nacionalmente, o grupo UFF propõe uma análise do processo de coleta, a partir das narrativas da equipe. Acreditamos que esse recorte pode, simultaneamente, apresentar as singularidades vivenciadas no território de uma cidade metropolitana e dialogar com situações comuns vivenciadas pelas equipes de outros lugares do país.

A CIDADE DO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro, capital do país de 1763 a 1960 e do estado homônimo desde 1974, é a segunda metrópole mais populosa do Brasil, com 6.323.037 habitantes, segundo censo do IBGE (2010).

Segundo Cavallieri e Vidal (2012), em 2010, a população residente em favelas representava 23% do total da população carioca. A maior concentração relativa está na área central da cidade (Rio Comprido, São Cristóvão, Santa Teresa, Catumbi, Mangueira) – correspondendo a 35% do total de habitantes - indicando, segundo os autores, a busca pela proximidade com a oferta de mercado de trabalho, mais expressivo no Centro.

O papel histórico-político desempenhado pela cidade favoreceu o desenvolvimento e a construção de uma razoável infraestrutura de serviços públicos, incluindo um importante conjunto de serviços de saúde, particularmente de unidades hospitalares sob a coordenação das diferentes esferas de governo.

Desde 1993, para fins de gestão do sistema municipal de saúde, a cidade está organizada em dez Áreas de Planejamento Sanitário (APS), cada uma com sua Coordenação de Área (RIO DE JANEIRO, 1993). Nos anos noventa, a rede municipal de atenção básica do Rio de Janeiro recebeu investimentos de requalificação estrutural (reformas, adequações e ampliações) da sua capacidade instalada, valorizando a implantação de um sistema corretivo e preventivo de manutenção predial, sem apresentar incremento digno de nota no número total de unidades no município. (MIGUEZ, 2001)

A despeito do movimento de reorientação do modelo de atenção básica no país iniciado em 1994 com a adoção da Estratégia Saúde da Família, a secretaria municipal manteve a atenção básica tradicional como modelo predominante de atenção e implantou a ESF de forma residual, fragmentada e desarticulada. Enquanto outras capitais como Belo Horizonte e Florianópolis, em 2008, alcançavam a cobertura da Estratégia acima de 70% da população, o Rio de Janeiro não atingia 10%. (RIO DE JANEIRO, 2013)

Essa situação permaneceu inalterada até 2009, quando se instalou um processo de *Reforma da Atenção Primária*, que incluiu a territorialização das redes e uma importante expansão do número de unidades de atenção básica, com a implantação aproximada de 700 novas equipes da Estratégia Saúde da Família, consolidando assim o modelo da ESF na cidade. (SORANZ, 2013)

Economicamente, o maior investimento histórico e a oferta de melhor infraestrutura urbana do Rio de Janeiro concentraram em torno de si uma série de municípios que cresceram e passaram a depender da sua dinâmica como metrópole. Constituiu-se, dessa forma, numa região metropolitana que muito se diferencia do restante do estado. (BRASIL, 2005)

Figura I - Mapa da Cidade do Rio de Janeiro, segundo Áreas de Planejamento em Saúde (AP), 2013



Fonte: Disponível em: <https://maps.google.com.br> (adaptado por Thiago Braga).

Ao avaliar as vivências oriundas do processo de coleta de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ AB) na cidade do Rio de Janeiro, o grupo da Universidade Federal Fluminense (UFF), responsável pela pesquisa, optou pela análise a partir das narrativas da equipe. Esse recorte traz a possibilidade de apresentar as singularidades vivenciadas no território de uma metrópole, como também de dialogar com situações comuns vivenciadas em outras cidades do país.



PERCURSO METODOLÓGICO

O material empírico, utilizado na produção desse relato, inclui as narrativas sobre a experiência vivida, no processo de coleta de dados, pelos supervisores de campo, entrevistadores e pelo apoio técnico administrativo. As narrativas foram gravadas ao final do trabalho de campo, com a expectativa de criar uma memória institucional do processo. Todas as narrativas estavam no formato de vídeo e, para esse trabalho, foram transcritas literalmente, a fim de conservar o contexto social e as características do grupo entrevistado. Além dessa fonte, foram utilizados outros materiais bibliográficos para apoiar a análise proposta.

O modelo qualitativo de análise foi guiado pelos princípios da Grounded Theory (GT) ou teoria fundamentada nos dados, proposta por Glaser e Strauss em 1967.

Para Laperrière (2010), a GT tem “por objeto a construção de teorias empiricamente fundamentadas, a partir de fenômenos sociais que poucas análises foram articuladas.” A GT é uma metodologia que não está implicada propriamente na descrição de um fenômeno, mas está preocupada na elaboração de uma teoria que integre os vários fatos/incidentes da realidade, para além de uma descrição exaustiva dos dados coletados. No caso em questão, as singularidades vivenciadas no território pela equipe UFF durante a realização do PMAQ na cidade do Rio de Janeiro.

Diferente das investigações de natureza indutiva, que estabelecem a priori um conjunto de hipóteses e trabalham para sua verificação e generalização da teoria que sobrevém, a GT inicia pela escolha de um tema relevante, um fenômeno social, e os dados empíricos irão guiar a elaboração da teoria. Dessa forma: “a coleta e a codificação dos dados não são em geral bastante extensas para admitir a verificação estrita de hipóteses: elas só permitem sugerir a teoria” (GLASER, STRAUSS, 1967, *apud* LAPERRIÈRE, 2010).

A teoria, segundo essa linha de análise, é descoberta, desenvolvida e provisoriamente verificada tendo como base os dados empíricos. Portanto, a coleta de dados, a análise e a teoria estão em relação recíproca e se retro alimentam.

O material empírico inicial reuniu narrativas de seis supervisores, seis entrevistadores e do apoio técnico administrativo e a seleção do grupo se deu pela pertinência teórica em relação ao problema, ou seja, pela capacidade de esclarecer o fenômeno pesquisado. Simultaneamente a essa etapa, houve um esforço de coleta dos dados topológicos sobre o fenômeno (história da atenção básica na cidade, grupos e ideologias, natureza das disputas na área, modelo de gestão), que serviram não como contexto, mas como instrumentos à disposição da análise.

A metodologia prevê um processo de codificação em três momentos: codificação aberta, axial e seletiva. A codificação aberta, etapa apresentada nesse capítulo, tem por objetivo fazer emergir o maior número possível

de conceitos e categorias conceituais a partir do conjunto de fatos/incidentes observados nas transcrições. No seu desenvolvimento foram executados os seguintes estágios:

- a) Leitura das transcrições, com identificação dos fatos/incidentes mais comuns nas narrativas relacionados com o objeto em questão. Essa etapa teve como objetivo “abrir o texto e expor pensamentos, ideias e significados que ele contém”, separando-os e examinando-os em busca de similaridades e diferenças (STRAUSS e CORBIN, 2008).
- b) Realização de agrupamentos dos fatos/incidentes em conceitos. O conceito é uma representação abstrata que permite reunir fatos ou fenômenos que compartilham da mesma característica ou significado. Por exemplo: os fatos “atraso dos equipamentos; violência no entorno das unidades; e a variação na receptividade pelas equipes” foram agregados num conceito denominado “tensão na coleta”. Ou seja, o conceito não designa o fato: representa-o.
- c) Exame dos conceitos e organização em categorias mais abrangentes. Nessa etapa, todos os conceitos foram examinados e “todos aqueles considerados similares em natureza ou relacionados em significados foram agrupados sob conceitos mais abstratos, chamados categorias.” (IBIDEM)
- d) Redação dos textos explicativos de cada categoria.

A decisão de compor esse capítulo somente com o resultado da primeira etapa da metodologia está relacionada com a possibilidade de apreender as principais vivências da equipe, sem necessariamente precisar detalhar ou aprofundar as relações entre as categorias em busca de uma teoria.

DAS VIVÊNCIAS DA EQUIPE

Após cumprir o percurso metodológico previsto, os autores identificaram cinco categorias representativas do conjunto dos conceitos extraídos das narrativas, conforme figura 2.

Figura 2 - Categorias emergentes nas narrativas



Fonte: Autoria própria.

Não há hierarquia entre as categorias: elas são resultado de um conjunto de fatos/incidentes que afetaram a equipe de trabalho de campo e, por isso, representam a experiência de forma complementar. Elas não descrevem os acontecimentos em detalhes, mas os representam.

Percepção sobre a metodologia PMAQ

A metodologia adotada para realização do trabalho de campo trouxe consigo desafios, tensões e provocações para todos os envolvidos: supervisores, entrevistadores, profissionais de saúde e usuários das equipes avaliadas e, também, para outros atores como os gestores e os gerentes das unidades de saúde.

Para os entrevistadores e supervisores, o desenvolvimento e cumprimento do lote de avaliações previsto para a cidade, no tempo previsto pelo cronograma nacional, foi uma preocupação permanente. Em uma metrópole como o Rio de Janeiro, conhecida pela sua complexidade sócio-econômico-cultural, múltiplos fatores poderiam colocar em xeque a operacionalização do trabalho de campo: a violência no entorno das unidades; as distâncias a serem percorridas; a diferença entre o tempo previsto e o tempo gasto com os deslocamentos; a incerteza de contar com número de usuários necessários e o exíguo cronograma para realização da pesquisa.

O momento da entrada em campo foi o mais crítico em relação à harmonia dos fluxos: ruídos de comunicação em relação ao agendamento com a unidade; o despreparo de algumas equipes para receber os entrevistadores (não separavam com antecedência a lista de documentação que precisaria ser apresentada); duração muito longa das entrevistas com os profissionais em função das situações imprevistas (sistema de prontuário eletrônico que não funcionava, desinformação do respondente, tentativa de recuperar comprovantes durante a entrevista) e a desmarcação dos usuários na unidade no dia de coleta foram alguns dos problemas enfrentados. Esses ruídos implicaram na necessidade de remarcação de visitas e, portanto, de um volume importante de retrabalho que envolveu refazer cronogramas, reagendar e retornar às unidades em questão.

Os entrevistadores mencionaram a heterogeneidade no perfil de atuação dos profissionais de saúde entrevistados (78% enfermeiros), observada por meio da qualidade com que reportavam conhecimento sobre o funcionamento da equipe e apresentavam a documentação sobre a organização do processo de trabalho. Há relatos de entrevistadores e supervisores de que os respondentes não tinham clareza da proposta do PMAQ AB, desconheciam a metodologia e a logística da coleta de dados e se mostravam ansiosos quanto ao resultado que seria gerado (referiam-se à “nota” recebida).

Se em alguns casos houve resistência com o processo, foi também notória a mobilização dos profissionais para receber a avaliação externa: da atualização dos documentos para efeito de comprovação, ao relato de que a preparação para o PMAQ contribuiu para revisão de algumas condutas da equipe. Também não faltaram equipes que tiveram acesso prévio ao instrumento e que, no dia, perguntaram ao entrevistador se não era melhor que ele copiasse as respostas.

Os entrevistadores e supervisores, em vários momentos, contaram com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para identificar os usuários pertencentes a diferentes áreas, pois todas as unidades tinham mais de uma equipe de saúde da família. Nesse contato, reiteradas vezes, os entrevistadores foram interpelados pelos ACS sobre o motivo pelo qual não poderiam ser incluídos e ouvidos no processo de avaliação. Em uma situação particular, no início da coleta, houve um esforço da equipe da unidade para que o entrevistador permitisse que os ACS permanecessem na sala e contribuíssem com o respondente principal. A equipe de entrevistadores ficou muito mobilizada com a demanda dos ACS e, por avaliá-la como legítima, trouxe de forma recorrente para as reuniões de avaliação do grupo.

A seleção dos usuários para as entrevistas transcorreu de maneira tranquila, visto que de modo geral estes se mostraram interessados em participar da avaliação. Encontramos usuários que, diante da presença da equipe entrevistadora, abordavam-na querendo ser incluídos e registrar sua opinião sobre o processo de trabalho na unidade de saúde.

No início do trabalho de campo foi também percebida uma situação em que os usuários tinham sido pré-selecionados e agendados exclusivamente para a entrevista. A partir desse momento, os entrevistadores passaram a monitorar de forma mais criteriosa a seleção dos respondentes.

Em muitas narrativas, os entrevistadores destacaram que durante as entrevistas com os usuários era comum a pressão por escuta, excedendo em muito o padrão de respostas programado pelo instrumento. Possivelmente, por tratar-se de uma temática que propiciava a exposição das experiências de adoecimento e de uso dos serviços, houve uma mobilização natural das histórias de vida e o interesse em contá-las em detalhes. Também se considerou uma possível influência do perfil profissional, onde a formação no campo da saúde coletiva e/ou na área da psicologia pode ter favorecido uma escuta mais sensível e interessada. O fato é que entre a expectativa de controle e padronização da coleta e o que acontece no ato da entrevista, há um território permeado e afetado pela subjetividade do encontro, que muitas vezes transpõe a norma.

O instrumento utilizado foi motivo de insegurança, dúvidas e tensão durante todo o processo de coleta. Por ser extenso e não ter sido adequadamente testado e ajustado antes do início do trabalho de campo, problemas de interpretação das questões e/ou insuficiência de opções de respostas foram incidentes muito comuns. Como as versões foram incorporando lentamente as soluções, a equipe conviveu com a falta de um canal apropriado para o envio das dúvidas, particularmente sobre a interpretação das questões, e para o recebimento de padrões válidos. Implica dizer que foi preciso tomar decisões solitárias sobre algumas dúvidas e, em muitos casos, assumir uma carga de retrabalho. O fato do MS/DAB não ter criado um canal formal para receber, analisar as questões, definir padrões de condutas e informar (com agilidade) a todos, contribuiu muito para a insegurança e o desgaste da equipe. De outra forma, ficou evidente para a equipe de entrevistadores e supervisores a percepção da variabilidade de condutas que o processo de coleta pode ter incorporado nos diversos locais do país.

Mas também é justo afirmar que o instrumento da avaliação externa foi, em muitos momentos, um disparador de reflexões sobre o processo de trabalho. Muitas vezes, os profissionais entrevistados, ao se depararem com questões sobre ações que ainda não realizavam, identificavam-na como importante e consideravam vir a incorporá-la no cotidiano do trabalho. Outras vezes, a equipe até desempenhava determinada tarefa de rotina, mas não possuía nenhum documento que a comprovasse. Assim, seja na percepção da necessidade de registro das atividades realizadas, ou mesmo na implementação de algumas ações, essa etapa do PMAQ pode ter servido para reorientar e inspirar novas práticas na atenção básica.

Resistência à avaliação

Nas vivências dos entrevistadores e supervisores do PMAQ foram identificadas várias situações que demonstravam resistência à avaliação, principalmente por parte de alguns gerentes de unidades e profissionais das equipes. Os incidentes foram observados de forma mais frequente no início do período da coleta de dados. Fatos como a negação de que houvesse agendamento para a coleta de dados, a indisponibilidade de profissionais respondentes no dia marcado, o cancelamento da agenda e a dispensa dos usuários, o questionamento da legitimidade e a receptividade à equipe de entrevistadores com manifestações de desconfiança foram reportados.

Como a cidade do Rio de Janeiro foi cenário de uma expansão tardia da atenção primária, em relação às demais capitais do país, mas extremamente recente para a realidade da rede de saúde municipal, algumas características desse processo podem concorrer para a análise dessa categoria. De 2009 a 2012, o município ampliou de 3,5% para 40% a cobertura de Saúde da Família, implantando 694 novas equipes (SORANZ, 2012). Dessa forma, a maioria das equipes que participou da avaliação está em atividade há poucos anos e 62% dos profissionais respondentes tinham menos de um ano de trabalho na unidade.

O componente da avaliação externa do PMAQ AB pode não ter sido entendido adequadamente pelos profissionais, sugerindo falta de informações sobre a sua finalidade e mesmo sobre a metodologia empregada. É importante considerar também que essa foi a primeira experiência de avaliação externa experimentada pela maioria desses profissionais, situação agravada por ruídos sobre a natureza da avaliação – que chegou a ser referida como auditoria.

O receio quanto aos possíveis resultados da avaliação foi observado de maneira frequente e a demonstração do nervosismo durante a coleta de dados era intensa. A preocupação curiosa com a “nota final” atribuída à equipe era uma constante. A percepção dos entrevistadores foi a de que a equipe da unidade e o gerente se sentiam fiscalizados e muito apreensivos com o processo. A resistência em participar do processo avaliativo apareceu como uma reação a uma atividade planejada sem a participação dos sujeitos. De acordo com Bosi et al. (2010), a avaliação é percebida muitas vezes como um “processo ameaçador, ligando-se à ideia de controle externo aos atores e, por outro, a uma atividade especializada, atribuída a experts na matéria, em geral, não implicados nos contextos avaliados”.

A avaliação externa, no caso do município do Rio de Janeiro, assume sentidos e expectativas heterogêneos para o conjunto dos envolvidos na operacionalização e gestão da rede de saúde. Para o governo municipal, representa uma oportunidade de apresentar ao restante do país a expansão e a qualidade dos serviços de atenção primária em saúde; para a gestão setorial, a demonstração de que os investimentos foram oportunos, sua aplicação está sendo bem avaliada e que, portanto, está na disputa pela fatia de recursos acenada pelo MS; para as Organizações Sociais da Saúde (OSS), que realizam a gestão das redes locais com as Coordenações de



“O PMAQ, enquanto macro política, representa um importante esforço do Ministério da Saúde de valorização dos processos avaliativos no setor saúde – seja estimulando a autoavaliação, seja instituindo a avaliação externa para certificação de padrões de qualidade no âmbito da atenção primária. Entretanto, a percepção manifesta no percurso da avaliação externa é a de que o entendimento e o envolvimento com a avaliação, por parte das equipes, ainda não é orgânico - está no plano formal, impregnado de dúvidas e incertezas - gerando muita tensão e insegurança.”



Áreas de Planejamento (CAP), o resultado é indicador de bom desempenho e estabilidade técnica e política. Então, para as equipes participantes da avaliação incide um duplo vetor de pressão: da área técnica de nível central e da estrutura gerencial das OSS – ambos focados nos resultados.

Somado a isso, alguns usuários também demonstraram receio ao responder as questões da entrevista. Mencionaram dúvidas sobre a possibilidade de o serviço ser fechado, o profissional penalizado ou mesmo ter o seu atendimento prejudicado como resultado de sua avaliação. Isso pode ter provocado o acanhamento nas respostas e a contradição na avaliação de uma parte dos usuários, que atribuíram um escore de satisfação muito alto, mesmo tendo relatado problemas na qualidade do atendimento durante a entrevista. De outro modo, a avaliação pode também estar referida, num primeiro plano, ao reconhecimento do cenário de melhoria de acesso à atenção básica, antes inexistente ou geograficamente distante – considerando que todos eram usuários cadastrados e muitos estavam utilizando serviços no dia da entrevista.

O PMAQ, enquanto macro política, representa um importante esforço do Ministério da Saúde de valorização dos processos avaliativos no setor saúde – seja estimulando a autoavaliação, seja instituindo a avaliação externa para certificação de padrões de qualidade no âmbito da atenção primária. Entretanto, a percepção manifesta no percurso da avaliação externa é a de que o entendimento e o envolvimento com a avaliação, por parte das equipes, ainda não é orgânico - está no plano formal, impregnado de dúvidas e incertezas - gerando muita tensão e insegurança. Há necessidade de se criar outras iniciativas que estimulem e apoiem de forma permanente esse processo, maximizando e apoiando a participação dos profissionais no processo de planejamento e avaliação das suas ações e devolvendo, de forma clara e inteligível, os resultados do processo.

Avaliações apenas de natureza classificatória não contribuem para que o processo avaliativo oportunize reflexão e análise para possíveis mudanças. Minayo (2005) afirma que para obter sucesso, a avaliação precisa ser valorizada como processo de aprendizagem, que pode subsidiar pessoas, organizações e grupos sociais em escolhas mais consistentes em relação aos rumos e iniciativas.

Do contato com os contrastes

O contato com os contrastes foi muito marcante durante todo o desenvolvimento da coleta de dados no município. Essa categoria abrange desde características relacionadas às iniquidades presentes em algumas áreas da cidade até as questões que envolvem a gestão da atenção à saúde nas unidades.

Com a expansão da APS, referida na categoria anterior, houve a inclusão de territórios considerados “vazios sanitários” e a instalação de novas unidades de saúde, que seguiram um padrão arquitetônico de

médio a grande porte. Na maioria dos locais, as novas unidades chamam atenção pela qualidade da estrutura física, mas também destacam e evidenciam a precariedade do seu entorno: padrão de moradias, qualidade da limpeza urbana, acesso a transporte, segurança pública, etc.

Outro contraste marcante foi identificado no funcionamento das unidades consideradas tipo B. Nestas unidades, parte da rede de atenção primária anteriormente existente incorporou equipes da Estratégia Saúde da Família durante a expansão, sem fazer a substituição completa do modelo de atenção tradicional. A convivência desses diferentes modelos na gestão da atenção primária, em uma mesma unidade, tem produzido notáveis contrastes. As narrativas apontam para fatos, que em última análise, produzem esse efeito: porta de entrada distinta; diferentes modos de organização do processo de trabalho, diferença na disponibilidade e qualidade de equipamentos e materiais, carga horária não padronizada dos profissionais, condições de trabalho desigual, etc.

No âmbito da avaliação externa, a equipe não teve contato com os profissionais que operam o modelo tradicional nessas unidades, mas estudo de Harzheim (2013) aponta que o perfil profissional, a desmotivação, o cumprimento parcial da carga horária, a falta de conhecimentos sobre os atributos da APS e a organização das ações ainda baseada na lógica programática são fatores limitantes para a expansão e qualificação da atenção primária.

Essas características podem contribuir para entender a percepção do contraste, e mesmo da tensão instalada dentro do mesmo campo de atuação, entre o conjunto de profissionais ligados à Estratégia em relação aos que trabalham organizados de maneira tradicional. Ou seja, no modelo tradicional, a unidade/profissionais não trabalha com a lógica de adscrição de clientela, que prevê o cadastro das famílias sob sua responsabilidade sanitária e a interação com o território, atendendo basicamente por livre demanda e sem ter na equipe o agente comunitário.

A presença de um grupo de entrevistadores uniformizados no ambiente da unidade, durante o processo de aplicação do instrumento, despertou a curiosidade dos usuários e em muitos momentos os membros da equipe foram abordados. Essa aproximação possibilitou a escuta de usuários não cadastrados pela Estratégia, que reportavam a diferença na produção do cuidado em saúde e identificavam que a vinculação com uma equipe da Estratégia Saúde da Família representa, tanto no aspecto simbólico como na qualidade da assistência, um diferencial positivo.

Quanto à percepção do funcionamento da equipe, a principal questão que sobressaiu está relacionada com a falta de entrosamento da saúde bucal com os demais profissionais, sendo esta considerada como algo à parte dentro da própria equipe. Além da agenda da equipe muitas vezes não ser compartilhada, as ações desempenhadas por estes também pareciam isoladas de todo o grupo. Um exemplo disso foi o Programa Saúde na Escola, que frequentemente era designado apenas à equipe de saúde bucal, não tendo o respondente-chave, conhecimento acerca das atividades desenvolvidas.

Outra questão que sensibilizou os entrevistadores foi o contraste entre a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de atenção básica e as dificuldades com a média complexidade. Os profissionais entrevistados, de forma muito frequente, desconheciam o tempo de espera para que os usuários conseguissem acesso a procedimentos nas diversas especialidades, sugerindo a fragilidade da coordenação do cuidado pela atenção primária, um descompasso na organização e integração entre os demais níveis de complexidade e, por consequência, na prestação do cuidado integral.

Tensão – desgaste – esgotamento no cotidiano de trabalho da equipe PMAQ

O conceito “tensão, desgaste, esgotamento no cotidiano” para a equipe PMAQ perpassou as falas dos vários entrevistadores e supervisores entrevistados. Trata-se de um conceito presente, em certa medida, no cotidiano das pessoas na sociedade atual, incluindo nas suas relações de trabalho. Porém, durante o processo de trabalho da equipe de avaliação, tornou-se evidente pela frequência e intensidade de algumas dimensões. Essas dimensões traduziram vivências que se entrelaçavam nos relatos sobre a própria experiência de trabalho ou pelo contato com as comunidades percorridas, com os gerentes, trabalhadores e usuários entrevistados.

As dimensões manifestavam as dificuldades com o equipamento e as falhas de comunicação, em grande intensidade no início da pesquisa; a fragilidade no instrumento de coleta e a grande e frequente tensão nas entrevistas; a violência presente em determinados locais e, por fim, a dificuldade no acesso às unidades básicas de saúde para conclusão dos censos e recuperação das entrevistas pendentes.

A expressão mais habitual dessa tensão e desgaste era o adoecimento frequente de vários membros da equipe, muitos dos quais possuíam outras cargas de trabalho ou estudo, além da extenuante rotina do trabalho de campo. As queixas sobre situações do processo de trabalho diário; a impaciência e a irritabilidade de uns com os outros, contrabalançada pelos momentos de descontração; o cansaço quase depressivo ao final do dia; o sono ou o desligamento do ambiente externo por meio dos fones de ouvido, da música alta, da cantoria, ou pelo movimento do corpo no final do dia; eram expressões da tensão e cansaço. A insegurança e o susto com muitas situações vividas em campo, no trajeto ou nas próprias unidades de saúde, ou até mesmo na relação com os entrevistados, eram outras formas de traduzir o desgaste pelo trabalho intenso.

O trabalho intenso se caracterizava pelo ritmo acelerado imposto pelos prazos apertados, pela necessidade de cumprir as metas do dia, da semana e da pesquisa. Foram centenas de questionários idênticos, muito extensos, preenchidos de forma repetida, diariamente, com a recomendação expressa de serem aplicados exatamente como estavam formulados e um desafio à “criatividade” dos entrevistadores, que às vezes, por

força de sua formação profissional, eram desafiados e sucumbiam à vontade de deixar o entrevistado, seja o usuário ou profissional, falar livremente para depois voltar à pergunta objetiva. O entrevistador procurava imprimir algum grau de liberdade no seu trabalho, de forma voluntária ou, algumas vezes, por pressão dos próprios usuários que manifestavam seu desejo de serem ouvidos. A necessidade de manejo desse desejo de escuta demandado, para além do modelo fechado do instrumento de coleta de dados ou a pressão por parte da supervisão para o uso objetivo e direto do questionário, agregava momentos de cansaço e tensão ao longo do dia de trabalho em campo. As longas distâncias, em muitos casos, agravavam esses momentos. A repetitividade das tarefas estava impressa em todo o processo de trabalho, diariamente, do início ao fim do dia.

O manejo da fragilidade do instrumento de coleta persistiu durante todo o tempo da pesquisa. Preocupava especialmente quanto à validade dos dados obtidos, especialmente à medida que eram feitas atualizações e revisões do formulário eletrônico, além dos limites encontrados nas opções de respostas oferecidas em algumas situações.

Na avaliação dos entrevistadores, o instrumento era limitado e, muitas vezes, não atendia à especificidade de algumas respostas dadas pelos entrevistados. Era preciso, portanto, buscar soluções para lidar com o limite imposto pelo questionário, obrigando a equipe a ter iniciativa face às situações novas e/ou adversas.

A qualidade da equipe constituída foi fundamental para o bom andamento dos trabalhos. Tratava-se de uma equipe bem qualificada, composta por pessoas graduadas e com algum tipo de pós-graduação, lato ou strictu sensu, que assumia suas tarefas com compromisso, responsabilidade, visão proativa sobre o processo de trabalho, muitas vezes em função de suas vivências como profissionais de saúde. Essa equipe permaneceu constante durante a maior parte do trabalho de campo, desde o treinamento até o final, diminuindo o desgaste da equipe supervisora e de coordenação.

Apesar do visível desgaste físico e mental, foi notório o forte empenho da equipe em buscar ou criar dispositivos de apoio mútuo e solidariedade entre os membros. Estratégias para otimizar o trabalho, tornar o cotidiano menos cansativo, mais agradável e minimizar o desgaste foram exploradas de forma permanente pelo grupo. Durante todo o trabalho de campo, pudemos contar com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, especialmente quanto à disponibilização dos dois motoristas que dirigiam os dois veículos cedidos pela Secretaria – a permanência diária destes, durante todo o trabalho, facilitou a criação de um vínculo de confiança, fundamental para o bom andamento do trabalho.

Essa estratégia também contribuiu para minimizar o tempo gasto e o desgaste de engarrafamentos e trajetos perigosos, uma vez que os dois profissionais utilizavam rotas que diminuía o tempo de viagem e, por conhecerem as unidades de saúde e a realidade do seu entorno, orientavam os entrevistadores durante suas atividades diárias. Além disso, todas as manhãs encontravam-se pontualmente à disposição da equipe de entrevistadores e supervisão. Apesar disso tudo, não foi possível evitar a dificuldade de acesso a algumas unidades, seja pela distância, pela falta de referência para chegar ao endereço, pela má qualidade do trânsito,

A equipe responsável pela pesquisa, formada em sua maioria por profissionais pós-graduados e docentes da UFF, definiu que a avaliação do PMAQ agregaria a função de qualificar novos pesquisadores.

O grupo selecionado para realizar a pesquisa recebeu acompanhamento, como forma de transformar a experiência em um aprendizado significativo.



53



que criava tempo de permanência prolongado na rota e o consequente atraso para entrevistas, ou pela situação de violência no entorno de algumas unidades, caracterizadas por áreas de risco.

A violência do entorno de algumas unidades foi muitas vezes percebida pela escuta de tiros, pela visualização de indivíduos armados ou pelas suas presenças veladas, identificadas pela necessidade de códigos para entrada nos territórios, pela necessidade de acompanhamento de alguém da área, pela vivência no *front* - como uma “cadeia invisível” de sinais e permissões para trânsito nos espaços. Entretanto, essa não foi a experiência vivida em todos os lugares, mas quando vivida pela equipe, gerou forte impacto emocional.

Quanto aos equipamentos eletrônicos para coleta de dados, estes demoraram a ser entregues e, quando chegaram, já havia decorrido alguns dias do processo de capacitação teórica. Então, foi necessário retomar o treinamento para aprender o uso do equipamento e o uso do formulário em meio eletrônico, uma vez que tinha sido realizado somente com material impresso. Especialmente no início do trabalho de campo, foi muito difícil a utilização dos equipamentos (aparentemente amistosos), o que demandou paciência dos supervisores para colocá-los em funcionamento e dos entrevistadores para inserção e envio de dados.

Também no início, foi preciso lidar com alguns problemas na comunicação entre a área técnica da Estratégia Saúde da Família, as unidades de saúde e o apoio à equipe de entrevistadores e supervisores – especialmente quando a unidade não reconhecia o agendamento realizado e confirmado pelo nosso apoio. Evidenciou-se, no processo de contato com as unidades, a rotatividade dos gerentes face à desatualização da lista que nos foi fornecida como referência.

Situações como o relato do desconhecimento do agendamento feito para o desenvolvimento da avaliação, o cancelamento do atendimento dos usuários com a finalidade de receber a equipe de entrevistadores, a liberação do profissional respondente no dia da visita (folga) e profissional de férias (comum para dentista – que era respondente único), causaram muita tensão e, sobretudo, retrabalho e atraso no cronograma.

Outra fonte de tensão estava no contato com gerentes queixosos sobre os problemas da unidade, ou a manifestação expressa por alguns agentes comunitários de saúde de não serem entrevistados por considerarem conhecer a situação do local, das pessoas, do trabalho, mais que qualquer outro profissional. A rotatividade de profissionais encontrada em várias unidades de saúde ocasionava a impropriedade dos profissionais como respondentes, seja por estar há pouco tempo no serviço, seja pelo desconhecimento de parte das informações exigidas nas questões do instrumento.

Além disso, algumas vezes o local de entrevista dos usuários não era adequado: podia ocorrer nos corredores ou nos bancos externos da unidade de saúde, criando situações de vulnerabilidade e desconforto (barulho e falta de privacidade). Por fim, essa tensão também era vivenciada por ocasião da seleção dos usuários respondentes. Como no início foi detectado pela equipe PMAQ o agendamento exclusivo de usuários para a entrevista, o monitoramento passou a ser mais cuidadoso – conflitando em alguns casos com os critérios desejados pela equipe/gerência.

Aprendizagens no processo

Nas narrativas da equipe, foram muito comuns os relatos de questões concernentes à reflexão sobre a Atenção Primária em Saúde. Durante o processo de trabalho, cada componente viveu, viu ou ouviu situações sobre o funcionamento da rede de serviços que foram problematizadas e compartilhadas com o conjunto do grupo.

A diversidade de formação, as experiências profissionais e a qualificação da equipe foram condições favoráveis para a reflexão. Toda a equipe de campo tinha graduação na área da saúde e era composta por quatro supervisores doutores, um supervisor doutorando, um supervisor mestre, um apoio técnico administrativo mestre e, dos quatorze entrevistadores, dois eram doutorandos, três mestres, dois mestrandos, sete especialistas. A pós-graduação era majoritariamente na área de saúde coletiva e muitos tinham tido experiências em redes de atenção primária. Esse conjunto de características contribuiu de forma substancial para o estabelecimento de um processo de trabalho comprometido com o produto esperado e também com um movimento de crescimento pessoal – tanto em relação à pesquisa quanto à reflexão sobre os achados no trabalho de campo.

A carga horária média semanal de trabalho dos entrevistadores era em torno de 30 horas, sendo que diariamente cerca de dez a doze entrevistadores, mais um supervisor, compunham o grupo que saía para o campo – divididos nos dois carros providenciados pela Secretaria Municipal de Saúde. Como as unidades de saúde da cidade abrigam muitas equipes, a divisão máxima dos entrevistadores foi em três grupos. Ou seja, normalmente ficavam em torno de cinco ou seis entrevistadores em cada unidade. Tanto o deslocamento cotidiano em grupo, como a permanência de um número maior de entrevistadores em uma mesma unidade, permitia uma intensa troca das vivências cotidianas.

Durante o período de coleta, foram realizadas reuniões de avaliações com o intervalo máximo de dez dias. Era reservado um turno para apresentação do balanço da produção e a discussão de todos os tipos de problemas: uso do instrumento, operacionalização do cronograma, ajustes na metodologia de coleta e do trabalho em equipe.

Como todos os supervisores são professores da Universidade Federal Fluminense, desde a preparação e seleção dos entrevistadores ficou entendido que o PMAQ era também um momento importante para a qualificação de novos pesquisadores. Ou seja: além de cumprir o protocolo de coleta, também estava no horizonte do trabalho o acompanhamento do grupo selecionado, de forma a transformar essa experiência num aprendizado significativo.

Esse diálogo permanente entre o grupo permitiu compartilhar e refletir sobre muitos ocorridos e relatos recolhidos durante o trabalho de campo. Como já foi mencionado na categoria sobre a percepção da metodologia, ainda que o instrumento seja composto de questões objetivas, houve demanda para que os entrevistadores ouvissem as histórias de vida, reclamações e sucessos do itinerário dos usuários pela rede de

serviços. Percepções sobre o perfil dos profissionais, a capacidade de organização de determinadas equipes, a fragilidade de outras, o compromisso e o seu oposto observados em profissionais respondentes, as dificuldades e facilidades do trabalho em território, e outras questões também foram trazidas.

Não há dúvida de que a riqueza que os encontros regulares de avaliação propiciaram está associada, fortemente, ao fato das narrativas terem destacado a questão da reflexão sobre a APS no processo de trabalho de campo do PMAQ AB na cidade do Rio de Janeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das categorias apresentadas permite que elas sejam agrupadas em duas vertentes: uma mais endógena à equipe PMAQ - que agrega a percepção da metodologia, a tensão e o desgaste no desenvolvimento do trabalho de campo e o próprio aprendizado no processo de trabalho – e outra, que remete a uma percepção exterior à própria equipe, qual seja: a do contato com os contrastes e a da resistência à avaliação.

A primeira vertente destaca duas categorias que interferiram de forma negativa no processo de trabalho dos entrevistadores (metodologia e tensão) e uma que é reconhecida como um ganho pessoal (reflexão) por ter realizado o processo da avaliação externa. A segunda vertente aponta para uma questão de grande relevância, relacionada com a qualidade das informações e a disposição das equipes para a participação da avaliação (resistência), e a outra que caracteriza alguns cenários internos e ambientes externos que afetam a qualificação e o acesso à atenção básica (contrastes).

Mesmo que as demais etapas não tenham sido cumpridas e, por isso, não seja possível a elaboração de uma teoria sobre a etapa de coleta de dados do PMAQ AB, esses dois conjuntos de categorias certamente contêm incidentes absolutamente singulares à realidade da cidade do Rio de Janeiro, mas que deverão representar também muitas outras experiências ocorridas no país. Na medida em que é possível proceder a comparações com outras realidades e a categoria continua expressando o mesmo sentido, consideramos estar próximos, não da singularidade da experiência, mas de um conceito envolvido de forma sistêmica com o evento estudado.

Agora, a ideia é que ao ler as demais experiências, o leitor possa de forma autônoma refletir, generalizando ou particularizando, sobre aquilo que o grupo relatou e processou nesse capítulo.

REFERÊNCIAS

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. Rev Saúde Pública. vol. 44, n. 2, p. 318-24, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 118 p.

CAVALLIERE, F., VIDAL, A. Favelas na cidade do Rio de Janeiro: o quadro populacional com base no Censo 2010. Coleção Estudos Cariocas. nº 20120501, maio 2012, 18 p. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download%5C3190_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro_Censo_2010.pdf>. Acesso em: 09 maio 2013.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. **Avaliação em Saúde**: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Org.). Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.1-13.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre, 2003. 91 p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/telessauders/materiais/por-classificacao-ciap/pca-tool-rio/view>>. Acesso: 09 de maio de 2013.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_de_janeiro.pdf>. Acesso: 17 de novembro de 2013.

LAPERRIÈRE, A. A teorização enraizada (grounded theory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens similares. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. P. (Org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p.353- 385.

MINAYO, M. C. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.19-51.

RIO DE JANEIRO (Município). Resolução SMS, nº 431, de 14 de abril de 1993. Institui Áreas de Planejamento Sanitário (APS) na Cidade do Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, RJ, 16 de abr. 1993. p. 14-15.

SORANZ, D. Atenção primária discussão para o Plano estratégico 2013. In: CICLO DE DEBATES SBPAV, I, 2013, pptx, 62 slides.

SORANZ, D. Atenção primária: panorama atual da atenção primária no Rio de Janeiro. In: CICLO DE DEBATES: CONVERSANDO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 8, 2012, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_782042831.ppt>. Acesso em: 09 de maio de 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

Amazonas

60



Avaliação externa do PMAQ no
Amazonas: experiências e narrativas
sobre a implementação da Política
Nacional de Atenção Básica

AmaZonas

Luiza Garnelo
Janete Maria Rebelo Vieira
Maximiliano Souza
Esron Soares Carvalho Rocha
Maria Jacirema Ferreira Gonçalves



Amazonas



INTRODUÇÃO

Este capítulo contextualiza a avaliação externa das Unidades de Saúde da Atenção Básica nos municípios do Amazonas, a qual foi executada conforme os pressupostos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde, que se propôs a investigar aspectos relacionados ao acesso e à qualidade da atenção básica no território municipal. Na sequência, abordamos questões operacionais da preparação e execução da avaliação e discutimos sobre a experiência que os pesquisadores adquiriram e sistematizaram a partir do campo, ao longo da avaliação externa da rede de atenção básica dos Sistemas Municipais de Saúde visitados na realização do processo avaliativo. As observações tiveram como eixo orientador a Política Nacional de Atenção Básica adotada no SUS.

Os relatos expressam alguns elementos recorrentes na atuação das equipes avaliadas e/ou dos processos de gestão tal como apreendidos na dinâmica da avaliação externa. Finalizamos com uma discussão sobre as disparidades observadas entre as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (AB) e o desenvolvimento rotineiro das ações de AB observadas em campo. Do mesmo modo, consideramos que a proposta de melhoria do acesso e da qualidade, estabelecida pelo PMAQ, constitui-se em oportunidade de adequação das equipes avaliadas, pois estando ou não executando suas atividades conforme o padrão estabelecido, as equipes foram estimuladas a empreender autorreflexão sobre seus processos de trabalho e a detectar nele lacunas que precisam ser superadas para obter maior aproximação com as diretrizes da política de atenção básica estabelecida no Brasil.

A avaliação externa, desenvolvida por equipes de entrevistadores e supervisores, foi estruturada visando classificar e qualificar a provisão de serviços na atenção básica à saúde. No entanto, embora a tarefa inicial tenha sido focada na coleta de dados e registros objetivos das condições de estrutura das unidades de saúde, no processo de trabalho das equipes e na opinião dos usuários sobre o acesso e a qualidade da atenção básica (AB), os entrevistadores e supervisores sempre mantiveram um olhar avaliativo, voltado também às dimensões qualitativas da investigação – que necessariamente não constavam nos questionários aplicados – sobre as quais falaremos a seguir. Apresentamos as impressões da equipe de pesquisa, de acordo com os aspectos da AB que chamaram atenção, seja pela boa atuação, seja por estar aquém daquilo que se espera, conforme a Política Nacional da Atenção Básica estabelecida no país.

“Consideramos que a proposta de melhoria do acesso e da qualidade, estabelecida pelo PMAQ, constitui-se em oportunidade de adequação das equipes avaliadas, pois estando ou não executando suas atividades conforme o padrão estabelecido, as equipes foram estimuladas a empreender autorreflexão sobre seus processos de trabalho e a detectar nele lacunas que precisam ser superadas para obter maior aproximação com as diretrizes da política de atenção básica estabelecida no Brasil.”



PROCESSO DE PACTUAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA PESQUISA

No caso do Amazonas, a operacionalização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde deve ser entendida como uma forma de continuidade ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizado em 2005, o qual congregou esforços do Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (CPqLMD) e da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). O PROESF desenvolveu o trabalho de avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos cinco municípios com mais de 100.000 habitantes existentes, na época, na Amazônia Ocidental. Na ocasião, realizava-se em Manaus um curso de Doutorado em Saúde Pública (modalidade DINTER), objetivando ampliar a capacidade instalada em pesquisa e docência de pós-graduação na Amazônia e incentivar o estabelecimento de linhas de investigação no campo da saúde coletiva, capazes de contribuir com o aprimoramento do SUS na região.

Com o início das atividades do PROESF, os pós-graduandos se engajaram na pesquisa avaliativa desenvolvida naquele projeto, resultando em duas teses de doutorado e três dissertações de mestrado, além de outras publicações decorrentes daquela iniciativa. Neste contexto, quando surgiu a iniciativa PMAQ, a equipe anterior, agora ampliada e mais bem qualificada com a afluência dos novos doutores em saúde coletiva, absorveu a demanda do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, retomando a parceria com a ENSP a fim de responder ao desafio – infinitamente maior que aquele representado pelo PROESF – de avaliar a totalidade da rede básica no estado do Amazonas. Já a essa altura a pesquisa avaliativa deixara de ser um projeto pontual de resposta às demandas do Ministério da Saúde e passara a representar uma atividade permanente de investigação, docência e interação com o SUS, conduzida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, desenvolvido em parceria entre UFAM e CPqLMD/FIOCRUZ no Amazonas.

Com vistas ao desenvolvimento das atividades do PMAQ, manteve-se a parceria entre o CPqLMD e UFAM com a coordenação geral da ENSP. Após as primeiras pactuações, em âmbito nacional, voltadas ao delineamento do instrumento e refinamento do desenho da investigação, o grupo do Amazonas desencadeou um conjunto de reuniões, tanto com a equipe que desenvolveria o projeto, quanto com as instituições de saúde, traçando um plano estratégico que possibilitasse desenvolver a avaliação a contento, numa região de grande magnitude e complexo deslocamento para áreas remotas e com grande dificuldade de acesso, como ocorre no interior do Amazonas. Também representava um desafio o dimensionamento do custeio necessário à realização das viagens de pesquisa, pois percorrer todas as unidades de AB no estado era também um feito inédito e seu custo desconhecido. Entre o final de 2011 e meados de 2012, diversos encontros foram realizados em Manaus, Brasília e Rio de Janeiro, com a finalidade de refinar a programação da pesquisa, cuja entrada em campo ocorreu em junho de 2012.

À medida que se estabeleceram os roteiros detalhados de deslocamento, verificou-se que o orçamento estimado pelo DAB era insuficiente para percorrer todas as unidades básicas de saúde no Amazonas. Este fato gerou nova rodada de negociações até que se chegasse a um consenso sobre o valor real do custeio necessário ao desenvolvimento das ações.

A coleta de dados foi programada para dois momentos subsequentes, iniciando pelos municípios com adesão à avaliação externa, proposta pelo PMAQ, mas incluindo nesta fase alguns municípios que, não tendo aderido, se localizavam em pontos estratégicos, possibilitando a coleta de dados do censo por ocasião da visita àqueles com adesão. Concluída a primeira fase, passou-se ao censo das demais unidades básicas de saúde dos sistemas municipais sem adesão ao processo avaliativo instituído pelo PMAQ.

Paralelamente a essas providências, houve negociações políticas com os gestores municipais e com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS). Nas negociações, foram utilizados diversos meios, como reuniões, participação em eventos do COSEMS- AM, cartas, telefonemas, *e-mails*, e outros, a fim de viabilizar o apoio e aceitação dos gestores à avaliação externa do PMAQ.

Foi estabelecido que a pesquisa deveria iniciar pela capital do estado, pois a atuação concomitante e geograficamente próxima das equipes permitiria partilhar experiências e dificuldades e ganhar familiaridade com o instrumento, criando soluções consensuadas, passíveis de aplicação a problemas detectados no campo, quando da ida para áreas remotas no interior do estado.

As negociações com os gestores dos sistemas municipais de saúde já tinham evidenciado desigualdade na apropriação das propostas do PMAQ, havendo aqueles que mostravam alto grau de entendimento e comprometimento com os propósitos do programa de avaliação, ao lado daqueles que não demonstraram entendimento mínimo de suas responsabilidades no processo, dos compromissos assumidos e da necessária preparação que o município deveria ter feito ao aderir à avaliação da atenção básica, de acordo com o PMAQ.

Outro elemento que afetou a coleta de dados foi a grande enchente ocorrida em 2012, que deixou mais da metade dos municípios do Amazonas em situação de calamidade pública, o que interferiu na rotina de atendimento nas unidades básicas de saúde, consequentemente, dificultando a realização da avaliação externa. Nestas circunstâncias, alguns municípios tiveram sua avaliação externa adiada até que houvesse a baixa dos níveis de água dos rios. Até mesmo a coleta de dados em Manaus sofreu influência da enchente, porque alguns serviços de saúde com população fortemente atingida pela enchente solicitaram que a coleta de dados fosse iniciada somente após o refluxo das águas, o que foi acatado pela equipe de avaliação externa.

No total, a avaliação externa foi realizada junto a 169 equipes de saúde da família e respectivas unidades básicas de saúde, entrevistados 665 usuários das unidades com adesão ao PMAQ e realizados 554 censos de unidades em municípios que não aderiram ao PMAQ.

Quanto à aplicação dos questionários dos módulos I (estrutura) e III (usuário), qualquer membro da equipe de entrevistadores e supervisores foi considerado habilitado, após o treinamento. Na aplicação do

módulo II (entrevista com profissional responsável pela equipe) foi estabelecido que a entrevista deveria ser realizada pelo supervisor. Em algumas situações, toda a equipe realizava inicialmente a entrevista ao usuário, pois no final do expediente geralmente há poucos usuários nas unidades básicas de saúde, o que dificultaria cumprir a meta relativa a eles. Ao final da coleta de dados, o supervisor revisava e, quando havia acesso à internet, procedia ao envio do questionário ao DAB. Devido às dificuldades de acesso à web no interior do Amazonas, esse envio costumava ocorrer somente quando a equipe retornava à capital.

MARCO TEÓRICO DA NARRATIVA

Em termos metodológicos caracterizamos este texto como uma *narrativa de um relato de experiência*. Aqui entendemos relato de experiência como a “coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorrem durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema” (OPAS, 2013). Especificamente neste caso, estamos nos debruçando sobre a experiência coletiva dos pesquisadores no desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa sobre atenção básica no estado do Amazonas.

O estar nos lugares (e ver suas cores, sentir seus cheiros), o estar com as pessoas (e escutar seus pontos de vista, perceber seus temores, sofrimentos e alegrias) permite o acesso a um conjunto de aspectos que não são necessariamente captados pelos instrumentos formais de pesquisa e que não devem ser desconsiderados, na medida em que fornecem elementos para compreensão da realidade estudada. Por outro lado, temos clareza da existência de um complexo processo de resignificação durante a elaboração do texto que expressa a experiência da equipe de pesquisa.

O termo texto deve ser aqui entendido como uma narrativa, ou seja, como “uma forma na qual a experiência é representada e recontada, e os eventos são apresentados como tendo uma ordem significativa e coerente” (GOMES e MENDONÇA, 2002, p.118). Ao narrar, se apresenta o que aconteceu a partir de uma perspectiva atual, distanciada e interessada, organizada segundo uma coerência que se pretende construir. No caso específico deste texto, buscou-se, a partir da eleição de algumas categorias analíticas – as premissas e diretrizes da organização da Atenção Básica à Saúde – a argamassa para construção desta coerência narrativa.

A narrativa aqui apresentada é de inspiração etnográfica, na medida em que se propõe a “reorganizar dados percebidos como fragmentários, informações ainda dispersas, indícios soltos, num novo arranjo que não é mais o arranjo nativo (mas que parte dele, leva-o em conta, foi suscitado por ele), nem aquele com o qual o pesquisador iniciou a pesquisa” (MAGNANI, 2002, p. 17). Este novo arranjo, a produção textual, tem, em si, as marcas de ambos: dos sujeitos e situações observadas e dos sujeitos observadores, que resignificam o vivido por meio de suas experiências prévias, mas também por meio de suas balizas teóricas e posicionamentos éticos e políticos.



“O estar nos lugares (e ver suas cores, sentir seus cheiros), o estar com as pessoas (e escutar seus pontos de vista, perceber seus temores, sofrimentos e alegrias) permite o acesso a um conjunto de aspectos que não são necessariamente captados pelos instrumentos formais de pesquisa e que não devem ser desconsiderados, na medida em que fornecem elementos para compreensão da realidade estudada. Por outro lado, temos clareza da existência de um complexo processo de resignificação durante a elaboração do texto que expressa a experiência da equipe de pesquisa.”

Salúde

APRESENTAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS E IMPRESSÕES GERADAS PELO TRABALHO DE CAMPO

Ainda que os supervisores de equipe tenham narrado pormenorizadamente, discriminando município a município, suas vivências de campo, nesta súmula são apresentados os pontos comuns que povoaram os relatos, ressaltando, quando necessário, certas singularidades que possam igualmente iluminar a análise das situações encontradas.

Dado que a avaliação externa foi uma atividade conhecida pelas equipes que aderiram ao PMAQ, com programação pactuada com os gestores municipais, havia possibilidade de providenciar a preparação prévia das equipes de atenção básica. Dos relatos apresentados emergiu uma polarização entre um primeiro grupo de equipes que vivenciou algum tipo de preparação e um segundo que não tinha ideias sistematizadas sobre o que fosse o PMAQ e qual sua participação nele, havendo mesmo equipes que afirmaram não terem aderido à proposta de avaliação, tendo sido científicas de que seriam entrevistadas apenas pouco antes da chegada dos avaliadores ao município ou, até mesmo, à unidade básica de saúde.

72

Quanto ao primeiro grupo, o dos que afirmaram ter participado de um preparo sobre a avaliação, a principal impressão que ficou nos avaliadores é que o processo de autoavaliação – uma fase precedente à avaliação externa – se restringiu às equipes de apoiadores da atenção básica nas secretarias municipais de saúde, mesmo que tenha havido municípios em que as equipes de saúde da família participaram de forma efetiva na autoavaliação, nos moldes preconizados pelo PMAQ. Nos municípios em que os gestores se engajaram no processo avaliativo foi perceptível o esforço em preparar as unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família, a fim de receber a equipe de avaliação externa, no sentido de prover itens que estivessem faltando na unidade básica de saúde, ainda que isso não representasse – segundo falas espontâneas dos profissionais que responderam o questionário – garantia de que o fluxo de insumos, e de outros materiais demandados pelo instrumento de avaliação, se manteria depois de concluída a avaliação externa. Em que pese este ângulo de visão da situação, a busca de resolver problemas mais simples na unidade básica de saúde na tentativa de obter melhores escores de avaliação foi vista como algo positivo pelos respondentes, que valorizaram o interesse dos gestores em demonstrar uma boa imagem do sistema municipal de saúde. Ao lado deste posicionamento, houve municípios – via de regra aqueles com organização e funcionamento do sistema municipal de saúde mais problemáticos – nos quais os gestores e profissionais não se preocuparam sequer em “maquilar” a unidade, mandando colocar placas, escalas de serviços ou outros itens simples de providenciar que poderiam resultar em maior pontuação das equipes de saúde da família e unidades básicas de saúde avaliadas.

Outro ponto recorrente que emergiu na pesquisa foi o receio dos profissionais da AB entrevistados de receberem punição, em caso de avaliação negativa. Houve situações em que gestores aproveitaram a

ocorrência da avaliação externa e demitiram profissionais de saúde com posturas críticas à gestão de saúde municipal, sob alegação da avaliação recebida, ainda que isto nunca tenha ocorrido. Os avaliadores externos não fizeram a devolutiva dos dados aos municípios por ocasião da coleta, e tampouco teceram quaisquer considerações sobre o desempenho deste ou daquele profissional. Tais atitudes se acirraram ainda mais no período pré-eleitoral. O cenário encontrado expressa congruência entre o contexto político regional no interior do Amazonas, marcado pelo autoritarismo dos gestores e uma frágil organização da sociedade civil local, que se replica também na relação entre gestores e profissionais.

O predomínio de vínculos trabalhistas precários foi marcante nos municípios investigados, sendo que a maioria absoluta não dispõe de quadro estável de pessoal, não realiza concursos públicos e não dispõe de plano de carreira. Esses chamados vínculos trabalhistas precários referem-se a contratos formalmente estabelecidos/assinados com as secretarias municipais de saúde, mas em regime temporário; contratos estabelecidos/assinados com as secretarias municipais de saúde, sem duração definida; profissionais de saúde atuando com base em acordo verbal de prestação de serviços e ausência quase universal de concursos públicos para a provisão dos cargos. A precariedade das relações trabalhistas deixa – dentre outras consequências – os profissionais a mercê das correntes político-partidárias que se alternam no cenário municipal, comprometendo a continuidade das ações, principalmente quando se trata de período eleitoral municipal, que em caso de não reeleição do prefeito, o novo gestor tende a demitir todos aqueles vinculados à gestão anterior; tal situação força os profissionais a se engajarem nas campanhas políticas, na tentativa de preservar seus empregos.

Em relação à Estrutura Física, a impressão geral dos entrevistadores e supervisores, com raras exceções, é a de que a estrutura das unidades básicas de saúde não garante o acesso e a qualidade da atenção básica nos municípios. São unidades básicas de saúde insalubres, com problemas de manutenção, sem espaços apropriados à execução de consultas e procedimentos de atenção à saúde, além de espaços físicos improvisados, ou que nem são utilizados pela própria inadequação, quanto ao padrão desejado de uma unidade básica de saúde. Mesmo em um município onde observou-se um esforço de ampliar e modernizar as unidades básicas de saúde da família, traduzido em construção e reforma de diversos prédios, ainda restavam unidades básicas de saúde sem condições de ofertar um acolhimento condigno ao usuário. Houve municípios nos quais o cenário encontrado retratava o investimento na ampliação e reforma de unidades básicas de saúde, particularmente naqueles municípios que contavam com secretários de saúde experientes, informados e compromissados com a qualidade da AB e com os fluxos de financiamento no SUS, ao lado de municípios com estrutura física depauperada, o que demandará grande esforço e investimento visando a reversão do quadro.

A centralização de unidades de saúde na sede municipal e a escassa extensão de cobertura às áreas rurais são recorrentes em diversos municípios do Amazonas. Uma estratégia de lidar com esse problema foi a designação de uma unidade básica de saúde como referência da população rural, localizada na sede do município; outra estratégia encontrada foi a oferta itinerante de atenção à saúde desenvolvida através de visitas

periódicas de equipes de saúde às comunidades rurais. Por outro lado, há municípios cuja rede se limita a postos de saúde com estrutura física depauperada, despovoados de profissionais e de insumos, infestados de morcegos e sem condições mínimas de prover uma atenção à saúde. Tais problemas resultam em prejuízo à população, a qual não tem acesso e tampouco qualidade na assistência à saúde. Em situações como esta foram copiosas as expressões de vergonha e revolta, registradas nos diários de campo dos entrevistadores, frente ao descaso das autoridades e inoperância das redes interiorizadas de AB no Amazonas. O apelo de um técnico de enfermagem em um dos municípios avaliados resume o sentimento geral de abandono de profissionais e usuários. Dirigindo-se aos entrevistadores, ele disse: “... *por favor, nos ajudem. Falem por nós. Nós também somos gente...*”, tamanho era o isolamento de que ele se ressentia.

Na ausência de interiorização da rede de serviços, o ônus da busca de assistência é repassado ao usuário, que deve se deslocar até a cidade em caso de necessidade. Houve municípios nos quais encontramos secretários de saúde e membros da equipe de gestão que jamais haviam visitado as unidades de saúde da área rural, e que se mostravam até mesmo incrédulos frente à disposição dos entrevistadores e supervisores em visitar cada uma delas. Tal situação é demonstrativa da falta de visibilidade – e de priorização – das necessidades de saúde da população que vive nas áreas rurais dos municípios.

74 Por outro lado, os critérios de definição de cobertura territorial adotados no SUS precisam ser adaptados às condições do estado do Amazonas, onde a população se assenta de modo disperso em grandes extensões geográficas. Se consideradas em termos estritamente numéricos, a proporção entre unidades disponíveis e usuários a serem atendidos pode ser considerada próximo do desejável em vários municípios. Porém, é preciso levar em conta – no caso da Amazônia – as distâncias que usuários e profissionais precisam percorrer a fim de viabilizar o cuidado em saúde. Pelo que se verificou, tais variáveis não costumam ser levadas em consideração, restando ao usuário resolver por sua conta o problema da acessibilidade geográfica.

As queixas dos profissionais foram recorrentes, relativas à falta de medicamentos, exames complementares de diagnóstico, impressos, bem como os meios de conservação dos insumos para a realização desses procedimentos e meios de deslocamento da equipe para a prestação do cuidado no território. Exceções houve, mas são situações minoritárias no conjunto do estado do Amazonas. Mesmo que tenhamos encontrado esforço de gestores em fazer um suprimento regular e adequado de insumos, a falta de uma política de gestão farmacêutica sabota esses esforços, pois se adota um perfil padronizado de suprimento de medicamentos, sem levar em conta a capacidade resolutiva da unidade e as necessidades de saúde da população. Em consequência, encontramos medicamentos de uso hospitalar em unidades básicas de saúde, sobra de medicamentos com vencimento da validade e falta de outros que são de uso corrente em AB. As condições de armazenagem nas unidades básicas de saúde nem sempre são adequadas e não se adota a estratégia de controle dos estoques – em particular de estoques de alarme – visando monitorar a necessidade. O trabalho do farmacêutico está restrito à central de medicamentos do município, de tal forma que, uma vez despachado às unidades básicas

Amazônia



75

*“... a maioria absoluta não dispõe
de quadro estável de pessoal, não
realiza concursos públicos e não
dispõe de plano de carreira.”*

de saúde, não há qualquer gerenciamento do fluxo, demanda, estoques e qualidade de armazenamento dos medicamentos, gerando desperdício de recursos. A recorrência e magnitude desses eventos representam, por certo, uma sangria nos limitados recursos municipais para aquisição de insumos.

No caso da saúde bucal, entrevistadores observaram uma satisfação maior com o suprimento de insumos e disponibilidade de equipamentos; aqui a principal queixa foi relativa à escassez de profissionais. Ressalta-se que, mesmo havendo disponibilidade de materiais, há situações em que os mesmos não suprem as necessidades básicas de saúde bucal da população. Do mesmo modo, a falta de profissionais repercute nessa disponibilidade de materiais, visto que o não uso gera a sobra de insumos. Então questionamos se de fato os insumos de odontologia estão apropriados às necessidades que deverão ser atendidas, visto que a população está tendo pouco acesso à assistência à saúde bucal. No aspecto de prevenção de problemas bucais e de promoção da saúde, percebeu-se articulação limitada com o Programa Saúde na Escola, onde há uma população de elevada relevância para o trabalho. No entanto, quando se observou alguma assistência voltada à saúde bucal, o enfoque era eminentemente clínico.

Não se encontrou disponibilização de práticas integrativas e complementares na rede SUS de AB no Amazonas. Além disso, foram recorrentes os relatos sobre carência crônica de profissionais, tanto em números absolutos, quanto em qualificação específica que possa suprir certos perfis de especialidades, necessários, mas sem mão de obra disponível para atender às necessidades da população.

Os impressos representam um capítulo à parte, principalmente no interior do estado: os entrevistados foram pródigos em discorrer sobre a dificuldade em manter um fluxo regular de formulários de registro das ações, seja pela falta de recursos que garantam regularidade na impressão (ou cópia) dessas ferramentas de trabalho, seja pela dificuldade na manutenção de fotocopadoras, dada a ausência de empresas de manutenção deste tipo de equipamento no interior do estado. Em função disso, o registro é fragmentário, os profissionais se esforçam por “poupar” impressos e costumam guardar as informações em suas próprias casas, “para evitar que sumam”, ainda que muitas vezes não façam qualquer uso delas, limitando-se a enviar os formulários preenchidos à sede da secretaria de saúde, sempre que demandados. Ainda que tenhamos também encontrado registros copiosos das ações de saúde, não se percebeu o seu uso no planejamento e programação das ações de saúde pelas unidades básicas de saúde e nem na tomada de decisão. Os formulários tendem então a ser preenchidos e enviados às secretarias municipais de saúde, sem que os profissionais façam uso construtivo dos dados já disponíveis na organização de suas rotinas.

O cenário encontrado no que diz respeito às informações é produto de um problema mais amplo, que é a centralização da gestão e da tomada de decisão. Nos municípios avaliados observou-se uma carência importante de qualificação de pessoal para a gestão, principalmente entre profissionais e gerentes que atuam nas unidades básicas de saúde e nas equipes de saúde da família. A tomada de decisão é, com grande frequência, centralizada no plano gestor da secretaria, tendo-se observado insuficiente uso da informação disponível e, em particular,

dos dados produzidos pelas equipes de atenção básica, os quais não são rotineiramente sistematizados e nem analisados para este fim. A coleta de dados nas unidades básicas de saúde visa principalmente alimentar as bases nacionais de dados e efetuar a cobrança de procedimentos e de outros repasses de verbas pelos níveis estadual e federal. O quadro se agrava pela expressiva presença de secretários de saúde que não tinham conhecimento adequado dos processos de gestão em saúde e, por vezes, nem dos processos de gestão pública em sentido amplo, com reflexos negativos na descentralização da AB. Acrescenta-se a essa situação, a rotatividade de secretários de saúde, que nem sempre atuam em um mandato completo de um prefeito, provocando descontinuidade de programas implementados pelo gestor anterior.

Programações de rotina que orientem o desenvolvimento das ações na unidade pouco foram encontradas; muitas vezes os profissionais informavam haver planejamento e programação local, mas quando solicitados a mostrá-los, ou de fato não existiam ou consistiam apenas numa lista genérica de tarefas de alguns profissionais, enumeradas sem apoio de diagnóstico situacional, sem definição de prioridades, objetivos e metas a serem perseguidos e sem congruência necessária com as ações previstas no Pacto pela Saúde. Durante a avaliação externa, o cenário mais comum foi o do preenchimento mecânico dos instrumentos de informação, com pouco (ou nenhum) juízo crítico, e nenhuma utilização prática da informação produzida. Via de regra, esses formulários são enviados à sede da secretaria municipal e as equipes não retêm na unidade nem mesmo cópia dos formulários já preenchidos. Igual desconhecimento foi encontrado na vigilância epidemiológica. A maioria dos entrevistados lida com os eventos patológicos apenas como ocorrências individuais isoladas, passíveis de serem resolvidos através de medicamentos e não como os eventos coletivos como de fato são. Nas entrevistas foi possível observar que os profissionais não tinham hábito de trabalhar com cálculos de frequência e magnitude dos eventos mórbidos ocorridos na população adscrita, não estando capacitados ao uso de indicadores epidemiológicos, por mais simples que fossem, para exercer a responsabilização sanitária no território coberto pela unidade de saúde.

Observou-se também escassa comprovação documental das atividades realizadas nas unidades básicas de saúde. Durante as entrevistas, os profissionais declaravam executar quase todas as ações relacionadas no instrumento, mas a maioria tinha dificuldade de comprovar documentalmente tal realização conforme as exigências do instrumento adotado no PMAQ. Isso tornou o tempo de duração da entrevista excessivamente ampliado (porque os profissionais gastavam muito tempo procurando os documentos comprobatórios), ou encurtado (quando os profissionais declaravam taxativamente não ter qualquer registro das atividades e solicitar que os entrevistadores simplesmente passassem adiante, na sequência de perguntas do questionário). Nas situações em que os profissionais tentavam procurar documentos, tinham, por vezes, que se deslocar para buscar a documentação alocada, muitas vezes, fora da unidade básica de saúde. Com frequência esta procura se mostrava infrutífera e atestava a inequívoca distorção sobre o destino e finalidade dos impressos e informações que deveriam orientar a tomada de decisão, o que evidentemente não ocorria na rede de AB

avaliada no Amazonas. Nesse aspecto, vale retomar o item em que se abordou a preparação das equipes sobre a avaliação externa, pois encontramos situações em que os documentos comprobatórios foram providenciados exclusivamente por ocasião da pesquisa, como é o caso de manuais, escalas de trabalho, mapas, os quais se percebiam que eram fotocópias recentes e não manuseadas ou, até, que o apoiador da atenção básica no município chegava com uma pilha de papeis e entregava ao profissional, diante da equipe de avaliação externa.

As relações entre a equipe de gestão municipal e os profissionais que atuam na rede básica foram percebidas como tensas e permeadas por desconfiança mútua. O sentimento predominante entre os profissionais da linha de frente da assistência é de abandono, de não terem suas necessidades acolhidas pela equipe de gestão e de não receberem capacitação adequada à realização de suas tarefas. A equipe de gestão não é vista como um elo de união entre o poder central e as equipes de saúde, mas sim como pessoas que cobram tarefas que os profissionais não têm meios de realizar. Já do ponto de vista da gestão, os profissionais são vistos como pessoas refratárias às diretrizes e normas da secretaria, tendendo sempre a se evadirem de suas responsabilidades. Foi predominante entre os entrevistadores a impressão de que a interação entre profissionais e equipes de gestão é rarefeita e pouco efetiva e que uma aproximação mais rotineira teria ocorrido somente em função da avaliação desencadeada pelo programa PMAQ e, mais especificamente, em decorrência da avaliação externa. Ressalte-se, porém, que na maioria dos municípios avaliados no Amazonas, a rede de serviços como o NASF e outros é peça de ficção, não desempenhando as tarefas para as quais foi criada. Em vários municípios a criação desses núcleos é muito recente; há os que não dispõem de profissionais específicos destinados a desenvolver tarefas próprias dos núcleos, havendo apenas um profissional de assistência que responde nominalmente pelo núcleo; houve situação em que os profissionais do NASF foram alocados nos hospitais, sem qualquer referência à atenção básica do município. Houve municípios em que se verificou que é o coordenador da AB quem responde pelo núcleo, acumulando diversas atribuições e, finalmente, em outro conjunto de municípios os membros do NASF exercem ações de assistência em unidades de saúde, não desenvolvendo quaisquer tarefas de gestão; ainda que isto seja algo real, mas não é oficial.

O processo de trabalho integrado entre os diversos membros da equipe ainda está longe de ser caracterizado como um trabalho em equipe. Predomina a atuação isolada de cada categoria profissional, sendo bastante evidente o distanciamento do trabalho do cirurgião dentista das atividades dos outros profissionais e das propostas da ESF como um todo. No caso do Amazonas, essa situação é agravada pelo perfil da força de trabalho. Trata-se de profissionais jovens, sendo boa parte recém-formados que ficam temporariamente no município; tendem a passar um ou dois anos no município e depois vão embora. Costumam executar funções, sobretudo, de atendimento ambulatorial e individualizado, pouco participando das atividades de gestão, de promoção à saúde e visitas domiciliares. Nessas circunstâncias, não cultivam o vínculo e a longitudinalidade da interação com o sistema de saúde, com os pacientes e com a comunidade. As condições trabalhistas já descritas tendem apenas a reforçar os baixos níveis de compromisso dos profissionais com a realidade local.

Uma menção particular deve ser feita ao trabalho do enfermeiro, pois este profissional é, habitualmente, o que responde pela gestão da unidade básica de saúde, com ou sem capacitação para fazê-lo. Em diversas unidades observou-se uma grande sobrecarga de tarefas atribuídas aos enfermeiros, pois estes, além das tarefas da gestão e das ações específicas de sua categoria profissional, tendem a assumir também tarefas de outros profissionais, particularmente dos médicos, principalmente quando há carência deste tipo de profissional. Em várias unidades de saúde foi possível observar enfermeiros assumindo sozinhos todas as ações dos programas de pré-natal e hiperdia, seja por ausência, seja por recusa do médico em atender a esse tipo de usuário. Numa dimensão um pouco mais subjetiva do trabalho em equipe, percebe-se que o enfermeiro parece se sentir na obrigação de trazer para si os graves problemas do sistema de saúde, buscando resolver através de suas iniciativas pessoais problemas estruturais como carência e falta de qualificação de pessoal, fluxo irregular de insumos e outros.

Por outro lado, observou-se que certas atribuições específicas do enfermeiro são colocadas em segundo plano, em função da já assinalada sobrecarga com outras tarefas. Este é o caso, por exemplo, da supervisão dos agentes comunitários de saúde e monitoramento de suas atividades no território adscrito à equipe de saúde da família. Em vários municípios observou-se desconhecimento, por parte dos enfermeiros, das atividades rotineiras desenvolvidas pelos agentes de saúde na comunidade e do perfil dos usuários que, vivendo no território adscrito, são alvo de cuidados domiciliares, por estarem inabilitados a comparecer à unidade de saúde por deficiência física ou de qualquer outra natureza. Nessas circunstâncias, os agentes comunitários gozam de uma autonomia excessiva, de modo a deliberar e executar cuidados, visitas domiciliares e outras formas de atenção, observando-se o predomínio – indevido – de práticas de medicina curativa que os agentes comunitários passam a desenvolver, por sua própria iniciativa, com os usuários de sua preferência, sem que o enfermeiro, teoricamente responsável por eles, conheça ou perceba o que está ocorrendo.

A atenção domiciliar geralmente restringe-se à visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde, sem o devido acompanhamento pelos demais membros da equipe. De modo geral, o trabalho do ACS é subutilizado e isolado da equipe. O mesmo realiza visitas pela manhã e pela tarde preenchendo papéis. Os mapas de risco com o estabelecimento de prioridades de visita e assistência domiciliar são desconhecidos das equipes, as quais não se programam para atuar conforme as prioridades e necessidades diferenciadas da população. Por outro lado, do ponto de vista da estruturação das redes de saúde, a pulverização e desarticulação do trabalho profissional se replica no perfil de atuação das unidades básicas de saúde, observando-se o predomínio de um funcionamento atomizado e fragmentário, com baixos níveis de resolutividade e dificuldade de garantir acesso dos seus usuários à rede de referência, o que representa também uma forma de exclusão de pacientes que frequentam a AB. Ainda que formalmente estejam sendo atendidos, eles não conseguem ter seus problemas resolvidos de modo integral, trazendo à tona o problema de que o acesso aos serviços de saúde não garante o cumprimento dos princípios do SUS.

Ainda nesta temática, observou-se (e ouviu-se durante as entrevistas) que as equipes não têm domínio, e nem colocam em prática o conceito de territorialização e de responsabilidade sanitária com a população adscrita à unidade. O território em saúde é uma abstração, acionado com fins de avaliação do PMAQ, transformando-se – em alguns casos – em um mapa na parede, sem qualquer uso prático no trabalho das equipes. Dentre as razões para estes achados, aponta-se o predomínio do trabalho pautado na demanda espontânea nas unidades básicas de saúde, onde prevalecem os cuidados centrados no doente. As mudanças percebidas na modalidade do cuidado ofertado na Estratégia Saúde da Família são sutis e mais dependentes do perfil do profissional, do que de uma rotina institucional.

A centralidade na família, como principal foco do cuidado, que é uma das diretrizes da ESF, foi algo de difícil apreensão pelos entrevistadores. Nosso entendimento é de que isto se deve, tanto pela (des)organização estrutural na atuação das equipes, quanto pelo processo de trabalho voltado ao atendimento tipo queixa-conduta dirigido aos que já adoeceram. A falta de centralidade na família pode ser também detectada pelo escasso número de unidades básicas de saúde cujo arquivo de prontuários era organizado por família, e pela ausência de planejamento ou programação de ações que tivessem a família como foco do cuidado prestado pela equipe de saúde. Na maior parte das situações fez-se claro que o foco do cuidado é direcionado ao indivíduo e à atenção programática, algo reforçado pelo predomínio de organização do atendimento por dia da semana a cada tipo de atenção programática e grupo populacional.

Mesmo no desenvolvimento da atenção programática, lacunas importantes foram detectadas. É o caso, por exemplo, da saúde mental, que não parece ser reconhecida como uma área de atuação da atenção básica e nem guarda qualquer articulação com os serviços especializados neste campo. Nos municípios pequenos não há qualquer ação voltada à saúde mental e os profissionais não parecem preparados para realizar esta tarefa. Já o controle da tuberculose e da hanseníase costuma ser feito, porém continua centralizado. Mesmo que, nominalmente, esses programas tenham sido descentralizados para a atenção básica, observou-se que na maioria dos municípios há uma divisão de tarefas por unidade e por profissionais, de tal modo que o diagnóstico e tratamento da tuberculose são feitos na unidade “X”, sob a responsabilidade do enfermeiro “Y”; ao passo que o doente com hanseníase deve procurar a unidade que centraliza o atendimento ao seu problema e assim por diante. De forma que os usuários desses programas, oriundos de qualquer lugar no município, são forçados a vagar em busca das unidades básicas de saúde e equipes específicas, as únicas que ofertam algum tipo de cuidado direcionado ao seu problema. Mesmo no interior da unidade de referência em hanseníase ou tuberculose, o desenvolvimento das ações programáticas não eram espalhados pelo conjunto de profissionais, permanecendo restritos a alguns que aceitavam e/ou eram designados para gerenciar e atender às demandas destes programas. Até mesmo o manejo dos instrumentos de acompanhamento e monitoramento desses dois programas de saúde, utilizados na equipe nas ações de controle, era atributo de um profissional específico, em geral, o enfermeiro.

O acolhimento, entendido como um conjunto de ações sistemáticas de organização do fluxo e de melhoria da acessibilidade e garantia de atendimento, não foi percebido como uma ação rotineira nas unidades de saúde. Igualmente não percebemos que o acolhimento fosse uma demanda dos usuários, ficando nítido o pouco conhecimento, pelos usuários, de seus direitos e da liberdade de demandar a resolução de suas necessidades em saúde; igualmente os usuários desconhecem a obrigação que tem o serviço em ofertar algum tipo de atendimento quando os usuários procuram o serviço de saúde. No que diz respeito aos profissionais, observamos que os processos de educação permanente não supriram a lacuna de seu conhecimento sobre acolhimento. Nas entrevistas, muitos profissionais referiam à existência de acolhimento na unidade, mas uma exploração um pouco mais detalhada sobre o significado de suas afirmações evidenciava uma noção enviesada de acolhimento, já que boa parte deles entendia acolhimento como o atendimento feito no balcão da recepção da unidade básica de saúde. Foi nítida a falta de estímulo, organização e conhecimento para implantar o acolhimento nos serviços. Em alguns lugares encontramos somente o manual de acolhimento, mas sem o devido conhecimento ou implantação de suas características por parte dos profissionais.

CARACTERÍSTICAS DA AVALIAÇÃO FEITA PELOS USUÁRIOS

A avaliação feita pelos usuários entrevistados necessita ser problematizada, pois padece de muitos vieses. Um deles é a grande variação de entendimento dos usuários quanto ao significado do serviço prestado na unidade básica de saúde, como um direito ou uma concessão. Os usuários que partilham a última ideia, ainda que a qualidade do serviço não seja considerada a mais adequada, não se sentem no direito de exigir algo melhor, pois se sentem gratos pela mera existência de um serviço. Entretanto, detectamos que o usuário se ressentia da falta de coordenação do cuidado e reconhece as dificuldades de acesso, as longas filas e tempo de espera e a inadequação do fluxo de consultas e exames. A falta de vínculo entre profissional e usuário não é manifestada como uma carência pelos usuários, os quais parecem não nutrir qualquer expectativa a esse respeito. Ainda assim, quando solicitados a enunciar uma nota que avaliasse o serviço, muitos não hesitavam em atribuir nota muito baixa. Situações opostas também foram observadas: os usuários respondiam as perguntas avaliando duramente a qualidade dos serviços, mas quando solicitados a quantificar sua avaliação atribuíam notas altas e as justificavam dizendo ter receio de reprovar o serviço com notas baixas, pois temiam que a unidade básica de saúde pudesse ser fechada, algo que lhes geraria prejuízo. Também foram recorrentes as situações de desencontros de informações entre o que era informado pelo serviço/profissional como atividade realizada e o que o usuário/população entendia como serviço prestado na unidade. Um ponto digno de nota foi a elevada motivação dos usuários para participar da pesquisa avaliativa. Com frequência, a atuação da equipe de avaliadores era observada pelos usuários e muitos abordavam os entrevistadores se prontificando a responder aos questionários, mostrando-se desejosos de ter voz ativa na avaliação. O número de recusas por parte dos usuários foi irrisório.

A



83

“Os pesquisadores identificaram uma série de dificuldades na relação entre as secretarias municipais de saúde, responsáveis pelo pleno funcionamento da atenção básica, e os demais entes federativos. Um exemplo claro é a justaposição de atribuições assistenciais e a ausência de pactos de gestão entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ligados ao Ministério da Saúde e responsáveis pela atenção à saúde indígena, e os sistemas municipais de saúde. Outro exemplo é a inadequação do financiamento federal para a atenção básica, que se baseia no contingente populacional, desconsiderando as enormes dificuldades de deslocamento em muitos municípios isolados na região amazônica.”

INTERAÇÃO COM OUTROS ENTES FEDERADOS

O trabalho na AB exige interação obrigatória com outros entes federados, tanto no plano da gestão, quanto no plano da assistência. Aqui, faremos um breve comentário sobre essas interações do ponto de vista assistencial.

É conhecido que o Amazonas tem uma grande população indígena, o que gera necessidade de interlocução permanente entre os sistemas municipais de saúde e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que são o braço operativo local da Secretaria de Saúde Indígena, órgão do governo federal ligado ao Ministério da Saúde. Em diversos municípios onde coexistem os dois entes federativos, observa-se não apenas uma justaposição de atribuições assistenciais, em que as obrigações de cada nível de governo não estão estabelecidas com clareza, como faltam pactos de gestão que definam com clareza as responsabilidades de ação e de custeio de cada nível de governo, metas a serem cumpridas, fluxos de informação e de tomada de decisão e outros. Enfim, faltam estratégias capazes de construir as necessárias interfaces entre o subsistema de saúde indígena e os sistemas municipais de saúde, de modo a evitar a fragmentação e o paralelismo que hoje predomina nos locais com população indígena assistida. Nos municípios em que o exército conta com rede de saúde financiada pelo SUS, e supostamente também com responsabilidade de cobertura da população civil, este cenário se torna ainda mais complexo, pois não há uma definição clara das responsabilidades dos hospitais militares como unidade de referência, predominando uma postura tipo “caritativa” de atendimento aos pacientes civis – índios e não índios – que a eles acorrem em busca de assistência.

Outro ponto controverso da interface necessária dos sistemas municipais de saúde com outros entes federativos é o que se estabelece com o governo estadual, através da Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM) do Amazonas. Até poucos anos atrás, a SUSAM detinha grande fatia de prestação de serviços assistenciais em centros de saúde, nos moldes tradicionais (não PSF). Somente após uma forte intervenção do Ministério Público, essas unidades foram repassadas aos municípios. Ainda assim, permaneceu como responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM) a tarefa de prestação de cuidados hospitalares nas sedes municipais. No cenário encontrado na avaliação externa, observou-se que a atuação da SUSAM compete com a AB na alocação de recursos humanos e financeiros, pois muitos profissionais contratados para atuar na AB de base municipal atuam como plantonistas nos hospitais da SUSAM, e vice-versa, dificultando o cumprimento de carga horária integral na USF (Unidade de Saúde da Família), conforme seu perfil contratual. Assim, encontramos municípios em que a ESF só funciona um turno porque no outro, médicos, enfermeiros e odontólogos estão trabalhando no hospital. Além disso, os secretários que interagiram com a equipe de entrevistadores e supervisores foram unânimes em afirmar que os sistemas municipais de saúde drenam recursos do orçamento municipal para a AB, pois se obrigam a investir no hospital do governo do estado – o único disponível no município – de modo a

garantir algum atendimento ao paciente internado, pois os hospitais da SUSAM estariam sendo subfinanciados, segundo afirmação dos gestores municipais. Nas reuniões feitas com os secretários municipais de saúde, um dos principais temas trazidos para discussão era a busca de estratégias para limitar o uso de recursos municipais que estavam sendo aplicados em unidades hospitalares vinculadas ao governo estadual, gerando uma distorção no perfil de custeio dos municípios, cuja responsabilidade se limita à provisão de AB. Na fala dos secretários, apesar dos problemas legais gerados por tal decisão, eles se obrigavam a fazê-lo, pois frente à escassez de recursos nas unidades hospitalares estaduais se viam sem alternativas para garantir este tipo de cuidado aos pacientes que dele necessitassem.

Importante ressaltar os pontos positivos proporcionados pela pesquisa, tais como ineditismo da mesma, capilaridade da geração de informações, a partilha do processo com as equipes, a ampliação do conhecimento sobre a realidade, acúmulo de expertise em pesquisa avaliativa, qualificação de pesquisadores na realidade local, enraizamento do tema das rotinas da AB nas linhas de pesquisa e pós-graduação das instituições locais, bem como nos cursos de graduação para profissionais de saúde, redundando no envolvimento das Instituições de Ensino Superior (IES) com a temática. Do ponto de vista das equipes, pode-se destacar a ampliação do entendimento das características do trabalho em AB, valorização dos profissionais, estímulo à autorreflexão sobre o papel e o desempenho dos profissionais, sensibilização dos profissionais e gestores para a temática e a prática da avaliação na rotina dos serviços.



86

“Na ausência de uma política específica para as condições amazônicas de vida, perpetua-se a reprodução mecânica de uma AB de feitio urbano, cega às diferenças culturais de sua clientela e, no plano técnico, distanciada dos eixos essenciais da Política Nacional de Atenção Básica.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação pactuada/participativa é uma metodologia inovadora que permite a partilha de conhecimento das finalidades e temas da avaliação pelas partes envolvidas no processo. Essa característica tornou a avaliação externa um momento de aprendizagem, visto que as equipes buscaram se enquadrar/adequar ao que era requerido pela avaliação externa, configurando a busca de melhoria do acesso e da qualidade proposto no PMAQ, mesmo que esse não fosse o foco do processo preparatório; outro momento de aprendizagem foi a própria avaliação externa, quando se percebia, ao longo da realização da entrevista com o profissional, o nítido desencadear de uma autorreflexão, à medida que ele identificava suas próprias lacunas e as da equipe a que se vinculava na execução daquilo que é proposto para qualificar o trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família.

Com a avaliação externa do PMAQ, foi possível reconhecer que na realidade amazônica, a atenção básica deve ser implementada de modo adaptado a uma realidade permeada pela diversidade ambiental, cultural, social e epidemiológica. Não se trata aqui de propor uma “flexibilização” da AB com vistas a reduzir investimento e qualidade nas ações ofertadas, mas sim de rever suas estratégias operacionais, tornando-as mais permeáveis às singularidades dos modos de viver na Amazônia. Na ausência disto, mantêm-se o predomínio do enfoque curativo nos serviços de saúde, inviabilizando uma assistência qualificada de prevenção de agravos e de promoção à saúde. Os meios facilitadores do acesso aos serviços de saúde são entendidos como atribuição do usuário e não se configurando como uma responsabilidade assumida pelo município. A cobertura populacional da atenção básica é vista em termos meramente numéricos, sem levar em conta as características geográficas da região e a rarefeita distribuição espacial dos moradores, que certamente encarece os custos e dificulta a oferta de atenção continuada. Na ausência de uma política específica para as condições amazônicas de vida, perpetua-se a reprodução mecânica de uma AB de feitiço urbano, cega às diferenças culturais de sua clientela e, no plano técnico, distanciada dos eixos essenciais da Política Nacional de Atenção Básica.

A proposta desafiadora de visitar todas as unidades básicas de saúde do estado do Amazonas permitiu desenvolver expertise local para o desenvolvimento de pesquisa avaliativa. O processo teve entre seus pontos de partida o treinamento de equipe local de pesquisadores e supervisores, prolongando-se nas ações de sensibilização e (re)conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Básica, na capacitação relativa ao desenho da pesquisa avaliativa instituída pelo PMAQ e na programação e desenvolvimento da logística de inserção nos municípios para a coleta de dados, feita através de rotas adaptadas ao transporte, à geografia local e à programação de adesão à avaliação externa pelos municípios. Nesse cenário, consideramos também que a experiência levou a um processo de formação e de sedimentação da pesquisa avaliativa no Amazonas.

No âmbito do serviço, as equipes precisam ser estimuladas a trabalhar com os indicadores gerados por elas próprias, os quais permitem planejar, organizar e implementar o cuidado à saúde de forma direcionada à realidade local, além de permitir a avaliação da efetividade e do alcance das ações. Portanto, o registro não pode permanecer como mero cumprimento numérico de metas em uma atividade burocrática, mas passar a povoar o cotidiano como uma ferramenta de inteligência epidemiológica e uma via de subsídio à gestão local dos serviços e políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: setembro de 2013.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. **A representação e a experiência da doença**: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. (Org.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.109-132.

MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. **Avaliação não tradicional de programas de saúde**: anotações introdutórias. In: BOSI, M. L.; MERCADO, F. J. (Org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoques emergentes. Petrópolis, Ed. Vozes, 2006. p. 11-21.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Avaliativa por Triangulação de Métodos**. In: BOSI, M. L.; MERCADO, F. J. (Org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoques emergentes. Petrópolis, Ed. Vozes, 2006. p.163-190.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. BIREME define nova metodologia para “Relato de Experiência”. Disponível em: <<http://new.paho.org>>. Acesso em: junho de 2013.

PINHEIRO, R.; SILVA Jr, Aluizio G. S. **A centralidade do usuário na avaliação em saúde**: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. RJ/Recife: Ed. UFPE/ABRASCO, 2009. p 37-52.

Pernambuco

90

Frevo



Reflexões sobre o processo de realização do PMAQ no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco

Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
Petrônio José de Lima Martelli
Tereza Maciel Lyra
Marina Ferreira de Medeiros Mendes
Sidney Feitosa Farias

91



Praia de Boa Viagem - Recife



Pernambuco



INTRODUÇÃO

No presente capítulo, serão apresentados aspectos da realização do primeiro ciclo do PMAQ no que diz respeito à avaliação externa no estado de Pernambuco, segundo Regionais de Saúde. Para a avaliação, mostrou-se importante o protagonismo das Regionais de Saúde na articulação dos municípios e na definição das rotas. Neste cenário, pôde-se constatar a potencialidade do processo de Regionalização¹ no Estado de Pernambuco, tanto do ponto de vista administrativo, na sua operacionalização pela Secretaria Estadual de Saúde e pela suas Regionais, quanto do ponto de vista da pactuação na esfera da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e das Comissões Intergestoras Regionais (CIR).

Descreveremos aspectos da preparação e execução do trabalho de campo, as articulações interinstitucionais, a organização da atenção por regiões de saúde (rede assistencial) e indicativos da percepção dos diversos atores sobre a avaliação externa do PMAQ, resgatados dos diários de campo dos entrevistadores e trabalhados a partir do conceito de vinheta narrativa analítica. De acordo com Erickson *apud* Lessard-Hebert, Goyette, Boutin (2010), as vinhetas narrativas são uma espécie de evoluções descritivas de um acontecimento vivido no decurso do trabalho de campo. Elas se constituem em retratos evocadores do desenrolar de um acontecimento da vida cotidiana, no qual se descrevem elementos visuais ou auditivos, elementos concretos de uma dada situação.

Estes relatos descritivos podem se constituir em informações sobre o local, onde vivem os sujeitos, bem como a sua percepção da situação que eles vivem, das suas expectativas e necessidades. No caso deste capítulo, elas tanto tratam de relatos expressos por usuários e profissionais de saúde aos entrevistadores e supervisores, quanto trazem as próprias observações desses últimos.

O Estado de Pernambuco está localizado no centro-leste da Região Nordeste, ocupa uma área de 98.148,3 km², com população estimada de 8.796.448 habitantes, o que corresponde a uma densidade demográfica de 89,47 hab./km², a sexta maior do Brasil, segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2011). O seu território está dividido em 185 municípios.

O Sistema Único de Saúde (SUS) em Pernambuco atende cerca de 7,5 milhões de usuários (88% da população), possui 3.277 unidades, sendo 88 unidades estaduais e 3.181 municipais. Sob gestão estadual encontram-se 32 hospitais, 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) já inauguradas (uma está em

¹ No SUS/PE, sobretudo a partir da NOAS (BRASIL, 2002), a regionalização da assistência à saúde está fundamentada na concepção geral de descentralização, com ênfase na regionalização como estratégia de organização hierarquizada dos serviços de saúde, visando a integralidade da atenção e o aumento da equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, com qualidade e resolutividade. Vale salientar que com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), a regionalização vai transcender o campo da assistência e avançar para o âmbito da atenção à saúde

construção) e 09 unidades da Farmácia de Pernambuco, além das redes do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes (Lafepe), Laboratório Central de Pernambuco (Lacen), Fundação Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope), Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa), Central de Transplantes, Programa Nacional de Imunização e Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

O Estado possui um total de 22.784 leitos (2011), sendo 81,57% de leitos SUS e 18,43% de leitos não SUS. Segundo a esfera administrativa, observa-se que 33,27% estão sob gestão estadual e que de forma geral há uma concentração de leitos principalmente na I Regional de Saúde, com 58% (PERNAMBUCO, 2012). Assim, pode-se dizer que no desenho da assistência à saúde em Pernambuco, destaca-se o papel da Secretaria Estadual de Saúde ainda como provedora dos serviços de média e alta complexidade, com grande concentração dos serviços de alta complexidade na sua região metropolitana. Tem-se no Estado uma frágil regionalização da assistência, já que os instrumentos, como Plano Diretor Regionalizado, Programação Pactuada Integrada e Complexo Regulatório não têm retratado um efetivo processo de negociação com os municípios (ALBUQUERQUE et al., 2013).

O CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO

O processo de regionalização que orientou a operacionalização do PMAQ no estado foi homologado pela CIB de 19/09/2011, definindo uma nova conformação territorial da saúde (com 12 Gerências Regionais de Saúde)², que organiza o Estado em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (figura 1). A proposta de regionalização assumida no estado de Pernambuco partiu de uma programação ascendente da atenção básica e de média complexidade e descendente na alta complexidade, levando em consideração a dimensão assistencial e regulatória para o desenho das macro e micro regionais de saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Figura 1 - Mapa com distribuição dos 185 municípios de Pernambuco por região de saúde



Fonte: Autoria própria.

² As Gerências Regionais de Saúde - GERES são as unidades técnico-administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, que têm a missão de planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações/serviços de saúde e das diretrizes da política estadual de saúde em cada Região de Saúde. O Estado, em sua gestão de saúde, passa a ser organizado, a partir de 19/09/2011, por doze GERES (PERNAMBUCO, 2011).

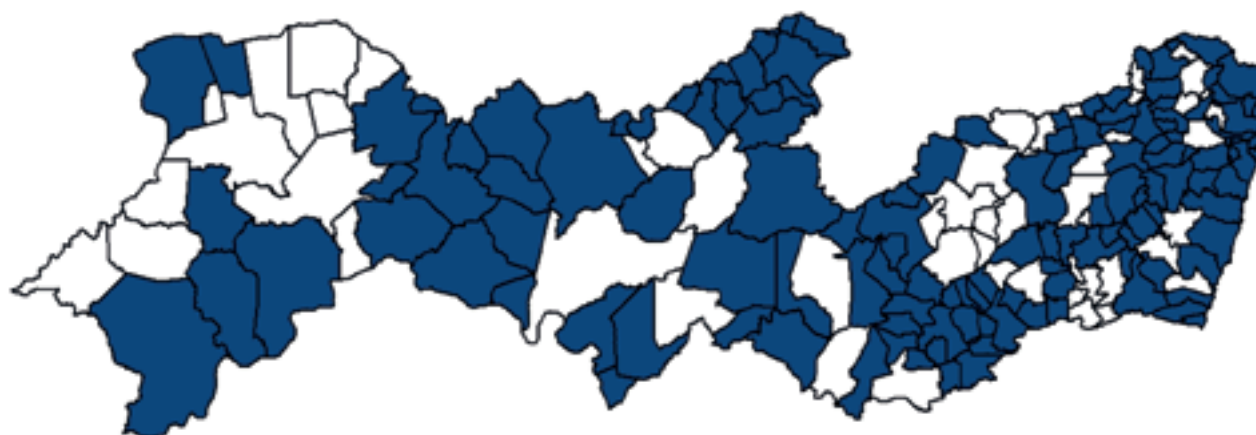


O processo de pactuação da regionalização da saúde no estado de Pernambuco não alterou o fluxo de pacientes sem qualquer regulação das cidades do interior em direção à capital, Recife, sobretudo em busca de atendimento de maior complexidade. Esse fenômeno é resultado da ausência da oferta de procedimentos de alta complexidade fora da região metropolitana e da ineficiência e insuficiência da Atenção Básica nesses municípios, situação que se exacerba quando se chega ao sertão.

Por outro lado, apesar da definição e pactuação da regionalização no Estado, continua intenso o fluxo de pacientes do interior para serem atendidos no Recife. Vale salientar, que esse fluxo ocorre pela busca de internação em hospitais de maior complexidade, predominantemente sem processos regulatórios. Tal fato é resultante de uma escassa oferta de ações de alta complexidade no interior.

No que se refere à atenção básica, observa-se que em 2012 todos os municípios do Estado de Pernambuco possuíam equipes da Estratégia Saúde da Família, com cobertura média aproximada de 70% da população. No entanto, mesmo os procedimentos de baixa complexidade, que são responsabilidade municipal, não são ofertados em quantidade e qualidade suficientes, intensificando o fluxo de pacientes oriundos do interior para a capital. Esta carência assistencial do interior é exacerbada à medida que se adentra para o sertão. A Figura 2, a seguir, apresenta a distribuição espacial da cobertura da Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco em 2013.

Figura 2 - Distribuição Espacial da Cobertura (%) da Estratégia da Saúde da Família. Pernambuco, 2013



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

As rotas de coleta de dados segundo Regionais de Saúde no Estado de Pernambuco

Para a operacionalização do trabalho de campo, inicialmente foram realizadas reuniões entre a coordenação da avaliação externa e representantes da gestão da SES/PE. Em seguida, desencadearam-se várias reuniões e oficinas de trabalho com técnicos do nível central e Regionais de Saúde para definição dos aspectos logísticos e planejamento das atividades de aplicação dos instrumentos de avaliação. Em relação aos gestores municipais, houve a articulação prévia junto à executiva do COSEMS-PE, que dentre outras ações, facultou a coordenação PMAQ-PE participar, com direito à exposição para os secretários municipais de saúde, do Encontro Estadual do COSEMS-PE, realizado em Gravatá-PE.

Em Pernambuco, o processo de seleção dos entrevistadores foi antecedido pela seleção dos supervisores do quadro de egressos da residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE, do Instituto de Medicina Integral Fernandes Figueira e do Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Este processo permitiu que os supervisores selecionados participassem ativamente da oficina de formação e seleção dos 34 entrevistadores. Estes últimos foram distribuídos conforme região de residência, sobretudo pelo possível acúmulo de conhecimento sobre o território.

As rotas para a coleta de campo foram construídas, a priori, com a colaboração da equipe técnica da SES, respeitando critérios da divisão gerencial das regionais de saúde (Figura 1) e número de equipes por Unidades de Saúde da Família, Censo e porte dos municípios do estado de Pernambuco³. Em todas as Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco, o início do trabalho de campo foi antecedido de negociação com cada município sobre a rota, agenda de visita e apoio logístico, sendo este um elemento considerado “peça-chave” pelos entrevistadores e supervisores para execução da coleta de campo no tempo previsto e para o apoio efetivo no que se refere à hospedagem e ao transporte intramunicipal.

A rota número 1 foi realizada na Região Metropolitana do Recife, que compõe a I Regional de Saúde. Esta concentra um parque de assistência médica capaz de resolver casos de média e de alta complexidade e atende diariamente demanda de todas as Regionais do Estado. É a maior delas em número de atividades, composta por 19 municípios, acrescidos da Ilha de Fernando de Noronha, e tem uma população de 3.908.757 habitantes (IBGE, 2010). Nesta Regional de Saúde localizam-se 17 hospitais sob gestão estadual, com vários níveis de complexidade e atividades finalísticas, incluindo desde os de grande porte como o Barão de Lucena (320 leitos), Getúlio Vargas (414 leitos), Restauração (723 leitos), Otávio de Freitas (493 leitos) e Agamenon Magalhães (400 leitos), até os de pequeno porte como o São Lucas, de Fernando de Noronha (10 leitos), Hospital e Policlínica Jaboatão-Prazeres (79 leitos), Geral de Areias (60 leitos) e João Murilo de Oliveira (Vitória de Santo Antão). Há também hospitais especializados em psiquiatria (Hospital Ulysses Pernambucano, com

³ É importante salientar que Território é aqui entendido como espaço da produção da vida, portanto, da saúde. Território, definido por Santos (1996), como espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico, sendo coletivamente construído e constituído.

160 leitos, e Alcides Codeceira), em hanseníase (Hospital Geral da Mirueira), em doenças infecto-contagiosas (Correia Picanço, com 60 leitos) e em câncer (Hospital do Câncer de Pernambuco), geridos majoritariamente pela administração direta da SES, excetuando-se o João Murilo de Oliveira, que vem sendo administrado por Organização Social (OS).

Nesta década, foram inaugurados os hospitais Dom Hélder Câmara (160 leitos distribuídos nas enfermarias de Clínica Médica, Cardiologia Clínica e Cirúrgica, Traumato-ortopedia e unidade de cuidados intensivos), Pelópidas Silveira (neurologia, neurocirurgia e cardiologia em 160 leitos) e Miguel Arraes (157 leitos, com UTI, e serviços de emergência 24 horas em traumato-ortopedia, clínica médica e cirurgia geral), que formam um cinturão no entorno do Recife com o objetivo de desafogar o atendimento dos hospitais de grande porte, sendo sua administração feita pela Organização Social IMIP Hospitalar.

Analisando a cobertura da Atenção Básica nesta Regional, verifica-se que sua sede (Recife) tem 52,6% de cobertura, e que há uma variação nos municípios entre 43,2% e 43,5% (Paulista e Jaboatão dos Guararapes), chegando a 100% (Araçoiaba, Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Fernando de Noronha, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Pombos). Observa-se que os municípios mais populosos, como Recife, Olinda, Cabo de Santo Agostinho, Paulista e Jaboatão dos Guararapes, apresentam cobertura inferior a 60% e que o município com maior arrecadação per capita do Estado (Ipojuca) apresenta cobertura de 62,9% (BRASIL, 2013).

A rota número 2, pela posição geográfica e logística de acesso, incluiu a II e XII Regionais de Saúde. As duas regionais totalizam 30 municípios, que têm uma população estimada de 869.098 habitantes (IBGE, 2011). A II Regional tem a responsabilidade de apoiar e supervisionar 20 municípios da Zona da Mata Norte, tendo Limoeiro como município sede. Em termos de serviços de média complexidade, conta com o Hospital José Fernandes Salsa, localizado em Limoeiro, com 68 leitos. Com relação à cobertura da Atenção Básica, verifica-se que sua sede (Limoeiro) tem 100%, juntamente com os municípios de Bom Jardim, Buenos Aires, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Machados, Orobò, Passira, Paudalho, Tracunhaém, Vertente do Lério e Vicência. Destaca-se também a baixa cobertura do município de Salgadinho, com 36,4%, e Carpina, um dos maiores municípios da regional, com 59,4% (BRASIL, 2013).

Criada em 2012, a XII Regional de Saúde, com sede em Goiana⁴, foi implantada para responder as necessidades assistenciais da região que é considerada, na atualidade, o novo Pólo de Desenvolvimento Econômico da Mata Norte de Pernambuco, composto por uma diversificada matriz econômica que vem acumulando a tradicional cultura da cana-de-açúcar e a implantação de indústrias como a Fiat e a Hemobrás, dentre outras (HEMOBRÁS, 2013).

A rede de urgência da região conta com oito unidades mistas municipais e com o hospital estadual Belarmino Correia, situado em Goiana, referência em clínica médica, traumatologia, pediatria, ginecologia e

⁴ Decreto Estadual nº 37.772 em 16/01/12 (PERNAMBUCO, 2012).

cirurgia. Analisando a cobertura da Atenção Básica nesta Regional, verifica-se que sua sede (Goiana) tem a mais baixa cobertura dos municípios da regional (68,1%). Os municípios de Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitanga, Macaparana, São Vicente Férrer e Timbaúba têm 100% de cobertura. Os municípios restantes, Aliança e Camutanga, apresentam coberturas de 82,9 e 84,3%, respectivamente (BRASIL, 2013).

A rota número 3, composta pela III Regional e localizada na Zona da Mata Sul de Pernambuco, é composta de 22 municípios. Boa parte destes municípios foi castigada com as fortes chuvas de junho de 2010. Sua referência em média complexidade é o Hospital Regional Sílvio Magalhães, em Palmares, que foi reconstruído por ter sido completamente destruído pelas chuvas. O potencial atual da unidade é de 65.047 atendimentos por ano de urgência e emergência, 23.390 consultas ambulatoriais e 7.133 internações. Ao observar a cobertura da Atenção Básica nesta Regional, verifica-se que sua sede (Palmares) tem 100%, juntamente com os municípios de Água Preta, Amaraji, Bélem de Maria, Cortês, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Gameleira, Primavera, Quipapá, Rio Formoso, Tamandaré e Xexéu. Destaca-se também a baixa cobertura do município de São Jose da Coroa Grande (18,6%) e do município de Escada com 53,5% de cobertura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) e que nos últimos anos veio compor o território estratégico de Suape (AGENCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISA DE PERNAMBUCO/CONDEPE-FIDEM, 2013)⁵.

A rota número 4 da avaliação PMAQ foi composta pela IV Regional de Saúde, situada no agreste pernambucano, com população estimada de 1.241.570 pessoas, segundo o censo IBGE (2010). A região concentra 13,66% da população do Estado, sendo composta por 32 municípios. Em termos de atenção de média complexidade em saúde, a região conta com um Hospital Regional do Agreste, localizado em Caruaru, com 164 leitos, e referência em traumatologia, cirurgia geral e buco-maxilo-facial. O hospital realiza mensalmente 4 mil atendimentos de emergência, 3 mil consultas ambulatoriais e 434 cirurgias.

No que diz respeito à cobertura da Atenção Básica, verifica-se que a sede desta Regional de Saúde (Caruaru) tem a menor cobertura (41,2%), já outros doze municípios apresentam 100% de cobertura (Agrestina, Alagoinha, Barra de Guabiraba, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Cupira, Jataúba, Riacho das Almas, Sairé, Santa Maria do Cambucá, São Joaquim do Monte e Tacaimbó). Importantes municípios do ponto de vista de seu papel econômico e do processo de regionalização em saúde apresentam as seguintes coberturas: Belo Jardim (52,2%), Bezerros (76,3%), Gravatá (89,4%), Pesqueira (65,4%), Santa Cruz do Capibaribe (65,3%) e São Bento do Una com cobertura de (BRASIL, 2013).

A V Regional de Saúde, que compõe a rota número 5 da avaliação PMAQ, é constituída por 21 municípios, tem mais de 5% da área estadual (5183 km²) e no último censo (IBGE, 2010) apresentou uma população total

⁵ Idealizado pelo governo do Estado de Pernambuco, na perspectiva de planejar o desenvolvimento da região e evitar os impactos negativos da chegada de grandes empreendimentos no Complexo de Suape. O Território Estratégico de Suape é integrado pelos municípios do Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Escada, Moreno, Ribeirão e Sirinhaém. O território convive com as benesses e as agruras de abrigar na vizinhança o maior pólo de desenvolvimento de Pernambuco, com investimento estimado em R\$ 35 bilhões (CONDEPE/FIDEM, 2013).



“Para a equipe de campo, a coincidência com o ano eleitoral e uma incipiente cultura avaliativa no SUS são aspectos que podem ter influenciado a percepção de alguns gestores sobre o processo do PMAQ, compreendido muito mais como auditoria e fiscalização do que como ferramenta de avaliação para qualificar o cuidado.”

de 496.351 habitantes. Dispõe de um Hospital Regional (Dom Moura), com 46 leitos, localizado em Garanhuns. Analisando a cobertura da Atenção Básica, verifica-se que sua sede (Garanhuns) tem 84,7%, sendo a mais baixa cobertura (22,6%) encontrada no município de Bom Conselho. É importante destacar que 15 dos seus 21 municípios apresentam 100% de cobertura (BRASIL, 2013).

A rota número 6, realizada na VI Regional de Saúde, que se localiza na Microrregião do Sertão do Moxotó, possui 13 municípios e sua população representa 21,3% (212.556 habitantes) da mesorregião do Sertão Pernambucano (IBGE, 2011). Em termos de atenção de média complexidade em saúde, a região dispõe do Hospital Regional Ruy de Barros Correia no município de Arcoverde, com 190 leitos, que atende os 13 municípios da VI gerência Regional de Saúde, além de outros municípios vizinhos, como Pesqueira e Belo Jardim. É referência em assistência materno-infantil na Região. Ao analisar a cobertura da Atenção Básica nesta Regional, verifica-se que sua sede (Arcoverde) tem 84,6%, já os municípios de Ibimirim, Inajá, Pedra e Venturosa têm 100%. Destaca-se que o município de mais baixa cobertura (Tacaratu) nesta Regional apresenta uma significativa cobertura de 61,5% (BRASIL, 2013).

A rota número 7 foi feita na VII Regional de Saúde, localizada no Sertão Pernambucano e constituída por 7 municípios, tendo sua sede, Salgueiro, uma população de 120.388 habitantes (IBGE, 2011). A região tem como referência em média complexidade em saúde o Hospital Regional Inácio de Sá, com 133 leitos, localizado em Salgueiro. Em termos de cobertura da Atenção Básica, verifica-se que sua sede (Salgueiro) tem 84,7% e que cinco dos seus oito municípios apresentaram 100% de cobertura. Destaca-se que nesta regional, o município de mais baixa cobertura (Verdejantes) tem um percentual significativo de 75,3% (BRASIL, 2013).

A rota número 8 abarca a VIII Regional de Saúde, localizada na Microrregião de Petrolina, nas proximidades do Rio São Francisco. A Região, formada por sete municípios, ocupa mais de 15% do território do estado e tem uma população de 434.713 habitantes (IBGE, 2011). Em termos de rede assistencial, a Região dispõe do Hospital Regional Dom Malan, em Petrolina, com 164 leitos, clínicas de internamento e serviços de urgência e emergência, além de apoio à amamentação. Entre os serviços que oferece, estão o alojamento Canguru, o banco de leite humano e o atendimento a gestações de alto risco. Já em termos de cobertura da Atenção Básica, verifica-se que a sede da VIII Regional de Saúde (Petrolina) tem a mais baixa cobertura, com 57,5%, e Cabrobó a mais alta, com 99,5% (BRASIL, 2013).

A rota número 9 foi realizada na IX Regional de Saúde, localizada no Sertão Pernambucano (Sertão do Araripe) e constituída por onze municípios, totalizando uma população de 327.866 habitantes (IBGE, 2011). A população do sertão do Araripe, em Pernambuco, dispõe, na rede SUS, do Hospital Regional Fernando Bezerra, localizado no município de Ouricuri. Trata-se de um hospital de média complexidade, que atende mensalmente em média 2,8 mil pessoas, sendo referência em atendimento de urgência e emergência, com especialidades em neonatologia, neurologia, cirurgia, ortopedia, dentre outros, embora, conforme analisa a

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, ainda realize atendimentos de Atenção Básica⁶. Analisando a cobertura da Atenção Básica nesta Regional, verifica-se que sua sede (Ouricuri) tem 90,3% de cobertura, e a mais baixa cobertura (75,4%) foi encontrada no município de Araripina. É importante destacar que nove dos onze municípios da regional apresentam 100% de cobertura (BRASIL, 2013), embora se saiba que isto não é garantia da resolubilidade da Atenção Básica.

A rota número 10 foi composta pelas X e XI Regionais de Saúde. A X Regional de Saúde, localizada na microrregião do Sertão do Pajeú, é constituída por 12 municípios e tem uma população de 180.794 mil habitantes (IBGE, 2011). A rede assistencial de média complexidade tem como referência o Hospital Regional Emília Câmara, com 60 leitos. No que se refere à cobertura da Atenção Básica, pode-se observar que sua sede (Afogados da Ingazeira) tem a mais baixa, embora significativa cobertura de 78,3%, e que 10 dos seus 12 municípios alcançam o patamar de 100% (BRASIL, 2013).

Já a XI Regional de Saúde apoia administrativamente dez municípios do Sertão do Pajeú e está situada numa região considerada o quarto polo médico de Pernambuco. A região conta com o Hospital Regional de média complexidade Professor Agamenon Magalhães, com 91 leitos, localizado em Serra Talhada. Analisando a cobertura da Atenção Básica nesta Regional, verifica-se que sua sede (Serra Talhada) tem 73,4% e que há uma variação de cobertura entre 21,1%, em São José do Belmonte, chegando a 100% nos municípios de Betânia, Calumbi, Flores e Santa Cruz da Baixa Verde (BRASIL, 2013).

De forma geral, os achados de cobertura da Atenção Básica indicam que 87,6% dos municípios pernambucanos ultrapassaram a média estadual de 68,3% em todas as Regionais de Saúde do estado e que são os municípios de menor população que apresentam maior cobertura. No entanto, as impressões da coleta de campo tornam oportuno questionar se essa ampla cobertura representa uma contribuição à conversão de modelo assistencial, uma garantia de resolubilidade da atenção básica, ou apenas reflete uma ampliação de cobertura que não tem assegurado um acesso com qualidade.

⁶ PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Hospital Regional Fernando Bezerra. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/interior/hospital-regional-fernando-bezerra>> Acesso em: setembro de 2013.

INDICATIVOS DAS PERCEPÇÕES DOS ENTREVISTADORES SOBRE O PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Neste item serão apresentados alguns indicativos das percepções dos entrevistadores sobre o processo de coleta de dados. Para efeito de exposição, e como garantia de anonimato, optou-se por apresentar e discutir indistintamente as experiências observadas nas Regionais de Saúde e municípios participantes.

Na percepção dos entrevistadores e supervisores de campo ocorreram tentativas, por parte dos gestores, de influenciar os resultados da coleta na perspectiva de obter uma avaliação positiva, mesmo não retratando a realidade cotidianamente vivenciada, conforme expressa as vinhetas narrativas expostas a seguir:

[...] Em alguns municípios houve tentativas de contaminação, no sentido de os dados não corresponderem à realidade, por parte de gestores da Secretaria de Saúde. [...] Houve ainda tentativa de contaminação da entrevista por parte do Coordenador Municipal da AB (Supervisor de campo A)

[...] pode-se observar indícios de utilização de equipamentos e de pastas com documentações exigidas na avaliação de uma unidade em outra, denominado pelos entrevistadores de “KIT PMAQ”⁷ (Supervisor de campo F).

Para a equipe de campo, a coincidência com o ano eleitoral e uma incipiente cultura avaliativa no SUS são aspectos que podem ter influenciado a percepção de alguns gestores sobre o processo do PMAQ, concebido muito mais como auditoria e fiscalização do que como ferramenta de avaliação para qualificar o cuidado. Desta forma, embora a cultura avaliativa venha sendo foco da atenção do Ministério da Saúde, a fim de institucionalizar a avaliação na atenção básica, autores como Giudice, Pezzato e Botazzo (2013) ressaltam que esta temática geralmente é relacionada a aspectos negativos, como punição, classificação e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado. E é esse “imaginário coletivo” que teve peso no processo de coleta de dados do componente de avaliação externa do PMAQ, sobretudo num cenário de disputa eleitoral.

Pelo programa, a avaliação externa ocorreria após um processo de pactuação de responsabilidades entre gestores e trabalhadores e da realização de diversas ações que buscam provocar e consolidar movimentos de autoavaliação, de monitoramento e avaliação de processos e resultados, de educação permanente e de

⁷ O Kit PMAQ era composto, sobretudo, por documentos, mas, em alguns momentos, também foram identificados no Kit PMAQ medicamentos da farmácia básica.

apoio institucional para a melhoria do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Nesta perspectiva, gestores e trabalhadores teriam a possibilidade de utilizar a avaliação como instrumento permanente de consulta para a tomada de decisões e para o refazer cotidiano do agir em saúde.

O outro lado da “maquiagem”: indícios de que a melhoria é possível

Um relato recorrente durante as reuniões e também constante nos relatórios dos entrevistadores e supervisores foi a implantação de atividades anteriormente pactuadas, praticamente no momento da avaliação externa. Os relatos a seguir são bastante emblemáticos:

“[...]Tivemos a oportunidade de ouvir relatos de servidores, de vários municípios, dizendo que por conta da avaliação a unidade recebeu pintura, medicamentos que faltavam, equipamentos e até fardamentos (Supervisor J).

“[...] Encontramos unidades com pinturas muito recentes, o cheiro de tinta ainda estava intenso. Cartazes, informes e mapa de abrangência, segundo relato dos usuários, haviam sido colocados no dia anterior à nossa visita. Inclusive plaquetas de identificação dos insumos e materiais estavam sendo anexadas no momento da nossa chegada à Unidade (Entrevistador 22).

No entanto, é possível que a implementação de ações com a finalidade de atender a avaliação externa possa expressar um duplo movimento: de um lado, a tentativa do que se denominou de “maquiagem”, de outro, um movimento que torna evidente a possibilidade de implantação de ações concretas - na perspectiva da melhoria do acesso com qualidade aos serviços de saúde. Em decorrência do complexo processo de descentralização da saúde e da necessidade cada vez maior de adequar os serviços às necessidades e demandas da população, torna-se premente a incorporação de uma nova cultura avaliativa.

A recusa dos usuários: receio de retaliação?

Durante a realização do trabalho de campo, os relatos dos supervisores destacavam a dificuldade em conseguir um universo de usuários a serem entrevistados, pelo grande número de recusas. Uma das principais



A partir dos relatos dos entrevistadores e supervisores de campo, pôde-se constatar as contradições entre as tentativas de ampliação da cobertura e a garantia de acesso com qualidade nas unidades básicas de saúde. Foram identificados diversos entraves ao processo de acessibilidade nas unidades pesquisadas, como problemas na estrutura física, no acesso aos medicamentos e na utilização de dispositivos de organização e qualificação do processo de trabalho. A desassistência em determinados períodos, devido ao rodízio das equipes, indica uma lógica de racionalização da escassez de recursos com a manutenção de vazios assistenciais, mesmo em municípios com cobertura total pela ESF.

causas identificadas pelas equipes de campo foi o período eleitoral. Neste cenário, evidencia-se relatos em que os usuários expressaram o receio de retaliações:

“[...] em alguns municípios, os usuários recusavam-se a participar da pesquisa, relatavam medo de represálias, apesar da explanação acerca dos objetivos da pesquisa e da não divulgação dos nomes dos entrevistados.” (Supervisor H).

Ademais, nos registros do diário de campo, alguns supervisores enfatizaram a tendência dos usuários entrevistados em atribuir nota máxima à equipe e ao serviço de saúde, mesmo, por vezes, quando esta valoração contradizia respostas dadas em questões anteriores. Situação que, tanto pode indicar problemas na formulação da questão no questionário, quanto o receio do usuário em expressar uma “avaliação negativa. Para a equipe de entrevistadores, é possível que a explicação para esse comportamento esteja relacionada com o fato de as entrevistas terem sido realizadas no espaço das unidades de saúde.

A esse respeito, Vaitsman e Andrade (2005) advertem que no setor público, a avaliação feita a partir dos usuários envolve uma interação mais complexa de elementos, incluindo os que influenciam as percepções sobre os serviços públicos. O *gratitude bias* (BERNHART, 1999 *apud* VAITSMAN; ANDRADE, 2005) – sentimento de gratidão – seria comum em países periféricos, dificultando uma visão mais crítica do atendimento. Os pacientes evitariam criticar os serviços devido a este viés, tanto pelo medo de perder o acesso, quanto pela relação de dependência aos profissionais de saúde.

Podem ser percebidas outras implicações resultantes da realização das entrevistas com os usuários nas unidades de saúde, inclusive com programação de visita pactuada com o gestor local. Numa primeira observação, constatou-se que em algumas unidades de saúde o universo de usuários foi reduzido no momento da avaliação externa. Situação que, tanto pode expressar o não funcionamento das unidades nos dois expedientes, quanto a convocação do usuário apenas para a entrevista. O que no nosso entendimento torna vulnerável a proposta de amostra aleatória baseada na sala de espera. Em seus relatos, os entrevistadores destacaram a influência de profissionais e gestores neste processo:

“[...] Em algumas unidades só tinham presentes a quantidade de usuários para realizar a entrevista, comprometendo a amostra aleatória de usuários da sala de espera (Entrevistador C)

“[...] Numa determinada unidade, os profissionais fizeram uma lista de usuários a serem entrevistados. Percebemos e cancelamos a realização das entrevistas (Supervisor B).

“[...] em muitas unidades, o módulo III não foi realizado por falta de usuários nas

unidades. [...] Falta de usuários em algumas USF - comprometendo a avaliação devido ao não funcionamento no horário da tarde, apesar de o calendário ter sido acordado com os gestores (Supervisor C).

As entrevistas com os usuários nas zonas rurais: possibilidade de escuta e de participação

Em relação à participação dos usuários na avaliação, pode-se observar um diferencial bastante significativo no comportamento dos usuários residentes em zonas rurais. À revelia das tensões do período eleitoral ou possíveis receios de retaliações por parte dos profissionais de saúde, esses usuários se mostraram bastante sensibilizados para participar e emitirem suas opiniões durante a avaliação PMAQ:

Na zona urbana, pode-se observar menos disponibilidade dos usuários para serem entrevistados, por receio dos médicos não aguardarem seu retorno após a entrevista e pela questão da política eleitoral. Mas, esta dificuldade foi observada mais na zona urbana, pois na zona rural os usuários fizeram questão de participar da pesquisa, queriam falar (Supervisor D).

Na zona rural sempre podemos contar com a participação do usuário para a entrevista (Supervisor I)

Foi na zona rural que foi encontrado o menor percentual de unidades de saúde, com a presença marcante das denominadas “unidades satélites⁸”, espaços que existiam sem um mínimo de estrutura para o funcionamento. Neste cenário, parece claro o “fazer questão de participar das entrevistas” dos usuários residentes em áreas rurais, pois é perfeitamente compreensível que esses vislumbrassem na avaliação PMAQ a possibilidade de suas dificuldades de acesso terem maior visibilidade.

A esse respeito, Travassos e Viacava (2007) destacam que de forma geral pode-se observar um menor acesso e utilização de serviços de saúde pelas populações rurais, particularmente em áreas esparsamente povoadas, sobretudo por barreiras referentes à disponibilidade de serviços, às grandes distâncias a serem percorridas, às dificuldades de transporte e à baixa renda. São fatores que, associados, reduzem efetivamente a utilização de serviços de saúde pelas populações rurais.

⁸ Foi definida pela equipe da pesquisa de campo como “unidade de apoio ou satélite”, aqueles espaços físicos onde os profissionais de saúde realizavam consultas (01 dia na semana ou, a depender da localidade, 01 dia no mês). Eram espaços que serviam de apoio às unidades de saúde existentes numa dada região do município, não dispunham de equipe própria e nem de medicamentos e equipamentos de forma contínua. Foram geralmente encontradas em zonas periurbanas e ou rurais.

Impressões sobre a estrutura e funcionamentos das unidades de saúde

Mesmo sem uma análise do banco de dados dos resultados do componente da avaliação externa do PMAQ, pode-se dizer que os relatos dos entrevistadores e supervisores de campo trazem uma riqueza descritiva das contradições entre as tentativas de ampliação de cobertura e a garantia de acesso nas Unidades Básicas de Saúde. De forma geral, os relatos evidenciam inúmeros problemas na dimensão da acessibilidade⁹ sócio-organizacional nas unidades avaliadas:

[...] É lamentável perceber uma quantidade considerável de unidades satélites (estratégia de “ampliar a cobertura espacial” a um baixo custo), em sua grande maioria com condições precárias de trabalho, ausência de vínculos dos profissionais com a comunidade, com atendimentos apenas um ou dois dias por semana.

[...] Equipes de profissionais cadastrados em uma única unidade e trabalhando em várias outras. [...] Grande número de unidades cadastradas sem estrutura necessária, chamadas de postinhos, unidades satélites ou unidades de apoio.

[...] Unidades que funcionam uma vez por mês, segundo população e servidores.

Nos relatórios de validação, constatou-se que 250 unidades eram as chamadas “*unidades de apoio ou satélite*”. A esse respeito, foram frequentes as observações nos diários de campo dos entrevistadores e supervisores, que retratavam a desassistência em determinados períodos, devido ao rodízio das equipes - indicando uma lógica de racionalização da escassez de recursos com a manutenção de vazios assistenciais, mesmo em municípios com cobertura total pela ESF.

Ainda do ponto de vista da acessibilidade, os relatos dos supervisores apontam para a existência de problemas na estrutura física, no acesso aos medicamentos e na utilização de dispositivos de organização e qualificação do processo de trabalho, tais como: o acolhimento e o projeto terapêutico singular:

[...] Foram encontradas diversas unidades apresentando precárias instalações físicas.

⁹ Acessibilidade a serviços de saúde refere-se às características destes que permitem que sejam facilmente utilizados pelos usuários potenciais, uma temática importante da avaliação em saúde, por tratar da disponibilidade e distribuição social destes recursos (DONABEDIAN, 1973). Quanto aos aspectos organizacionais, podem ser observadas características de funcionamento como: tempo de agendamento da consulta; horário de funcionamento do serviço; escuta dos profissionais da recepção; escuta dos profissionais de nível superior; aspectos da estrutura física como ambiência acolhedora e confortável, número adequado de pessoas adscritas na área das equipes; pouco tempo na sala de espera para receber o atendimento; tempo de recebimento dos resultados dos exames; disponibilidade de medicamentos; resolubilidade da ESF; dentre outros.

Do ponto de vista da Política Nacional de Humanização, constatou-se que no cotidiano dos serviços, a atividade dos profissionais de saúde ainda tem uma centralidade no âmbito dos procedimentos (consultas, vacinas, curativos, visitas domiciliares, entre outros), em detrimento do “cuidado, isto é, na produção de vínculo, acolhimento, autonomia do usuário, no cuidado em si”.



[...] Em uma unidade, um usuário denuncia na frente de toda a equipe, que a unidade fica regularmente de 15 a 20 dias sem os equipamentos e materiais necessários para realização de alguns procedimentos, porque membros da equipe os levam para outra unidade (Supervisor C).

[...] Constatou-se a existência de unidades que funcionavam em período menor que um único turno. [...] Unidades cadastradas no CNES como UBS, porém sem estruturas adequadas e funcionando em dias alternados com equipes de saúde de outras unidades (Supervisor D).

[...] Foi possível identificar, em muitas unidades, a falta de medicamentos, incluindo os constantes na lista de medicamentos padronizados pelo município. [...] Durante as entrevistas, foi possível observar que para os profissionais entrevistados, questões sobre acolhimento, projeto terapêutico singular, vínculo, eram temas ainda distantes. (Supervisor A).

11.2

Embora as vinhetas narrativas utilizadas neste estudo tenham se apoiado nas anotações dos diários de campo, e não haja nenhum cruzamento com o banco de dados da avaliação PMAQ, considera-se que as impressões expressas pelos entrevistadores guardam sintonia com questões já colocadas anteriormente, a exemplo dos estudos de Shimizu e Carvalho Júnior (2012), Barros e Castilho Sá (2010), Azevedo e Costa (2010). Ademais, no que se refere às questões específicas como acolhimento, projeto terapêutico singular e outros dispositivos previstos pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), há concordância com Barros e Castilho Sá (2010) que no cotidiano dos serviços o fazer dos profissionais de saúde ainda tem centralidade no âmbito dos procedimentos (consultas, vacinas, curativos, visitas domiciliares, entre outros), em detrimento do cuidado, isto é, na produção de vínculo, acolhimento, autonomia do usuário, no cuidado em si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As impressões da coleta do trabalho de campo apontam para a seguinte constatação: avançar na regionalização na perspectiva da melhoria do acesso na atenção básica significa transcender a ampliação da oferta na média e alta complexidade da atenção, atuando na formação de redes, guiadas pelas necessidades apreendidas desde a atenção básica em cada Regional de Saúde. Embora o estado tenha implantado três grandes hospitais, ainda é frágil o processo de Programação Pactuada Integrada/PPI e de regulação assistencial que operacionalize redes assistências na perspectiva da integralidade da atenção (ALBUQUERQUE et al., 2013). Este debate é de fundamental importância quando se tem a compreensão de que a resolubilidade da Atenção Básica está também relacionada ao acesso a exames e serviços especializados, onde a Programação Pactuada e Integrada e a regulação assistencial podem jogar um papel essencial. Espera-se que a análise dos dados do PMAQ possa aprofundar a problematização da situação da Atenção Básica no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco.

No que diz respeito ao processo de realização da avaliação, Pernambuco se destacou pelo apoio logístico dos municípios (unidade PMAQ ou censo) como determinante para a agilidade na coleta dos dados, pelo apoio da equipe técnica das Regionais de Saúde e pela qualidade dos entrevistadores e supervisores, refletindo no sucesso do processo seletivo. O resultado foi, sem dúvida, fruto de um trabalho coeso, articulado e competente.

REFERÊNCIAS

AGENCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISA DE PERNAMBUCO. **Território Estratégico de Suape**. Recife, 2013. Disponível em: <<http://www2.condepefidem.pe.gov.br/web/condepe-fidem/caracterizacao-do-territorio>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2013.

ALBUQUERQUE, M. S. V.; LIMA, L. P.; COSTA, A. M.; MELO FILHO, D. A. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface.** Comunicação Saúde Educação v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010.

BARROS, D. M.; CASTILHO SÁ, M. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2473-2482, 2010.

BRASIL. **Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/dec-7508-2011-reg-8080-29-6-2011.pdf>. Acesso: 20 de fevereiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Documento síntese para avaliação externa Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02: estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 fev. 2002(a). Seção I, p. 52.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cobertura da Estratégia Saúde da Família em Pernambuco**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso: 20 de março, 2013.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University, 1973.

EMPRESA BRASILEIRA DE HEMODERIVADOS. **Análise Participativa da Realidade Socioambiental de Goiana-PE**, Recife: Hemobrás, 2013.

GIUDICE, A. C. M. P.; PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 32-42, jan./mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA/IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Brasília, 2011.

MICHELLE, Lessard-Hérbert; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald. **Investigação Qualitativa**: fundamentos e práticas. Instituto Piaget, Lisboa, 2010.

PERNAMBUCO. **Decreto nº 37.772**, de 16 de janeiro de 2012. Cria a XII Gerência Regional de Saúde - GERES, e dá outras providências. Recife, 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Estadual de Saúde**, 2012-2015. Recife, 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do SUS/PE**. Recife, 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **Portaria nº 720**, que aprova as normas gerais da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária Recife, 2007.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Institucional**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/>. Acesso março de 2013.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SHIMIZU, E. H; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2405-2414, 2012.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003 **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2490-2502, out, 2007.

Paraná

116

Jardim Botânico - Curitiba



Avaliação externa do PMAQ: (com)partilhando singularidades do Estado do Paraná

Ana Lúcia Nascimento Fonseca

Célia Regina Rodrigues Gil

Márcia Helena Baldani Pinto

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Carolina Milena Domingos

Magda Lúcia Félix de Oliveira

Marly Bittencourt Gervásio Marton Silva

Paula Nishiyama

117





Paraná



INTRODUÇÃO

O relato apresentado retrata a experiência da Avaliação Externa do PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica no Paraná, realizada no período de maio a outubro de 2012. Este período, estendido pela fase preparatória da pesquisa e pelas atividades desenvolvidas após a coleta de dados, ficou caracterizado pela construção compartilhada de caminhos e possibilidades no trabalho de coleta de dados e de visitas realizadas às Unidades de Saúde.

Os principais aspectos, singularidades e articulações que marcaram este processo estão aqui descritos, não apenas como forma de registrar a relevância desse momento para os envolvidos, mas também para demonstrar a interlocução e o compromisso dos atores com a valorização da atenção básica em todo o estado.

A Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) entrou neste trabalho como apoiadora e parceira da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), mobilizando e garantindo a operacionalização técnica e política do trabalho de campo no estado do Paraná.

Relata-se aqui o trabalho das coordenações e das supervisões regionais, que atuaram diretamente com as equipes de entrevistadores nas visitas aos municípios e na coleta dos dados. Portanto, ainda que o relato retrate predominantemente a visão regional, há uma parcialidade daqueles que estiveram em campo e vivenciaram o contato com as equipes locais, gestores municipais e instâncias colegiadas de gestão do SUS no Paraná.

O CONTEXTO DO PARANÁ

O Paraná é um dos três estados da região sul do país e faz divisa com os estados de São Paulo, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, fronteira com a Argentina e o Paraguai e limite com o Oceano Atlântico. Ocupa uma área de 199.880 km², equivalente a 2,4% do território brasileiro e a 35% da região sul. Segundo dados do IBGE (2010), o estado tem 10.439.601 habitantes, o que o torna o 6º maior em população (BRASIL, 2013).

Segundo o Censo (2010), dos seus 399 municípios, 317 têm uma população inferior ou até 20 mil habitantes (79,5%) e apenas 18 têm população acima de 100 mil habitantes. Residem na área urbana 8.906.442 pessoas e 1.533.159 na área rural. O estado apresentou um crescimento de 9,16% na última década, representando 5,5% da população do Brasil.

As cidades que mais concentram população são Curitiba (16,8%), sua capital, seguida por Londrina (4,9%), Maringá (3,4%) e Ponta Grossa (3,0%). A população é formada por descendentes de várias etnias, principalmente poloneses, italianos, alemães, ucranianos, holandeses, espanhóis, japoneses e portugueses, e por imigrantes procedentes, em sua maioria, dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Minas Gerais (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2013).

Do ponto de vista econômico, é o maior produtor nacional de grãos, com destaque para a soja, o milho, o trigo e o feijão. O IDH do Paraná em 2000, último ano em que o indicador está disponível para os estados e municípios brasileiros, foi de 0,787, ou seja, superior ao índice do Brasil, que foi de 0,772, sendo o IDH de Curitiba de 0,856. No entanto, dos 20 municípios da região sul com menor IDH, 17 são paranaenses, sendo o menor deles de 0,620 (PARANÁ, 2013).

121

O ensino em saúde

O estado do Paraná tem uma rede pública de ensino superior formada por sete universidades estaduais, com 35 campus universitário, e uma federal, com um, localizado no litoral. Os cursos da área da saúde estão entre as maiores ofertas de formação na rede pública, com destaque para enfermagem, odontologia e medicina (PARANÁ, 2013). Segundo Pierantoni et al., o Paraná, no período de 1995-2003, praticamente dobrou o número de instituições (públicas e privadas) com oferta de cursos de medicina, passando de quatro para sete (PIERANTONI et al., 2006). Dados de 2013 mostram que este quantitativo já aumentou para 13 cursos, dos quais sete são da rede privada (PARANÁ, 2013).

Da mesma forma, em relação à oferta do curso de odontologia, dados revelam que no mesmo período estudado, houve no Brasil um aumento significativo na oferta desse curso, passando de nove em 1995 para 14 em 2003, número também encontrado no site do Conselho Federal de Odontologia (OLIVEIRA et al., 2006; PARANÁ, 2013).

Sobre a oferta do curso de enfermagem, é expressivo o aumento observado no Paraná, que passou de sete cursos em 1995 para 29 em 2003 (FERRAZ et al., 2006).

No cenário do ensino das profissões de saúde, o Paraná tem uma trajetória de integração docente-assistencial que foi sendo constituído com o fortalecimento da descentralização dos serviços de saúde e da construção de novos modelos centrados na Atenção Primária em Saúde (ALMEIDA, 1999).

Este processo ganhou maior visibilidade na década de 1990, com o *Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde: união com a comunidade*, patrocinado pela Fundação Kellogg e que fez da Universidade Estadual de Londrina (UEL) uma importante protagonista na articulação ensino-serviço e comunidade. O projeto incluiu a reformulação dos currículos, a valorização do ensino na atenção básica e a inclusão de metodologias de ensino crítico-reflexivas, resultando em significativas mudanças no ensino da graduação, principalmente nos cursos de enfermagem e de medicina da UEL (GIL et al., 1996; SAKAI et al., 2001; ALMEIDA, 1999).

Ainda na década de 1990, como estratégia de fortalecimento das articulações e mobilizações nacionais em torno do movimento de mudanças no ensino das profissões de saúde, houve a fusão dos projetos de IDA – Integração Docente Assistencial com os projetos UNI, que resultou na criação da Rede Unida (CHAVES, 1994; REDE UNIDA, 2013).

A Rede Unida, em seu 4º Congresso Nacional realizado em Londrina, no ano de 2001, trouxe o tema: “Impulsionando Movimentos de Mudança na Formação e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde para o SUS”. A partir de então, o debate sobre a saúde da família, a formação de recursos humanos, modelos de atenção, o cuidado em saúde, as políticas públicas de saúde e educação e a participação social foram focos do debate em torno das mudanças almejadas (REDE UNIDA, 2013).

As políticas de articulação ensino-serviço emanadas do Ministério da Saúde, inicialmente pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e a partir de 2003 pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), fortaleceram estas iniciativas no país e, no Paraná, continuam a se consolidar; haja vista, como exemplo, o crescente número de projetos Pró-Saúde e Pet-Saúde apresentados na CIES e aprovados pela Comissão Intergestora Bipartite do Paraná (PARANÁ, 2013).

O Cenário da Saúde

O estado do Paraná tem uma longa trajetória no processo de descentralização dos serviços de saúde, sendo que a primeira iniciativa ocorreu em 1972, pelo Departamento de Medicina Geral e Comunitária da UEL. A UEL implantou dois Postos de Saúde (um urbano e um rural), gerenciados pelo próprio departamento, que tinham como objetivo a aproximação do futuro médico com as condições de vida e saúde da população moradora dos bairros periféricos do município (GIL et al., 2001).

Em 1977, este modelo de descentralização dos serviços de saúde foi adotado e expandido pela gestão municipal. As discussões em torno da Atenção Primária em Saúde que emergiram no país, em 1978, mobilizaram atores comprometidos com a mudança do modelo vigente de saúde e culminaram na realização do I Encontro Municipal do Setor Saúde. O encontro reuniu, em Campinas, 61 municípios com experiências em municipalização dos serviços, entre os quais estava presente, do Paraná, o município de Londrina (GIL et al., 2001).

Nos anos seguintes, no Paraná, este movimento expandia-se lentamente para outros municípios quando, em 1983, a Secretaria Estadual da Saúde (SESA) assumiu a descentralização dos serviços e a municipalização como prioridade de gestão por meio do PEC – Programa de Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde. O maior objetivo deste Programa era dar condições para que os municípios investissem na organização dos serviços próprios mediante apoio à estruturação dos mesmos, tendo a Atenção Primária em Saúde como modelo (BERTONE, 2002).

Desde sua criação, assim como ocorreu nos demais estados da federação, a SESA estruturou-se por meio das Regionais de Saúde que, até 1982, eram chamadas Distritos Sanitários.

Na gestão 1983-87, a SESA implantou a regionalização dos serviços segundo critérios técnicos, políticos e administrativos, agrupando e dividindo as Regionais de Saúde em seis macrorregiões com o objetivo de dar maior agilidade à implementação da política estadual de saúde (BERTONE, 2002). Cabe ressaltar que a década de 1980 foi bastante intensa na definição e orientação de iniciativas estruturantes para o setor público de saúde no país e que a velocidade das mudanças exigia estratégias diferenciadas de gestão nos estados e municípios.

O PEC somou-se à implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), impulsionando a descentralização e regionalização dos serviços. Em que pese o Paraná ter assinado mais tardiamente o convênio com o Ministério da Previdência, num prazo de seis meses 278 municípios (dos 319 da época) assinaram o convênio.

Na década seguinte, entre os desafios de estruturação dos serviços de saúde residia a capacidade de oferta de serviços especializados de referência para as Unidades de Saúde. Experiências visando o enfrentamento deste nó crítico foram emergindo no país.

No Paraná, em 1992, a oferta de serviços especializados encontrava-se comprometida em função da dificuldade do governo estadual em contratar profissionais de saúde para atuarem nos Centros Regionais de Especialidades (CRE). A implantação de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) foi a alternativa encontrada



Alguns desafios emergiram logo no início da coleta de dados e persistiram até o final da pesquisa PMAQ. A visão preconcebida de que a avaliação está relacionada a um processo punitivo ou restritivo foi predominante. Gestores e profissionais de saúde temiam, por exemplo, que o município perdesse recursos financeiros caso a avaliação fosse insatisfatória. Mas com o transcorrer dos trabalhos esse problema foi sendo minimizado e os gestores começaram a perceber que não havia no comportamento dos entrevistadores interesse fiscalizatório e a avaliação não tinha, portanto, caráter punitivo.

para o problema, tendo como modelo a experiência do estado de São Paulo que, em 1986, havia adotado esta iniciativa na região de Penapólis (NICOLETTO, 2002). Assim, o Paraná foi o segundo estado brasileiro a adotar a estratégia de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Segundo Bertone, o primeiro Consórcio paranaense foi o da região de Paranavaí em 1993. Desde então, o Paraná vem trabalhando com a perspectiva da regionalização, seja ela da organização dos serviços, seja dos processos de gestão colegiada e consórcios para prestação de serviços do SUS (BERTONE, 1996).

Mais recentemente, com o debate em torno das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as macrorregiões do Paraná foram revisitadas e atualmente as 22 Regionais de Saúde configuram quatro Macrorregiões de Saúde, tendo Londrina como referência da Macrorregião Norte; Maringá da Macro Noroeste; Cascavel da Macro Oeste e Curitiba da Macro Centro-Leste-Sul (PARANÁ, 2013).

Para definir a instalação das Regionais de Saúde e Macrorregiões, a Secretaria adotou os seguintes critérios: 1) acessibilidade geográfica, considerando a cultura e o sentimento de pertencimento da população; 2) espaço territorial definindo as responsabilidades com base nas necessidades de saúde da população e oferta de serviço; 3) cooperação e complementaridade entre os parceiros para a solução dos problemas apontados no território; 4) instituição de uma cultura de intersetorialidade nas regiões; 5) organização e integração das redes assistenciais em sistemas, garantindo a conectividade entre os pontos da rede.

Ainda no caso das Regionais de Saúde, deve-se considerar: 1) existência de um município sede como referência regional para o cuidado e atenção à saúde para os procedimentos não realizados nas microrregiões de sua área de abrangência, por excederem a capacidade instalada e/ou complexidade de serviços, considerados de média e alta complexidades; 2) atender urgências e emergências de acordo com as respectivas complexidades e grau de competência; 3) ofertar, além dos serviços disponíveis nas microrregiões de sua área de abrangência, outras especialidades (BRASIL, 2012).

Portanto, as Regionais de Saúde (RS) constituem-se em instâncias descentralizadas da gestão estadual, cujas equipes trabalham com um determinado número de municípios sob seu território de abrangência, desempenhando fundamentalmente o papel de apoiadores aos municípios, articuladores da organização da assistência em nível regional e macrorregional e atuando como elo entre a gestão estadual e as gestões municipais no desenvolvimento das políticas de saúde. Cabe destacar que cada macrorregião de saúde tem pelo menos uma universidade pública, ou seja, na macrorregião norte tem-se a Universidade Estadual de Londrina; na macro noroeste a Universidade Estadual de Maringá; na macro Oeste a Universidade Estadual do Oeste do Paraná; e na macro centro leste as Universidades Estaduais de Ponta Grossa e a de Guarapuava, e a Universidade Federal do Paraná.

Este contexto do estado do Paraná tem se apresentado favorável à articulação entre as universidades e os serviços de saúde em diferentes instâncias colegiadas, tanto de gestão do SUS - nas bipartites regionais e estadual, como de articulação em torno dos projetos e políticas - nas comissões de integração ensino-serviço.

Atualmente, o Paraná tem uma estrutura de serviços públicos constituída por 503 hospitais, sendo quatro hospitais universitários de grande porte (HU/UEL, HU/UEM, HU/UNIOESTE e HC/UFPR), estando em fase de implantação o quinto HU, em Ponta Grossa; 18 hospitais gerais próprio da SESA, estando na macrorregião centro leste 13 deles (9 na Regional de Saúde de Curitiba, 2 na RS de Paranaguá e 2 na de Ponta Grossa), 3 na macro norte (2 na Regional de Londrina e 1 na Regional de Jacarezinho), 1 na macro noroeste (Regional de Paranaíba) e 1 na macro oeste (Regional de Saúde de Francisco Beltrão). Dos 503 hospitais existentes no estado, 55% são hospitais de pequeno porte (HPP).

A rede básica é composta por 2.510 Unidades Básicas de Saúde, com cobertura na Estratégia Saúde da Família de 54,5%. Dos 399 municípios, 179 (45%) alcançaram 90% ou mais de cobertura (PARANÁ, 2013).

A INSERÇÃO DO PARANÁ NA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ

A Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) entrou na parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública em meados de abril, a convite da própria ENSP. Para o planejamento das atividades de avaliação externa do PMAQ, utilizaram-se os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde que, em fevereiro de 2012, apresentava a informação de que o Paraná possuía 2.601 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destas, 756 Equipes de Atenção Básica haviam aderido ao PMAQ. Considerando-se que em uma UBS pode haver mais de uma equipe atuando, o total de equipes a serem entrevistadas era de 1.008.

Os dados do DAB evidenciavam uma adesão maior de UBS e de Equipes de Saúde ao PMAQ concentradas na região metropolitana de Curitiba e, em seguida, nas regiões noroeste (Maringá) e norte (Londrina) do estado. Embora as regiões oeste e centro-oeste tivessem um número menor de unidades e equipes, o trabalho de campo revelou-se mais complexo em função da distribuição espacial das UBS em regiões dispersas e municípios de difícil acesso, com pouca logística de transporte e infraestrutura para acolhimento e permanência dos entrevistadores.

Nessas localidades, na maioria das vezes, foi necessário realizar a coleta de dados para a certificação das equipes e a realização do censo concomitantemente, pois, não raro, os municípios possuíam duas UBS, sendo uma com PMAQ e outra sem (pela própria política de adesão ao programa que permitia num primeiro momento apenas 50% de adesão).

Para tanto, o planejamento e planilhamento das visitas foi essencial para assegurar que nenhuma unidade deixasse de ser visitada. Para isso foi fundamental o esforço coletivo de todos os envolvidos com o processo.

Figura I - Localização das 22 Regionais de Saúde, 04 Macrorregiões de Saúde e instituições de ensino responsáveis pela avaliação externa, no estado do Paraná



Fonte: Autoria própria.

Identificação de parceiros

Pode-se afirmar que a singularidade do Paraná no processo de avaliação externa se caracterizou pela quantidade de atores envolvidos e pelos mecanismos de comunicação colocados em prática antes e durante a entrada em campo.

O processo de Avaliação Externa e da realização do Censo da Atenção Básica teve uma coordenação compartilhada entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP).

A ESPP, órgão da SESA, está subordinada à Diretoria Geral e tem como uma das suas atribuições, a coordenação e execução da política estadual de educação permanente em saúde no estado. Para viabilizar esta política e atendendo à Portaria GM/MS 1996/2007, a escola reativou a Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço (CIES), na qual participam as instituições de ensino superior do Paraná. A CIES tem caráter consultivo e sua principal responsabilidade é discutir, acompanhar e propor iniciativas educacionais que contribuam para o fortalecimento da política de formação e de educação permanente para o SUS, visando a melhoria das práticas profissionais e institucionais do estado.



“(...) os gestores municipais não conhecem com a profundidade necessária as políticas de saúde em curso e o conhecimento de que dispõem é insuficiente para o incremento das mesmas. Em tese, sendo a Atenção Básica de essencial responsabilidade do gestor municipal, esperava-se maior envolvimento e conhecimento dos mesmos com as propostas que visam a melhoria das condições de funcionamento de tais serviços.”

Para a realização do componente da avaliação externa do PMAQ, dado o tempo exíguo para o início do processo, a ESPP identificou entre instituições que compõem a CIES/PR, aquelas que poderiam regionalmente contribuir com a operacionalização do trabalho de campo.

Dentre as instituições que participam da CIES, foram selecionadas as universidades públicas estaduais e, nestas, os docentes da área de saúde para constituírem as equipes de supervisores e pesquisadores. A opção pelas universidades públicas estaduais se deu pela distribuição geográfica das mesmas, que no conjunto atendem às macrorregiões de saúde, e pelo histórico de integração da ESPP com essas instituições.

Na organização do processo de trabalho, a área de cobertura de cada instituição ficou assim definida: 1) a UEL (Londrina) se responsabilizaria pelo conjunto dos municípios de quatro das cinco Regionais de Saúde que compõem a macrorregião norte; 2) a UEM (Maringá) pelo total dos municípios da sua macrorregião; 3) a UNIOESTE (Cascavel) pelo conjunto dos municípios de quatro das cinco Regionais que integram a sua macrorregião; 4) a UEPG (Ponta Grossa) pelo conjunto dos municípios de três Regionais, 5) a UNICENTRO (Guarapuava) pelos municípios de mais três Regionais, sendo uma delas localizada na macro-oeste e duas na centro-leste e, 6) a Escola de Saúde Pública por três Regionais, sendo duas da macro centro-leste, uma da região metropolitana de Curitiba e uma da macro norte. (Figura 1)

Após a constituição da equipe de supervisores, os mesmos participaram de reunião com as coordenações da ENSP e da ESPP para orientações sobre o processo de seleção e capacitação dos entrevistadores e para a construção das rotas regionais de coleta de dados.

Articulação do trabalho de campo em nível estadual

Para a entrada no campo buscou-se, como apontado anteriormente, a apresentação e pactuação da proposta pela ESPP em reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB); a participação em reunião da Divisão de Atenção Primária da Superintendência de Atenção à Saúde (SAS), com representantes das Regionais da Saúde e o apoiador do Ministério da Saúde para o PMAQ no Estado do Paraná; e a articulação com as Regionais de Saúde. Da mesma forma, houve estreita conversação com a direção do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná (COSEMS).

Dada a trajetória de articulação político-institucional presente no Paraná, buscou-se assegurar e contemplar todas as instâncias e atores envolvidos para que a pesquisa de campo pudesse ser realizada sem intercorrência.

Em tese, esperava-se que a pactuação no âmbito destas instâncias fosse suficiente para conduzir os trabalhos de campo. Entretanto, logo nos primeiros momentos deste trabalho, emergiram algumas dificuldades que acompanharam a coleta de dados até sua finalização. Entre as dificuldades enfrentadas destaca-se a

cultura de avaliação em que os processos avaliativos estão impregnados pela visão punitiva ou restritiva e, conseqüentemente, à perda de alguma coisa. No caso do PMAQ, a grande preocupação dos gestores e equipes de saúde era a perda de recursos financeiros do município, caso as avaliações fossem insuficientes.

O fato das universidades e da Escola assumirem a avaliação externa causou uma reação corporativa dos gestores, pois houve uma compreensão inicial de que “as universidades estavam avaliando os serviços de saúde” e que, não conhecendo as realidades locais, colocavam em risco os resultados das avaliações.

A reversão dessa visão da avaliação tornou-se um tema prioritário nas pautas da coordenação estadual. Para mediar e superar esse entendimento, foram necessárias diferentes medidas, entre elas a interlocução direta com as Regionais de Saúde, feita por meio da participação em reuniões das comissões bipartites regionais e de contatos pessoais a fim de esclarecer os objetivos e a importância do PMAQ para a Atenção Básica.

Ao longo do processo, este quadro foi se revertendo na medida em que os municípios, ao dialogarem entre si, constataram que o comportamento dos entrevistadores não era de caráter fiscalizatório e tampouco a avaliação externa de caráter punitivo.

Articulação do trabalho de campo em nível regional

Regionalmente, o contado inicial para a articulação do trabalho de campo foi feito pelos supervisores com as Regionais de Saúde, pelo papel que estas desempenham na articulação do estado com os municípios. Os supervisores participaram de reunião das bipartites, visitas e/ou contato telefônico com os gestores municipais, gerentes da Atenção Básica e responsáveis pelo PMAQ nos municípios. O *e-mail* foi utilizado para envio do documento síntese e documento comprobatório de supervisão.

Na preparação da entrada dos entrevistadores em campo, os supervisores fizeram contato telefônico prévio com os gestores para informar datas, organizar a agenda de visitas, acertar a logística do trabalho de campo – que envolvia apoio com transporte e alimentação dos entrevistadores - e ajustar as rotas a partir das sugestões dos mesmos.

Nos espaços coletivos e nas conversas individuais com os gestores, fez-se uma breve explanação do PMAQ e da fase de avaliação externa, bem como dos objetivos do censo. Embora houvesse a realização de pactuação e solicitação de avaliação externa para as equipes PMAQ, foi surpreendente a quantidade de gestores, sobretudo dos pequenos municípios, que desconheciam o próprio PMAQ, tampouco a fase de avaliação externa, revelando que quem, de fato, acompanha a execução de programas e políticas são os servidores com alguma experiência construída na prática cotidiana do exercício do trabalho.

Ficou evidente que o Documento Síntese 2I elaborado pelo Ministério da Saúde, embora central na preparação das equipes para receber a avaliação externa, era pouco conhecido pelos gestores e mesmo por muitas equipes que seriam avaliadas.

Constatado este problema, houve o cuidado em enviar o documento por *e-mail*, antecipadamente à visita, com recomendação de que o mesmo fosse repassado às equipes, sendo este atraso um dos fatores da dificuldade da equipe em organizar a documentação exigida para a comprovação das atividades que realiza em seu dia a dia de trabalho.

Esta vivência dos supervisores e entrevistadores revelou que os gestores municipais não conhecem com a profundidade necessária as políticas de saúde em curso e o conhecimento de que dispõem é insuficiente para o incremento das mesmas. Em tese, sendo a Atenção Básica de essencial responsabilidade do gestor municipal, esperava-se maior envolvimento e conhecimento dos mesmos com as propostas que visam a melhoria das condições de funcionamento de tais serviços.

Ainda assim, como desdobramento desta situação, foi importante o papel desempenhado pelas supervisoras, sendo recorrente o fato delas serem vistas como “referência” do PMAQ e por várias vezes terem sido procuradas por gestores e equipes em busca de soluções e orientações sobre o mesmo.

Como a pesquisa PMAQ coincidiu com um ano de eleições municipais, a principal demanda dos gestores foi o acesso aos resultados da avaliação externa.



EQUIPE DE TRABALHO

Como apresentado anteriormente, o processo de coordenação da avaliação externa foi compartilhado entre a ENSP e ESPP.

À ENSP coube predominantemente o apoio técnico do trabalho. Muitas dúvidas no decorrer do processo emergiram e foram sanadas pelas orientações cotidianas da equipe da ENSP. Da mesma forma, as orientações quanto ao manejo das ferramentas de informática (uso dos *tablets*, conectividade, envio de relatórios, entre outros) foram fundamentais para o andamento do trabalho.

À ESPP coube predominantemente os acertos políticos estaduais para a abertura dos espaços locais à coleta de dados e a interlocução sobre a proposta geral do PMAQ. Nesse sentido, a principal demanda dos gestores era sobre o acesso imediato aos resultados da avaliação externa. Considerando que o ano da coleta coincidiu com as eleições municipais, a busca pelos resultados gerou bastante demanda de articulação da ESPP com os gestores e lideranças do estado.

Outra atividade que a ESPP realizou foi o acompanhamento semanal do cronograma de execução das ações de todas as equipes, visando a otimização dos recursos disponíveis. O mapeamento do “andar” das equipes locais permitiu arranjos que visavam, sobretudo, garantir o tempo previsto para a execução do trabalho. Assim, além das atividades de acompanhamento, a coordenação também foi adequando a contribuição da ESPP para a realização do trabalho de campo.

Estas contribuições foram desde a disponibilização dos carros da Escola para visitas a municípios de difícil acesso; apoio e articulação política para o trabalho dos entrevistadores externos que vieram auxiliar a coleta de dados no estado; disponibilização de entrevistadores da ESPP para completar outras equipes e até mesmo compor uma das equipes para realização do trabalho de campo. Assim, pode-se dizer que a coordenação estadual vivenciou o processo de diferentes formas, ocupando funções de acordo com as necessidades apresentadas no percurso da pesquisa.

O grupo de supervisão ficou composto por 9 integrantes, distribuídos da seguinte forma: duas docentes da UEL, duas docentes da UEM, uma docente da UNIOESTE, uma docente da UNICENTRO e duas docentes da ESPP. As equipes foram compostas de acordo com o número de unidades e equipes a serem visitadas, conforme realidades locais. Este grupo configurou um quadro de profissionais responsáveis e comprometidos com a qualificação da Atenção Básica no estado.

O grupo de supervisores manteve-se estável ao longo do processo, à exceção da ESPP, que teve duas trocas de supervisores. Cada supervisora estabeleceu seu próprio processo de acompanhamento da equipe de entrevistadores, em geral com encontros semanais para discussão e resolução das dificuldades enfrentadas, verificação do cumprimento da rota proposta, esclarecimento de dúvidas e realização de novas pactuações.

As supervisoras também acompanhavam o desempenho dos entrevistadores por meio dos diários de campo *online*, *e-mail* e telefone, sendo uma das formas de acompanhamento do trabalho dos entrevistadores a elaboração de uma planilha Excel contendo dados da UBS, nome e telefone do gestor, nome e telefone do responsável pela recepção dos entrevistadores, data da coleta, módulos realizados por cada entrevistador e coluna para observações. O acompanhamento era feito na própria planilha, utilizando legendas coloridas que facilitavam a visualização do que já havia sido realizado, o que estava planejado para a próxima semana, as UBS faltantes, entre outros. As planilhas eram fracionadas por dupla e atualizadas semanalmente para o acompanhamento do processo.

Um fator positivo foi a troca de informações acerca de problemas enfrentados pelos supervisores e as soluções encontradas, assim como as dúvidas existentes e a busca de esclarecimentos entre os supervisores.

Um aspecto a ser ressaltado foi a necessidade de diálogo constante do supervisor acerca do papel e comportamento desejável dos entrevistadores na abordagem das equipes e na coleta de dados. Foi bastante ressaltada a necessidade de uma boa aproximação e de uma postura de isenção, sem causar constrangimento às equipes, evitando a impressão de poder avaliativo ou punitivo na equipe. Isso, no entanto, não impediu que em algumas situações houvesse excessos e, conseqüentemente, reclamações do gestor junto à coordenação estadual e/ou supervisão.

Por meio de uma oficina promovida pela ENSP e ESPP realizou-se o processo de seleção e capacitação dos entrevistadores. Nesta oficina, diferentes dinâmicas de avaliação do perfil dos candidatos foram realizadas, resultando numa primeira aproximação dos possíveis selecionados.

Os entrevistadores inscreveram-se *online* no Edital da ENSP. No processo de seleção buscou-se avaliar o perfil do candidato (postura, interação no grupo, capacidade de escuta), disponibilidade de tempo para a pesquisa de campo, experiência com pesquisa e conhecimento da Atenção Básica. A seleção resultou num primeiro quadro de entrevistadores que, com poucas exceções, permaneceram na pesquisa até o final do trabalho. A composição das equipes de entrevistadores foi diversificada, embora tenha predominado a participação de docentes entre as mesmas.

Da mesma forma como se deu a distribuição das supervisoras, assim ocorreu com a dos entrevistadores de campo. Buscou-se, na medida do possível, contemplar todas as necessidades apresentadas pelas supervisoras. Para a definição do número de entrevistadores para cada região foram utilizados os parâmetros pactuados nacionalmente. Assim, a UEL ficou com 6 entrevistadores (5 enfermeiras graduadas e 1 profissional de educação física com mestrado); a UEPG com 3 (2 dentistas doutoras e 1 assistente social doutora) ; a UNICENTRO com 3; (todas enfermeiras, 1 graduada e 2 mestres) a UEM com 10 (8 enfermeiras, sendo 1 mestre, 6 mestradas e uma graduanda e 2 farmacêuticas, sendo 1 mestrada e 1 graduanda); a UNIOESTE com 6 (5 enfermeiras, sendo 1 doutora, 1 mestre, 3 especializando e 1 assistente social especialista) e a ESPP com 9 (4 enfermeiras, sendo



A relação com os gestores durante a pesquisa foi, de um modo geral, receptiva e cooperativa. A maior dificuldade foi na apresentação dos documentos comprobatórios, um dado revelador da dificuldade dos gestores de utilizar informações decorrentes do próprio processo de trabalho para a tomada de decisão. “Esta situação revela fragilidades na gestão e na gerência dos serviços, refletida na falta de organização dos documentos básicos de monitoramento e avaliação do próprio processo de trabalho das equipes. Outra importante observação é que uma boa parte das equipes não optou livremente pelo PMAQ, foi uma decisão do nível central/municipal que, de certa forma, “impôs” às equipes a avaliação. Muitas desconheciam o que era o PMAQ e o repasse de verbas vinculado à adesão ao programa”.

1 doutora e 3 mestres; 2 pedagogos, sendo 1 mestre e 1 especialista; 1 psicólogo especialista; 1 terapeuta ocupacional especialista e 1 filósofo especialista).

A participação de professores na coleta de dados mostrou-se muito rica, embora tenha exigido muita negociação pela dificuldade real dos professores se ausentarem da universidade para a coleta de dados, em face às reais condições de trabalho e tempo disponível para uma efetiva inserção neste tipo de pesquisa. Entretanto, a ida ao campo e o conhecimento das condições reais da Atenção Básica em seus contextos resultaram em iniciativas de adequação de conteúdos curriculares, conversação entre docentes.

O PROCESSO DE TRABALHO

No Paraná, o trabalho de campo teve data diferenciada dos demais estados – iniciando posteriormente. A capacitação inicial das equipes de entrevistadores se deu sem a presença dos *tablets* e por isso as primeiras coletas de dados foram realizadas por toda a equipe e suas respectivas supervisoras, aos moldes de uma “capacitação em serviço”. Posteriormente, formaram-se duplas e eventualmente um entrevistador foi sozinho a campo, dependendo da rota e do número de UBS existentes em cada município.

Cada grupo de pesquisa organizou-se de acordo com as suas disponibilidades e praticamente nenhum membro, seja supervisor ou entrevistador, teve dedicação exclusiva à pesquisa.

Como afirmamos anteriormente, o Paraná é um estado com espaços territoriais heterogêneos em termos de ocupação, com regiões de alta densidade demográfica e outras com grande dispersão populacional. Situação que se repete em relação à distribuição espacial das unidades de saúde, implicando em longos e difíceis deslocamentos, a exemplo das áreas rurais. Estes aspectos implicaram em redefinição do planejamento inicial, tanto em termos de área de abrangência das instituições supervisoras como do próprio número de entrevistadores.

Na relação com os gestores, pode-se afirmar que na maioria dos municípios os acordos foram cumpridos, com boa receptividade e cooperação. A principal dificuldade foi na apresentação da documentação comprobatória, muitas equipes não a dispunham de forma organizada, o que pode revelar que as informações não são utilizadas no cotidiano do trabalho da equipe.

Os diários de campo, conforme apontado anteriormente, serviram para os entrevistadores registrarem as principais impressões encontradas nas visitas. O extrato abaixo, entre outros de igual teor, demonstra o fato.

“Apesar da excelente disponibilidade dos profissionais, eles sentiam-se prejudicados pela falta de pactuação interna da unidade com a gestão, pela falta de informação sobre o PMAQ e da documentação necessária.” (Diário de Campo dos Entrevistadores da Equipe PMAQ-PR - 5.1)

A impressão sentida pelos entrevistadores foi a de que em grande parte dos municípios não havia expectativa de que a avaliação externa iria de fato ocorrer. Esta situação revela fragilidades na gestão e na gerência dos serviços, refletida na falta de organização dos documentos básicos de monitoramento e avaliação do próprio processo de trabalho das equipes. Outra importante observação é que uma boa parte das equipes não optou livremente pelo PMAQ, foi uma decisão do nível central/municipal que, de certa forma, “impôs” às equipes a avaliação. Muitas desconheciam o que era o PMAQ e o repasse de verbas vinculado à adesão ao programa.

“Encontramos equipes despreparadas para a avaliação. Não entendiam o que era o PMAQ. Os documentos não estavam organizados para a avaliação”. (Diário de Campo dos Entrevistadores da Equipe PMAQ-PR - 4.1)

Por outro lado, foi interessante observar que houve situações em que claramente o profissional/equipe estava descontente com a gestão municipal e utilizou a avaliação externa para “punir” o gestor. Outros, ao contrário, tentaram “salvar” o gestor. Foi comum encontrar equipes que relataram a oportunidade do PMAQ como motivo de maior diálogo dos gestores com suas equipes e a mobilização e motivação em torno da avaliação nas Unidades de Saúde. Para muitas equipes, a visita mostrou uma valorização do trabalho e dos trabalhadores que atuam na rede básica. Estes depoimentos sensibilizaram os entrevistadores, como demonstra o depoimento abaixo.

“Houve muitos relatos das equipes sobre o PMAQ como norteador de mudanças na organização do processo de trabalho”. (Diário de Campo dos Entrevistadores da Equipe PMAQ-PR - 6.2)

Da mesma forma, para todos os envolvidos na avaliação externa do PMAQ esta foi uma experiência singular e uma oportunidade de aproximação e de conhecimento sobre a Atenção Básica, que resignificou a compreensão e as práticas dos mesmos, como demonstram os depoimentos finais deste artigo.

“Foi uma vivência do campo que permitiu conhecer diferentes realidades de trabalho e a organização do serviço de saúde [...] Permitiu um crescimento profissional e pessoal”. (Diário de Campo dos Entrevistadores da Equipe PMAQ-PR - 6.2)

“Nunca mais vou me esquecer de tudo o que eu vi. Toda vez que eu receber um projeto de capacitação para analisar, eu vou me lembrar dos profissionais que estão nestas Unidades de Saúde”. (Diário de Campo dos Entrevistadores da Equipe PMAQ-PR - 1.1)

“A experiência do PMAQ me fez repensar meu papel como docente da Saúde Coletiva. Esta experiência contribuiu para eu rever os conteúdos e até a forma de falar sobre a Atenção Básica. Precisamos investir muito na formação dos alunos para fortalecer a Atenção Básica.” (Diário de Campo dos Entrevistadores da Equipe PMAQ-PR - 2.1)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aprofundamento da articulação ensino-serviço, no caso do Paraná, possibilitou o formato descentralizado do trabalho de coleta de dados. No âmbito das universidades, permitiu um conhecimento da realidade regional cujos desdobramentos vão desde a redefinição de linhas de investigação pelos docentes envolvidos até projetos de reforma curricular em cursos da área da saúde, sem desconsiderar as possibilidades abertas para o campo de prática e o estabelecimento de parcerias entre as universidades e os gestores municipais da região. Este, sem dúvida, foi um ganho expressivo do processo.

O reconhecimento das universidades como ator de referência nas macrorregiões também facilitou a entrada no campo, reduzindo os ruídos inerentes aos processos de avaliação.

Do ponto de vista da coordenação estadual, o PMAQ fortaleceu o papel articulador da ESPP não apenas junto às universidades como também no âmbito político-institucional. As articulações e os deslindamentos dos nós críticos ao longo do processo serviram como oportunidade de fortalecimento intra e extra instituições envolvidas. Ainda, possibilitou o exercício da pesquisa de campo aos integrantes da Escola que, até então, não tinham tido uma aproximação tão estreita com os serviços municipais de saúde.

O reconhecimento da Escola como espaço para estas novas práticas no âmbito do estado - Secretaria Estadual de Saúde, Regionais de Saúde, Conselhos Regional e Estadual de Secretários Municipais de Saúde - possibilitou um avanço na compreensão da dimensão do escopo de trabalho que a Escola de Saúde Pública pode desempenhar.

O trabalho compartilhado junto à ENSP mostrou-se de vital importância, não apenas pela apropriação do processo como também pelo aprendizado pedagógico vivenciado. O Paraná, segundo os participantes da oficina final de encerramento do PMAQ, tem pouca experiência em trabalhos desta magnitude, em especial de pesquisa, e a experiência da ENSP mostrou formas de organização e planejamento de uma pesquisa que, para o estado, pode ser considerada multicêntrica e de âmbito nacional. Nenhuma iniciativa desta monta tinha sido vivenciada até então. Nesse sentido, o ganho para todos os integrantes foi inquestionável.

O desenvolvimento de um trabalho com as dimensões que esta pesquisa teve requer planejamento e acompanhamento sistemático, isso, no entanto, não garante a ausência de surpresas e imprevistos. Superar as divergências de informações e de logística foi o grande desafio partilhado e compartilhado pela equipe como um todo.



“O aprofundamento da articulação ensino-serviço, no caso do Paraná, possibilitou o formato descentralizado do trabalho de coleta de dados. No âmbito das universidades, permitiu um conhecimento da realidade regional cujos desdobramentos vão desde a redefinição de linhas de investigação pelos docentes envolvidos até projetos de reforma curricular em cursos da área da saúde, sem desconsiderar as possibilidades abertas para o campo de prática e o estabelecimento de parcerias entre as universidades e os gestores municipais da região. Este, sem dúvida, foi um ganho expressivo do processo.”

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudanças. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

BERTONI, A. A. **As ideias e as práticas**: a construção do SUS. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

_____. Consórcios intermunicipais de saúde: uma estratégia rumo à regionalização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.16, p. 36-39, dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Documento síntese para avaliação externa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 03 mai 2013.

CHAVES, M. M. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.9, p. 5-9, ago. 1994.

FERRAZ, C. A.; NAKAO, J. R. S.; MISHIMA, S. M. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil, 1995 a 2003: Enfermagem. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GIL, C. R. R. et al. Reformulações no ensino da Enfermagem: análise e reflexões de uma experiência em construção. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 15, p. 11-15, 1996.

GIL, C. R. R.; MARTINS, G. B.; GUTIERREZ, P. R. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta do processo de municipalização no Paraná. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

NICOLETTO, S. C. S. Os consórcios intermunicipais de saúde do Paraná e a assistência médica especializada / Sônia Cristina Stefano Nicoletto. – Londrina, 2002.

OLIVEIRA, E. S. et al. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil – 1995 a 2003. Odontologia. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

PARANÁ. Conselho Regional de Odontologia. Disponível em: <www.cropr.org.br/>. Acesso em: 05 maio 2013.

_____. **Cursos de medicina**. Disponível em: <www.escolasmedicas.com.br/mensal.php>. Acesso em: 04 maio 2013.

_____. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Paraná em Números. Disponível em: <www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 03 maio 2013.

_____. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Estado do Paraná. Disponível em: <http://www.seti.pr.gov.br>. Acesso em: 03 maio 2013.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Comissão Intergestora Bipartite. **Resoluções**. Disponível em: <www.sesa.pr.gov.br/cib>. Acesso em: 05/05/2013.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Disponível em: <www.sesa.pr.gov.br/cib>. Acesso em: 05 maio 2013.

143

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde do Paraná**: 2012-2015. Curitiba, 2013.

PIERANTONI, C. R. et al. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil – 1995 a 2003. Medicina. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

REDE UNIDA. Disponível em: <www.redeunida.org.br/>. Acesso em: 23 maio 2013.

SAKAI, M. H. et al. Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

Amapá

144

Cachoeira de Santo Antônio





O Amapá e sua diversidade cultural no cenário da Atenção Básica: um encontro com o PMAQ

Nely Dayse Santos da Mata
Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde
Maria Virgínia Filgueiras de Assis Mello
Rosana Oliveira do Nascimento
Kalina Brito da Silva



Amapá



INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta como pano de fundo a diversidade social, ambiental e cultural do Estado do Amapá, identificada a partir da realização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), tendo como foco central a gestão e organização dos serviços da atenção básica à saúde.

O Estado do Amapá é uma das 27 unidades federativas do Brasil, com população estimada de 698.602 habitantes, distribuídos em 16 municípios. O Estado está situado a nordeste da região Norte e tem como limites o Pará a oeste e sul, a Guiana Francesa a norte, o Oceano Atlântico a leste e o Suriname a noroeste, ocupando uma área de 142.814,585 km². Sua capital é Macapá, com 415.554 habitantes, correspondendo a 60% da população total (IBGE, 2012).

É o Estado com maior índice de preservação ambiental do país, onde cerca de 97% de sua cobertura vegetal é preservada. Desta, 56% são áreas demarcadas, das quais 85,9% constituem Unidades de Conservação (entre reservas federais, estaduais e propriedade privada) e 14% são reservas indígenas. Dentre as Unidades de Conservação situa-se o Parque Nacional das Montanhas do Tumucumaque, maior parque de reserva florestal do planeta, com 3,8 milhões de hectares.

O estado do Amapá, em sua totalidade, é influenciado pelo clima equatorial, apresentando duas estações bem definidas: verão (com menor índice pluviométrico) e inverno (com maior índice pluviométrico).

No que se refere aos seus aspectos culturais, o estado do Amapá absorve um conjunto de tradições, lendas, crenças e costumes, como por exemplo: na culinária amapaense destacam-se os requintados pratos como o pato no tucupi, caldeirada de tucunaré, farofa de pirarucu, maniçoba, além dos sucos de frutas típicas da região, de diversas cores e sabores, utilizadas na culinária como a bacaba, cupuaçu, graviola, açaí e taperebá, além de outras iguarias tão saborosas quanto únicas.

O Marabaixo, dança realizada em várias comemorações, representa uma das mais vivas e belas manifestações da cultura herdada dos negros africanos. Possui coreografia que imita os passos dos negros escravos com os pés presos por correntes, cadenciada e marcada por tambores chamados de “caixas”. O canto lembra o lamento de quem vivia na senzala, que cultivava a esperança de voltar para o continente africano.

As características naturais, aliada ao distanciamento histórico das políticas públicas nacionais, introduzem especificidades ao desenvolvimento do estado (TAVARES; GOMES; ALMEIDA, 2010). No que se refere à organização dos serviços da atenção básica à saúde, identificam-se particularidades a serem consideradas, tais como: a diversidade social e cultural que permeia as populações ribeirinhas, indígenas, fronteiriças, quilombolas, afetadas pelas diferentes configurações de acesso e modelos de atenção.

O presente capítulo estrutura-se a partir das construções das rotas e da organização da viabilidade da coleta de dados como elemento delineador da avaliação externa. O olhar para essas diferenças influenciou o estabelecimento de critérios para a definição de rotas para a execução do trabalho de campo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, com vistas ao censo de unidades básicas de saúde e certificação das equipes de Saúde da Família que aderiram ao programa.

NOSSO ENCONTRO COM O PMAQ

O processo de articulação para o desenvolvimento da pesquisa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) foi iniciado por meio do contato da equipe da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, quando foi solicitada e agendada uma visita ao Amapá.

A reunião aconteceu na Coordenadoria Regional de Saúde/SESA/AP e estiveram presentes representantes da ENSP, coordenador e técnicos da atenção básica da Secretaria de Estado de Saúde, assim como a coordenadora da Residência em Enfermagem do Estado do Amapá – CORE, além de docentes do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP.

Entre os pontos da pauta, foram enfatizadas pela equipe técnica da ENSP a relevância da pesquisa e importância das parcerias locais. Avaliou-se a possibilidade dos alunos da Residência em Saúde da Família/SESA participarem como entrevistadores no processo de avaliação externa, possibilitando então a correlação entre ensino, serviço e pesquisa, contribuindo de forma positiva no processo ensino-aprendizagem.

150 Ressalta-se que a Residência em Enfermagem foi implementada pelo Projeto de Gerência, Pesquisa e Saúde criado pelo Governo do Estado do Amapá, sob o registro da Lei N.º 0791, de 29 de dezembro de 2003, com as áreas de concentração em Enfermagem Obstétrica, Cirúrgica e Saúde da Família. Constitui modalidade de ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por treinamento em serviço no Estado do Amapá.

Participaram da Avaliação externa do PMAQ seis enfermeiras residentes do Programa de Saúde da Família e uma docente da UNIFAP como coordenadora local do Programa. A participação dos residentes no processo de avaliação externa da AB foi significativa, tanto para a Secretaria de Saúde do Estado quanto para os próprios residentes, pois na percepção dos mesmos esse processo teoria e prática se complementaram, conforme sugere Arruda (2007).

Após definição e composição da equipe, iniciaram-se as articulações junto aos gestores municipais e estaduais. A participação em uma reunião da Comissão Intergestores Bipartite-CIB permitiu apresentar aos Secretários Municipais de Saúde e Secretário de Estado de Saúde do Amapá, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, seus objetivos, equipe de trabalho envolvida, bem como pactuar com os gestores o desenvolvimento das atividades em cada município.

Para consolidação das informações necessárias ao planejamento do trabalho de campo, elaborou-se uma planilha com dados relativos ao perfil geográfico e necessidades logísticas, sendo a mesma enviada aos gestores municipais para preenchimento e devolução à coordenação local da pesquisa. Iniciativa que se mostrou limitada, pois a maioria dos gestores não deu retorno às solicitações, dificultando o processo de organização dos dados.

Desta forma, partiu-se para uma segunda estratégia: captar os dados via telefone e *e-mail*, etapa também bastante difícil, considerando que o Estado do Amapá não possui banda larga para acesso à internet e a rede de telefonia nos municípios funciona de forma precária. Destaca-se que para as áreas indígenas, o contato foi feito via rádio amador em horários pré-estabelecidos.

Para a seleção e preparação da equipe foi feita uma oficina em que definiu-se os supervisores e entrevistadores, sendo que a supervisão ficou a cargo de três docentes da UNIFAP e da coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem da Secretaria de Estado de Saúde do Amapá. Quanto aos entrevistadores, foram selecionados um técnico de informática da SESA e seis alunos residentes do Programa de Residência em Enfermagem da Secretaria de Estado de Saúde do Amapá – ESF/SESA.

O início da coleta foi realizado no município de Santana/AP, em duas Unidades Básicas de Saúde, o que possibilitou verificar a funcionalidade dos equipamentos e a dinâmica da coleta dos dados *in loco*. A experiência foi exitosa, tendo em vista que as metas estabelecidas foram atingidas.

No Estado, apenas dois municípios não aderiram ao PMAQ - AB: Macapá/Capital e Tartarugalzinho. A coleta de dados, incluindo o censo e o componente da avaliação externa, aconteceu no segundo semestre de 2012. Foram realizadas 42 certificações de equipes de saúde da família, totalizando 100% do previsto e 189 censos da lista de 235 unidades básicas de saúde constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os 46 censos restantes não foram realizados pois as unidades estavam desativadas, fechadas ou sendo utilizadas para outros fins.



152

“A receptividade dos gestores nos municípios foi afetuosa e muito acolhedora, mas não podemos deixar de registrar que a presença de intercorrências durante a pesquisa foi inevitável em função principalmente das dificuldades de comunicação. Muitas vezes percorremos quilômetros em estradas de terra ou o dia inteiro em “rabeta” - meio de transporte marítimo de pequena largura que permite acesso a rios estreitos, mas com a satisfação de sermos recebidos de forma amistosa, apesar de algumas vezes não encontrarmos profissional de saúde na unidade. Foram situações que por um lado prejudicaram ou inviabilizaram a coleta de dados, mas também nos fizeram refletir sobre as condições de trabalho e acesso dos trabalhadores e usuários do SUS.”

A ENTRADA NO CAMPO

Após o mapeamento das rotas intermunicipais e da área de abrangência de cada município e de seu planejamento operacional, iniciou-se uma nova etapa, que foi a formalização do envio das equipes de supervisores e entrevistadores para realização da pesquisa propriamente dita nas Unidades Básicas de Saúde.

Nesse momento, solicitou-se o apoio institucional do gestor local, para agendar uma primeira reunião no município, envolvendo gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal e das Unidades Básicas de Saúde, a fim de reforçar a importância dos profissionais de cada equipe estarem de posse dos documentos necessários ao processo de certificação das equipes.

Vale ressaltar que para os deslocamentos via terrestre contamos com apoio de transporte e motoristas da SESA/AP e UNIFAP. Ao chegar a cada município, os supervisores e entrevistadores dirigiam-se à respectiva Secretaria Municipal, para apresentações e articulação dos trabalhos. Essas reuniões nos municípios eram importantes, uma vez que esclareciam dúvidas e amenizavam inquietações por parte dos gestores, trabalhadores e usuários em relação ao processo de avaliação externa.

Esse diálogo inicial ocorria de forma bastante amistosa, proporcionando ao gestor conhecimento sobre a equipe do PMAQ, assim como as propostas e metodologia da pesquisa em questão. Os secretários municipais de saúde recebiam a equipe com muita cordialidade e geralmente indicavam um técnico para dar suporte à equipe do PMAQ durante a realização da pesquisa no município.

Devemos ressaltar que a receptividade dos gestores nos municípios foi afetuosa e muito acolhedora, mas não podemos deixar de registrar que a presença de intercorrências durante a pesquisa foi inevitável em função principalmente das dificuldades de comunicação. Muitas vezes percorremos quilômetros em estradas de terra ou o dia inteiro em “rabeta” - meio de transporte marítimo de pequena largura que permite acesso a rios estreitos - mas fomos recebidos de forma amistosa, apesar de algumas vezes não encontrar profissional de saúde na unidade. Foram situações que por um lado prejudicaram ou inviabilizaram a coleta de dados, mas também nos fizeram refletir sobre as condições de trabalho e acesso dos trabalhadores e usuários do SUS. Além disso, várias vezes os entrevistadores identificaram unidades fechadas no dia da visita, em reforma/ampliação ou mesmo abandonadas, sem nunca terem funcionado, segundo informações locais.

No contato com os usuários, houve demonstração de ansiedade tanto pelo tempo da entrevista como pelo receio de responder o instrumento, a despeito da indignação pela falta de acesso à assistência. Como o final do processo de coleta de dados coincidiu com os meses próximos às eleições, houve desde problemas relativos à identificação equivocada dos entrevistadores do PMAQ com atores ligados à política partidária local, pela coincidência da cor da camiseta, até a criação de obstáculos para o acesso dos avaliadores externos aos cenários de coleta de dados.

ROTAS PERCORRIDAS

O estado do Amapá tem características geográficas e culturais diversificadas. O acesso às localidades visitadas pelas equipes do PMAQ incluiu: poucas estradas asfaltadas, estradas de piçarra, trilhas, igarapés e rios. As rotas aconteceram por via terrestre e/ou via fluvial, as equipes utilizaram veículos como vans, caminhonetes, barcos, rabetas, canoas e voadeiras.

Figura I - Rotas Rodoviárias do estado do Amapá



Fonte: Disponível em: www.brasil-turismo.com/mapas/amapa.htm.
Acesso em: setembro de 2013.

O acesso por via terrestre em alguns casos foi difícil, visto que muitas estradas do estado não são asfaltadas e os trajetos apresentavam buracos, terreno alagado e relevo acidentado. Problemas mecânicos e atolamentos foram motivos de dificuldade e atraso na chegada da equipe ao destino.

O acesso por via fluvial foi frequente, pois muitas Unidades Básicas de Saúde localizavam-se em comunidades ribeirinhas e em aldeias indígenas. Para isso, as equipes utilizavam embarcações de grande e pequeno porte. As rotas realizadas pelos rios e igarapés apresentavam riscos para a equipe: agressividade das águas (maresia), presença de troncos de árvores, animais peçonhentos, predadores aquáticos como jacarés e piranhas, ocorrência de tempestades com chuvas torrenciais e raios. Ressalta-se que durante essas rotas contou-se com o importante apoio dos moradores e profissionais das comunidades locais, principalmente para guiar aos destinos de mais difícil acesso.

O horário das marés também influenciava o desenvolvimento dos trabalhos, visto que era necessário esperar os rios e igarapés encherem. Não raro, as equipes precisaram pernoitar nas comunidades ou retornar às sedes enfrentando o trajeto fluvial durante a noite. Como os trechos por rio eram geralmente muito longos e demorados, o cansaço e a exaustão foram comuns no dia-a-dia da equipe. Em contrapartida, a natureza com sua beleza incomparável proporcionava às equipes de avaliadores paisagens exuberantes.

No intuito de facilitar a leitura, optou-se em produzir um bloco referente às experiências em áreas indígenas e um bloco referente aos demais municípios percorridos. Foi avaliado que uma das experiências marcantes durante essa fase do PMAQ foi a rota nas áreas indígenas. Os povos indígenas possuem uma faixa de terra que se estende do Estado do Amapá ao norte do Pará. Sete áreas estão com a demarcação homologada, onde se distribui uma população de 12 mil habitantes, abrigando 10 grupos indígenas e 5 dialetos diferentes (GALLOIS; GRUPIONI, 2009).

A entrada nas áreas indígenas apresentou certa complexidade, relacionada à logística e à liberação do acesso às aldeias pela Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI e lideranças indígenas.

A rota foi iniciada com uma viagem de aproximadamente 10 horas de carro até o município próximo e, posteriormente, o deslocamento por meio fluvial até as aldeias. A coleta de dados nesse trecho incluía sete aldeias e envolveu dois dias viajando pelos rios. Apesar de a equipe sair no início da manhã, só chegou à aldeia mais distante no anoitecer do primeiro dia.

O piloto fluvial era um índio que conhecia o caminho, já que no período da coleta de dados os rios estavam com um volume de água muito reduzido, com presença de pedras e troncos no leito do rio, dificultando a navegação. Em alguns momentos foi necessário sair da lancha para conseguir ultrapassar os obstáculos físicos. Entretanto, a paisagem indescritível e a experiência de fazer uma refeição no meio de um rio, ouvindo o cantar dos pássaros com o vento no rosto, são lembranças inesquecíveis relacionadas ao trabalho no PMAQ.

Na chegada às aldeias a equipe se apresentava ao cacique, que na condição de líder, os recebia. O fato de a região ser conhecida por uma das supervisoras contribuiu positivamente no contato da equipe com a população local. Uma das comunidades indígenas visitadas tem como característica marcante a preservação de sua cultura tradicional: moram em ocas, a vestimenta cobre a genitália, tem os rostos e corpos pintados e a base da alimentação é a caça, a pesca e os frutos da floresta - cenário que surpreendeu a equipe PMAQ. De

outro modo, houve também a curiosidade e o encantamento dos moradores locais com os equipamentos eletrônicos utilizados para as entrevistas.

Percebeu-se que as interações entre os avaliadores e as diferentes realidades locais transformaram a percepção destes sobre a realidade social, deixando evidente o choque de valores quanto aos padrões nacionais e urbanos sobre acesso, segurança, riscos sociais e sanitários. Segundo Helman (2003), a formação cultural influencia em muitos aspectos a vida das pessoas nas suas crenças, comportamentos, religião, percepções, emoções, linguagem, rituais, modo de vestir, dieta, imagem corporal entre outros. Nesse sentido, o contato com a saúde indígena, em especial, revelou muitas vezes a inadequação do instrumento de coleta de dados à realidade da aldeia quanto a sua estrutura, forma de organização do cuidado e costumes.

A equipe apontou como fonte de preocupação alguns riscos relacionados aos deslocamentos da equipe: a exposição prolongada ao sol, o suprimento de água potável - pois houve momentos em que a água foi insuficiente - e as condições de estadia, comunicação e energia elétrica para recarregar as baterias dos equipamentos.

Também foi encontrada unidade de saúde onde um dos cômodos serve de dormitório e cozinha para o profissional, que ali reside de forma permanente. Cabe destacar que nessa comunidade, o técnico de enfermagem e o cacique são os responsáveis pelos atendimentos aos usuários, os quais informaram que em casos de maior gravidade pedem auxílio via rádio à unidade de apoio. Nesse caso, as atribuições profissionais não estão sendo respeitadas, confirmando estudo de Silveira et al. (2008), que chama atenção para a sobrecarga sobre os técnicos de enfermagem, que muitas vezes também realizam procedimentos e condutas de enfermagem.

Em outra unidade de saúde, numa pequena sala cedida pela FUNAI, sem condições mínimas de atendimento aos usuários, o agente de saúde e o agente de saneamento relataram a escassez de água, falta de energia elétrica, de medicamentos e materiais pertinentes e necessários para a assistência à saúde. Além de toda essa dificuldade relatada e observada pela equipe do PMAQ, evidenciou-se um sentimento de tristeza, desânimo, aflição e insatisfação por parte desses trabalhadores, que se referiram à impotência diante de algumas situações e desabafaram dizendo algo como *“nós estamos sem ninguém por nós”*.

Nesse contexto, refletiu-se sobre o estado de vulnerabilidade em que se encontram as comunidades ribeirinhas e as aldeias indígenas, com políticas de proteção distintas. O Ministério da Saúde destaca a “vulnerabilidade como o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política que amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma população, diante de uma determinada doença, condição ou dano” (BRASIL, 2006a).

No que se referem aos demais municípios, cabe salientar que para iniciar o percurso das rotas às UBS, os funcionários foram convidados para acompanhar a equipe. Entretanto, só disponibilizaram um servidor, exigindo que se dividisse em duas equipes para agilizar os trabalhos. Durante o percurso, se vivenciou situações

inusitadas ou estranhas aos valores culturais dos avaliadores. Quando se perguntava ao morador onde ficava tal unidade de saúde, este informava que era a apenas “duas léguas”, essa expressão cultural significava que a distância entre um local e outro era considerada pelo morador como pequena.

Vale dizer que na percepção dos avaliadores externos, a expressão supracitada correspondia a uma longa viagem em estrada de chão correspondente a mais ou menos três horas para chegar à unidade.

Em outro exemplo tem-se que, em um belo ramal um veículo apresentou problemas mecânicos e as colegas “pmaquianas”, já cansadas e com fome, tiveram que subir na carroceria de outro veículo (outra equipe/ PMAQ). O local do incidente ficava à beira de um rio, por sinal muito lindo e sem luz, porém, ninguém queria pernoitar naquele lugar, pois a tradição diz que moça que dorme ao leito do rio pode desaparecer com os encantamentos da mãe d'água. Finalmente decidiu-se sair daquele local já ao anoitecer, em um só carro amontoadas umas por cima das outras.

Novamente Helman (2003), ao afirmar que a cultura é vista como influência do mundo, porém sujeita a mudança e também dependente do contexto local, apoia a percepção do aprendizado dos avaliadores ao lidar com problemas, estranhamentos e decidir por soluções que privilegiavam o desempenho da equipe e cumprimento das metas.

Cabe destacar que o difícil acesso entre as comunidades mais distantes e a sede do município foram percalços muito presentes no decorrer da pesquisa, embora solucionados, permitindo a realização da coleta de dados com sucesso e possibilitando, inclusive, fazer o censo das Unidades Básicas de Saúde que existiam, mas não constavam na lista de unidades cadastradas no CNES.

O cumprimento das rotas do censo e a avaliação da rede de atenção básica do estado, ao mesmo tempo em que provou ser uma tarefa árdua e cheia de problemas, oportunizou para os entrevistadores e supervisores o conhecimento de boa parte do território do Amapá. Incluem-se lugares maravilhosos como os balneários de Pontal das Pedras e o Sonho Meu, e uma comunidade que fica a 137 km de Macapá, na entrada do Pontal das Pedras. O local é formado por pedras de vários tamanhos e a maior pedra existente - “Pedra da Montanha Negra” -, assim denominada pelos nativos da região, possui 40 metros de altura e de seu topo avista-se aproximadamente 10 km de floresta virgem banhada pelo rio Araguari, formoso por suas águas cristalinas.

Foram encontradas situações como: unidade de saúde que não possui serviço de segurança responsável pelo local, tanto durante o horário de funcionamento quanto à noite e finais de semana, unidades novas sem uso, unidades sem profissionais, unidades sem condições sanitárias de funcionamento e unidade que fez mudança de sede coincidentemente com a visita de avaliação.

Nesse último caso, os profissionais que estavam aguardando eram uma funcionária que tinha somente quinze dias de trabalho e outra com dois anos no local e que relataram não saber “nem quem era esse PMAQ”. Durante o processo de avaliação, os entrevistadores tiveram dificuldades, pois se observou que ao pedir a apresentação dos documentos, eram informados que tudo estava na outra sede. Como foi solicitada a

comprovação, a situação deixou os funcionários insatisfeitos, pois realizaram várias vezes o trajeto entre uma unidade e outra, separadas geograficamente por uma serra, em busca da documentação.

Em municípios com área urbana pequena, a maioria das unidades básicas de saúde está situada na zona rural. As distâncias que constavam nas rotas quase sempre não correspondiam ao tempo real de deslocamento, pois as unidades situavam-se em comunidades muito distantes, praticamente isoladas em meio à vasta área rural do município. Consumiam-se horas em estradas em meio à floresta e muitas vezes encontrava-se a unidade básica de saúde fechada. Nesse caso, iniciava-se a procura por um informante que pudesse localizar um profissional ou com quem permanecia a chave da unidade - caracterizando a peculiaridade do funcionamento de algumas unidades em áreas longínquas e de difícil acesso.

Em um mesmo município pôde-se observar uma unidade básica de saúde muito bem estruturada, funcionando parcialmente por déficit de profissionais, e outras em péssimas condições, como uma unidade localizada em área de garimpo, que não apresentava infraestrutura mínima de atendimento à população e nem de trabalho para os funcionários da unidade.

A respeito da atenção oferecida aos usuários em determinada comunidade, observou-se que programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde não funcionavam e apenas eram disponibilizados insumos, como preservativos e alguns contraceptivos. Até mesmo a visita aos usuários tornava-se difícil, uma vez que a motocicleta disponível na unidade não tinha suprimento de combustível previsto, o que dificultava ou limitava o uso desse meio de transporte na comunidade.

“Como os trechos por rio eram geralmente muito longos e demorados, o cansaço e a exaustão foram comuns no dia-a-dia da equipe. Em contrapartida, a natureza com sua beleza incomparável proporcionava às equipes de avaliadores paisagens exuberantes.”



APONTAMENTOS SOBRE ACESSO E QUALIDADE DE SERVIÇOS

A garantia de acesso e qualidade, no caso do estado do Amapá, está relacionada tanto com a disponibilidade de um maior contingente de profissionais de saúde para compor equipes de saúde multiprofissionais, quanto com melhorias na infraestrutura dos estabelecimentos, bem como é necessário buscar soluções que atendam a diversidade e a singularidade das comunidades, tanto no aspecto geográfico estrito quanto no reconhecimento e preservação da cultura local. O que precisa ser garantido é, portanto, o direito constitucional de atenção à saúde.

Para Bellato e Araújo (2006), os serviços de saúde se organizam conforme uma lógica própria ao planejamento e programação de serviços, que difere da forma como o usuário se mobiliza em busca do cuidado, ou seja, não consideram significativa a importância de facilitar o acesso ao usuário, conforme seus hábitos de origem étnica, por exemplo, e determinam outra racionalidade.

As condições de funcionamento das equipes de saúde da família observadas no campo indicam uma baixa institucionalidade da política nacional de atenção básica no estado, onde os serviços de saúde nem sempre apresentam ou observam padrões e regras uniformes, dado sua condição de um bem público com função de ofertar atenção à saúde a todo cidadão sem distinção. Destaca-se a escassez de recursos humanos qualificados.

A Portaria nº 2.488/MS, 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). Esta Portaria trata do acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos e caracteriza a atenção básica como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção. (BRASIL, 2011). Tomando-a como referência para pensar a narrativa das vivências desse capítulo, percebe-se que sua implantação no estado ainda é incipiente e que muitos esforços ainda serão necessários para que o acesso e a qualidade da atenção básica à saúde sejam garantidos.

A carência de profissionais de nível superior foi uma constante: muitas comunidades não dispunham de médico, enfermeiro ou dentista e também não tinham acesso de modo fácil a esses profissionais. A Portaria citada acima afirma que a presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial. Ações compartilhadas entre a equipe produzem um processo de trabalho interdisciplinar que enriquece o campo comum de competências e amplia a capacidade de cuidado de toda a equipe, conforme alude Ceccim (2004).

Essa mesma portaria destaca que, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

“Em municípios com área urbana pequena, a maioria das unidades básicas de saúde está situada na zona rural. As distâncias que constavam nas rotas quase sempre não correspondiam ao tempo real de deslocamento, pois as unidades situavam-se em comunidades muito distantes, praticamente isoladas em meio à vasta área rural do município”.

162



CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Amapá, a experiência de envolvimento com a proposta do PMAQ favoreceu o reconhecimento e reflexão sobre as particularidades, fragilidades e fortalezas de construir o SUS no Norte do País, em plena Amazônia, que é envolta por tantas dificuldades, destacando o acesso, não apenas físico, mas político e territorial diante dos demais estados da Federação.

O desenvolvimento deste trabalho permitiu constatar que ainda estamos distante da consolidação dos princípios do SUS, diante de tantas fragilidades de gestão, e, paradoxalmente, evidenciar o comprometimento dos trabalhadores desse sistema, por “aspirarem” ver esses princípios se consolidarem. A concretização destes princípios requer, pelo lado do profissional de saúde, a transposição dos obstáculos impeditivos desse processo.

Ao introduzir a proposta de trabalho do PMAQ no Amapá, a instituição ENSP/FIOCRUZ estabeleceu parceria com a universidade, como instituição formadora, e com a secretaria de saúde, responsável pela prestação de serviços, favorecendo a realização desta avaliação externa e incentivando a pesquisa empírica em saúde pública no estado.

O panorama da saúde pública do Amapá reflete-se no processo de desenvolvimento e no resultado consolidado nos dados do PMAQ nesse estado, refletindo o quanto o poder público está distante dos usuários do SUS e o quanto os trabalhadores de saúde precisam de políticas de fortalecimento de suas práticas no cotidiano de trabalho.

Como avaliadores externos, observadores desse contexto e dessa grande pesquisa, que é proposta pelo PMAQ, fica a experiência singular, principalmente pelo envolvimento de alunos da Residência em Enfermagem, que puderam refletir o quanto os currículos de nossas instituições formadoras estão distantes de contemplar as peculiaridades regionais das várias etnias indígenas, comunidades quilombolas, castanheiros, ribeirinhos, garimpeiros, dentre outros.

Constatou-se a necessidade de envolver gestores em nível central, regional e local para discutir sobre as necessidades dos serviços, fazendo uso da escuta qualificada, buscando valorizar as singularidades de cada município, com o intuito de construir propostas de intervenção que venham atender as necessidades de solução dos problemas vivenciados.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, B. K. G. Educação para a cidadania informada. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infante**, Recife, v. 7, supl. 1, p. S09-S10, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10> Acesso em: 26 abr 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BELLATO R.; ARAÚJO L. F. S. **Novos olhares para o desenho dos itinerários terapêuticos e os territórios em saúde**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS REGIONAIS SUL-AMERICANOS: contrastes socioterritoriais e perspectiva de integração regional, 2, 2006, Cuiabá, Resumos... Cuiabá: UFMT, 2006.

BENEVIDES, R., PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, 10(3): 561-571, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n. 16, p. 161-77, 2005.

_____. Equipe de saúde: a perspectiva inter-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R; Mattos, RA. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

GALLOIS, D. T; GRUPIONI, D. F. **Povos Indígenas do Amapá: quem são, onde estão, quantos são, como vivem e o que pensam?** Museu do Índio. IEPÉ. 2009.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar no programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(1): 256-265 jan/fev., 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais enviadas para o TCU estratificadas por idade e sexo** pelo MS/SGEP/DATASUS. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popap.def>> Acesso em: 27 abr 2013.

MARINI, M. A; GARCIA, F. I. Conservação de aves no Brasil. **Megadiversidade**, v 1(1) julho 2005.

SILVEIRA, R.; et al. In: **Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas da Atenção Básica em Rio Branco**. Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde - Rio de Janeiro: CEPESC: IMS UERJ: ABRASCO, 2008.

TAVARES, F. F. C.; et al. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Engenharia Química. Universidade do Estado do Amapá**. 2010. Disponível em: <http://www.ueap.ap.gov.br/prograd/cursos/PCC/PPC_ENG_QUIMICA_Revisado_10_2011.pdf>. Acesso em: 27 abr 2013.

Alagoas

166



Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as singularidades do estado de Alagoas

Sidney Feitoza Farias
Marina Ferreira de Medeiros Mendes
Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
Petrônio José de Lima Martelli
Tereza Maciel Lyra



Alagoas



INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem por objetivo caracterizar o trabalho de campo da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ AB e do censo nas Unidades Básicas de Saúde – UBS no estado de Alagoas.

A experiência do trabalho de campo em Alagoas foi marcada por aspectos singulares, que vão da cooperação à resistência dos gestores, seja por incompreensão da proposta do programa, interesses financeiros, poder local, entre outros. Estes elementos foram acentuados pelo contexto do ano eleitoral numa região do país que tradicionalmente é caracterizada pela disputa acirrada nas questões políticas.

Desde os anos 90, a normatização do SUS em prol da descentralização do sistema trouxe a indução financeira para o contexto dos municípios brasileiros, exigindo sua adesão para implantação de programas (CASTRO e MACHADO, 2010). Tal fato nos leva a refletir sobre a adesão a programas, sobre os quais os municípios, muitas vezes, parecem não ter clareza suficiente para o seu desenvolvimento e sustentação, o que explica certo descompasso entre o tempo dos formuladores e dos executores de programas.

Para Marques e Mendes (2003), a capacidade de indução dos incentivos federais à Política Nacional de Saúde vem sendo a principal forma dos municípios viabilizarem recursos novos no campo da atenção básica, embora seja exigido que os municípios participem do financiamento dos serviços. Neste sentido, observam-se dilemas em relação ao “engessamento” dos repasses dos recursos federais para os municípios (SCATENA, VIANA, TANAKA, 2009). Assim, embora se tenha avançado nos investimentos, ainda não se reduziu o déficit social da saúde como política universal e equânime.

Este capítulo está organizado em seis sessões: na introdução apresenta-se uma visão geral do estudo e equipe institucional. A segunda contempla a contextualização do estado de Alagoas. A terceira descreve a dinâmica da seleção e preparação dos avaliadores. A quarta trata dos aspectos organizativos do processo de trabalho. A quinta aborda a atenção básica, trazendo a caracterização do trabalho de campo, destacando a articulação dos tempos e movimento dos sujeitos. A sexta e última sessão traz as considerações finais sobre a experiência, os pontos críticos e potencialidades do estudo.

O Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM, unidade da Fiocruz em Pernambuco, foi responsável por realizar 349 avaliações de equipes de Saúde da Família/ atenção básica, 494 censos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 1.396 entrevistas com usuários das unidades básicas visitadas.

O trabalho de campo iniciou-se em maio de 2012 e durou em média cinco meses, sendo a avaliação externa realizada em três meses. Foi executado por uma equipe de doze entrevistadores, três supervisores e dois coordenadores.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O estado de Alagoas possui área territorial de 27.767,66 km², com população estimada de 3.156.108 habitantes, dos quais 48,6% são homens e 51,4% mulheres, o que representa uma densidade demográfica de cerca de 113,7 hab./ km² (IBGE, 2010). Seu território está dividido em 102 municípios.

Apesar de ser o segundo menor estado em dimensão territorial, Alagoas sempre teve participação histórica marcante na política do país: na primeira república foi a terra dos marechais e, mais recentemente, apresentou representação política na presidência nacional e no senado.

É um dos maiores produtores de cana de açúcar do país. A participação da indústria da cultura canavieira na economia do estado atinge 45%. As outras atividades que possuem contribuição significativa são o turismo, com 23%, a indústria alimentícia, com 20%, e a de química e mineração, com 12% (IBGE, 2012).

De acordo com o IBGE (2010), há um contingente de 633,6 mil alagoanos (20,5%) que vive em condições de extrema pobreza. O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH foi de 0,677 (PNUD, 2008), indicando a necessidade de investimentos para melhorias nos indicadores de educação, saúde e renda. A mortalidade infantil no estado apresenta predomínio do componente neonatal, com um coeficiente de mortalidade infantil de 21,5 por 1000 nascidos vivos em 2011 (DATASUS, 2012).

Para reverter esses indicadores, o Estado tem investido esforços no desenvolvimento do Projeto Estadual para Redução da Mortalidade Infantil, em parceria com o UNICEF, e recentes estudos indicam melhoria na redução da mortalidade infantil. Porém, apesar dos avanços, os dados sinalizam deficiência nas ações da atenção básica à saúde, principalmente em relação ao componente do pré-natal e puericultura (ALBUQUERQUE e SANTOS, 2012).

A proposta de reorganização da saúde dividiu o espaço territorial alagoano em 2 Macrorregiões, com uma subdivisão em 10 Regiões Sanitárias, homologada na Comissão Intergestora Bipartite - CIB (ALAGOAS, 2012) (Figura 1). Para organização do processo de trabalho da avaliação externa do PMAQ AB, a divisão dos municípios por supervisores e equipe de entrevistadores considerou a lógica de divisão por sub-regiões do território de Alagoas, com a finalidade de distribuir, equitativamente, o número de municípios e UBS por equipes.

Figura I - Mapa com distribuição dos 102 municípios alagoanos por região de saúde.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas - SESAU, 2011

Em 2012, todos os municípios alagoanos possuíam equipes da Estratégia Saúde da Família, com cobertura média aproximada de 73% da população. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o estado tinha implantado 774 equipes, com uma estimativa de população coberta de 2.302.765 habitantes. Um fato que chama a atenção é a capital Maceió, que possui apenas 31% de cobertura de Equipes de Saúde da Família.



173



“Em 2012, todos os municípios alagoanos possuíam equipes da Estratégia Saúde da Família, com cobertura média aproximada de 73% da população. (...) Um fato que chama a atenção é a capital Maceió, que possui apenas 31% de cobertura de Equipes de Saúde da Família.”

Identificação das parcerias locais

O primeiro ato foi o contato com a equipe da Secretaria Estadual de Saúde - SESAU. Foram realizados vários contatos prévios para a discussão da proposta e três reuniões de articulação, onde a instituição de ensino fez questão de registrar a importância do papel do nível estadual neste processo. Um dos pontos percebidos, já na primeira reunião, foi a insatisfação da SESAU em relação a pouca participação das Secretarias Estaduais de Saúde no processo de pactuação para adesão ao PMAQ, uma vez que no início da pactuação, a SES não se sentiu devidamente valorizada pelo MS, de forma a exercer um protagonismo na articulação junto aos municípios. A interlocução aconteceu diretamente entre o Ministério da Saúde e os municípios.

É importante o entendimento deste dado do contexto, pois, apesar de superadas as dificuldades iniciais, em relação à valorização do papel da SES no desenvolvimento do processo, e as negociações caminharem para um acordo de cooperação entre a instituição de pesquisa e o nível estadual, numa segunda etapa estes sentimentos de insatisfação voltam à tona, repercutindo no movimento dos atores, influenciando o desenvolvimento do trabalho de campo.

Outra iniciativa foi buscar o diálogo com as instituições acadêmicas do estado de Alagoas visando envolvê-las no processo, porém, devido aos compromissos já assumidos na agenda das instituições e, por outros motivos, as articulações não avançaram.

Em relação aos municípios, houve a articulação prévia com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas - COSEMS-AL, para o entendimento da proposta de operacionalização da etapa da avaliação externa, buscando assim o apoio e a colaboração necessários à construção da agenda e viabilidade do trabalho de campo. Como desdobramentos, foi pactuada uma agenda para realização do piloto e a coordenação técnica do PMAQ em Alagoas entrou em contato com os secretários municipais e/ou coordenadores da atenção básica dos municípios.

Seleção e preparação dos avaliadores

Para viabilizar a seleção das equipes de avaliadores inicialmente foi realizada uma chamada pública *on-line*. A divulgação estabeleceu os seguintes requisitos para seleção dos candidatos: ter habilidade para utilizar computadores e recursos de conectividade; disponibilidade em tempo integral para aplicar os questionários e para viajar aos locais designados pela equipe de coordenação do PMAQ; ter boa capacidade de comunicação; ter experiência (desejável) em coleta de dados primários e residir nos respectivos estados para os quais se candidataram à função. Inscreveram-se 223 candidatos, dos quais foram selecionados para uma primeira etapa 24 entrevistadores e 6 supervisores.

A estratégia metodológica foi realizar a seleção simultaneamente ao processo de capacitação, considerando que nesta fase se iniciava o trabalho em equipe. Nesse treinamento dos profissionais, foram apresentados e debatidos os seguintes temas: A Política Nacional de Atenção Básica; o PMAQ: conceitos gerais, diretrizes e cenários; Pesquisa em saúde: conceitos, estrutura, pressupostos éticos; atribuições dos supervisores e entrevistadores, tipo de contrato/remuneração.

Para o trabalho de grupo foram discutidos os três instrumentos de avaliação externa, utilizando perguntas condutoras relacionadas aos objetivos, potencialidades e aplicabilidade. A opção por essa dinâmica teve como objetivo promover o conhecimento sobre o conteúdo dos instrumentos, a interação entre os profissionais e facilitadores e entre os próprios profissionais, estimulando a participação ativa, compartilhando saberes e experiências, articulando a teoria e a prática.

A oficina desenvolveu-se a partir da exposição dialogada sobre o funcionamento do sistema (roteiro dirigido - situações problema – dúvidas frequentes) e uma atividade prática de simulação da entrevista em dupla utilizando o *tablet*. A avaliação do desempenho dos candidatos utilizou critérios individuais e coletivos, sendo estes: a atuação nos trabalhos de grupo, a entrevista coletiva, utilizando um roteiro no qual um candidato entrevista o outro e vice-versa, e uma dissertação (individual) onde cada participante deveria avaliar a postura de um profissional frente a um “caso” (situação-problema) de pesquisa em uma UBS.

Além destes critérios, foram analisados também: a distribuição dos candidatos por região de saúde (local de residência), currículo, disponibilidade para viajar e assiduidade na oficina.

175

Ao final dos trabalhos, abriu-se espaço para que os participantes realizassem a avaliação da experiência em relação ao formato e processo de seleção. O “*feedback*” foi bastante positivo, com vários relatos sobre a importância da socialização do conhecimento, a inovação do processo e a satisfação em participar de uma seleção onde, pela primeira vez, não sentiram as pressões e tensões de uma competição. Para nós, coordenadores, atuando em múltipla função (docente, facilitador e avaliador) foi uma grata satisfação. O sentimento que ficou foi a sensação de estarmos plantando a semente para formação de uma rede colaborativa de conhecimentos para o nível local.

Nesta etapa de seleção da equipe, todo o processo e material foi compartilhado com a SESAU. As vagas disponibilizadas no treinamento incluíram dois técnicos da equipe da Diretoria de Atenção Básica – DAB/SESAU. Durante esse período houve uma boa interação entre os coordenadores da pesquisa e os técnicos na construção da viabilidade do trabalho de campo.

Como produto, foram selecionados 12 entrevistadores e 3 supervisores. Os candidatos que alcançaram pontuação igual ou superior a 7 ficaram num banco de suplência para suprir possíveis substituições. Esta estratégia viabilizou a seleção de profissionais por região do estado (Sertão, Agreste, zona da Mata e região Metropolitana), visando facilitar o deslocamento e reduzir os custos operacionais. Além disso, o ganho adicional foi motivar a autoestima dos profissionais do interior que se sentiram valorizados pela instituição de pesquisa.

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO: ROTAS, ESTUDO PILOTO, ENTRADA NO CAMPO E MONITORAMENTO

Para organização do processo de trabalho e plano de rotas, foram realizadas várias reuniões entre a coordenação da pesquisa e representantes da gestão da SESAU para a identificação dos percursos e a estimativa do tempo necessário para os deslocamentos. O plano de rotas dos municípios teve como parâmetro as 10 regiões de saúde (as distâncias internas entre municípios, vias de acesso e obstáculos), sendo subdividido em 3 segmentos: Região Metropolitana de Maceió e Zona da Mata; Agreste e Sertão.

Apesar do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado apresentar a divisão por regiões de saúde, não existem estruturas descentralizadas com sedes de regionais de saúde, o que dificultou a definição dos aspectos logísticos e planejamento das atividades. Vale salientar que, em locais onde há uma estrutura física no território das regionais, este se torna um elo de fortalecimento, facilitando a composição das rotas e do processo de trabalho de campo.

176

A partir do engajamento das supervisoras de campo, ampliou-se o processo de mobilização para formalizar a agenda de visitação aos municípios. Apesar de previamente contatados, havia uma forte resistência por parte dos municípios em realizar a avaliação. Assim, a primeira agenda para realização de estudo piloto em três municípios selecionados foi suspensa por solicitação dos mesmos. Naquele período, um dos municípios sofreu um processo de intervenção, resultando na saída do prefeito e equipes, caracterizando um período bastante turbulento.

Somado a este clima, percebe-se mudança em relação à posição da gestão da atenção básica da SESAU, até então colaborativa, quanto ao posicionamento no processo da Avaliação do PMAQ. A situação de tensão levou à desistência de uma das supervisoras, fato que desencadeou alguns elementos para reflexão: a realização de uma avaliação externa, com um tempo limitado para preparação dos atores, em um ano eleitoral, constituiu-se em um grande nó crítico para operacionalização, principalmente se considerarmos o contexto histórico e político do estado.

A avaliação ainda é, frequentemente, associada a uma ideia “negativa”, relacionada a ações punitivas, temor e constrangimento. No Brasil, ao longo dos anos, investimentos vêm sendo feitos no sentido de disseminar a cultura avaliativa, objetivando que sua prática seja incorporada ao cotidiano dos serviços de saúde (HARTZ, 2002; FELISBERTO, 2006). Neste sentido, torna-se essencial o envolvimento, preparação e capacitação dos gestores e profissionais de saúde para garantir a utilização do conhecimento produzido. Porém, ainda há um longo caminho a percorrer para que, de fato, a institucionalização da avaliação se consolide.

Essa situação pode ser ilustrada quando da etapa da realização do piloto, para o qual foram pactuados três novos municípios. Porém, mesmo com a definição da agenda, houve um momento de muita apreensão, uma vez que às vésperas do piloto não havia confirmação sobre a operacionalização dos trabalhos. A estratégia de não recuar e persistir com a negociação foi exitosa. Superada a tensão inicial, a articulação com os municípios foi bastante positiva.

Durante o trabalho de campo, a coordenação técnica do PMAQ-AL esteve presente, tendo como primeira providência realizar uma reunião com o secretário de saúde, visando explicar os detalhamentos do processo, tirar dúvidas e, assim, estabelecer um clima de tranquilidade e cordialidade entre as partes.

No sentido de facilitar o processo de negociação da agenda, uma articulação com atores-chaves foi viabilizada pela coordenação técnica do PMAQ-AL, com apoio do coordenador geral da pesquisa, conseguindo assim a colaboração efetiva do COSEMS-AL no cenário do Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Este espaço foi um “divisor de águas”, um momento singular no processo. Promoveu a aproximação com a direção do COSEMS-AL, secretários municipais de saúde e coordenadores da atenção básica, o que permitiu a construção do cronograma.

A experiência de articulação com os secretários e coordenadores municipais no espaço do evento do CONASEMS foi para a equipe de supervisores do PMAQ um grande aprendizado em relação às novas habilidades e competências necessárias para vencer o receio/resistência dos municípios em relação à avaliação externa. Após o evento, cada supervisora ficou com a responsabilidade de fazer contato com os gestores para agendar o dia da visita ao município.

Para planejamento da logística das rotas foi definida a sequência geográfica e quantidade de UBS. Foram ainda estabelecidas metas considerando o tempo de aplicação dos questionários, dias necessários em cada município, distância (km e barreiras), acesso e possíveis imprevistos.

A etapa seguinte foi viabilizar o deslocamento da equipe. Neste sentido, tivemos o apoio da maioria dos municípios com a disponibilização de transporte intermunicipal, além do intramunicipal, que já era de responsabilidade dos municípios que aderiram ao PMAQ, conforme pactuação com o MS.

O monitoramento foi desenvolvido através de um canal permanente de comunicação entre a coordenação técnica e equipe de supervisoras do PMAQ-AL. Os encontros foram divididos entre reuniões internas e visitas aos municípios e tinham como objetivo apoiar a equipe, esclarecendo as dúvidas, realizar o “check list” dos encaminhamentos das metas e pensar juntos soluções para os problemas a partir do compartilhamento das experiências vivenciadas.

Cada supervisor era responsável pelo monitoramento do trabalho de quatro entrevistadores. A colaboração mútua foi importante para o amadurecimento da equipe, que teve que lidar com várias desistências e substituições de entrevistadores durante o processo. Assim, muitos desafios foram superados, possibilitando o conhecimento da realidade local e as singularidades de cada município.



178



“Estar no campo foi uma experiência ímpar. A revisão do cronograma de atividades em cada município foi um exercício permanente de negociação. Em alguns municípios houve entendimento e possibilidade de antecipar a agenda programada, em outros, não houve acordo.”

A ATENÇÃO BÁSICA

Caracterizações do trabalho de campo: articulação dos tempos e movimentos dos sujeitos

O trabalho de campo se estruturou a partir de uma lista de adesão de unidades básicas à avaliação externa, que era a base para a programação das visitas. Quanto a este aspecto, viu-se uma primeira dificuldade ao se observar divergências entre o quantitativo de unidades informado pelo MS (Censo e PMAQ), a relação fornecida pela SES e o encontrado em cada município. Muitas unidades que constavam na relação do CNES/MS não deveriam ser incluídas, pois não faziam parte do foco da pesquisa naquele momento (ex. NASF, Centros de Especialidades, entre outros).

Estar no campo foi uma experiência ímpar. A revisão do cronograma de atividades em cada município foi um exercício permanente de negociação. Em alguns municípios houve entendimento e possibilidade de antecipar a agenda programada, em outros, não houve acordo.

É preciso entender que tal decisão nem sempre está relacionada à “boa vontade” dos gestores. No cenário político dos municípios de Alagoas (período pré-eleitoral) houve processo de intervenção em três municípios do PMAQ, com troca de prefeitos e também mudanças de secretários de saúde, de gerentes da atenção básica e profissionais das equipes técnicas, o que potencializou as tensões, causando dificuldades para novos contatos e articulações.

A resistência de alguns secretários, muitas vezes, era por desconhecimento, considerando as mudanças e fase de adaptação das novas equipes. A abertura para repactuação e a necessária habilidade da equipe do PMAQ para lidar com as oportunidades de avanços e retrocessos foram as principais características no desenvolvimento dos trabalhos.

A gestão da atenção básica na maioria dos municípios alagoanos enfrenta desafios para atender a demanda de problemas de saúde que são recentes, representados pelo complexo mosaico de tripla carga de doenças (MENDES, 2010)¹.

Dessa forma, coordenar o incremento da atenção básica no âmbito municipal, tendo como diretriz do SUS ser este nível o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, parece ser uma atribuição bastante complexa e ainda distante da realidade. Além disso, os recursos são insuficientes para dar conta das necessidades de saúde de 20,5% da população que vive abaixo da linha de pobreza.

¹ Para Mendes (2010), a situação de tripla carga de doenças representa a convivência de doenças infecciosas, parasitárias, problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas.

Como consequência, o que verificamos em muitos municípios foi a necessidade urgente de investimentos, considerando as condições da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada, ambiência pouco acolhedora, inadequadas condições de trabalho para os profissionais, ausência e/ou alta rotatividade de profissionais (principalmente os médicos) e incipiente processos de trabalho orientados em função de prioridades, metas e resultados.

Essa realidade assemelha-se a de muitos municípios do país, principalmente os de pequeno porte. O coordenador da atenção básica parece sobrecarregado de responsabilidades, tanto de demandas do município, quanto das agendas e atividades advindas da política de saúde dos níveis estadual e federal. Em alguns locais o profissional também atua na assistência.

O excesso de atribuições dificulta o acompanhamento das equipes e muitas vezes causa sentimento de frustração, dando a impressão de não estar conseguindo desenvolver com eficiência sua gestão. Para Merhy (1999), incluir a dimensão cuidadora e a valorização das tecnologias leves nas organizações é fundamental para promover mudanças qualitativas no patamar produtivo.

Neste sentido, os entrevistadores relataram algumas iniciativas exitosas, com equipes das UBS desenvolvendo suas atividades de forma integrada, tendo o planejamento, análise da situação de saúde da área e práticas de acolhimento humanizado aos usuários incorporados na rotina da unidade.

É consenso entre os atores que avaliar o desempenho da atenção básica em saúde é uma iniciativa relevante para o SUS e para a população brasileira (BRASIL, 2012). Premiar o melhor desempenho com incentivos financeiros e apoio técnico-científico sistêmicos pode estimular a melhoria da atuação das equipes das UBS e criar um ciclo virtuoso de inovações no processo de trabalho, a busca da equidade e a participação dos usuários. Por outro lado, é importante destacar que a articulação entre pesquisa e incentivo financeiro à estruturação da atenção básica, e a realização da pesquisa num contexto de processo eleitoral nos municípios, são aspectos que devem ser considerados na análise dos resultados encontrados.

Os diários de campo das supervisoras, entrevistadores e coordenação técnica foram importantes para “captar” a percepção sobre a experiência do trabalho de campo. Para tanto, a equipe foi orientada a registrar as principais impressões do lugar e comportamento dos atores (receptividade, dificuldades, tempo, entre outros) ao final do dia de trabalho.

Assim, foi percebido o movimento de alguns coordenadores/gerentes que tentaram influenciar na coleta de dados na perspectiva de obter um resultado positivo na avaliação. Constatamos que, quanto mais próximas às eleições municipais, aumentavam as inquietações. Como, por exemplo, a visão equivocada dos profissionais sobre o PMAQ, considerando este como auditoria ou fiscalização, que poderia prejudicar os municípios, conforme se observa na síntese de alguns relatos:

[...] Em alguns municípios houve certa “pressão” por parte dos gerentes para ficar na sala, na hora da entrevista com o profissional da UBS. (entrevistador)

[...] pode-se observar indícios de utilização de pastas com documentações e equipamentos, exigidos na avaliação, transferidos de uma unidade para outra e, em alguns casos, até entre municípios. O fenômeno foi apelidado de “KIT PMAQ”². (supervisora)

[...] nos esforçamos pra mudar a visão de auditoria [...] eles entendiam o PMAQ como uma auditoria, alguns falaram que a gente era da CPI. (entrevistador)

Entrevistas com usuários nas UBS: limites e possibilidades

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso aprendemos sempre”
Paulo Freire

181

A qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde está diretamente ligada ao acolhimento e à satisfação do usuário (PINHEIRO e MARTINS, 2009). Escutar opiniões de usuários acerca do funcionamento das unidades básicas de saúde proporciona benefícios significativos, uma vez que possibilita repensar as práticas profissionais e gerenciais, visando o aperfeiçoamento da organização do trabalho e da prestação dos cuidados de saúde.

Em Alagoas, o número de equipes de Saúde da Família programado para realização da avaliação externa do PMAQ foi 349 e o efetivamente realizado correspondeu a 98,3%. Parte das UBS que constavam na relação do MS eram, na realidade, pontos de apoio (unidades satélites³) ou estavam desativadas no período da pesquisa.

Do universo de 1.400 usuários estimados para serem entrevistados, apenas 2,6% não foram entrevistados, justificado por recusa ou suspensão do atendimento no dia da visita da equipe de entrevistadores do PMAQ.

² O Kit PMAQ era composto, sobretudo, por documentos, mas em alguns momentos também foram identificados Kit PMAQ equipamentos (pequeno porte) e medicamentos da farmácia básica.

³ Unidades satélites são locais que funcionam como pontos de apoio destinados a atendimentos pontuais, que não se caracterizam como UBS.

A equipe encontrou muitas dificuldades na aplicação das entrevistas com os usuários. Um dos fatores diz respeito à organização e condições de funcionamento das UBS. Muitas delas funcionam em um só turno, em condições precárias e, para agravar a situação, parte do período da pesquisa coincidiu com uma greve de profissionais médicos, causando muitos transtornos para os gestores e para a população. Os relatos das equipes do PMAQ são ricos nas descrições de contradições entre as tentativas de ampliação de cobertura e a garantia de uma efetiva acessibilidade, como se pode observar a seguir:

[...] Identificamos uma quantidade considerável de unidades do tipo “Postinho”, muitas em condições precárias de trabalho, funcionando com atendimentos apenas um ou dois dias por semana. (entrevistador)

[...] Equipes de profissionais cadastrados em uma única unidade e trabalhando em várias outras. [...] tanto na zona urbana como na zona rural tem sido frequente encontrarmos os chamadas de postinhos, unidades satélites. (entrevistador)

Outra dificuldade foi a incompreensão em relação ao processo avaliativo. Em algumas unidades, a equipe do PMAQ não pôde fazer a entrevista com os usuários, pois os profissionais haviam cancelado o atendimento/consultas para que pudessem realizar melhor suas entrevistas.

Porém, um dos fatores que mais influenciou negativamente foi a recusa dos usuários, motivado pelo temor em relação à proximidade das eleições municipais. Os entrevistadores perceberam alguns receios por parte de usuários quanto a possíveis retaliações futuras:

[...] houve muita dificuldade em relação à aplicação do módulo III, pois os usuários acreditavam que era uma pesquisa eleitoral e negavam-se, a todo custo, a responder qualquer pergunta. (entrevistador)

O relato acima nos faz refletir sobre a influência do contexto no momento em que o PMAQ passa a ser uma intervenção. É necessário compreender que não podemos falar de uma intervenção sem levar em conta os diferentes atores e os interesses que os mobilizam (CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ, 2011). São eles que dão sua forma particular em um dado momento do contexto.

Para entender o caráter pluridimensional do processo é preciso refletir sobre as implicações políticas e éticas (PINHEIRO, MARTINS, 2008). Isso porque, mais do que intervir, a avaliação consiste numa prática social que delimita objetos também sociais, em meio a um campo de intersubjetividade característico do campo da saúde.

O monitoramento do trabalho dos entrevistadores possibilitou conhecer a realidade e reforçar as orientações quanto à importância da abordagem aos usuários sobre a credibilidade do processo. Tal prática foi

de suma importância para minimizar algumas possíveis implicações (paciente com receio de fazer críticas aos serviços para não perder o acesso; dependência na relação com os profissionais, entre outros), uma vez que a configuração da pesquisa teve como definição realizar as entrevistas dos usuários nas UBS, mesmo tendo-se a clareza que esta opção reduziria seu potencial de avaliar acesso.

Com referência à aplicação do instrumento, os supervisores enfatizaram a tendência da maioria dos usuários entrevistados em atribuir nota máxima à equipe e ao serviço de saúde, mesmo, por vezes, contradizendo respostas de questões anteriores. Tal fato sinaliza possíveis inadequações na formulação das questões do instrumento e/ou receio do usuário em expressar uma avaliação negativa.

Segundo Serapioni (1999), parte dos usuários desconhece seus direitos constitucionais perante o SUS e o simples fato de conseguir um remédio após a consulta ou ter acesso à realização de um exame é o bastante para caracterizar o serviço como sendo de qualidade.

Uma situação inusitada vivenciada por uma equipe também pode ilustrar as dificuldades de comunicação entre os universos simbólicos do pesquisador e do pesquisado. No fim da entrevista foi mencionado que o usuário deveria atribuir ou “dar” (para facilitar o entendimento) uma nota à unidade de saúde, no que então ele retrucou: “eu não tenho dinheiro moça, se você tivesse dito que precisava pagar eu não teria feito essa entrevista!”.

Houve situações em que os profissionais tentaram influenciar na seleção de usuários a serem entrevistados. Por outro lado, o perfil da oferta de serviço (pré-natal, saúde da criança, etc.) programado no momento da avaliação possibilitou um possível viés de seleção:

[...] Ao chegar à unidade, tava tudo definido. O ACS me apresentou aos usuários selecionados pra entrevista. Não fiquei surpreso, pois já aconteceu antes, noutra município. Cancelamos as entrevistas e depois conversamos com a gerente da unidade. (entrevistador)

[...] O pré-natal, as consultas de hipertensos são em dias programados. O médico só atende pela manhã. A comunidade tem que chegar bem cedo pra pegar ficha. À tarde só tem um auxiliar de enfermagem. (supervisor)

[...] Estivemos em duas unidades distantes do centro da cidade: uma estava fechada e a outra só um usuário. O profissional não sabia informar sobre as questões do módulo II e nem sobre os documentos solicitados. Perdemos tempo. Mesmo tendo feito contato prévio. (entrevistador)



“A abertura para repactuação e a necessária habilidade da equipe do PMAQ para lidar com as oportunidades de avanços e retrocessos foram as principais características no desenvolvimento dos trabalhos.”

Realização do censo nas unidades básicas dos municípios

A realização do censo nos municípios foi uma grata surpresa, uma vez que tivemos a colaboração da maioria dos gestores para o deslocamento e alimentação, fato que merece destaque, pois isto não fez parte das negociações entre os gestores.

Cabe destacar que 25 unidades listadas pelo MS (4,4%) não se caracterizavam como UBS (ex. unidades prisionais, policlínicas, etc). Pode-se dizer que a realização dos censos foi de 100%, considerando a real situação encontrada.

Apesar da colaboração dos gestores, em alguns casos a equipe passou por situações bastante delicadas e até de riscos a sua segurança, em face das más condições de manutenção de alguns veículos somada à imprudência de motoristas. Esse é um tópico que precisa ser revisto no planejamento da próxima fase do PMAQ, junto com a melhor definição para a hospedagem da equipe de campo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos relacionados ao desenvolvimento de processos de avaliação e melhoria da qualidade da atenção à Saúde é, sem dúvida, uma necessidade e um desafio.

No entanto, a implantação de um programa como o PMAQ, num país com a dimensão continental do Brasil, com marcantes contrastes sociais, econômicos e financeiros, não é tarefa simples.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que pretendem formar um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. Para entender o que encontramos no cenário da etapa de Avaliação Externa é preciso ter em mente as ligações e interdependência (fragilidades) entre as etapas.

A pouca compreensão dos municípios (gestores e profissionais) em relação ao processo de avaliação foi um elemento dificultador ao desenvolvimento do cronograma. Durante a fase de planejamento houve uma boa interlocução com o nível estadual, porém, não foi possível contar com a colaboração deste como facilitador para a entrada da equipe no campo. Em contrapartida, o apoio do COSEMS-AL foi fundamental para viabilizar os contatos iniciais e a construção da agenda com os municípios.

O trabalho de avaliação externa do PMAQ foi realizado de forma bastante criteriosa e se constituiu em um rico aprendizado para toda equipe. Aprendemos com as estratégias de superação, com o processo de construção coletiva (entrevistadores, supervisores e coordenadores) com o exercício da flexibilidade, mediação, diálogo e a capacidade para equilibrar planejamento e improvisação.

Apesar dos pontos críticos, o trabalho foi exitoso, possibilitando, assim, uma aproximação mais real da situação de saúde dos municípios visitados, bem como do perfil da sua população, dos aspectos socioeconômicos e geográficos locais.

Para a equipe de avaliação externa do PMAQ ficaram pontos para reflexão: a efetiva adesão à melhoria da qualidade requer, antes de tudo, uma mudança de entendimento e atitude por parte dos atores envolvidos, fato que vai além da adesão formal (documentos) e do mero cumprimento de etapas para captação dos recursos financeiros. Também sinaliza a influência do período eleitoral e do contexto local. Neste sentido, é importante considerá-los quando da análise dos resultados e buscar entender em que medida as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação de uma intervenção/programa.

Considerando a complexidade e relatividade inerente ao conceito de qualidade (UCHIMURA, BOSI, 2002) e, tendo como diretriz do PMAQ a qualificação da atenção básica no Brasil, é desejável também que os instrumentos utilizados possam ser reavaliados, para a redução dos vieses observados durante o trabalho de campo.

Uma das etapas importantes no ciclo de melhoria da qualidade é a realização da autoavaliação. No âmbito do PMAQ, recomenda-se que esta seja baseada em ferramentas compostas por um conjunto de padrões de qualidade, que contribuirão para a identificação das prioridades para o plano de ação. Nos poucos municípios onde esta foi realizada de forma planejada e com tempo para que os profissionais se apropriassem dos conhecimentos, o processo de avaliação externa foi mais tranquilo e participativo.

A forma de interação com alguns municípios plantou sementes de transformação, capazes de criar raízes e contaminar positivamente o contexto local. Ao concluirmos esta etapa, esperamos que esta experiência possa contribuir como subsídio para a correção de rumos e reorientação de estratégias de ação. Assim, o sentido ético da avaliação se alia ao seu valor técnico e de responsabilidade social.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – SESAU. **Plano Diretor de Regionalização**. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/pdr/planodiretor>>. Acesso em: dezembro de 2012.

ALBUQUERQUE, C; SANTOS, J. **Avanços e Desafios**: A Redução da Mortalidade Infantil em Alagoas. Brasília, DF: UNICEF, 2012. Disponível em: <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/avancos_e_dasafios_mortalidade_alagoas.pdf>. Acesso em: fevereiro de 2013.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica** - AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde**: conceitos, métodos e diretrizes / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 140 p.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. **A política de atenção primária à saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (4):693-705, abr, 2010.

CHAMPAGNE, F. et al. **A avaliação no campo da Saúde**: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid. et al. (Org.) Avaliação: conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 2011. P. 41-60.

DATASUS. Ministério da Saúde - Secretaria Executiva. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2012.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):553-563, 2006.

FRIAS, P. G. et al. **Atributos da Qualidade em Saúde**. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.) **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. Cap. 4. p. 43-56.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva**. 8 (2):403-415, 2003.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (5): 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir comunicativo em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2):305-314, 1999.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R. ; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A (Org). Atenção básica e integralidade. Sao Paulo: [editora], 2008.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. (Org.). Rio de Janeiro: CEPEC/IMS-UERJ, São Paulo, ABRASCO, 2009. 376p.

SCATENA, J. H. G.; VIANA, A. L.; TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11): 2433-2445, nov, 2009.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da Sociologia da Saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. Saúde em Debate, v. 53, n. 23, p. 81-92, jan./jun. 1999.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(6): 1561-1569.

Roraima

190



Garimpeiro



Roraima e seus quintais

Jaime Louzada
Ricardo Luiz Ramos

191

Serra de Pacairama





Roraima



INTRODUÇÃO

Roraima não é exatamente um quintal, essa analogia pretende apenas chamar a atenção para as particularidades deste estado que nortearam a logística das atividades do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ. Essa singularidade lembra os quintais das cidades interioranas do Brasil, numa época de família numerosa, de grandes casas e quintais com suas cerquinhas de madeira. Nesse pequeno cercado de terra brasileira, percebemos uma característica que nos remete a relações de vizinhança, baseadas no relacionamento de cooperação interpessoal, constituindo uma organização social que vai além do certo e errado das leis que regem de forma homogênea a heterogeneidade local.

É possível apontar que, em certo sentido, Roraima apresenta essa forma de organização baseada em trocas informais por conta das suas especificidades. A realidade agrega elementos particulares na composição dessa complexa estrutura social. São eles que direcionam para a informalidade dos quintais percebidos durante as atividades do PMAQ, suas ramificações no que se refere à gestão e à organização dos serviços; na apropriação dos profissionais de saúde acerca do seu espaço de trabalho e nas diversas dificuldades relativas ao vínculo empregatício; nas relações de trabalho e nas condições de infraestrutura, sobretudo, na zona rural do interior do Estado.

Para a construção desse capítulo, privilegiou-se os registros em diários, relatórios e fotos, frutos do trabalho de campo. A incorporação deste acervo documental teve por objetivo retratar as experiências vivenciadas pela equipe do PMAQ, trazendo para o debate impressões que os instrumentos de coleta não deram conta de responder. Como fonte teórica, além dos periódicos, utilizou-se fonte de pesquisa realizada por alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Roraima sobre a precarização do trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Em uma terceira seção é abordada a organização dos serviços de atenção básica no estado e sua gestão, especialmente a gestão do trabalho em saúde. E finalmente são apontadas as considerações finais.

CARACTERIZANDO RORAIMA

Dentre os estados da Federação, Roraima é o mais setentrional de todos, figurando no extremo norte do País, delimitando a tríplice fronteira - Brasil, Venezuela e Guiana Inglesa. Limita-se ainda, dentro do território brasileiro, com os Estados do Pará e Amazonas. O Estado tem sua capital, Boa Vista, como a única capital brasileira situada totalmente no hemisfério norte do globo terrestre.

Quanto ao clima, o Estado possui duas estações bem definidas: chuvosa (inverno), presente entre abril e setembro; e a estação da seca (verão), que ocorre de outubro a março.

Seu território, com área aproximada de 224,3 mil km², representa o 14º maior estado brasileiro em extensão territorial. É relevante aludir ao fato de que 46,4%¹ dessas terras são reconhecidas como área indígena.

A população de 450.479 habitantes² revela uma densidade demográfica de 1,76 habitantes por quilômetro quadrado. Embora escassamente habitado, Roraima demonstra uma diversidade cultural elevada, com presença de imigrantes das diversas partes do Brasil, com ênfase na presença dos maranhenses e gaúchos, que têm robusta representação no Estado.

Além da presença marcante dos imigrantes, cerca de um décimo da população geral do Estado de Roraima é formada por indígenas. O censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela 50.406 pessoas residentes em terras indígenas, das quais 40.220 declaram-se indígenas; 6.285 não se declaram indígenas, mas se consideravam como tais; e 314 negam qualquer vínculo étnico indígena.

Este universo de indígenas que representa mais de 10% da população roraimense se divide entre as etnias: Yanomami, Ye'kuana, Ingaricó, Macuxi, WaiWai, Taurepang, Patamona, Saporá e Wapichana.

O acesso a essas populações indígenas, bem como à sede de alguns dos quinze municípios do Estado, segue distintos padrões, visto que Roraima apresenta uma geografia singular, onde parte do Estado é coberto por savanas do centro-leste americano, denominadas de *lavrado*, enquanto em outra parte predomina a floresta amazônica, com sua vegetação densa.

¹ 104.018,00 km² ou 10.401.800,0000 ha.

² Fonte: IBGE / Censo 2010.

Figura I - Mapa hidrográfico de Roraima



Fonte: <http://asnovidades.com.br/mapa-de-roraima-para-colorir>

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

Articulações e parcerias

Em meados de abril de 2012, realizou-se um primeiro contato da equipe da FIOCRUZ e do Ministério da Saúde com Roraima para apresentar o processo de avaliação externa do PMAQ. Nesta reunião estabeleceram-se parcerias e contrapartidas com a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista (SEMSA), Secretaria de Estado de Saúde (SESAU) e Universidade Federal de Roraima (UFRR).

Nestes termos, a SESAU ficou responsável pelo mapeamento das unidades de saúde a partir da lista preliminar fornecida pelo MS e pelos contatos com secretários de saúde dos municípios, que alegaram não ter condições de fornecer suporte logístico de hospedagem e transporte. A SEMSA Boa Vista disponibilizou um carro e um motorista para execução dos trabalhos nesse município. A UFRR disponibilizou sua estrutura física para realizar reuniões e as atividades administrativas do projeto, também selecionando um professor para coordenar a execução do projeto de avaliação externa e outro para supervisão do trabalho de campo.

A primeira ação do coordenador do projeto foi formalizar parceria com a Universidade Estadual de Roraima (UERR), a fim de nomear um professor capaz de apoiar a coordenação das atividades e também supervisionar os trabalhos de campo. Nesta parceria, a UERR disponibilizou dois professores da área da saúde para atuarem como supervisor de campo e entrevistador.

Na segunda reunião da ENSP/FIOCRUZ com os professores da UFRR e UERR, foram pensados e organizados o modelo de processo seletivo da equipe e a agenda das atividades do PMAQ – treinamento e seleção de pessoal, formação dos grupos de trabalho, reuniões de avaliação e término do projeto.

Já na terceira reunião, houve o mapeamento das unidades considerando as informações de localização, distância (Km/tempo), meios de transporte e condições das estradas. O planejamento foi realizado com base nessa equação ($\text{localização} = \text{km/tempo} + \text{tempo aplicação dos instrumentos de coleta (2h)}$), além disso, foram consideradas duas variáveis: condições das estradas e a meteorologia. No resultado da equação, foram acrescentados dois dias por conta das variáveis.

Fazer esta equação foi a primeira grande dificuldade, pois as informações fornecidas pelos motoristas e empresas de locação de veículos eram imprecisas e divergiam daquelas informadas pelas autoridades dos municípios. No entanto, percebemos que subestimar o período chuvoso em Roraima resultou em maiores contratempos para a realização do trabalho de campo - atoleiros, inundações, estradas interrompidas, pontes caídas, carro quebrado, equipe doente, decolagens sem condições de pouso nas áreas indígenas por conta da não visibilidade da pista, tempestades no Baixo Rio Branco, obrigando o barco a atracar nas barrancas do

Rio Branco e “Pemaqueanos³” improvisando acampamento. Este somatório, a nossa equação matemática foi incapaz de calcular com precisão, resultando em aumento nos custos financeiros e no tempo de execução das atividades.

Para dimensionar o problema, houve rotas em que o tempo de execução extrapolou em oito dias além do previsto, ou seja, (tempo previsto = cinco dias+ dois dias (variáveis) + oito dias sobressalente, totalizando quinze dias). Para concluir todas as unidades (censo) nessa rota, especificamente, foram gastos onze horas para preenchimento dos instrumentos, ou seja, apenas um dia de trabalho - O resto do tempo foi gasto em deslocamento. (Registro fotográfico de supervisor - ANEXO A).

Seleção dos supervisores e entrevistadores e organização de rotas

O processo seletivo foi realizado logo após a terceira reunião e todos os profissionais selecionados eram de nível superior (oito enfermeiros, um educador físico, um farmacêutico e um administrador hospitalar). Por uma questão de organização no sentido de cumprir a urgência do calendário, Roraima formou três equipes. A organização do organograma hierárquico do PMAQ Roraima pode ser descrito da seguinte forma: um coordenador geral, três supervisores de campo, dois entrevistadores na área indígena e seis entrevistadores divididos em dois grupos de atuação nas áreas urbanas, rurais e ribeirinhas.

O desenho da organização considerou a área indígena como uma demanda à parte que necessitaria de um planejamento e uma equipe específica. Essa especificidade incluía a seleção de duas indígenas na equipe, que além de realizarem o censo também foram intérpretes das línguas indígenas e guias nos voos visuais e nas rotas de carros por acessos sem estradas demarcadas. As rotas das áreas indígenas foram as únicas que utilizaram de forma conjugada aviões, barcos e carros.

A quarta reunião aconteceu com a participação da equipe selecionada e teve como objetivo dividir o grupo por rotas, estabelecer prioridades e montar os cronogramas. O treinamento realizado pelo pessoal da ENSP/FIOCRUZ aconteceu logo em seguida e durou três dias.

As rotas foram revistas por conta da prioridade nas unidades “pemaqueadas⁴”, por isso se criou urgências em razão do curto prazo, gerando estresse e desgaste na equipe. Apesar da corrida contra o tempo, o prazo foi cumprido na data prevista. Houve mais três reuniões de avaliação das atividades realizadas, replanejamento das próximas rotas e prestação de contas.

³ Forma carinhosa adotada por um supervisor de campo ao se referir aqueles integrantes da equipe que realizavam as entrevistas do PMAQ.

⁴ São unidades de saúde onde já havia sido aplicado o questionário para avaliação de equipes que aderiram ao processo de certificação, previsto no PMAQ.



199



Roraima, o 14º Estado brasileiro em extensão territorial, tem 46,4% de suas terras reconhecidas como área indígena. A comunidade indígena representa mais de 10% da população roraimense, dividida entre as etnias Yanomami, Ye'kuana, Ingaricó, Macuxi, WaiWai, Taurepang, Patamona, Sapará e Wapichana.

A divisão da equipe em três grupos obedeceu ao intuito de acelerar o processo e diminuir o desgaste da equipe, dada as condições de acesso e distâncias. Considerava-se como estratégia de organização dos trajetos das equipes de entrevistadores, a localização das unidades de saúde dentro e fora da terra indígena. Entretanto, em algumas áreas essa estratégia foi insatisfatória, pois muitas vezes a equipe responsável pelo censo da zona rural de um determinado município estava nas imediações de algum posto de saúde em área indígena e deixou de fazê-lo por que não tinha autorização para entrar e também por que outra equipe faria este posto em outro momento.

Balanço dos acertos e dificuldades

Na conclusão das atividades, o balanço foi considerado positivo. Realizou-se o censo em 182 unidades básicas, das 226 previstas; das 34 equipes de atenção básica previstas na lista de adesão, 33 foram avaliadas; e foram entrevistados 124 usuários, do total de 136 entrevistas previstas.

Observa-se que o censo não foi realizado em 40 unidades básicas de saúde das 226 listadas como cadastradas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no estado de Roraima. O censo não foi realizado por se tratar de unidades básicas desativadas ou que não existiam, outras porque tinham CNES duplicados ou porque eram unidades de atenção especializada cadastradas como unidades básicas de saúde.

No que se refere aos usuários, a orientação de entrevistá-los antes da consulta se apresentou como inadequada, visto que o questionário era extenso e os entrevistados eram chamados para consulta antes mesmo de terem respondido a metade do questionário. Então, a equipe de entrevistadores era forçada a desconsiderar o trabalho realizado e partir do zero com outro usuário. Outra situação que merece destaque diz respeito ao receio dos usuários em responder ao questionário, sobretudo porque os seus dados pessoais constavam no termo de consentimento livre e esclarecido. Isso foi uma constatação feita pelas três equipes.

Durante a pesquisa, alguns problemas foram identificados:

Informações equivocadas - Desde o início do trabalho de campo, os dados de localização e distância se mostraram imprecisos, o que aponta para uma reflexão acerca da atuação da gestão. As informações fornecidas geraram dificuldades que perduraram por todo o processo, uma vez que o planejamento foi construído em cima de tais informações, causando transtorno, desgaste e elevando o custo do projeto. Por outro lado, em algumas situações, essas informações eram fornecidas de forma assertiva pelos moradores.

Logística - É certo afirmar que a geografia, a topografia e as intempéries do estado de Roraima são condicionantes que devem ser consideradas num planejamento. Na maioria das vezes faz-se a revisão do

planejamento desconsiderando tais condicionantes. Desconhecê-las ou subestimá-las se traduz em desgaste e até sofrimento. O desenho topográfico da região mostra duas situações: região de floresta e lavrado (savana). São duas condições, cada uma com suas peculiaridades - na floresta são encontrados bastante atoleiros em razão da composição do solo. Já no lavrado, por se tratar de terreno plano, além dos atoleiros há inundações que impossibilitam a trafegabilidade por horas ou dias. Isso faz diferença na operacionalização de qualquer projeto que precisa adentrar neste espaço. Evitar o período chuvoso é garantir a redução dos problemas logísticos e custos. Além disso, a locação de transporte fica bem mais cara. Isso se houver alguém disposto a aventurar-se lavrado adentro.

Acesso ao interior do Estado - uma situação particular é a rede complexa de transporte. Em muitas rotas, sobretudo em terra indígena, a locomoção se dá por meio de avião, helicóptero, barcos, voadeira (espécie de bote de alumínio motorizado) e trilhas. Realizar o deslocamento demanda uma logística que envolve questões que vão além do transporte em si. Por exemplo, num percurso que se utiliza de um transporte mais simples conduzido por um ribeirão ou indígena, o pagamento é uma questão à parte, pois envolve um processo de interação de lógicas distintas, como: o pagamento por serviços prestados nessas áreas prescinde da comprovação de serviços como recibos, notas fiscais, entre outros.

Para finalizar, há um problema que não se pode deixar de inserir no rol das dificuldades - a comunicação - que se apresenta em dois sentidos, sendo o primeiro deles o sistema de comunicação, como internet, telefone, celular e radiofonia (comum em área indígena e necessário nesse universo). Em muitos municípios não há acesso adequado ou pelo menos de qualidade, interferindo no agendamento da equipe com os secretários de saúde.

A comunicação no sentido de transmitir informações foi um problema durante a coleta das informações, dado o desconhecimento dos profissionais acerca de informações referentes ao questionário, que se abordará mais adiante.



“A segregação de uma unidade do interior está muito além da geografia. O isolamento é perverso à medida que nega os direitos constitucionais que asseguram o acesso à saúde na perspectiva dos princípios do SUS.”



A ESPECIFICIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NOS QUINTAIS DE RORAIMA

Ao identificar aquilo que entendemos como específico, é possível dimensionar o debate sobre a atenção básica no Estado de Roraima, no contexto da organização dos serviços de saúde e da gestão, mais especialmente no que diz respeito à gestão do trabalho em saúde.

A referência à reprodução dos quintais, como um modelo de vivência nos assuntos da atenção básica deste lugar, relaciona-se com certo tipo de informalidade no arranjo local, como ilustra o seguinte trecho do relato de um supervisor:

[...] Fiquei perplexo! Um Agente Comunitário de Saúde (ACS) informou-me ser o responsável pelo posto de saúde de uma determinada comunidade ribeirinha, porém ele estava indo à sede do município resolver assuntos particulares e não voltaria neste dia, mas quando eu chegasse na referida comunidade poderia pegar a chave do posto que ficou aos cuidados da senhora Maria, dona do comércio local. (Registro de campo)

203

A surpresa do supervisor com o arranjo local evidencia que as responsabilidades assumidas pelo ACS estão para além de suas competências, além de apontar para o distanciamento entre o observado e o modelo de organização da atenção básica, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Esse arranjo emerge como a solução local utilizada para dar conta de uma estrutura organizacional de Estado, ao mesmo tempo em que aponta para uma relação entre o agente público e o morador/usuário no intuito de garantir a produção de assistência em saúde em territórios segregados.

Monken e Barcelos (2005), referindo-se ao processo de formação de territórios em face de isolamento geográfico, trazem a expressão “segregação espacial aguda – cujo acesso aos serviços de saúde é restrito”. Essa forma de segregação se reflete no acesso em sentido amplo – acesso aos profissionais especializados, à tecnologia avançada, a uma boa estrutura, à gestão administrativa e ao cuidado.

A segregação de uma unidade do interior está muito além da geografia. O isolamento é perverso à medida que nega os direitos constitucionais que asseguram o acesso à saúde na perspectiva dos princípios do SUS. Outra fala extraída das anotações da equipe torna possível entender a dimensão dessa segregação:

O ACS responsável pela comunidade estava viajando para tratar de problemas de saúde na família. Sua esposa nos atendeu, o posto realmente estava desativado há muitos meses e os remédios ficam guardados na casa do ACS. Ao conferir

os medicamentos, constatamos que 100% dos Ácidos Fólicos estavam vencidos. (ANEXO B). (Registro de campo e fotográfico)

Mais uma vez, a informalidade e a fragilidade das ações do Estado se misturam, configurando arranjos locais que refletem excesso de responsabilidades assumidas pelo ACS e falta de profissionais habilitados para a gestão e assistência. Por mais que se reconheça os arranjos locais como legítimos, entende-se como necessário o fortalecimento das políticas públicas e sua implementação no sentido de assegurar os princípios norteadores do SUS, que incluem a universalidade da atenção à saúde e a integralidade como direitos sociais.

De um modo geral, os problemas da gestão se desdobram em várias direções, dentre elas a efetividade na condução da política de saúde, que muitas vezes desconsidera as especificidades locais. Esse espaço das diferenças produz conflitos em torno da atribuição de responsabilidade sobre os problemas, como se observa em outro estudo: “...nos manuais a teoria é perfeita, porém não contamos com instrumentos para realizar todos os passos adequados, muito menos com o apoio dos gestores” (OLIVEIRA, 2012).

Na medida em que as condições disponibilizadas para operacionalização das atividades de saúde apresentam escassez de estrutura de serviços e falta de apoio dos gestores, como garantir então o direito à saúde? A lei que regulamenta o SUS (Lei 8080, cap. II, artigos 24 e 25) nos indica duas direções – buscar a assistência complementar de serviços de saúde de iniciativa filantrópica ou privada nas formas previstas na lei.

Contudo, a complementaridade do Sistema deve ocorrer por via de pessoa jurídica, privilegiando-se as entidades filantrópicas sem fins lucrativos. Parece não ser o caso aqui apresentado, e sim a fragilidade do sistema municipal para implementar a política de saúde do SUS com gestão, assistência, financiamento e controle social compatíveis com o direito presumido.

A dificuldade de se manter a presença efetiva do estado na região passa ainda pela lacuna na política de alocação de recursos humanos nas regiões de difícil acesso do Estado de Roraima, que se soma à frágil estrutura que impossibilita condições de trabalho dignas para o desenvolvimento das ações de saúde. Também a política salarial não bonifica o profissional que se propõe a cumprir expediente em regiões adversas, o que favorece a alta rotatividade de mão-de-obra qualificada.

Vale salientar que a captação de mão-de-obra qualificada encontra-se comprometida, uma vez que o Estado de Roraima carece de concursos públicos. Na maioria das vezes os profissionais estão de “passagem”, acumulando funções em cidades diferentes, daí a ausência deles em determinados dias da semana, como se pode constatar: “Tudo que vimos foram seis pessoas, entre elas duas eram ACS, sendo estes os únicos profissionais vinculados à saúde deste lugar”. (Registro de campo de supervisor)

Oliveira (2012), em seu estudo, aponta para a necessidade de se investir em capacitação dos profissionais de saúde, bem como promover a melhoria do ambiente de trabalho para reduzir as dificuldades de organização no contexto da gestão tradicional do Estado. Nesse sentido, entende-se que a precarização se coloca para

além do vínculo empregatício e envolve questões concernentes às condições de trabalho, à estrutura física das unidades e à falta de capacitação.

A implantação do modelo de atenção baseado na equipe de saúde da família deve considerar a diversidade regional. Para tanto, é essencial o domínio do território pela equipe, aí contemplando as reais necessidades dos moradores da comunidade para estruturar um modelo de assistência que permita aos membros da comunidade se inserirem na política de saúde desenvolvida.

Entretanto, a avaliação externa não evidenciou esta realidade mesmo naquelas unidades que dispõem da ESF. É notório o desconhecimento da equipe sobre o seu território e, assim, muitas informações foram negadas nas unidades visitadas. “Convém registrar que a enfermeira teve muitas dificuldades para responder as perguntas do questionário...”. (Registro de campo de supervisor)

O empoderamento de usuários quanto à organização do serviço na atenção básica requer um vínculo baseado no tempo de atuação da equipe profissional em determinado espaço, o que tem sido prejudicado na prática pela vulnerabilidade do vínculo empregatício dos profissionais, especialmente médicos e enfermeiros.

Louzada (2007) chama atenção para as dificuldades de estrutura, especialmente nas áreas indígenas, ao descrever o acesso e o ambiente de trabalho para a enfermagem nas mesmas. Segundo ele, o acesso realizado por hidrovias se tornava muito difícil em determinados trechos do rio, quando se perde as condições de navegação na vazante ou período de estiagem. Outra dificuldade vivida pelos profissionais de saúde diz respeito às trilhas ou caminhadas que dão acesso às aldeias localizadas no interior da floresta e distante dos rios. O percurso, além de ser perigoso e desgastante, dura em média dois dias de caminhada. O transporte aéreo pode ser mais rápido, entretanto, é mais perigoso em função das condições topográfica da reserva indígena e da própria condição mecânica da aeronave. Quanto ao ambiente de trabalho, é insalubre, perigoso e ergometricamente desfavorável. Geralmente o atendimento dos indígenas é realizado em estrutura física precária, sem equipamentos, com mobiliários inadequados ou muitas vezes a abordagem ocorre ao ar livre. (LOUZADA, 2007)

Esses profissionais estão sob risco de contaminação por veiculação hídrica – parasitose e diarreia; e riscos biológicos – malária e leishmaniose. Tudo isso aponta para a dificuldade de se fixar profissionais capacitados, sobretudo médicos e enfermeiros, submetidos a situações inadequadas. (Registro fotográfico - ANEXO C)

O termo precarização do trabalho é um conceito construído socialmente, caracterizado pela institucionalização da instabilidade e da insegurança por meio de novas formas de organização do trabalho. Tal organização é evidenciada pela terceirização, subcontratação e incipiência do Estado como regulador das relações de trabalho com a legislação, com a previdência e com o aspecto social. (ANTUNES, 2007)

Para o Ministério da Saúde, precarização é uma relação de trabalho que envolve formas de contratos onde não se contemplam componentes legislativos, sociais e garantias para os trabalhadores, como por exemplo: contratos verbais, ou formas irregulares – prestação de serviço em serviços públicos de forma continuada;

Os profissionais do PMAQ se depararam com contrastes significativos na gestão dos serviços de saúde. Por um lado, unidades em perfeita adequação para o atendimento, enquanto outras apresentavam problemas que as tornavam incompatíveis aos padrões mínimos de qualidade. A precarização das relações de trabalho chamou a atenção dos profissionais. “É um cenário de inquietude para quem o observa e de descrédito para aqueles que ali vivem ou desenvolvem o seu trabalho, num ambiente de conflitos e desencontros entre a gestão e a execução das ações de saúde”.

206



contratos por meio de cooperativas; vinculação por meio de cargos comissionados para serviços de assistência direta à população; ou ações inadequadas frente às responsabilidades públicas no setor saúde. Tal órgão cita ainda as terceirizações como forma de precarização, resultando na perda da capacidade de intervenção do Estado em funções estratégicas (BRASIL, 2002).

Alguns autores, como Santos-Filho (2007), destacam que o trabalho em saúde tem sido objeto de atenção do setor em razão da precarização, sobretudo no que diz respeito ao vínculo empregatício, que desconsidera os direitos constitucionais dos trabalhadores em saúde; e ao ambiente do trabalho, muitas vezes insalubre, sem suporte assistencial de longa duração para os usuários e se refletindo na saúde ocupacional da equipe, exposta a riscos e sujeita ao adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ousou-se na apropriação de inúmeros termos, conceitos e até mesmo de analogias e metáforas. O intuito foi proporcionar uma leitura leve e criativa, porém, sem maquilar o quadro inusitado da atenção básica no Estado de Roraima.

Durante as atividades do PMAQ, foram visitadas unidades em perfeita adequação para o atendimento, que deveria ser a regra. Contudo, se observou em muitos municípios as condições estruturais e de operacionalização das ações de saúde, que se mostraram incompatíveis com padrão mínimo de qualidade na perspectiva da gestão e da organização do serviço. Por um lado, foi possível observar usuários alheios aos seus direitos e, por outro, profissionais fragilizados pelo isolamento e pelo vazio deixado pelo poder público. É um cenário de inquietude para quem o observa e de descrédito para aqueles que ali vivem ou desenvolvem o seu trabalho num ambiente de conflitos e desencontros entre a gestão e a execução das ações de saúde.

Embora os manuais do Ministério da Saúde deem aporte importante para a condução das ações de saúde, é certo que ainda há dificuldades nesse campo, merecendo um olhar mais atento dos avaliadores e gestores em face da insatisfação dos profissionais, já observada em outro estudo em torno da Estratégia Saúde da Família (OLIVEIRA, 2012).

Então, esse lugar de conflito e desencontro também poderá ser o lugar de encontros, se a perspectiva dos sujeitos envolvidos for a concretização da política de saúde. As dificuldades estruturais e organizacionais, o hiato deixado pelo Estado, devem ser enfrentados para dar limites mais seguros à realização de ações de saúde nos espaços adversos, revendo os arranjos e a informalidade dos quintais.

Espera-se que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em suas diversas fases, e especialmente na fase da avaliação externa, possa oferecer uma contribuição sobre o contexto em que se desenvolve a atenção básica de saúde no Estado de Roraima e seja capaz de intervir no âmbito da ação dos diferentes atores envolvidos - gestores das diferentes esferas governamentais, profissionais e usuários, para garantir o direito à saúde. Seus propósitos - induzir a ampliação do acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, permitirão maior transparência e efetividade às ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012).

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, Graça e FRANCO, Tânia. **A perda da Razão Social do Trabalho**. São Paulo: BOITEMPO, 2007. Parte I. p. 13 e 14.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 14 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde** / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

HAESBAERT, Rogério. Da desterritorialização à multiterritorialidade. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10, 2005, São Paulo. **Anais**.

LOUZADA, Jaime. **Avaliação do trabalho da enfermagem na área indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro** – Amazonas. 2007. Dissertação (Mestrado Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – UFAM/ CPqLMDFiocruz/UFGA.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.898-906. Jun 2005.

OLIVEIRA, Silvio. **Precarização do trabalho na Estratégia Saúde da Família sob a visão do enfermeiro no município de Boa Vista** – monografia. Universidade Estadual de Roraima. Curso de enfermagem. 2012.

SANTOS-FILHO, Serafim, B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizadas: o contexto do trabalhador no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, Serafim, B e BARROS, M. Elizabeth, B de. **Trabalhador da Saúde, muito prazer!** Rio Grande do Sul: UNIJUI, 2007.

Espírito Santo



210

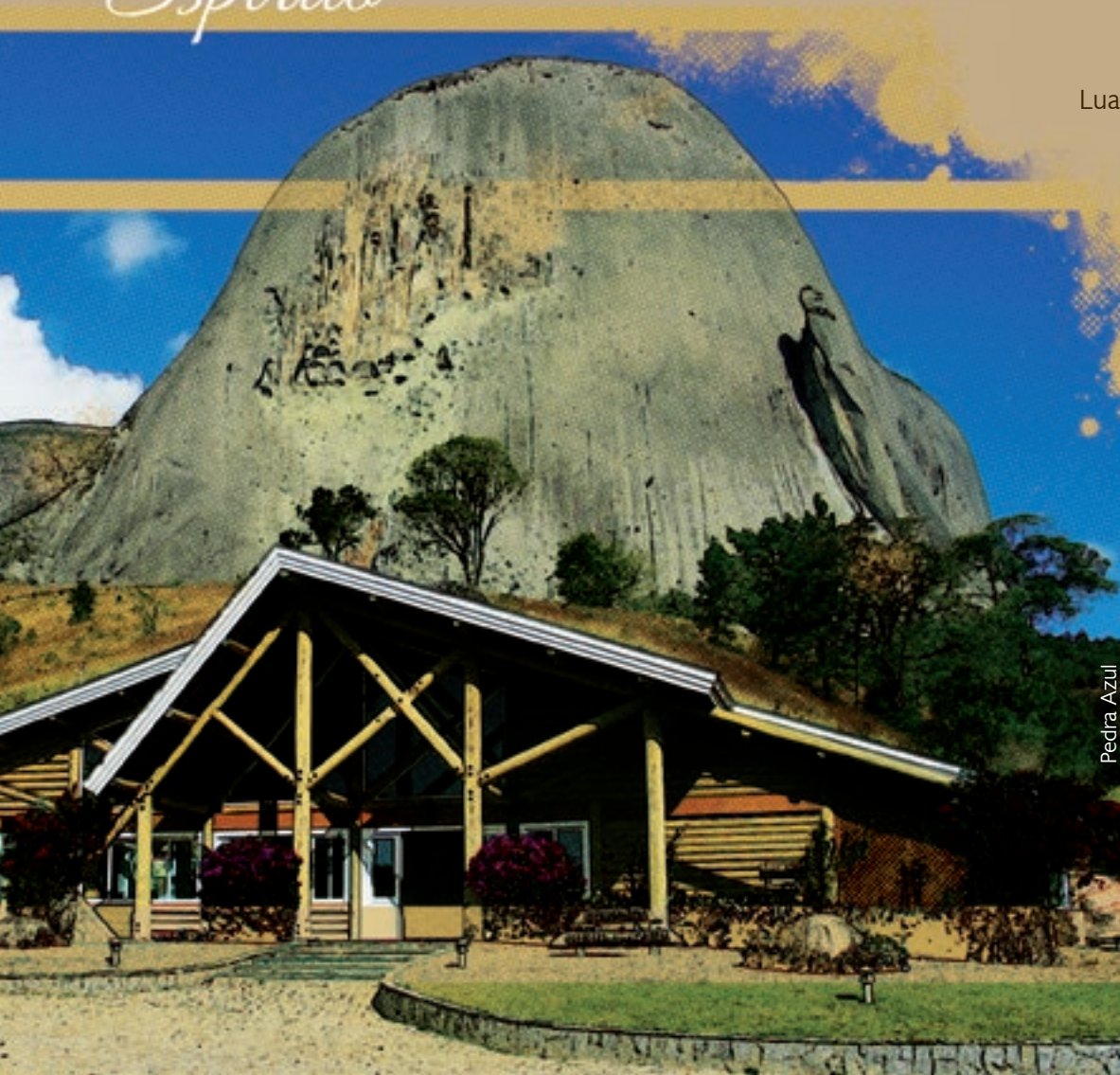
Moqueca



De rota em rota a Atenção Básica no Espírito Santo vai se (des)construindo



Rita de Cassia Duarte Lima
Priscilla Caran Contarato
Ana Claudia Pinheiro Garcia
Luana Del Carmen Mattanó Barbosa
Aline Corbellari Zamprogno



Pedra Azul



Espírito Santo



INTRODUÇÃO

O texto relata a experiência do processo de organização e implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), fase três - Avaliação Externa - no estado do Espírito Santo. Será apresentado um breve relato da constituição do estado do Espírito Santo e sua conformação política, econômica e geográfica, atentando para os processos de conformação dos equipamentos públicos, incluídos os da saúde. Trata-se ainda do processo de construção do PMAQ, desde os primeiros contatos para estabelecer as parcerias necessárias, sua implementação, descrevendo a elaboração das rotas, as dificuldades para sua concretização e como transcorreu todo o trabalho.

Buscou-se retratar como a atenção básica foi percebida pelos atores envolvidos, em particular os entrevistadores, supervisores e coordenadores. Foram destacadas as potencialidades e as fragilidades encontradas durante a coleta de dados e a complexidade de se produzir o PMAQ em um período particular de tempo, que foi o período pré- eleitoral nos municípios no ano de 2012.

O texto está dividido em três partes. A primeira diz respeito à construção do processo de coleta de dados para a avaliação externa da atenção básica. Traz questões relacionadas à instituição dos pactos, ao processo de seleção dos entrevistadores e seus perfis profissionais e à elaboração e constituição das rotas, levando em consideração as dificuldades e limitações de informações logísticas. A segunda parte desvenda o trabalho de campo, ressaltando as dificuldades, os pontos positivos e negativos, assim como as peculiaridades, os imprevistos e os fatos encontrados. A última parte traz as considerações finais acerca das experiências vivenciadas.

É bom pontuar que se trata de um relato de experiências, trazendo a riqueza e limitações desse processo, estando assim permeado por olhares interessados, particular e reconhecidamente carregados de subjetividades e das implicações e afetamentos dos atores envolvidos.

CONSTRUINDO A COLETA DE DADOS DA ATENÇÃO BÁSICA: O CONTEXTO CAPIXABA

O estado do Espírito Santo está localizado na região Sudeste do Brasil, possui uma população de 3.514.952 de habitantes, distribuída desigualmente entre os setenta e oito (78) municípios. Tem como capital o município de Vitória, que no último índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013), apresentou um IDHM municipal de 0,845, o que o coloca como o quarto melhor índice dentre os municípios brasileiros. A região Metropolitana da Grande Vitória é composta por sete municípios: Vitória, Serra, Cariacica, Vila Velha, Fundão, Guarapari e Viana (ESPÍRITO SANTO, 2011). Vitória foi considerada a segunda melhor capital para se viver no país, considerando renda, longevidade e educação oferecida à população. À exemplo de outros estados, a expectativa de vida da população capixaba tem aumentado nos últimos anos. O quadro de morbimortalidade acompanha o perfil epidemiológico brasileiro de doenças cardiovasculares, câncer e causas externas, com destaque para a violência por homicídio e acidentes de trânsito.

A média do IDHM dos 78 municípios capixabas foi classificada pela PNUD, 2013, como média, alta ou muito alta, apresentando scores em torno de 0,600. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no estado é de 0,80, ocupando a sétima posição no ranking nacional. Contudo, apresenta desigualdades regionais relevantes e inaceitáveis para o padrão de desenvolvimento econômico do estado.

Da população geral do estado, 83,40% equivale à população urbana, enquanto a rural compreende 16,60% (IBGE, 2010). Dentre os municípios, 52,56% possuem menos de 20 mil habitantes, 33,33% situam-se na faixa de 20 a 50 mil habitantes e somente nove municípios (11,54%) apresentam uma população maior que 100 mil habitantes (ESPÍRITO SANTO, 2011).

O estado, atualmente, possui uma economia baseada principalmente nas atividades portuárias, de exportação e importação da celulose extraída dos pinheiros de eucalipto, na indústria de rochas ornamentais (mármore e granitos), na exploração de petróleo e gás natural, além da agricultura diversificada, com destaque para o plantio de café. Este cenário propiciou que o Espírito Santo possuísse o 6º mais alto Produto Interno Bruto (PIB) per capita do país em 2010, segundo dados do Instituto Jones dos Santos Neves, respondendo por cerca de 2,2% do PIB nacional (IJSN, 2010).

Os equipamentos sanitários na AB do Espírito Santo contam com 863 Unidades Básicas de Saúde em atividade e 73 em construção. O modelo tecnoassistencial que orienta esse nível da atenção é a Estratégia Saúde da Família, que está implantada em 77 municípios, totalizando 585 equipes com uma abrangência populacional de 52,53%, apresentando sete Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 405 equipes de saúde bucal

implantadas em 71 municípios e 10 Centros de Especialidades Odontológicas, localizados em 10 municípios. (BRASIL, 2012).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi reformulado em 2011, dividindo o estado em quatro regiões de saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul, seguindo um padrão horizontal, diferente da verticalização presente no PDR anterior. Essa opção considerou a necessidade de fortalecimento das regiões, o potencial de desenvolvimento e facilidades no acesso aos serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2011).

A divisão teve ainda como objetivo qualificar a orientação do processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais, a garantia do acesso, da resolatividade, da integralidade em todos os níveis da atenção e da qualidade das ações e serviços de saúde. Considerou a importância em avançar na equidade, na racionalização dos gastos e otimização da aplicação dos recursos na região (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Albuquerque et. al. (2011) apontaram que o processo de regionalização deve ressignificar as ações de planejamento, o financiamento e a regulação de forma a construir uma proteção social de saúde mais justa, eficiente e equânime.

Esses autores identificaram que os municípios do Espírito Santo apresentam grande dependência do governo estadual para o planejamento, financiamento, regulação e gestão em saúde. Além de apresentarem baixa capacidade técnica, demonstraram baixa capacidade de articulação política, contribuindo para perpetuar o quadro de dependência em relação ao governo estadual. Essa realidade também foi observada pela equipe de entrevistadores do PMAQ, quando da realização do trabalho de campo nos municípios.

O foco das experiências aqui relatadas ocorreu no período da organização para a realização da terceira fase do PMAQ/ Avaliação Externa. Nesse cenário, as instituições de ensino e/ou pesquisa no país tiveram uma participação expressiva, tanto para a elaboração, validação, quanto para a aplicação do instrumento de coleta de dados nos municípios e também no processo de análise.

No âmbito do PMAQ, a Universidade Federal do Espírito Santo/ UFES se inseriu nesse processo a partir de novembro de 2011, com a vinda ao estado de um grupo de pesquisadores da ENSP, que apresentou a proposta de trabalho e propôs um convite de parceria à coordenação do Núcleo de Estudos em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva - Nupgasc, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFES. Em março de 2012, deu-se início o processo administrativo e político para viabilizar essa etapa junto à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Secretaria de Estado da Saúde (SESA), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Municípios.

Estabelecido os pactos interinstitucionais, ficou definido o prazo para a realização do processo de coleta de dados nos municípios de três meses (junho a agosto). Aqui, deparou-se com a primeira grande dificuldade: como num prazo tão curto dar conta de tarefas tão complexas e ainda em processo de construção, como por exemplo, elaborar rotas e definir itinerários? Imaginou-se a princípio que a SESA teria as informações e

a logística a respeito das melhores rotas a se percorrer. Entretanto, a SESA e nenhuma instituição no estado possuíam essas informações sistematizadas, com o detalhamento necessário para viabilizar o PMAQ.

Na tentativa de vencer os obstáculos e os desafios, percebeu-se a necessidade de aproximações e de novas parcerias. Ainda no mês de março de 2012, a coordenação local fez o convite a um dos membros do PPGSC/Nupgasc/UFES para ajudar na elaboração das rotas, entendida para os objetivos desse texto como “modo de traçar itinerários e percursos”. Tarefa que em princípio pareceu “simples”, logo se percebeu não ser real, devido à escassez de informações e a falta de experiência da equipe em confeccionar rotas. A participação das supervisoras na confecção e na re-elaboração dos itinerários foi fundamental, no que pareceu, à época, um interminável faz, desfaz e refaz de trabalho.

Reconhecer as limitações, as possibilidades e os desafios que se apresentavam foi fundamental na construção desse processo. A atenção básica capixaba, como se pode observar, possui singularidades e particularidades que são próprias da configuração de nossa gente, nossa cultura e tradição, com forte representação clientelista. Afirmção dada, Nunes (2003) aponta para relações baseadas nas “trocas generalizadas ou controle do fluxo de recursos materiais e de intermediação de interesses baseados em relações pessoais”. Essa forma de relacionamento tem marcado ainda hoje a relação Estado-sociedade no Espírito Santo, em particular em regiões em que as desigualdades econômicas, culturais e sociais estão mais presentes. O medo de participar do processo da avaliação externa, manifesto por parte dos usuários e mesmo de alguns trabalhadores, esteve presente em alguns momentos e cenários da coleta de dados, conforme será visto adiante.

217

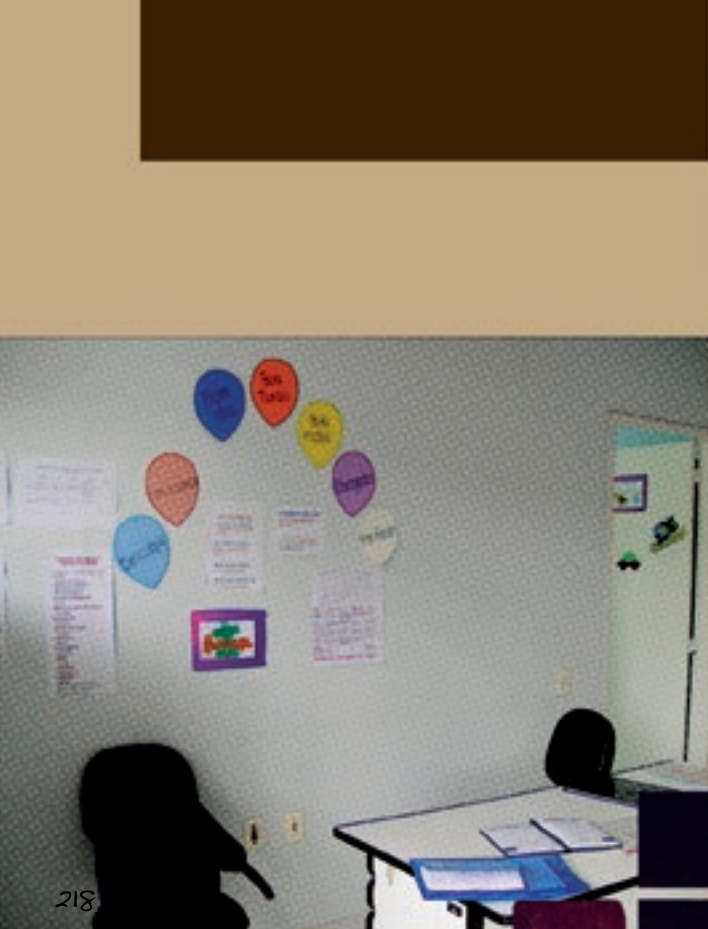
O Processo de Seleção e Treinamento dos Entrevistadores

A seleção dos entrevistadores deu-se nacionalmente a partir da inscrição dos candidatos no site da ENSP/FIOCRUZ. Todos os candidatos escolheram o estado em que pleiteavam uma vaga.

Alguns critérios foram definidos para o processo seletivo, tais como: possuir experiência ou formação superior em curso na área da saúde, preferencialmente ter carteira de habilitação e necessariamente disponibilidade para viajar para os municípios. Critérios de exclusão: vínculo empregatício, servidores da SESA e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), professores e alunos de graduação pela indisponibilidade de horário.

Foram convocadas para realizar as atividades de supervisão, quatro profissionais: uma enfermeira, uma dentista, uma psicóloga e uma cientista social com doutorado em saúde coletiva e atuação na área da saúde.

No processo seletivo para entrevistadores se inscreveram setenta e nove (79) candidatos, oriundos de cursos da área da saúde. Chamou atenção entre os inscritos a quantidade de profissionais desempregados



“Os usuários puderam expressar como tem sido acessar os serviços de saúde. Esse foi um processo ambíguo, pois ao vocalizarem sobre algo vital para suas existências, o fizeram algumas vezes passivamente, outras indignados. Em ambos, a sensação de impotência foi manifestada pelo medo em responder o instrumento e assim perder o “pouco que ainda tinham” de assistência à saúde em seus municípios.”



nas diversas áreas, em particular na enfermagem, o que merece uma reflexão cuidadosa a *posteriori* para compreensão do fenômeno de desemprego em determinadas áreas da saúde.

Foram convocados para o treinamento como entrevistadores vinte e duas pessoas das mais diversas profissões: psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, odontólogos, assistentes sociais e enfermeiros.

Seleção feita e acordos firmados, iniciou-se o processo de treinamento numa oficina que contou com a participação dos entrevistadores, supervisores e coordenadores no período de 23 a 26 de abril.

O treinamento foi realizado nas dependências do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva-PPGSC. A metodologia empregada priorizou conteúdos sobre o PMAQ, sobre as instruções e explicações acerca da aplicação dos três módulos dos questionários e sobre a atenção básica. A oficina foi organizada com trabalhos em grupo para que se pudesse identificar o perfil dos candidatos referentes a: disponibilidade, boa comunicação, familiaridade com o tema da AB, empatia, cordialidade e compromisso, dentre outros aspectos que mais tarde foram utilizados como premissa para a seleção. Assim, dentre os vinte e dois candidatos, quatorze foram escolhidos e selecionados. Posteriormente houve a necessidade de incorporar mais três entrevistadores para a realização do censo.

Após o primeiro treinamento, foram realizadas mais duas oficinas, sendo que a segunda não se efetivou integralmente, por atraso no envio e recebimento dos *tablets* e de outros materiais como: camisetas, mochilas, crachás, dentre outros, como também pela necessidade de modificações no aplicativo que abrigava os instrumentos avaliativos do PMAQ.

O recebimento do *tablet* foi um capítulo à parte. Toda semana era anunciada a sua chegada, o que, efetivamente, não aconteceu no tempo aprazado, causando transtornos e constrangimentos de várias ordens, principalmente no processo de treinamento. De início não tínhamos *tablets*, uniformes e crachás ou algo que nos desse a identidade PMAQ-ES.

A terceira oficina foi realizada com todos os materiais, incluindo os *tablets*, propiciando assim uma aproximação com a realidade e possibilitando que entrevistadores, coordenação e supervisores se conhecessem e se apropriassem do processo de avaliação externa.

A Equipe de entrevistadores do PMAQ, após os treinamentos e seleção, ficou com a seguinte configuração: oito enfermeiras, três nutricionistas, três psicólogos, duas assistentes sociais, uma farmacêutica. A supervisão teve uma enfermeira, uma cientista social, uma dentista e uma psicóloga e a coordenação estadual contou com uma docente enfermeira, confirmando o perfil profissional de feminilidade e jovialidade dos profissionais de saúde.

A Etapa seguinte foi de organização e estruturação do trabalho de campo, sendo estabelecidos critérios para definição dos itinerários que se traduziram em rotas.

Planejamento das rotas, organização do trabalho de campo e os limites nas instituições de saúde

Para o cálculo do tempo de trabalho, foi estimado que cada equipe seria constituída de um supervisor e quatro entrevistadores, responsáveis por realizar uma avaliação externa e um censo por dia, com a perspectiva de que o trabalho de campo para avaliação externa fosse concluído em noventa dias.

O planejamento das rotas mostrou as complexas intencionalidades e as disputas de poder para se referir à realidade, quando adentramos os territórios onde os acontecimentos se efetivam. Para a elaboração das rotas tomou-se como norteador o melhor acesso viário e as proximidades geográficas entre os municípios capixabas.

A primeira tentativa de traçar as rotas utilizou um programa disponível gratuitamente na internet denominado Google Earth. Percebeu-se que essa ferramenta não atenderia as necessidades da tarefa, devido às unidades não estarem com os endereços completos (faltava número, havia nome de rua incompleto, CEP errado, dentre outros problemas). Além disso, o programa mostrou baixa precisão para situar as unidades de municípios maiores e que se localizassem no centro das cidades.

Na tentativa de entender melhor esse processo, foi realizada reunião com técnicos da Secretaria do Estado da Saúde. Na ocasião, houve informação de que as Unidades Básicas de Saúde não estavam geoprocessadas, havendo a possibilidade de endereços desatualizados, unidades desativadas ou mesmo inexistentes, fato que se confirmou no período da coleta de dados.

Esse cenário impôs desafios e questionamentos: como fazer rotas de trabalho sem geoprocessamento das unidades ou mesmo uma listagem com o nome e endereço das mesmas atualizada? Como utilizar dados que não informam a situação real dos serviços? Como a política de AB vem sendo implementada nos municípios?

Nesse contexto de incertezas, entrou em cena o Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), vinculado à Secretaria de Estado de Economia e Planejamento (SEP), tendo como finalidade subsidiar políticas públicas no estado por meio da elaboração e implementação de estudos, pesquisas, projetos e organização de bases de dados estatísticos e georreferenciados nas esferas estadual, regional e municipal.

Vislumbrou-se a possibilidade de parceria com o IJSN, por meio de reuniões com os seus técnicos, para discussão da logística e apresentação dos objetivos do Censo e da Avaliação Externa. O IJSN disponibilizou em seu site o programa Quantum GIS, que ofereceu informações relativas à localização dos estabelecimentos de saúde. Com o programa instalado, a tarefa pareceu ser apenas pegar a listagem das unidades no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), presentes no site do DATASUS, traçar os itinerários e iniciar o trabalho de campo. Mas, como mostrou a realidade, nem sempre o que parece simples no cotidiano é efetivamente. Essas informações se mostraram insuficientes. Passou-se a considerar na elaboração das rotas

tanto o percurso quanto o tempo estimado para cada certificação. A primeira rota de trabalho construída foi a do município de Vitória.

A aplicação da rota no município de Vitória deu um parâmetro aproximado do tempo de aplicação do instrumento por cada equipe, informação que foi utilizada para definição do cronograma das rotas posteriores. Nas demais rotas, além desse parâmetro, foi utilizado o tempo de deslocamento de Vitória até os municípios. A base foram os roteiros estaduais de turismo, uma vez que este era o mapa rodoviário mais completo que se dispunha. A figura 1 mostra as doze rotas realizadas pelas quatro equipes envolvidas no processo.

Vale salientar que cada rota, antes da aprovação final, foi enviada ao município para apreciação, modificações e ajustes necessários. Porém, nem todos os municípios se empenharam em realizar a tarefa, havendo a necessidade de reconstrução da rota já no local, pouco antes de iniciar o trabalho de campo.

Na elaboração das rotas procurou-se associar os melhores itinerários e as disponibilidades e condições de hospedagem. Havia a princípio a esperança de os municípios apresentarem garantias mínimas de segurança e tranquilidade para as equipes descansarem após longas jornadas. Expectativa que gradativamente foi se desconstruindo no dia a dia da coleta dos dados.

Infelizmente, nem sempre a equipe PMAQ teve pousos tranquilos. O que levou a questionar: Será que os gestores leem o que assinam? Cumprem ou se preocupam com os acordos que pactuam?

Pela limitação das informações, foi necessário um mapeamento do estado, considerando a melhor infraestrutura de hotéis com condições sanitárias adequadas e com infraestrutura mínima de acesso às redes de informação. Esse foi o momento cartógrafo de busca de pouso seguro para a equipe e de condições para implementação e execução da avaliação externa.

Figura I - Mapa Descritivo das doze rotas realizadas no Estado do Espírito Santo



Fonte: Dissertação: 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. Zamprognio, A. C.

DESVELANDO O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no estado foi iniciado pela capital - Vitória, permitindo a realização da atividade de forma centralizada e com um acompanhamento mais próximo da coordenação e dos supervisores.

Com a sequência do trabalho de campo, observou-se municípios que apresentavam uma atenção básica organizada e que se prepararam previamente para a avaliação externa. Foram identificados municípios com fragilidades na sua organização, com gestores que centralizaram as informações, contribuindo para o despreparo das equipes para participar dessa etapa. Foram encontradas equipes que não tinham o mínimo conhecimento sobre os propósitos do PMAQ, sendo surpreendidas pelas demandas geradas pelo processo.

Diante desse cenário complexo e de muitas tensões, os pesquisadores constataram dificuldades referentes à gestão, aos trabalhadores e usuários, até ao próprio processo de coleta de dados vivenciado pela equipe PMAQ. Destacando- se:

- O descomprometimento e descuido dos gestores em relação à organização e preparação das equipes locais para a coleta de dados do PMAQ;
- A ausência de comunicação entre a gestão local e as equipes a serem certificadas. Foram identificados profissionais que desconheciam e não tinham nenhuma informação sobre o PMAQ. Assim, não foi incomum as equipes locais demonstrarem surpresa, incômodos e tensão com nossa presença, com medo do resultado, de retaliações e implicações da avaliação;
- Baixa articulação entre as gestões municipais e estadual, evidenciando problemas na regionalização. Mostrando que o processo não está consolidado, havendo vazios assistenciais e desigualdades regionais significativas;
- Condições inadequadas referentes à hospedagem por falta de estrutura e ou falta de comprometimento do gestor na acomodação da equipe. Em uma das cidades, o hotel selecionado tinha mofo, roupas de cama inapropriadas (algumas sujas), estrado da cama quebrado e vaso sanitário entupido;
- Em outros municípios tinham hotéis localizados anexos a postos de gasolina, próximos a casas de prostituição, hotéis antigos com mofo e ácaros. Situação que comprometeu a saúde dos entrevistadores acometidos por crises de alergias e rinites;
- A alimentação nem sempre foi adequada, principalmente em relação às condições de higiene. Na zona rural as limitações se mostraram ainda mais evidentes;
- O número de carros cedidos pelos municípios para o transporte da equipe nem sempre foi adequado para a realização do trabalho de campo, o que acarretava atraso na coleta de dados devido ao número de unidades e/ou a distância entre elas. Os carros disponibilizados nem sempre apresentaram condições

apropriadas para garantir a segurança dos entrevistadores e supervisores. Alguns motoristas eram responsáveis e gentis, mas também havia alguns imprudentes dirigindo em velocidade incompatível com o local. Esses fizeram ultrapassagens desnecessárias e perigosas, colocando em risco a própria vida e da equipe PMAQ;

- Os deslocamentos prolongados dentro dos municípios, devido à grande extensão territorial e às longas distâncias entre as unidades, impôs que os entrevistadores ficassem por longos períodos dentro dos carros, muitas vezes sem segurança e mesmo sem comunicação devido à ausência de sinal dos telefones;

- Dispensa dos usuários no horário da coleta dos dados e desconhecimento das equipes sobre a necessidade de ter quatro usuários por equipe para responderem ao módulo três do questionário;

- A proximidade com as eleições municipais foi realmente um atravessamento no processo, pela dificuldade de conciliar os tempos e interesses políticos, acadêmicos e da coleta de dados. Essa é uma situação que precisa ser revista nos próximos ciclos da avaliação externa.

O PMAQ foi carregado de singularidades, pois como em todo processo, houve dificuldades, mas também boas descobertas. Foram percebidas situações de empoderamento, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

Os usuários puderam expressar como tem sido acessar os serviços de saúde. Esse foi um processo ambíguo, pois ao vocalizarem sobre algo vital para suas existências, o fizeram algumas vezes passivamente, outras indignados. Em ambos, a sensação de impotência foi manifestada pelo medo em responder o instrumento e assim perder o “pouco que ainda tinham” de assistência à saúde em seus municípios.

Ao mesmo tempo, o campo mostrou que tanto os usuários quanto trabalhadores e gestores podem ser aliados e protagonistas nesse processo, ao se implicarem no trabalho de melhoria da qualidade da assistência prestada em seus territórios concretos de produção e reprodução da vida.

Muitos foram os pontos positivos. Destacamos:

- Um município da Região Metropolitana que possui em seu quadro de profissionais, farmacêuticos em praticamente todas as unidades;

- A existência da central de marcação de especialidades em cada unidade e equipes com a inclusão do profissional sanitário;

- O esforço e a decisão política da gestão para desprecarizar os vínculos irregulares e desprotegidos de trabalho. Foi uma tomada de decisão para mudar o cenário das relações de trabalho em menos de uma década. Dentre as ações observadas se destaca a mudança no percentual de ingresso de trabalhadores por concurso público. A realidade encontrada foi de noventa e quatro por cento (94%) dos profissionais concursados com Plano de Cargos, Carreiras e Salário instituído;

- A comunicação prévia realizada pela equipe PMAQ com os municípios. Essa estratégia facilitou o trabalho de campo, ratificando o compromisso dos vários gestores quando da chegada da equipe PMAQ ao município;



225

Durante o trabalho de campo, os pesquisadores encontraram boas experiências de gestão da atenção básica, como o alto percentual (94%) de profissionais concursados em um município, revelando o esforço de desprecarização das condições de trabalho. Há exemplos de municípios que mantêm um farmacêutico em praticamente todas as unidades de saúde, outros garantem a presença do sanitarista ou asseguram a existência da central de marcação de consultas especializadas em cada unidade.

- O esforço de um dos municípios do norte do estado, que mesmo vivenciando um momento político delicado devido à cassação do prefeito e à exoneração do secretário de saúde, a gerência da atenção básica assumiu os compromissos pactuados, ofertando uma hospedagem digna e propiciando que a coleta de dados se desse sem percalços.

- A parceria e toda a infraestrutura disponibilizada pela UFES, contribuindo para dinamizar e viabilizar todo o processo da coleta de dados nos municípios.

Para os entrevistadores e supervisores, a avaliação externa do PMAQ foi uma experiência singular, rica e gratificante, permitindo vivenciar um laboratório vivo de como se opera a atenção básica e ao mesmo tempo identificar os interesses em disputa, que são muitas vezes antagônicos aos interesses do SUS, e - observar a necessidade de qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A ida a campo permitiu a construção de uma visão crítica a respeito do sistema de saúde e o estabelecimento de relações de confiança, afeto, respeito e solidariedade entre os participantes da equipe PMAQ. Nesse sentido, os entrevistadores manifestaram o quanto foi importante a oportunidade de construção de um novo “olhar sobre a atenção básica”.

O PMAQ REVELA IMPROVISOS, ESTRANHAMENTOS, DIVERSIDADES E PRECARIIDADES NA ATENÇÃO BÁSICA CAPIXABA

Para garantir o planejamento dos cronogramas semanais, discutir as dificuldades encontradas, descontrair e partilhar os acontecimentos ocorridos, foi adotada uma dinâmica de reuniões realizadas nos finais da semana, após as viagens, que foram fundamentais para discutir as peculiaridades e características da atenção básica capixaba.

Imagem I - Reunião da equipe técnica - PMAQ-ES



Foto: Equipe PMAQ-ES.

Um dos primeiros fatos que causou estranhamento foi encontrar entre os impressos em uso numa unidade de saúde, após quase trinta anos de extinção, um formulário com o logotipo do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). De certa forma, essa situação refletiu o modo improvisado e desatento aos processos de mudanças do sistema de saúde, ou mesmo, a alienação e o mecanicismo na lógica de organização dos serviços de saúde.

Entre os constrangimentos vivenciados pela equipe PMAQ, foi recorrente a tentativa de intimidação dos entrevistadores para que antecipassem os resultados da avaliação ou mesmo a insistência pela gestão e/ ou pelos trabalhadores de informações relativas ao tempo de repasse de recursos financeiros, situações totalmente alheias à governabilidade da equipe de avaliação externa do PMAQ.

Constatamos que no Estado, a atenção básica tem se organizado de forma fragmentada, tendo como premissa a lógica do atendimento centrado em grupos específicos como hipertensos e diabéticos, saúde da mulher, saúde do idoso e assim por diante, diluindo os cuidados prestados aos usuários e se afastando da lógica que dá sustentação à ESF, como: vínculo, acolhimento e integralidade.

Os pesquisadores identificaram superficialidade no conhecimento demonstrado pelos trabalhadores sobre a organização da AB. Foi perceptível que a organização do trabalho, no que diz respeito à manutenção e controle do funcionamento do serviço na AB, está centrada no profissional enfermeiro, que se constituiu no processo da avaliação externa no interlocutor indicado para as entrevistas com a equipe PMAQ. Essa situação, pela recorrente manifestação por parte dos enfermeiros de sobrecarga de trabalho, merece um maior aprofundamento.

O improviso nos modos de organizar o serviço pode ser visto pelo grande número de unidades consideradas como pontos de apoio, em que os profissionais atendiam uma vez na semana, de quinze em quinze dias ou ainda uma vez por mês. Essa situação comprovou a dificuldade de fixação e/ou adesão dos profissionais de saúde, em particular o médico, ao modelo da ESF e também a permissividade dos gestores municipais em aceitar determinadas condições corporativas.

Outra questão que merece destaque diz respeito às formas de organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica no município. Foram identificadas equipes que organizam suas ações de forma itinerante, uma estratégia utilizada em um determinado município para garantir a assistência à saúde às populações rurais ou às regiões mais longínquas. Assim, as equipes de saúde da família se revezavam entre essas comunidades rurais que se localizam distantes umas das outras. O enfermeiro a cada dia situava-se em uma localidade diferente para atendimento. Nesses casos, todo o material, assim como os medicamentos, era carregado em uma maleta para atendimento aos usuários (Imagem 2).



“Constatamos que no Estado, a atenção básica tem se organizado de forma fragmentada, tendo como premissa a lógica do atendimento centrado em grupos específicos como hipertensos e diabéticos, saúde da mulher, saúde do idoso e assim por diante, diluindo os cuidados prestados aos usuários e se afastando da lógica que dá sustentação à ESF, como: vínculo, acolhimento e integralidade.”

Imagem 2 - Maleta utilizada pelas equipes para atendimento aos usuários



Foto: Equipe itinerante.

A desorganização e o pouco interesse da gestão na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica ficaram evidenciados em alguns municípios. As equipes de saúde reclamaram da limitação de informações acerca do processo de avaliação do PMAQ e dos improvisos cotidianos necessários para superar os problemas de infraestrutura do serviço.

Observou-se grande número de unidades desativadas ou fechadas e funcionando em locais improvisados, às vezes duas unidades funcionando juntas e com CNES ativos. Em outros locais havia pontos de apoio sem CNES. Foram encontrados medicamentos armazenados de forma inadequada, improvisados em caixas de papelão em contato direto com o chão, em prateleiras apoiadas nas paredes, cheias de mofo e misturadas a outros materiais (Imagem 3). Foram encontradas também geladeiras, que deveriam ser usadas apenas para vacina, com medicamentos vencidos e alimentos diversos.

Imagem 3 - Estocagem de medicamentos



Foto: Equipe itinerante.

Na avaliação com os usuários em uma determinada cidade da região serrana, foi encontrado um grupo que só falava o pomerano, dialeto próprio dessa comunidade de imigrantes. Nesse caso, as entrevistas com os usuários tiveram que ser traduzidas pelos profissionais de saúde.

A experiência do trabalho de campo foi muito valiosa e um aprendizado para todos os envolvidos, possibilitando uma reflexão sobre a implementação da atenção básica no estado. Duas questões chamaram atenção: as relações de trabalho estabelecidas e a ausência de ações efetivas da vigilância sanitária municipal, conforme previsto na legislação que dá sustentação ao SUS.

A questão dos vínculos empregatícios demonstrou relações de desproteção, adaptações e precariedades trabalhistas. A maioria dos profissionais apresentou vínculos precários, em particular relativos à falta ou limitação de benefícios e direitos assegurados. Foi comum encontrar vínculos por meio dos cargos comissionados, em que o trabalhador fica a mercê dos interesses político - partidário. Foram encontrados inclusive contratos sem nenhuma proteção trabalhista.

Nessas relações, pode-se destacar o profissional médico que não cumpre a carga horária estipulada e prevista em Lei. Suas atividades limitam-se apenas às consultas, sem que participem das reuniões de equipes e de outras atividades, tais como o planejamento das ações da Estratégia Saúde da Família e a visita domiciliar.

Vale destacar os relatos de coordenadores de unidades e dos responsáveis pela ESF nos municípios, justificando algumas precariedades ou mesmo adaptações das relações de trabalho. Dentre elas, a justificativa de que os médicos não são punidos pelo não cumprimento da carga horária pela dificuldade de inserir e fixar esse profissional. Relataram que os gestores temem o abandono do emprego, uma vez que os vínculos são precários. Esse abandono deixaria o município desassistido, com equipes incompletas e sem o recebimento do recurso financeiro.

É recorrente o discurso de que é “melhor que os médicos cumpram menos carga horária do que deveriam, do que não ter médico algum”. Isso demonstra claramente uma forma particular de organização do trabalho em saúde que aposta na baixa capacidade argumentativa e de informação dos usuários. Esse modelo tem sido alicerçado e pautado nos interesses corporativos, que nem sempre atendem as necessidades de saúde da população. Assim sendo, se colocam na contramão dos pilares da política nacional da atenção básica, onde está implícita a necessidade de uma política de pessoal mais consistente e atrativa, com vistas à qualificação da AB.

A sobrecarga de trabalho do enfermeiro foi uma das questões observadas. Via de regra, é o profissional que detém as informações sobre o processo de trabalho da equipe, chamando para si a organização e funcionamento das atividades das unidades, sendo responsável por organizar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e o controle de outras atividades e áreas de trabalho.

A ausência do farmacêutico foi outro ponto de destaque, pois não existe este profissional na maioria das unidades de saúde no estado. A dispensação de medicamentos é totalmente adaptada, realizada diariamente por técnicos de enfermagem ou mesmo por profissionais de apoio à saúde, como o auxiliar de serviços gerais. Foram encontrados municípios que apresentaram a assistência farmacêutica centralizada em locais de difícil localização, impondo dificuldades de acesso da população.

A insalubridade dos ambientes de trabalho foi percebida como um risco tanto para os trabalhadores quanto para os usuários. Essa situação propiciou questionamento sobre a ausência de ações da vigilância sanitária e da saúde do trabalhador. O mofo foi uma constante nas unidades visitadas no Espírito Santo, que se apresentaram como lugares insalubres com riscos ambientais e problemas de biossegurança.

Foi observado que no mesmo lugar onde se preparava e administrava medicamentos, eram feitos também curativos e outros procedimentos invasivos, além de consultórios odontológicos em salas com mofo e iluminação precária. (Imagem 4).

Imagem 4 - Consultório Odontológico repleto de mofo nas paredes



Foto: Equipe itinerante.

Constatou-se assim a fragilidade da Vigilância Sanitária dos municípios para exercer uma das suas principais atribuições, que é fiscalizar e monitorar os equipamentos sanitários. O mofo constituiu-se num potente analisador da atenção básica no Estado do Espírito Santo, refletido num modelo de gestão que Lima, Sodré e Andrade (2012) têm chamado de gestão do improviso, ou seja, “resolver os problemas a partir das demandas cotidianas, sem que para isso haja planejamento e investimentos em pessoal e em infraestrutura”.

No que se refere à saúde bucal, observamos que mesmo quando inserida na ESF, ela possui sua agenda e programação à parte. Os profissionais não participam das reuniões, o consultório geralmente fica no fundo da unidade e não há uma interação com os demais membros da equipe. A saúde bucal é isolada do resto da unidade e tem processo de trabalho aparte dos outros profissionais. Além disso, verificou-se a existência de consultórios odontológicos quebrados e funcionando em locais diferentes da unidade de saúde da família por falta de estrutura física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vencer o tempo ou os tempos nos permitiu ser produtores de parcialidades sobre a realidade, que são sempre provisórias. Parcialidades que mostraram distintas configurações da atenção básica, diferentes modelagens de gestão e de processos de trabalho que são, às vezes, potentes para qualificar a atenção e produzir novos desenhos de cuidado ou limitantes e desgastantes pelas fragilidades produzidas.

A experiência da avaliação externa permitiu identificar configurações de AB que se sustentam em ações assistencialistas e clientelistas, centradas majoritariamente nos interesses dos trabalhadores e gestores. Nesse caso, organizam-se pautadas pelos imprevistos e pela sustentação e permanência das condições de precariedade dos vínculos e das condições de trabalho insalubres. É caracterizada por gestão centralizada e com baixa capilaridade para o diálogo e horizontalização das relações com a equipe de saúde e usuários.

Mas, ao mesmo tempo, há muitos gestores implicados na construção do SUS/Atenção Básica. Preocupados em realizar uma gestão compartilhada com os trabalhadores, em sintonia com as necessidades de saúde da população e com as condições de trabalho dos trabalhadores. O movimento para desprecarizar os vínculos de trabalho por meio de concurso público deve ser realçado, assim como as possibilidades de ampliar ou reformar a infraestrutura física das unidades, conforme relatado por gestores e trabalhadores.

Percebeu-se que o PMAQ, em muitos casos, apoiou e induziu a reflexão das equipes sobre seus processos de trabalho, identificando prioridades, dificuldades, desafios e possibilidades de se inventar e criar novas formas de organizar e colocar em ação a AB no estado.

Uma das situações encontradas diz respeito ao momento político em que se realizou a coleta de dados. A proximidade com a eleição municipal criou tensões que julgamos desnecessárias em futuras edições do PMAQ. Esse processo não deve ocorrer em períodos próximos das eleições, pelos interesses muitas vezes antagônicos e mesmo pela tradição clientelista em nosso país. No Espírito Santo, não tem sido diferente.

Foram identificadas fragilidades na relação entre o estado e os municípios, com repercussões no processo de regionalização, particularmente no que se refere aos vazios assistenciais e às desigualdades econômicas e sociais que se perpetuam ao longo da história do Estado.

O mofo nas unidades de saúde compareceu como um potente analisador da atenção básica. Nesse sentido, foram encontrados padrões indesejáveis nos serviços de assistência à saúde, no que se refere aos riscos ambientais e de biossegurança, e de insuficiência na atuação dos serviços de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador. Esses são quesitos importantes que constituem limites e desafios e precisam ser bem apreciados nas próximas pactuações.

Foi possível identificar avanços importantes nos municípios como: a despreciação das relações de trabalho; a organização da atenção básica de acordo com os princípios que orientam essa política no país. Destaca-se, ainda, a forma responsável e comprometida como muitos municípios se organizaram para participar da avaliação externa.

Seguir os itinerários traçados pelas rotas possibilitou perceber as situações da AB, revelou a (des) estruturação das instituições, as péssimas condições da logística regional e a dificuldade de alguns gestores de assumir compromissos pactuados.

Foram encontrados serviços de excelência, organizados segundo os princípios e diretrizes do SUS e da AB. Essas situações foram percebidas através da infraestrutura e organização dos serviços, além da qualidade da atenção e satisfação tanto de usuários quanto dos trabalhadores. Nessas situações foi visível o comprometimento e profissionalização da gestão e dos trabalhadores para a oferta de uma AB de qualidade e, consequentemente, vislumbrando um bom desempenho nessa etapa PMAQ.

As dificuldades e tensões durante a avaliação externa foram vencidas pelas possibilidades que essa experiência proporcionou à equipe PMAQ-ES de aprendizado para a construção dos diálogos interinstitucionais; na observação das invenções que a maioria dos trabalhadores, gestores e usuários criam e produzem no dia a dia para dar conta das demandas e limites do acesso aos serviços de saúde.

Percebeu-se, também nesse processo, que a AB tem fragilidades e limites, mas também enormes potencialidades, a depender do jogo de forças e dos interesses protagonizados por cada um dos atores envolvidos.

Esse processo foi uma oportunidade única de produção em ato do alcance da AB e para reafirmar o quanto qualificar esse nível de atenção abre possibilidades para o acesso aos serviços de saúde e pode contribuir para mudanças no quadro sanitário em nosso país e, em particular, no estado do Espírito Santo. Enfim, foram identificados avanços, mas em contrapartida constatou-se também a necessidade de desafiar os desafios.

“Foi possível identificar avanços importantes nos municípios como: a desprecarização das relações de trabalho; a organização da atenção básica de acordo com os princípios que orientam essa política no país. Destaca-se, ainda, a forma responsável e comprometida como muitos municípios se organizaram para participar da avaliação externa.”



REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V; MELLO, G. A; IOZZI, F. L. **O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros**. In: VIANA, A. L. D e LIMA, L. D (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 117 – 172.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Atenção à Saúde. Dados referentes a 2012. Acesso em: 30 de maio de 2013.

BRASIL. **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] Republica Federativa do Brasil, Brasília, DF. p 79 a 80, 20 de junho de 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização 2011**. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=es>>. Acesso em: 30 de maio de 2013.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Indicadores socioeconômicos do Espírito Santo**. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/Sitio/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=52&Itemid=252>. Acesso em: 30 de maio de 2013.

LIMA, R. C. D. S.; ANDRADE, M. A. **Abordagens Gerenciais na Saúde**. Mesa Redonda apresentada no X CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. Rio Grande do Sul. 2012.

NUNES, E. **A gramática política do Brasil clientelismo e insulamento burocrático**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

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. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.

Tocantins

238

Pato Mergulhão





Avaliação externa do PMAQ no Tocantins: os nexos entre o novo Estado e a construção da Atenção Básica

Kelly Cristina Gomes Alves
Teresa Cristina de Carvalho Lima Neves
Fernanda Emília Bucar Porto

239



Tocantins

241



INTRODUÇÃO

O PMAQ AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Ministério da Saúde - 2012) prevê um conjunto de ações destinadas à avaliação da qualidade e das condições de acesso à Atenção Básica, além da certificação das equipes que aderiram ao Programa nas Unidades de Saúde em todo o país. O presente relato de experiência diz respeito especificamente às vivências da equipe - composta por coordenadores, supervisores e entrevistadores - que atuaram em campo durante a terceira fase (avaliação externa), do PMAQ AB no Estado do Tocantins, no período de junho a outubro de 2012.

O texto apresenta, em linhas gerais, o processo de construção do Estado do Tocantins, suas características, potencialidades e fragilidades, ao mesmo tempo em que expõe a evolução da Atenção Básica no Estado, privilegiando a experiência da construção do PMAQ em solo tocantinense.

O ESTADO DO TOCANTINS

Neste item abordamos o processo histórico que resultou na criação do Estado do Tocantins, apontando suas relações com a operacionalização do PMAQ no Estado. Buscamos descrever o contexto em que a avaliação externa foi se desenvolvendo, desde as fases iniciais do programa, culminando com o trabalho de campo.

Geografia

O Estado do Tocantins, região geográfica que pertencia ao norte do Estado de Goiás, foi criado em 5 de outubro de 1988 pela Assembléia Nacional Constituinte, tendo a cidade de Palmas definida como capital em 01 de janeiro de 1990. Tocantins é o mais novo dos 26 estados do Brasil e localiza-se na região Norte, sendo parte da Amazônia Legal. Faz divisa ao sul com Goiás; ao leste com Maranhão, Piauí e Bahia; a oeste com Pará e Mato Grosso; e ao norte com os estados do Maranhão e Pará. O clima predominante é tropical semiúmido, com temperaturas médias anuais variando entre 24°C e 28°C. As médias máximas ocorrem em agosto e setembro, com 38°C, e a média mínima mensal em julho, com 22°C, sendo que a temperatura média anual é de 26°C. Sua vegetação é de predominância de Cerrado (87% de seu território) com florestas de transição.

O Estado possui dois rios principais, Tocantins e Araguaia que, juntos, formam a maior bacia hidrográfica inteiramente situada em território brasileiro. Possui uma população estimada de 1.383.445 habitantes para o ano de 2010, numa área de 277.720,520 km², com uma densidade demográfica de 4,98 hab/km², distribuída por 139 municípios. Têm reconhecidas pelo seu governo 16 comunidades quilombolas e uma população de aproximadamente 10 mil indígenas, constituída por etnias Karajá, Xambioá, Javaé (que formam o povo Iny), Xerente, Krahô Canela, Apinajé e Pankararú, que se distribuem em mais de 82 aldeias, em municípios de todas as regiões do Estado. A economia tocaninense é baseada na agropecuária, ainda que o Estado possua grande potencial de exploração mineral e turístico (TOCANTINS, 2013. Disponível em: www.to.gov.br).

A execução da pesquisa PMAQ com a participação de membros da universidade federal de Tocantins possibilitou maior interação entre gestão dos serviços e áreas de pesquisa e ensino. “Esse contexto trouxe a possibilidade de aproximações tanto para os profissionais de saúde da rede pública quanto para os docentes, contribuindo para o processo de formação para o SUS e para novas perspectivas de pesquisa pela instituição de ensino”.



Breve história

Em 1809, com a criação da Comarca do Norte de Goiás, iniciou-se o movimento separatista, baseado na percepção de abandono e ausência de um poder público que fosse capaz de contribuir para a melhoria das condições de vida da população, o que culminou na emancipação do Tocantins. (DUARTE et al., 2010).

Foram registradas na história da Amazônia brasileira tensões na disputa por territórios e recursos nela existentes, num cenário de oposição: de um lado, grandes corporações do agronegócio, mineradoras, empresas consorciadas para a produção de energia, banqueiros, madeireiros, grileiros e fazendeiros; de outro, populações indígenas, quilombolas, ribeirinhos, quebradeiras de coco babaçu, pescadores e trabalhadores rurais. O Estado do Tocantins, como parte da região definida como Amazônia Legal¹, foi um palco importante dessas disputas. (ALMEIDA, 1991).

O Estado apresentou acelerada urbanização impulsionada pela implantação da Rodovia Belém-Brasília (BR-010). As migrações inter-regionais também tiveram um grande destaque no processo de formação do novo Estado, com aumento da densidade demográfica. Inicialmente, houve uma onda migratória proveniente da região Nordeste, posteriormente um fluxo de goianos do sul do Estado, mineiros, paulistas e gaúchos (GIRALDIN, 2002).

É um Estado jovem, cujos primeiros nascidos ainda não completaram 25 anos de idade. Da mesma forma, o processo de estruturação dos serviços essenciais de natureza estatal, como saúde, segurança, transporte, habitação, ainda são insuficientes. Com o crescimento econômico tocaninense, uma nova ordem social vem se configurando, acirrando as desigualdades e os conflitos.

O processo de consolidação do Estado carrega consigo características como: maioria dos municípios com menos de 5000 habitantes, extensas áreas com baixa densidade demográfica, distribuição desigual das riquezas e insuficiência de oferta de profissionais qualificados constituem a realidade do Estado.

O panorama da educação do Tocantins, hoje, é de 1500 escolas entre públicas e privadas. Na educação superior, o Estado conta com duas Universidades, as demais instituições são faculdades ou centros universitários, o que significa uma oferta reduzida de cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado), de linhas de pesquisa e de formação de especialistas para o cenário de complexos problemas locais.

Quanto à organização da rede de serviços de saúde, em especial os de Atenção Básica, houve uma evolução, no entanto ainda existem dificuldades efetivas de estruturação dos serviços, fixação de profissionais e gestão das condições de trabalho, incidindo diretamente no desenvolvimento do plano operativo da Avaliação Externa do PMAQ, descrito neste capítulo.

¹ A Amazônia Legal é uma área que corresponde a 59% do território brasileiro e engloba a totalidade de oito estados (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins) e parte do Estado do Maranhão, perfazendo 5,0 milhões de km². Nela residem 56% da população indígena brasileira. O conceito de Amazônia Legal foi instituído em 1953 e seus limites territoriais decorrem da necessidade de planejar o desenvolvimento econômico da região (Dados disponíveis em: www.ipea.gov.br).

Em 1994, o Tocantins iniciou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em apenas 16 municípios, e, no ano seguinte, o Programa já atingiu 116 municípios. Em 1998, iniciou a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e no ano de 2012 apresentou uma cobertura significativa de 82,05% da Estratégia Saúde da Família².

A operacionalização do PMAQ no Tocantins

Dos 139 municípios que compõem o Estado do Tocantins, 98 aderiram ao processo de certificação do PMAQ. Os demais municípios que não aderiram também foram visitados pela equipe de supervisores e entrevistadores, apenas para realização do Censo das Unidades Básicas de Saúde.

As atividades para a realização da Avaliação Externa iniciaram-se em janeiro de 2012, sendo o Programa coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em parceria com instituições locais. O início do processo foi de identificação e construção de alianças, reconhecendo a existência de profissionais com trajetórias e estudos diversos na área da Saúde. Essa estratégia facilitou a troca de conhecimentos e experiências sobre a organização do sistema de Saúde do Estado, e possibilitou a conseqüente operacionalização do trabalho.

Identificação e natureza das parcerias locais

A necessidade de estabelecer uma equipe local envolveu contatos com a Universidade Federal do Tocantins (UFT) e a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SESAU). A primeira reunião no Estado, com essas duas instituições, aconteceu em Palmas e formalizou a parceria. A UFT assumiu a coordenação local do PMAQ e a SESAU colaborou no contato com os municípios.

Agregar essas instituições como parceiras deu dinamismo e qualidade à execução da avaliação externa, bem como facilitou a integração entre gestão, serviço, pesquisa e ensino. Esse contexto trouxe a possibilidade de aproximações entre os profissionais de saúde da rede pública e os docentes, contribuindo assim para o processo de formação do profissional de saúde do Estado do Tocantins e para abrir novas perspectivas de pesquisa pela instituição de ensino.

² Dados obtidos na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SESAU).

O PMAQ, num primeiro momento, causou preocupações, particularmente na SESAU, uma vez que os processos avaliativos costumam causar tensão nas equipes, por conta da predominância do modelo tradicional de avaliação, verticalizada e com finalidades punitivas. Essa apreensão inicial foi agravada pelo truncamento de informações na divulgação inicial do programa junto ao Estado e mesmo aos municípios.

Houve então um esforço de esclarecimento sobre os objetivos e a metodologia da Avaliação Externa, reforçando o fato de não haver conotação punitiva e sim constituir um processo destinado a aperfeiçoar o trabalho da equipe, exercitar a cultura avaliativa, melhorar a satisfação do usuário e trazer investimentos à equipe avaliada.

Definidas as parcerias, foram determinadas a coordenação local e a supervisão. O próximo passo foi a constituição da equipe de entrevistadores no Tocantins. Houve a necessidade de selecionar um número suficiente de supervisores e entrevistadores que pudessem dar conta do trabalho de coleta dos dados no tempo previsto de três meses da pesquisa. Foi preciso levar em consideração a realidade e a complexidade do Estado do Tocantins, quais sejam: grande dimensão territorial, a malha rodoviária deficiente e precária, a pouca disponibilidade de transporte e infraestrutura local para a equipe de entrevistadores.

247

Seleção e treinamento da equipe de trabalho

O processo seletivo ocorreu em abril de 2012, através de chamada pública no sítio da ENSP. Foram estabelecidos critérios de seleção em que se privilegiou: formação na área da saúde; disponibilidade de trabalhar em dois turnos, manhã e tarde; experiência com pesquisa (coleta de dados, conhecimento de informática e de atenção básica); sendo requisito também o local próximo de moradia, para facilitar os encontros para reuniões de equipe.

A etapa de treinamento apresentou dois problemas: a dificuldade para recrutar e selecionar pessoal que atendesse aos critérios definidos para o trabalho e, após o recrutamento, percebeu-se que a equipe selecionada tinha pouca experiência com pesquisa, o que exigiu um tempo maior de capacitação e mais atenção e supervisão no processo de coleta dos dados. Vencidas as etapas e os contratempos, a equipe ficou completa, composta por um coordenador da ENSP, atuando em Tocantins, um coordenador local, dois supervisores e dez entrevistadores. Para o Censo, devido à evasão, ficamos com oito entrevistadores.

Figura I - Oficina de Seleção e Treinamento de Entrevistadores do PMAQ, Tocantins, 2012



Foto: Autoria própria.

248

O planejamento das rotas

No planejamento das rotas, um dos maiores desafios foi a grande extensão territorial do Tocantins, no entanto todos os 139 municípios foram visitados, seja para a Avaliação Externa ou para a realização dos Censos.

Distâncias enormes, péssimas condições de grande parte das rodovias e rede de hotelaria insuficiente fizeram com que o planejamento das rotas tivesse que ser feito com muito critério. A maioria dos municípios do Estado apresentou grande diversidade e muitas desigualdades sociais. Esse cenário desafiador é um traço indiscutível da realidade não só no Tocantins, mas da região Norte do nosso país.



249

Dentre os desafios enfrentados pela equipe de pesquisadores, destacam-se a limitação de tempo para cumprir o cronograma de trabalho e a resistência de alguns profissionais para participar da pesquisa, sobretudo nos casos em que a adesão de algumas equipes ao PMAQ não foi voluntária ou foi feita pela gestão local sem prévia consulta à equipe. Outro problema frequente foi a alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde. Profissionais recém-admitidos demonstraram grande dificuldade em responder ao questionário.

Figura 2 - Condições de acesso aos municípios para a Avaliação Externa do PMAQ, Tocantins, 2012



Foto: Autoria própria.

No que se refere às condições de saúde, por exemplo, desde as expedições científicas realizadas por médicos durante a primeira metade do século XX pelo interior do país, a ênfase maior do trabalho dos investigadores até então consistia principalmente em apontar a ausência de assistência médica e social adequadas como principais problemas enfrentados pela população (LIMA, 2009). No Estado do Tocantins, mesmo com os avanços na área da saúde nos últimos anos, ainda enfrentamos grandes desafios no que diz respeito à promoção da equidade e acesso.

As rotas foram baseadas no Relatório de Adesão dos Municípios do Tocantins ao PMAQ, enviado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Foram definidas, a partir do mapa rodoviário, 17 pequenas rotas, agrupadas nas oito regionais de saúde do Estado. Para cada uma das 17 rotas, foi escolhido um município como cidade-polo, sempre o de maior população, para que pudesse servir como ponto de apoio aos entrevistadores externos no que diz respeito à hospedagem, alimentação, comunicação, acesso à internet e traslado.

A alocação da equipe nas rotas

Os entrevistadores foram divididos em dois grupos, cada um com um supervisor, sendo que cada supervisor tinha a responsabilidade de acompanhar o trabalho de campo de cinco entrevistadores. Nos municípios, a locomoção da equipe de entrevistadores de uma unidade de saúde à outra se deu por meio de transporte providenciado pelo gestor municipal, conforme termo de compromisso assinado pela gestão na adesão ao PMAQ. Em muitos casos, no entanto, os entrevistadores utilizaram o transporte coletivo para os deslocamentos de um município a outro.

“Um fator que compromete o desempenho da assistência é a presença irregular e a falta de profissional médico na Atenção Básica. (...) A permanência desses profissionais no serviço constitui condição crucial para consolidar os atributos essenciais da Atenção Básica, em especial, o acesso e a longitudinalidade, que têm implicações diretas na qualidade dos serviços prestados à população.”



INDO À CAMPO

Um fator facilitador do trabalho de campo foi a contrapartida dada pelos gestores municipais com relação à hospedagem da equipe de supervisores e entrevistadores e o transporte dentro dos municípios. Isso favoreceu o processo de trabalho de campo e possibilitou o cumprimento do planejamento proposto.

Entrevista com as equipes

A Avaliação Externa para a certificação das Equipes de Saúde da Família do Estado do Tocantins apresentou a dificuldade de realização de um trabalho de campo em um Estado de grande extensão territorial, de clima quente, seco e com muitas queimadas no período da coleta de dados. As vias de acesso a vários municípios são estradas de chão e quase sempre encontram-se em más condições para o tráfego. Além disso, o transporte coletivo intermunicipal é escasso e precário. Todos esses fatores resultaram num maior tempo de deslocamento, com o conseqüente aumento do desgaste físico e emocional dos entrevistadores, o que demandou um prazo maior do que o previsto para o cumprimento do trabalho de campo, alterando o planejamento inicial.

A equipe de entrevistadores durante e, principalmente, ao final do processo de avaliação externa, teve condições de perceber dois grandes desafios vivenciados durante a trajetória do PMAQ: um deles, que gerou tensões durante o trabalho, foi o cronograma apertado para a realização das entrevistas e dos censos. O outro foi a percepção de que a adesão de algumas equipes ao PMAQ não foi voluntária, gerando um estado de apreensão nos profissionais submetidos à avaliação. Embora a adesão das equipes não fosse obrigatória, pudemos observar que, em algumas ocasiões, a adesão foi imposta sem prévia consulta à equipe e, em outros casos, realizou-se a adesão ainda que a equipe se posicionasse contra. Essas situações produziram um “efeito dominó”, desencadeando uma predisposição negativa ao processo de avaliação externa, desgastando a relação entre a equipe de entrevistadores e os profissionais de saúde.

Durante o trabalho de campo, ficou visível a apreensão dos profissionais das unidades com a chegada dos entrevistadores. O recurso utilizado para minimizar a angústia gerada pelo processo avaliativo foi um diálogo de aproximação entre as partes, esclarecendo os objetivos do procedimento avaliativo e ressaltando seus desdobramentos positivos. Entretanto, mesmo com essa estratégia dialógica, a preocupação por parte dos respondentes em saber “qual nota” receberiam ao final da avaliação, esteve sempre presente, gerando grande ansiedade. Foi posta em questão a validade do questionário, ou seja, se aquele elenco de perguntas seria suficiente para avaliar adequadamente o trabalho realizado, a infraestrutura da unidade de saúde e a

satisfação dos usuários. Casos como o de um profissional que, durante a entrevista, passou mal, precisando ser substituído, ou de uma enfermeira que entrou em trabalho de parto durante a entrevista, podem dimensionar o nível de tensão experimentado pela maioria das equipes.

Por não terem o adequado entendimento sobre a Avaliação Externa, abateu-se sobre os profissionais avaliados o temor equivocado de virem a enfrentar problemas nas suas unidades, caso não conseguissem uma nota satisfatória na avaliação final do PMAQ. Os problemas gerados por esse cenário de desinformação são indicativos importantes de que a forma como se deu a apresentação do Programa nos municípios ainda demanda uma maior elaboração, e também dá pistas de como as etapas desse processo podem ser melhor conduzidas no nível local. Devemos reconhecer que provavelmente tais problemas se devem à pouca ou nenhuma informação fornecida pelos gestores municipais, falta de apoio aos profissionais e, possivelmente, fraco protagonismo das equipes no momento da adesão e da autoavaliação.

O Documento Síntese da Avaliação Externa publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), prevê que, para a verificação das ações de saúde desenvolvidas na unidade, sua respectiva documentação comprobatória deveria estar disponível, na hora da entrevista, de maneira a facilitar o processo. A falta, em muitas unidades, desses documentos de comprovação, gerou constrangimento nos respondentes, que procuravam apresentar aos entrevistadores inúmeras justificativas para essa situação, transformando-se em mais um foco de tensão entre as partes. Nesses casos, o tempo destinado à procura da documentação exigida tornava a entrevista cansativa para todos os participantes, ao mesmo tempo que revelava a falta de organização do processo de trabalho daquele módulo. Tais fatos reforçam a idéia da desinformação local e da ausência de envolvimento da gestão no apoio às equipes. Por outro lado, as equipes que se prepararam adequadamente facilitaram a tarefa dos entrevistadores e diminuíram seu tempo de permanência na unidade.

Outra questão digna de nota foi o fato de que muitos profissionais recém-admitidos apresentaram grande dificuldade em responder ao questionário, resultando em inúmeras questões respondidas com “não” e “não sabe”.

A falta de profissionais disponíveis para responder o questionário também chamou muito a atenção da equipe de entrevistadores, em especial no caso dos profissionais dentistas, que não foram encontrados por ocasião de muitas entrevistas. As justificativas mais comuns para a ausência desses profissionais foram férias, licença maternidade, licença médica etc. Em alguns casos, o dentista não atendia na unidade no dia em que o avaliador externo compareceu ao estabelecimento de saúde, sugerindo a existência de outros vínculos de trabalho e, em outros, simplesmente não havia dentista, ainda que as equipes fossem cadastradas com atendimento em saúde bucal.

Os entrevistadores perceberam o protagonismo do profissional enfermeiro dentro das equipes, assumindo a centralidade da organização e do conhecimento do processo de trabalho. Ele, na maioria das vezes, foi o respondente do questionário, enquanto o dentista ou o médico raramente assumiram essa tarefa.

A realização da Avaliação Externa no mês de julho coincidiu, em alguns casos, com o período de férias de muitos profissionais ou mesmo de férias coletivas, concedidas pelo gestor municipal de saúde. Nesses casos, tal fato inviabilizou as entrevistas, sendo realizado apenas o Censo da unidade de saúde.

Constatou-se ainda que a avaliação externa durante o horário de expediente da equipe interferiu no funcionamento da unidade, aumentando o tempo de espera por atendimento e prejudicando os usuários.

Um ponto que marcou a equipe de entrevistadores foi o não-cumprimento da carga horária de trabalho efetiva por parte de alguns profissionais de saúde. Foi constatada a existência de profissionais que não cumpriam suas 40 horas semanais previstas, o que pode ser considerado um fator impeditivo para um processo de trabalho eficiente, sendo a presença do médico na unidade a que apresenta maior variabilidade: em alguns casos, duas horas por dia; em outros, de duas a três vezes por semana; em outros ainda, apenas uma vez por mês. Foi constatada a presença de apenas um médico atuando em uma unidade com quatro equipes de saúde da família. Além disso, o atraso também foi motivo de muita reclamação e indignação por parte dos usuários dos serviços.

A permanência desses profissionais médicos no serviço constitui condição crucial para consolidar os atributos essenciais da Atenção Básica, em especial no que diz respeito ao acesso e à longitudinalidade do cuidado - que é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços (STARFIELD, 2002). Portanto, a fixação de profissionais de saúde na Atenção Básica tem implicações

255

Entrevista com os usuários

Falar sobre qualidade dos serviços e satisfação de usuários são questões complexas que merecem aprofundamento, tendo em vista que a aferição da qualidade é dependente da perspectiva dos diferentes atores envolvidos no processo avaliativo (DONABEDIAN, 1990).

Na prática do atendimento em saúde, a qualidade, com foco na satisfação do usuário, constitui a finalidade dos serviços de Atenção Básica.

Dos 1.228 usuários previstos, apenas 781 foram entrevistados, o que corresponde a 63,6% da meta, valor muito abaixo do esperado. Os motivos mais comuns para a não realização da avaliação com usuários foram os seguintes:

Usuários escolhidos pela gestão ou pela equipe de saúde: Por vezes foi percebida a escolha prévia dos usuários por parte das equipes. Nesses casos, foi feita uma nova seleção, com base nos prontuários daqueles que estavam, naquele momento, aguardando atendimento na unidade. Nem sempre foi possível

cumprir a amostragem de quatro usuários entrevistados por equipe, ora por não estarem disponíveis em número suficiente, ora por se recusarem a responder.

Recusa por medo: Alguns usuários tiveram medo de expor sua opinião a respeito dos serviços de saúde ofertados, tendo em vista o período de avaliação externa coincidir com o período eleitoral. Temiam sofrer alguma perda pessoal caso não respondessem de acordo com a opinião da gestão local. Isso demonstra a necessidade de promover a efetivação das garantias constitucionais, como o direito à liberdade de expressão e ao acesso a serviços de saúde de qualidade.

Duas situações apontam para essa realidade: após a entrevista, alguns relataram informalmente diversas falhas no serviço, não mencionadas no momento da avaliação; e o fato daqueles que tiveram uma posição mais crítica nas respostas atribuírem uma boa nota na avaliação final. Na percepção dos entrevistadores, essas situações foram menos frequentes quanto maior nível fosse de escolaridade dos usuários, na medida em que conseguiam expressar com maior segurança a indignação acerca dos serviços prestados pela unidade de saúde.

O contexto pré-eleitoral preocupou toda a equipe de entrevistadores, pois se sabe que é um momento em que há muitos interesses em disputa e que não é favorável ao desenvolvimento de um trabalho dessa natureza. Como a esfera municipal é a gestora da rede de Atenção Básica e, portanto, responsável pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde, não havia vantagem em passar por um processo de avaliação externa que poderia problematizar ou apontar fragilidades no sistema local de saúde. Portanto, o contexto da realização do PMAQ AB sobreposto à disputa eleitoral precisa ser considerado como uma variável que teve impacto na operacionalização do Programa e, em alguma medida, na produção dos resultados desta terceira fase.

A experiência que fica é de que o planejamento da avaliação externa deve ser distante do contexto eleitoral.

Recusa por descrença no serviço e na avaliação: Outros usuários diziam que não valeria a pena participar da avaliação por não acreditarem em mudanças no serviço de saúde, ainda que eles apontassem as falhas desses serviços.

Recusa por julgarem o questionário muito extenso: Diversos usuários recusaram-se a participar, ou desistiram da avaliação iniciada, face à extensão do questionário. Muitas vezes alegavam que o longo tempo de entrevista exigido colocava em risco seu lugar no atendimento, que na maioria das vezes se dava por ordem de chegada, ou atrapalhava outros compromissos assumidos.

Inexistência de usuários no momento da avaliação externa: A ausência de usuários pode ser observada de modo geral em todo o Estado, particularmente quando a equipe de entrevistadores chegava às unidades por volta das dez horas e trinta minutos ou após as quinze e trinta. A falta ou o horário reduzido do médico, a permanência do modelo tradicional de assistência, a baixa resolubilidade dos atendimentos, a falta de vínculo entre equipe e os usuários, a ausência de garantia de acesso a outros níveis de complexidade na



Apenas 63,6% dos usuários previstos para participar da pesquisa foram efetivamente entrevistados. Alguns fatores contribuíram para a limitada participação, dentre eles destacam-se: usuários que não foram ouvidos por terem sido previamente selecionados por profissionais da unidade de saúde, recusa de alguns por medo de serem prejudicados pelo resultado da pesquisa ou por descrença no serviço e na avaliação, e inexistência de usuários no momento da avaliação. A insuficiência e a baixa adesão dos usuários na avaliação externa do PMAQ foram consideradas pela equipe de pesquisadores prejudicial ao resultado dos trabalhos.

atenção, levando à busca por outras portas de entrada para o sistema (como os pronto-atendimentos), são algumas das possíveis razões que podem explicar o esvaziamento das unidades. Entretanto, outros motivos foram identificados e contribuem para compreender melhor a situação. São eles:

Férias coletivas dadas para os profissionais de saúde: As férias coletivas dadas a algumas equipes no mês de julho muito intrigaram a equipe de entrevistadores, uma vez que se entende que as demandas em saúde são constantes, e que a unidade de saúde deve ofertar serviços durante todos os dias úteis da semana e em todo o ano. Sem a oferta de serviços de saúde, a unidade ficava praticamente sem usuários, que, na maioria das vezes, compareciam apenas para a atualização do cartão de vacina. Portanto, nas equipes que estavam em férias coletivas, as entrevistas não puderam ser realizadas.

Temporada de praia: Os meses de julho a outubro no Tocantins representam uma temporada de “praia de rio”. Nesse período do ano não chove no estado, a média de temperatura gira em torno dos 40°C, podendo chegar a 45°C, e os Rios Tocantins e Araguaia diminuem significativamente seus níveis de água, formando bolsões de areia dentro do rio, o que permite que as pessoas aproveitem esses rios para o banho e lazer. Tendo em vista o mês de julho ser de férias escolares, as famílias planejam momentos de lazer à beira dos rios e deixam de procurar o serviço de saúde nessa época. Para alguns gestores, esse é um motivo para serem autorizadas as férias coletivas às equipes de saúde no mês de julho.

Festejo municipal: Em algumas ocasiões, foi constatado um menor número de usuários ou mesmo a inexistência deles nas unidades de saúde em períodos de festejos no município, comuns no mês de julho, mesmo em horário comercial e em dias úteis.

Interrupção do atendimento por conta da Avaliação Externa: Algumas equipes cancelaram a agenda de atendimento do dia por conta da visita dos entrevistadores à unidade de saúde. Isso rapidamente foi resolvido após ampla divulgação de que não se fazia necessária a mudança na rotina de trabalho por conta da chegada dos entrevistadores.

Nesses casos, os entrevistadores retornavam às unidades de saúde em outro horário do mesmo dia ou, até mesmo, estendiam por mais um dia a estada no município na tentativa de alcançar números maiores de entrevistados.

Consideramos que a insuficiência de usuários e sua baixa adesão à entrevista de satisfação constituíram-se num grande obstáculo para a Avaliação Externa.

De outra forma, um ponto para reflexão é a impossibilidade do instrumento de coleta de dados avaliar a satisfação dos usuários que não têm acesso ao serviço, daqueles que estão doentes em casa ou peregrinando por outros serviços na tentativa de receber atendimento. Avaliar a satisfação do usuário que teve acesso não é suficiente para compor um nível de satisfação de uma população adscrita à unidade de saúde.

Censo das unidades de saúde

O censo das unidades de saúde no Estado do Tocantins estava previsto para ocorrer em 326 estabelecimentos, distribuídos em todos os municípios do Estado. No entanto, somente 294 foram avaliados, o que corresponde a 90,2%. Os motivos que respondem pela não realização do censo nas 32 unidades de saúde faltantes são:

Inexistência da unidade de saúde: Situação que foi mais comum na zona rural. Entretanto, em alguns casos, o atendimento é realizado em um imóvel emprestado (casa de morador, por exemplo).

Unidade de saúde fechada: Enquadram-se nessa situação unidades rurais que apenas abrem quando da presença de profissionais (ou seja, que funcionam como ponto de apoio para atendimentos mensais ou esporádicos, e sem condições de infraestrutura para oferta de cuidados em saúde) e também unidades urbanas que estavam fechadas em horário de expediente e, por esta razão, não puderam ser visitadas pelos entrevistadores.

Unidade de saúde provisória: Espaços provisórios que abrigavam equipes por motivo de reforma, construção ou ampliação da unidade de saúde.

CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) não correspondente à unidade básica de saúde: Endereços informados pelo CNES que não corresponderam à unidade básica de saúde (hospital, creche, escola de tempo integral, casa de custódia, pronto atendimento e policlínica) – estando, portanto, fora do PMAQ AB.

Mudança de CNES e não atualização junto ao Ministério da Saúde: Alguns estabelecimentos não constavam na lista do CNES e nos endereços das unidades de saúde informados pelo DAB (Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde). Isso foi um importante entrave para o trabalho de campo, uma vez que os entrevistadores precisaram voltar, por diversas vezes, a alguns dos municípios onde já havia sido realizada a avaliação, para visitar unidades que não constavam da listagem inicial.

Unidade não encontrada: A equipe de entrevistadores não conseguiu encontrar uma unidade de saúde relacionada para o censo, localizada em zona rural, distante da sede do município cerca de 50 km, com um único acesso por estrada de chão, e sem ninguém que pudesse levar até lá ou indicar a localização.

Unidade com a única via de acesso obstruída: Em um caso, a equipe de entrevistadores não teve acesso à unidade de saúde, localizada em zona rural, porque a única via de acesso estava temporariamente obstruída.

Vale destacar que o censo das unidades de saúde, após o término das entrevistas do PMAQ, ou em municípios que não aderiram ao PMAQ, foi dificultado, em muitos casos, pela falta de apoio das gestões local, que priorizaram as entrevistas para as certificações.

Em alguns municípios que não aderiram ao PMAQ, não houve colaboração da gestão no sentido de facilitar a localização dos endereços das unidades na zona rural, ou mesmo disponibilizar algum servidor do município para acompanhar os entrevistadores externos para a realização do censo.

Uma importante observação da equipe de entrevistadores refere-se às condições insuficientes, tanto para o funcionamento adequado das unidades de saúde quanto para o processo de trabalho. Muitas unidades de saúde não possuíam sala de reuniões, sala educativa, rampa de acesso, cadeiras suficientes, depósitos de lixo, banheiros adaptados para idosos e para pessoas com deficiência, entre outros problemas.

Ficaram claras para os entrevistadores as disparidades encontradas entre a infraestrutura em unidades de saúde da zona urbana e da zona rural. A zona rural possui maior número de unidades de saúde em más condições de funcionamento e com poucos recursos materiais. Isso é potencializado pelo fato de o atendimento em alguns povoados da zona rural ser realizado apenas uma vez por mês, quando a equipe se desloca da zona urbana e leva consigo os materiais necessários para o dia do atendimento, como medicamentos e vacinas. Em áreas de assentamento, foi comum encontrar somente uma equipe fazendo rodízio entre as áreas, visitando cada uma delas uma vez por semana. Tais situações fizeram com que a equipe de entrevistadores questionasse o acesso universal e a qualidade dos serviços de Atenção Básica.

260

Figura 3 - Entrevistas para a Avaliação Externa do PMAQ em zona urbana, Tocantins, 2012



Foto: Autoria própria.

Figura 4 - Entrevistas para a Avaliação Externa do PMAQ em zona rural, Tocantins, 2012



Foto: Autoria própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto neste relato, algumas considerações e sugestões se fazem pertinentes, na tentativa de contribuir com novos ciclos avaliativos do PMAQ, e para melhor superação dos desafios encontrados no decorrer da operacionalização do Programa no Tocantins.

Um fato que chamou a atenção dos entrevistadores foi o instrumento só contemplar profissionais de nível superior das equipes de saúde da família. Entende-se que a Equipe de Saúde da Família possui membros de outros níveis profissionais, como o Agente Comunitário de Saúde, o Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, o Auxiliar de Consultório Dentário ou o Técnico de Higiene Dental. Todos esses profissionais, qualificados ao trabalho, são atores fundamentais para o acesso e qualidade da Atenção Básica e, no entanto, foram excluídos da avaliação. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a importância de cada ator no processo de trabalho está intimamente associado à lógica da equipe. Portanto entendemos que, sendo a avaliação externa parte importante para a certificação das equipes, devemos pensar em configurações mais abrangentes para esta avaliação. Essa é uma questão que deve ser revista em novas edições do PMAQ.

262

Dadas as condições geográficas do Tocantins e as dificuldades no processo de seleção e treinamento de supervisores e entrevistadores, sugere-se maior suporte técnico e administrativo à equipe de trabalho para viabilizar a coleta de dados dentro do cronograma proposto.

Propomos também uma maior divulgação do Programa, para ampliar o número de selecionados para a realização do trabalho de campo, incluindo outros perfis profissionais. Ampliar a divulgação dos objetivos do Programa para gestores e profissionais de saúde, reforçando a importância da avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Tais medidas poderão favorecer uma maior adesão voluntária das equipes de saúde às próximas edições do programa.

O PMAQ possui grande importância no monitoramento, não só dos indicadores do acesso e da qualidade da Atenção Básica, mas também da aplicação dos recursos recebidos por cada gestor municipal. Pode ser de grande valia para garantir que os recursos conquistados por cada equipe de saúde cheguem até ela e sejam investidos exclusivamente na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. Nisso reside a necessidade de garantir a sustentabilidade do programa.

Mesmo com todas as dificuldades encontradas em nosso percurso, a experiência de operacionalização do PMAQ no Tocantins foi exitosa, tendo em vista a superação dos desafios apontados neste relato.

A equipe sentiu-se feliz por participar da Avaliação Externa do PMAQ no Tocantins. Somos gratos a todos os gestores, profissionais de saúde e usuários que fizeram parte deste processo avaliativo tão importante para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica em nosso país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A W. B. O Intransitivo da transição: o Estado, os conflitos agrários e a violência na Amazônia (1965-1989) In: LÉNA, Philippe e OLIVERIA, Adélia E (Org.). **Amazônia a Fronteira Agrícola**: 20 anos depois. Museu Paraense Emílio Goeldi. Belém, 1991. p. 259-290.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – PMAQ. **Documento Síntese para a Avaliação Externa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-8.

DUARTE, G. A. et al. (Trans)Formações sócioespaciais no Estado do Tocantins e o (Des)Envolvimento a partir da implantação da Rodovia Belém-Brasília. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEÓGRAFOS, 14, 2010, Porto Alegre. **Anais**.

GIRALDIN, O. (Org). **A (trans) formação histórica do Tocantins**. Goiânia: Ed. UFG; Palmas: Unitins, 2002.

LIMA, Nísia T. Uma brasileira médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Julio Paternostro. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Rio de Janeiro

(Estado)

264

Museu de Arte Contemporânea - MAC (Niterói)

Paraty

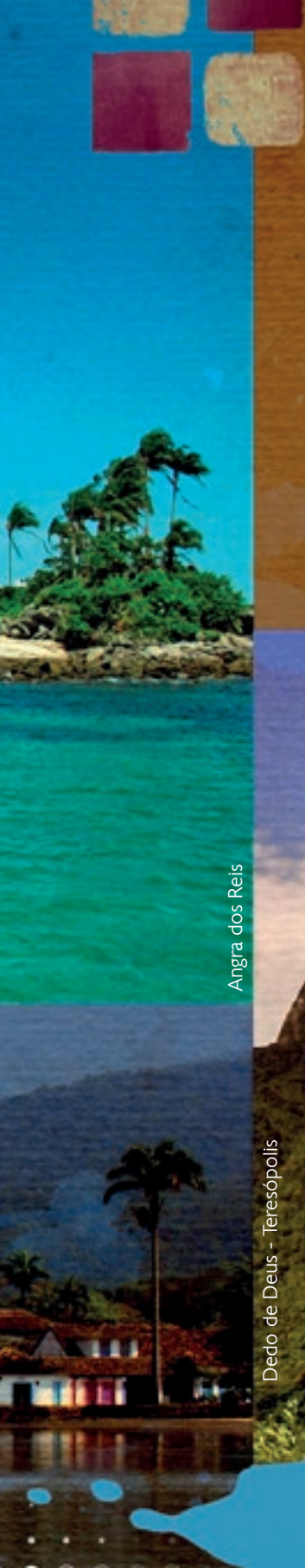
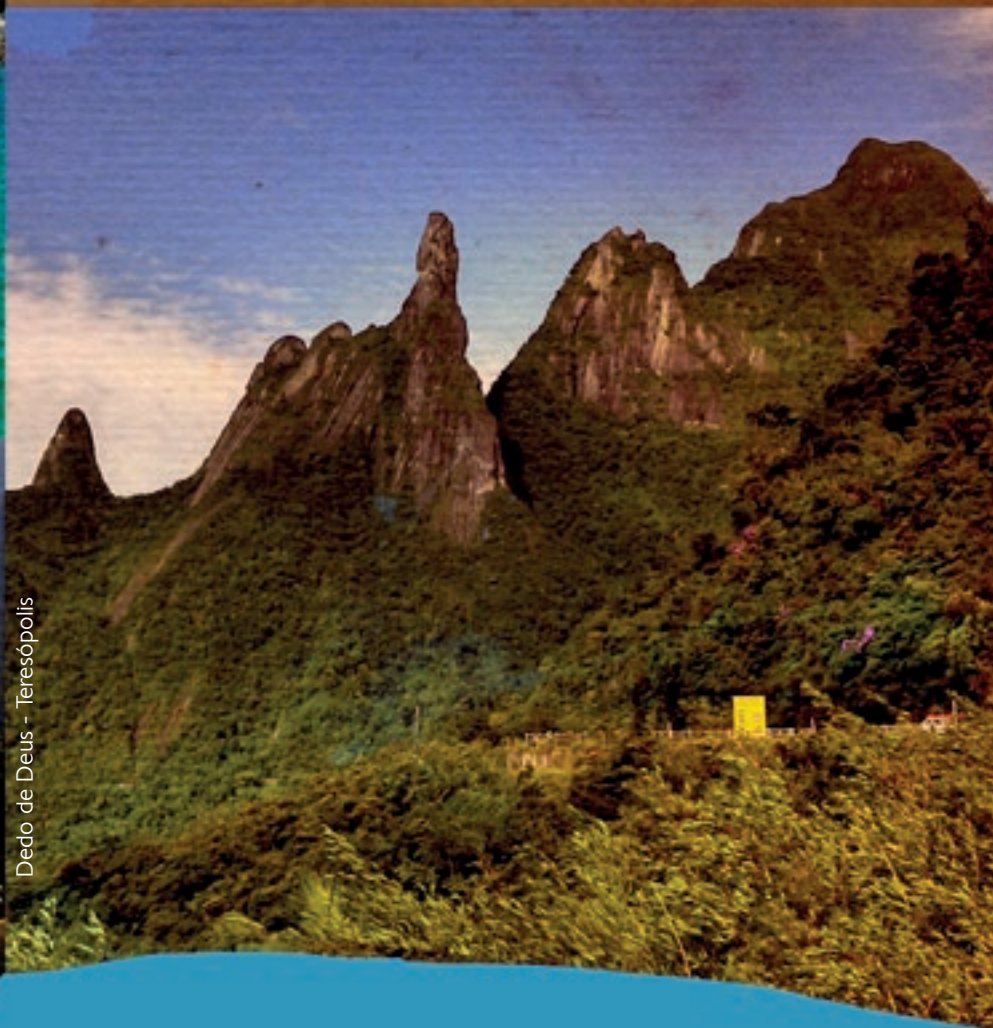
Narrando visíveis e invisíveis: o relato de experiências do trabalho de campo do PMAQ no Estado do Rio de Janeiro

Helena Seidl
Antonio Lima
Swheelen Vieira

265

Angra dos Reis

Dedo de Deus - Teresópolis





Rio de Janeiro (Estado)



APRESENTAÇÃO

“A verdadeira viagem de
descobrimiento não consiste
em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos”

Marcel Proust

O capítulo tem como objetivo relatar a experiência do trabalho de campo da etapa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ AB, no estado do Rio de Janeiro, a partir da experiência dos próprios autores, que participaram ativamente do PMAQ (como coordenadora e supervisores), e da produção dos registros de campo.

O relato abarca temas da atenção básica, tais como: a organização e modelo de atenção à saúde e a configuração da gestão da atenção básica no estado. Para cada tema foram utilizados fragmentos das vivências do trabalho de campo, problematizando-os e oferecendo ao leitor um panorama desse nível de atenção no estado.

Acreditamos que o relato de experiências amplia, corrobora e, sobretudo, questiona a realidade vista e sentida no campo, além de possibilitar a vocalização para as situações ocorridas nos bastidores e que não são passíveis de serem captadas pelos questionários da avaliação externa. Essas apostas traduzem o que, para os objetivos do texto, chamamos de visível e invisível.

As questões levantadas exemplificam que *“o invisível é também sempre um pouco indizível”*, tal como postulado por Peter Pál Pelbart (1993), que buscou investigar, a partir dos rastros dos filósofos Deleuze e Guattari, uma *ecologia do invisível*. Para o autor, a invisibilidade está:

“[...] entrelaçada nos objetos, nas pessoas, nos lugares, nas palavras, nos silêncios ... entre um e outro, entre um olhar e um objeto, entre as palavras e as coisas, entre um som e um retalho. [...] Como se ... fosse essa camada que envolve e permeia as coisas, ou as duplica, ou que lhes dá espessura, ou leveza ou peso, ou as torna relevantes, miraculosas, fantásticas, inéditas, brutas, inertes.”. (1993:53).

Em campo, presenciamos diferentes formas de produzir o cuidado em saúde, assim como o processo de trabalho das equipes e de gestão, muitas delas aparentemente engessadas¹. Assim, cenas que deveriam

¹ Com base no pensamento de Lourau (1993), compreende-se as diferentes formas de produção de saúde enquanto formas sociais, que para o autor são configurações instituídas, forjadas no tempo e na história. Estas, quando não questionadas, se engessam e assim dificultam os processos e a transformação das práticas.

causar estranhamento se mesclam às paisagens, sendo vistas como “normais”, naturais e, por conseguinte, inquestionáveis.

Neste sentido convidamos você, leitor, a embarcar nessa viagem com novos olhares para compreender a realidade que se apresenta.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E O CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O estado do Rio de Janeiro possui uma população de 15.989.929 habitantes, sendo majoritariamente urbana (96,7%), distribuída em uma área territorial de aproximadamente 43.780,16 km², o que configura uma densidade demográfica de 365,23 hab/km² (IBGE, 2010). É composto por 9 mesorregiões: Metropolitana I, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Baía de Ilha Grande, Norte, Noroeste, Centro-Sul e Serrana.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2000), o índice de desenvolvimento humano (IDH) dos municípios do estado varia entre 0,679 e 0,886, ou seja, entre um IDH médio e alto.

Segundo os dados do DAB/SAS/MS, o Rio de Janeiro possui 2.127 unidades básicas de saúde e uma cobertura desse nível de atenção, em torno de 44,5%. A Estratégia de Saúde da Família, na época do trabalho de campo, era predominante no Estado estando presente em 89 dos 92 municípios.

Com relação à configuração e características da gestão da atenção básica, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES-RJ – possui em sua estrutura uma Subsecretaria de Atenção à Saúde, dividida em diversas superintendências, incluindo a Superintendência de Atenção Básica.

Nos municípios, vimos que essa configuração pode se apresentar com duas figuras distintas: o coordenador de atenção básica e o coordenador da ESF. O primeiro seria o responsável pela gestão das unidades básicas tradicionais, enquanto o segundo, pelas equipes e unidades com a modalidade de Estratégia Saúde da Família.

“A avaliação externa era como se fosse um diagnóstico, capaz de produzir vida ou morte, porta aberta ou porta fechada.”

270



O TEMPO, O LUGAR E OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi realizado no período de junho a agosto de 2012, totalizando 60 dias úteis. Antes disto, se desenvolveram etapas de preparação, nos meses de março e abril, que envolveram o planejamento das primeiras ações de aproximação com os municípios através de reuniões, definição de rotas e a seleção e treinamento da equipe de entrevistadores.

A equipe responsável pela avaliação externa no estado foi composta por trinta e seis pessoas (uma coordenadora, sete supervisores e vinte e oito entrevistadores). A seleção dos supervisores aconteceu em março e o perfil definido foi ser egresso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP e/ou da Especialização em Gestão da Atenção Básica ou outra pós-graduação na área, sendo importante possuir disponibilidade para dedicação à pesquisa.

Os entrevistadores foram selecionados por meio de chamada pública e o perfil definido foi ser profissional de nível superior, ter disponibilidade para viajar, cumprir carga horária de 40h semanais e possuir experiência na Atenção Básica / Saúde Coletiva e/ou pesquisa de campo. Para esta seleção foram realizados: análise curricular, grupos de leitura dos instrumentos de pesquisa, adaptação da dinâmica do Teatro do Oprimido², no intuito de trabalhar situações comuns com as quais os entrevistadores iriam se defrontar, observando, assim, a participação, a organização, a comunicação, a flexibilidade, a adaptação às mudanças e a disponibilidade.

Depois da seleção e divisão das equipes de entrevistadores, cada supervisor pôde estudar e planejar sua rota e iniciar o contato com os municípios. Essas rotas seriam revisadas posteriormente no momento da reunião com a gestão local, onde além da aprovação da mesma, outros pontos seriam pactuados, como o transporte intramunicipal e o apoio dado à equipe sinalizando áreas de risco³, de difícil acesso e outras especificidades locais.

Cada equipe de campo era composta por um supervisor e três ou quatro entrevistadores. Para a organização do trabalho, optamos por seguir, em princípio, a divisão geográfica do estado e, em alguns casos, a

² O “Teatro do Oprimido”, de acordo com seu criador Augusto Boal, pretende transformar o espectador, que assume uma forma passiva diante do teatro aristotélico, com o recurso da quarta parede, em sujeito atuante, transformador da ação dramática que lhe é apresentada, de forma que ele mesmo, espectador, passe a protagonista e transformador da ação dramática. A ideia central é que o espectador ensaie a sua própria revolução sem delegar papéis aos personagens, desta forma conscientizando-se da sua autonomia diante dos fatos cotidianos, indo em direção a sua real liberdade de ação, sendo todos “espect-atores”.

³ Aqui, chamamos de área de risco os locais onde há maior ocorrência de violência, áreas comumente controladas por grupos armados, como por exemplo, tráfico de drogas. Tais áreas se configuram como risco para a circulação de pessoas não pertencentes a esse local, como foi o caso da equipe PMAQ-RJ.

proximidade entre os municípios, bem como o volume de avaliações externas e censos das unidades básicas.

Previamente ao agendamento da entrada da equipe PMAQ no município, a coordenação enviava aos secretários municipais de saúde um documento onde eram apresentados os objetivos do contato, a proposta de trabalho de campo, nome do supervisor responsável, a importância da contrapartida (deslocamento interno e hospedagem) e também o Documento Síntese, do DAB/SAS/MS (BRASIL, 2012), que continha uma lista de documentos a serem solicitados por ocasião da pesquisa com os profissionais. Começou-se, assim, a construir e a desenhar a história como “*pmaquianos*”⁴ em terra fluminense.

Iniciamos o campo com todos os supervisores e entrevistadores juntos, em um mesmo município, que possuía o maior número de equipes que aderiram ao PMAQ. Essa iniciativa objetivou complementarmos nosso treinamento, testar *in loco* o instrumento e para compreendermos o nosso próprio processo de trabalho. Esta iniciativa aconteceu ao longo de uma semana e foi considerada por todos como exitosa.

Ao longo do nosso trabalho, percebemos certas relações de poder. Para Foucault (2000), as relações de poder são como forças que atravessam a sociedade, os corpos, os modos de subjetivação que, por sua vez, influenciavam a produção da atenção e da gestão.

Percebe-se, em Foucault, que a noção de poder aparece como um exercício, não uma essência ou uma entidade. Ele é positivo, produzindo coisas, conforme sugere o trecho a seguir:

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato **ele permeia, produz coisas**, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. **Deve-se considera-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa** que tem por função reprimir. (2000, p. 7-8; grifos nossos).

Por esta perspectiva, há diferentes exercícios de poder no âmbito da atenção, da gestão e mesmo da avaliação em saúde, que atravessam os diversos atores: gestores, profissionais, entrevistadores, supervisores e coordenadores da etapa da avaliação externa, e teve impacto no processo avaliativo.

Para exemplificar, em muitos municípios consideraram o PMAQ como uma auditoria. Era comum chegarmos às unidades, com equipes a serem avaliadas, e algum profissional mencionar: — *Ah ... Vocês que são da fiscalização? Aguardem que vou chamar a enfermeira*. Essa ideia da fiscalização permeava as relações.

O próprio gestor local, por vezes, utilizava a avaliação externa como arma punitiva para alguns profissionais e equipes ou mesmo como um instrumento de barganha (repasso financeiro de acordo com o desempenho da equipe).

⁴ “Pmaquiano”: Termo criado pela equipe de entrevistadores do Estado do Rio para designar todos os integrantes da equipe de trabalho PMAQ.

Por vezes os profissionais aproveitavam o momento da avaliação externa para expor a falta de apoio do gestor em algumas áreas de sua competência. Sentíamos que o profissional tinha a clareza de que uma má avaliação acarretaria possíveis problemas para o gestor, ainda que essa postura pudesse prejudicar a própria equipe.

Também deparamos no encontro com os usuários, as sutilezas das relações de poder. Alguns conceberam a entrevista como espaço propício para expor problemas da unidade e das equipes, queixando-se do cuidado prestado. Como um exemplo presente no registro de campo de um supervisor em que o usuário, pensando que se tratava de um fiscal do Ministério da Saúde, pediu para que avisássemos ao secretário de saúde do município que havia falta de remédios e que por vezes saía da consulta sem a medicação indicada. Ele viu a possibilidade de sermos um veículo de vocalização de suas angústias.

Em outros momentos, mesmo estando a sós com os usuários e mostrando a estes a importância de sua opinião sobre o serviço, percebíamos o receio de, ao expor algum descontentamento, a equipe pudesse vir, posteriormente, a recusar algum atendimento a ele. Em outras palavras, o usuário compreendia que falar bem ou mal da equipe e/ou da unidade de saúde teria efeitos, que inclusive poderia significar a perda do acesso aos serviços de saúde.

Portanto, consideramos que a lógica da fiscalização se aproxima do pensamento de Foucault sobre a capilaridade das relações de poder. A avaliação externa compreendida de tal modo estaria calcada na vigilância, no controle e na punição dos corpos, materializando falas e silêncios, gerando corpos economicamente úteis e politicamente submissos.

Esta utilização da avaliação externa expressa uma dinâmica de poder própria da “sociedade de controle”. Para Alvarenga Filho (2010), esta é a maneira pela qual a dinâmica de poder se organiza na atualidade. Segundo o autor, nesse tipo de sociedade a dinâmica de poder não está mais circunscrita ao espaço físico fechado como hospitais, escolas e prisões. O que importa é a lógica punitiva, circulante em qualquer espaço, quer seja fechado ou aberto. Por essa lógica, as punições se exercem de maneira sutil, produzindo inúmeros efeitos.

Ademais, consideramos de suma importância levantar algumas questões sobre o nosso papel enquanto entrevistadores, supervisores e coordenadores, pois nos enxergamos como agentes de operacionalização do PMAQ. A nossa presença nos municípios também se conectou ao mote da discussão sobre poder, na medida em que fomos os “estrangeiros” responsáveis pela avaliação externa, revestidos de poder pelo Ministério da Saúde.

Nas entrelinhas, fomos compreendidos por gestores e profissionais como os portadores das boas novas do Ministério da Saúde ou então como os algozes da referida instituição. Da mesma forma, estávamos no imaginário dos usuários como aqueles que trariam melhorias no acesso e na qualidade dos serviços. Vistos de outro modo, a nossa presença poderia impedir o acesso, principalmente se a equipe fosse mal avaliada e sofresse retaliações do gestor. Algo compreensível, pois afinal de contas, éramos os “avaliadores da qualidade”,

“Curiosamente, o processo de avaliação externa forçou gestores a visitarem pela primeira vez unidades e equipes. Nessas ocasiões, constatávamos que havia algo em comum entre gestores e entrevistadores: éramos todos estrangeiros, conhecendo espaços antes não vistos.”



tal como estava literalmente estampado em nosso uniforme de trabalho. A avaliação externa era como se fosse um diagnóstico, capaz de produzir vida ou morte, porta aberta ou porta fechada.

Por vezes, coordenadores, supervisores e entrevistadores comentavam o quão difícil era se fazer entender, principalmente nos casos de usuários com menor grau de instrução. Havia nessa dificuldade um exercício de poder que acarretava o constrangimento, tanto dos usuários quanto dos entrevistadores, legitimando lugares distintos, como se fossem os detentores do saber, de uma melhor linguagem em detrimento do conhecimento do usuário.

Em face dessa assimetria, pudemos constatar constrangimentos entre os entrevistadores e usuários. Observa-se, em um registro de campo, a necessidade de se estabelecer estratégias para reduzir as falhas na comunicação:

Estávamos fazendo a entrevista com um usuário. Ele estava bastante irritado e descontente com o atendimento. Fiquei imaginando a nota que ele daria quando chegássemos a questão “III.18.9 – De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade?”. “Bom, para meu espanto, ele respondeu que daria 10! Curiosa, perguntei o porquê dessa nota tão boa, ao que ele me explicou que, como eu havia lhe dado só duas opções: zero ou dez (!!), e ele não achava que o atendimento merecia zero, deu dez (!!). (registro de campo - supervisor)

275

Nesse caso, o entrevistador, mantendo algum distanciamento, mas com sensibilidade e criatividade na leitura e releitura dessa questão que estava pouco clara, propôs uma nova abordagem: “passei a perguntar ao usuário qual nota ele daria, citando todas as possíveis notas e não apenas citando de “zero a dez” como estava no questionário”.

Retornando às questões e dificuldades encontradas no campo, não podemos deixar de relatar que um dos complicadores, que atravessou todo o processo de avaliação externa, foi a realização desta etapa em ano eleitoral. O período eleitoral provocou a rotatividade tanto de gestores quanto de profissionais das equipes de atenção básica, o que elevou os níveis de tensão nesses dois atores.

Tal situação interferiu no trabalho de campo, pois tratávamos previamente a logística do campo, e ao chegarmos nesses municípios nos deparávamos com outros secretários de saúde, coordenadores e/ou supervisores da Atenção Básica/ESF. Além disso, a captação de usuários foi prejudicada, tendo em vista que muitos usuários associavam a entrevista como uma possível pesquisa de cunho eleitoral.

Outra dificuldade foi a violência que encontramos em alguns territórios. Em um dos primeiros municípios, presenciamos um pouco dessa realidade no território, onde ao entrarmos em uma área controlada pelo tráfico

de drogas, mesmo acompanhados pelo gestor e em carro oficial, fomos abordados por pessoas portando armas, que questionaram nossa entrada na unidade. Era o exemplo da dinâmica local e do território enquanto um território vivo, como expressão das relações de poder (SANTOS, 2009).

Outra dificuldade diz respeito à escassez de veículos oficiais em alguns municípios e as grandes distâncias entre as unidades em muitos locais, dificultando o deslocamento. Chamou a nossa atenção a existência de unidades em regiões consideradas de difícil acesso com profissionais que desconheciam o gestor da atenção básica. Curiosamente, o processo de avaliação externa forçou gestores a visitarem pela primeira vez unidades e equipes. Nessas ocasiões, constatávamos que havia algo em comum entre gestores e entrevistadores: éramos todos estrangeiros, conhecendo espaços antes não vistos.

Houve também fatores que facilitaram nossas ações em campo, entre estes podemos citar a garantia de hospedagem e de deslocamento interno pelos municípios. Na maior parte destes houve a disponibilidade em tempo integral do veículo oficial para os entrevistadores, além da postura proativa da Coordenação da Atenção Básica ou mesmo do Secretário de Saúde em acompanhar o processo de trabalho. Outra importante referência foram os motoristas designados pelas secretarias de saúde dos municípios para nos acompanhar, que foram, para nós, apoiadores informais da logística, que com uma postura ativa e participativa readequaram as rotas quando necessário.

Figura I - O motorista: peça chave do sucesso das ações em campo



Foto: Autoria própria.

USUÁRIOS

Uma parte igualmente importante nesse processo de avaliação externa foi destinada à avaliação da satisfação do usuário em relação ao acesso e qualidade do serviço prestado. Consideramos esse um eixo fundamental, que permitiu dar voz a muitos dos usuários do Sistema Único de Saúde, onde estes tiveram a oportunidade de expressar sua opinião e serem ouvidos.

Abordar os usuários para a entrevista nem sempre se constituiu em uma tarefa fácil, demandando uma postura acolhedora e esclarecedora das equipes de entrevistadores, trazendo para os usuários a importância de sua participação na avaliação de sua equipe.

Para isto adotamos duas estratégias: abordagem individual ao usuário e a outra era a abordagem para um coletivo de usuários, presentes em locais, como por exemplo, nas salas de espera, onde, neste momento, explicávamos o motivo da avaliação, convidando-os para a entrevista.

Na maioria das vezes houve, por parte dos usuários, o interesse em participar da entrevista, seja para expressar elogios ou queixas, como, por exemplo, quando apontavam que há meses não tinham consulta, pois a equipe estava sem médico.

Como ignorar a dura realidade de equipes desfalcadas? E não foram poucas. Por mais que consideremos que o cuidado na atenção básica não se detém somente na figura do profissional médico, sabemos da importância de seu papel junto às equipes, sendo imprescindível sua presença.

A percepção dos usuários sobre qualidade e a dimensão desse significado foi algo muito marcante durante esta etapa do PMAQ e pôde ser identificada durante as entrevistas. A percepção de cada usuário se dava de maneira singular e estas singularidades não podem ser apreendidas descoladas do contexto, do lugar de onde cada sujeito se expressa.

A nossa experiência em campo nos mostrou que alguns fatores influenciavam na postura dos usuários. Uma situação corriqueira era o fato de o usuário avaliar a equipe com uma boa nota, como já citado anteriormente, apesar de haver muitas reclamações sobre a unidade e a prestação dos serviços. Alguns desses usuários justificavam-se depois referindo que tinham receio de prejudicar os profissionais da equipe ou que tinham medo de não mais ter acesso ao serviço. Eles achavam que uma crítica poderia prejudicar a relação e o vínculo com a equipe, principalmente em lugares distantes e de difícil acesso, em que a unidade de saúde era a única de referência para a população.

Essa postura se repetia em alguns locais com estrutura física bastante deficitária, onde muitos usuários entrevistados se mostravam satisfeitos com o serviço prestado e atribuíam boas notas às equipes. Muitos chegavam a dizer que era melhor ter essa unidade, mesmo em condições físicas ruins, do que não ter nenhuma, conforme o registro de uma supervisora.

Vale pontuar também, o desafio que se constituiu a aplicação do instrumento de pesquisa. Algumas situações nos mostraram que instrumento não se adequava para certas particularidades, como nos casos em que o usuário não sabia ler e escrever. Algumas questões também não estavam formuladas com muita clareza, pois, por vezes, se utilizou expressões técnicas, de difícil compreensão para a população em geral. Ao longo da aplicação do questionário, algumas questões foram pulsantes, como por exemplo, a questão da falta de medicamentos, tempo de marcação de consulta elevado e a dificuldade de conseguir ser referenciado, ou mesmo a longa espera para tal. Para muitos usuários, ter consulta com o médico era a questão que mais importava, em detrimento do fato da unidade não estar limpa e organizada. Lembramo-nos de um relato de um supervisor sobre uma Unidade Básica de Saúde, localizada numa região do estado:

278

Ela funcionava em uma pequena casa, cuja sala de espera era uma pequena varanda na entrada. Acomodava pouquíssimas pessoas, no máximo cinco, e havia poucas cadeiras. Chegamos num dia de atendimento e marcação de consultas (que era realizado apenas em três dias da semana) e vimos que a maior parte das pessoas aguardava em pé fazendo fila na calçada da unidade. Fazia muito calor. Nesse dia ficamos responsáveis pela captação dos usuários e logo pensamos: Não será nada fácil, pois eles devem estar muito revoltados com essa situação. Para nossa surpresa, os usuários entrevistados avaliaram muito bem a unidade. E alguns até diziam que não se importavam com o fato da estrutura ser precária, pois segundo eles, o mais importante é que lá havia consulta 'fácil'.

Este é um exemplo que mostra o peso de alguns aspectos em relação a outros, influenciando na percepção do entrevistado, bem como a relativização de diferentes realidades e seus diferentes quadros de referências.

Em alguns casos, pudemos perceber o vínculo do usuário com sua equipe. Isto ficava marcado durante a entrevista, refletindo na melhor aceitação do usuário pelo serviço. Algumas situações nos deram “pistas” sobre os aspectos mais valorizados em relação ao seu atendimento. Acreditamos que o relato a seguir sintetiza parte da vivência e percepção de cada um de nós nesse encontro com os usuários:

A captação dos usuários não é um processo tão simples quanto parecia ser... esse processo é permeado por algumas dificuldades que de certa forma exigia “jogo de cintura” por parte do avaliador de campo. Muitos eram receptivos, outros nem tanto... Lembro também da minha sensação de impotência diante dos fatos e histórias narradas. Casos de muitas Marias, Josés e Joãos que encontramos em cada canto desse estado. Cada um com a sua percepção revelada ao longo de cada entrevista. Uns entusiasmados, outros chateados, alguns indiferentes, uns tantos outros descrentes, outros satisfeitos. Não há como generalizar percepções

tão singulares. Para muitos, o momento da entrevista foi precioso, um desabafo. Ouvir cada relato ainda que muita coisa não coubesse no instrumento, me fazia entender parte de um todo. Era uma aproximação daquela realidade, e viver isso foi muito enriquecedor. (registro de campo - supervisor)

Alguns fatores facilitaram as ações dos pesquisadores em campo, dentre eles destacam-se: a garantia de hospedagem e deslocamento interno pelos municípios, a participação ativa de coordenadores da atenção básica e mesmo de secretários municipais de saúde e o auxílio qualificado dos motoristas designados pelas secretarias de saúde para acompanhar a equipe, que muitas vezes readequaram as rotas para facilitar o trabalho.



ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES

Por meio do módulo II do instrumento, pudemos apreender muitos aspectos referentes ao processo de trabalho das equipes, chamando a atenção para as disparidades entre as equipes visitadas.

A postura dos profissionais, frente ao processo de avaliação, também foi diferenciada, alguns ficavam muito tensos, o que dificultava o transcorrer da entrevista, outros ficavam mais à vontade e compreendiam o processo de avaliação enquanto um momento de reflexão do próprio trabalho.

A fragilidade dos vínculos trabalhistas dos profissionais nos foi relatada como um dos motivos de insatisfação e desmotivação dos mesmos, dificultando a organização do processo de trabalho. Deparamo-nos com profissionais com diferentes formas de contratação: contratos temporários, cargo comissionado, contrato por prestação de serviços, apresentando diferentes vínculos trabalhistas, tais como Organizações Sociais (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), fundações de saúde. Encontramos inclusive profissionais com contrato verbal, sem nenhuma formalização de vínculo, sinalizando a fragilidade das relações de trabalho.

A formação dos profissionais, isto é, as ações de educação permanente em saúde também se constituíram em um aspecto frágil, onde muitas equipes não recebiam o apoio mínimo necessário para o bom desenvolvimento de suas ações. E estas questões muitas vezes eram percebidas num certo tom angustiado dos profissionais durante a entrevista.

Outra questão que nos preocupou durante a coleta de dados foi que, nos momentos de solicitação dos documentos para comprovação das ações das equipes, estes muitas vezes não estavam disponíveis, pois as equipes, apesar de realizarem as atividades, não tinham o hábito de registrá-las.

Percebemos assim, uma fragilidade na articulação entre os gestores e profissionais, principalmente na circulação de informações. Por esse motivo, era comum a necessidade do entrevistador dizer quais eram os documentos e até explicar sobre o PMAQ. Outro exemplo dessa fragilidade na articulação entre gestores e profissionais é o fato de algumas equipes relatarem que apesar da adesão, estas possuíam pouca informação sobre o PMAQ, bem como, referiram não ter recebido apoio da gestão no processo de auto-avaliação.

Encontramos unidades que tinham estruturas inadequadas, isto é, que não atendiam as necessidades tanto dos profissionais quanto dos usuários, com escassez de materiais, insumos e equipamentos. O acolhimento também se constituía em um desafio para as equipes que visitamos, assim como, não havia uma organização adequada com relação ao tempo máximo de agendamento e o tempo de espera por consulta.

Com relação à agenda, percebemos que a maioria das equipes estava organizada para realizar visitas domiciliares e atividades comunitárias. Também programavam consultas e ações para usuários que faziam parte

de alguns dos programas ou grupos prioritários e que necessitavam de cuidado continuado. Sobre a renovação de receitas, que também é realizada pelas equipes, uma enfermeira teve a seguinte ideia, registrada por um supervisor:

A enfermeira colocava em um quadro, sacolas grampeadas uma do lado da outra, com o nome dos ACS. O usuário, quando precisava trocar a receita, entregava para o seu ACS e o mesmo colocava a receita na respectiva sacola. Ao término do dia, ela pegava as receitas e levava ao médico para serem renovadas, assim, no próximo dia, o ACS se dirigia à casa do usuário levando a receita. (registro de campo - supervisor)

Um aspecto potencial é que a maior parte das equipes realizavam reunião semanal, demonstrando valorizar esse espaço para abordagem da organização do processo de trabalho e também fomentar a discussão dos casos. Contudo, na maior parte das equipes esse processo não é registrado e tampouco há a participação dos gestores do município.

Assim, em nosso encontro com os profissionais da atenção básica, percebemos a dureza do cotidiano dos serviços de saúde e que tais atores se encontravam no centro de todo o processo de organização do trabalho, de uma maneira geral, com pouco apoio e integração em relação ao gestor.

Toda essa leitura não pode estar desvinculada de seu contexto e, portanto, não se pode desconsiderar a questão da carência de recursos humanos em muitas unidades, bem como a pouca valorização do mesmo. É preciso ter em mente que os profissionais são centrais em qualquer tentativa de (re)organização dos serviços de saúde e qualquer esforço que vise a qualificação da atenção deve, primordialmente, passar por estratégias de valorização desses profissionais. Em muitos casos se nos deparamos com equipes desfalcadas, ou atendendo a um número de famílias superior ao preconizado, inviabilizando o desenvolvimento de ações comuns à ESF.

Estar em campo e ter contato com essas diferentes realidades foi enriquecedor para a equipe de entrevistadores. Há, sim, potencialidades, mas não podemos deixar de refletir sobre os “nós” que ainda persistem e dificultam o processo. Enquanto supervisores e entrevistadores, tínhamos a missão ética com a pesquisa de sermos imparciais. entretanto, algumas vezes era impossível se manter insensível à realidade de cada equipe nas inúmeras unidades básicas de saúde visitadas.

“A percepção de cada usuário se dava de maneira singular e estas singularidades não podem ser apreendidas descoladas do contexto, do lugar de onde cada sujeito se expressa.”



GESTÃO

De antemão, sinalizamos que a nossa experiência na etapa de avaliação externa nos mostrou que traçar um perfil para a gestão da atenção básica do estado é uma tarefa quase impossível, pois percebemos a singularidade dos municípios e as fragilidades e potencialidades comuns a estes.

Em alguns locais, nos deparamos com gestores comprometidos com as equipes e informados do processo da avaliação externa, bem como das outras etapas do PMAQ. Em outros, presenciamos gestores quase que totalmente desinformados sobre o Programa, além da aparente apatia e falta de apoio institucional, demonstrando, assim, fragilidade na relação com suas equipes de atenção básica.

O processo de gestão era realizado por apoiadores dos coordenadores, intitulados superintendentes ou supervisores de área, sendo estes o elo entre as equipes e o(s) coordenador (es) de Atenção Básica/ESF, principalmente nos municípios maiores. Em municípios menores, a gestão básica geralmente ficava a cargo de um coordenador de atenção básica, sendo este o responsável pela gerência tanto das unidades tradicionais quanto pelas equipes e unidades da modalidade da Estratégia Saúde da Família. Houve situações em que o próprio secretário municipal de saúde era o contato imediato que respondia aos assuntos pertinentes a esse nível de atenção.

Com relação à qualificação do gestor local, observamos, em alguns casos, que o gestor era oriundo de uma das equipes de atenção básica, com um mínimo de conhecimento da política nacional da atenção básica ou mesmo de gestão de programas. Em outras ocasiões ele era a figura indicada pelo político da região e nem sempre tinha uma experiência ou conhecimento significativo do serviço e/ou da rede de saúde pública, gerando distorções na condução da política de atenção básica local. Por exemplo, algumas ofertas de serviços típicos da atenção básica eram delegadas à atenção especializada; equipes que cobriam um número superior de famílias em relação ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica; o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) vinculado às equipes e não à unidade básica de saúde.

A postura de alguns gestores também chamou a atenção por apresentar uma forma centralizadora de administrar. Conforme sugere o seguinte fragmento retirado de um registro de campo:

Impressiona ver como as informações no município são centralizadas: dados do SIAB, mapas de área de abrangência, planilhas de produção, tudo está na secretaria e nada nas unidades! As equipes não possuem menor autonomia para organizar seu processo de trabalho, a informação não chega até elas [...] (registro de campo- supervisor)

No intuito de driblar a centralização de documentos e produções importantes para a compreensão das necessidades de saúde dos usuários, alguns profissionais, mais críticos do próprio processo de trabalho e cientes dessa característica, custeavam e tiravam cópias desses documentos. Essa centralização dos gestores talvez tenha prejudicado a avaliação de muitas equipes, tendo em vista que o questionário exigia a apresentação de documentos comprobatórios de algumas atividades e que não estavam disponíveis no momento da entrevista.

Consideramos ainda que essa centralização pode desmotivar as equipes para o registro das ações desenvolvidas, além de acarretar dificuldades na organização do processo de trabalho e, sobretudo, para o planejamento e a execução das ações de cuidado pertinentes à responsabilidade sanitária da atenção básica com o território adscrito.

Sendo assim, como pensar a autonomia dos profissionais e das equipes na gestão do cuidado individual e coletivo? Quais as implicações da não autonomia provocada por esta centralização dos gestores na tomada de decisão dos profissionais em seus processos de trabalho?

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB –, uma das atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica é:

[...] utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL, 2012, p. 45).

285

O mesmo documento também determina que as secretarias municipais e o Distrito Federal devem: “Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família.” (IBIDEM, p.34).

Ampliando as indagações anteriores, como garantir a efetivação dessa atribuição se não há sensibilidade do gestor local em subsidiar as ações das equipes, através de informações que tragam um panorama da realidade local, contrastada com as outras realidades das demais equipes que compõem a rede de atenção básica do município?

Outro ponto que fala sobre a gestão da atenção básica em nosso estado, se refere à pluralidade de formas de contratação e vínculos dos trabalhadores, por vezes extremamente precários, como já foi comentado.

Como um dos efeitos da pluralidade dos vínculos trabalhistas, já relatados, escutamos queixas tanto de gestores, quanto de enfermeiros e de usuários, sobre a rotatividade de profissionais nas equipes, principalmente do médico, gerando sobrecarga de trabalho para os outros membros da equipe.

Podemos também conjecturar que a escassez e/ou fragilidade do vínculo entre profissionais e usuários pode ser o reflexo desta fragilidade das condições de trabalho. A rotatividade dos profissionais também se dava por questões políticas, onde a mudança do governo influenciava todo o cenário. Portanto, indagamos: Como

garantir a continuidade do cuidado com a rotatividade e a não valorização dos profissionais da atenção básica? Como fomentar o vínculo entre equipes e usuários/comunidades sendo este um processo que requer tempo e solidificação das relações dos sujeitos envolvidos?

Portanto, as questões levantadas nos remetem à reflexão da urgência em se pensar formas de apoio para que os inúmeros municípios, com suas realidades tão distintas, possam se apropriar e implementar políticas voltadas para o fortalecimento do trabalho e da educação na saúde, objetivando o interesse e a permanência do profissional na atenção básica. E, assim também, garantir condições mais dignas aos profissionais.

Ainda nesse esteio, a experiência do PMAQ pode também evidenciar questões relativas à gestão estadual enquanto apoiadora dos municípios e articuladora dos mesmos. Se por um lado o profissional se queixava do não apoio do gestor municipal, por sua vez, estes últimos se queixavam da falta de apoio do gestor estadual. Para exemplificar, vimos em um município de uma das regiões do estado, que outrora era uma das referências da ABS/ESF na região, que ao longo dos anos viu o interesse e o investimento na ESF perder o foco. Os problemas locais podem prejudicar o andamento de uma política e o papel do estado era fundamental como coordenador e apoiador nos momentos de crise dos municípios.

Outra questão que presenciamos, no contato com os gestores dos municípios, foi o pouco entendimento destes no que se refere à utilização do recurso financeiro que seria obtido pela adesão e certificação de suas equipes. Conhecemos gestores que mencionaram o hiato comunicacional entre a coordenação de ABS/ESF e suas próprias secretarias de saúde, apontando, inclusive, que haveria dificuldades para que as equipes usufríssem do recurso financeiro destinado a elas e que tinham como foco a melhoria do acesso e da qualidade. Alguns depoimentos de gestores retrataram essas dúvidas:

Como posso utilizar o valor que está no fundo municipal? O que fazer para que eu possa destinar o recurso para as equipes? A unidade tem 03 equipes de saúde da família e só uma foi avaliada. Eu posso utilizar o recurso para as outras equipes? O secretário de saúde mudou e não se sabe se se conseguirá dialogar com ele. O que fazer? (retirado de um relatório - supervisor)

Entendemos que a não clareza para a utilização dos recursos financeiros provenientes do PMAQ pode expressar tanto os problemas internos, isto é, dificuldades de articulação das secretarias municipais de saúde e os coordenadores da atenção básica/ESF, como as questões que se articulam com a discussão anterior sobre o papel da gestão estadual enquanto apoiadora dos municípios, inclusive nas orientações sobre o financiamento.

Erroneamente, costuma-se atribuir somente aos gestores a culpa pelos problemas dos serviços e dos processos de trabalho das equipes. Entretanto, entendemos que o gestor é um importante ator nesse processo tão imbricado que é a construção e materialização do SUS. E nesse espaço comunicacional, a equipe PMAQ-RJ pôde aprender que compete a cada ator desempenhar suas funções e que o apoio, oferecido por tantos outros atores, é vital.

“Erroneamente, costuma-se atribuir aos gestores a culpa pelos problemas dos serviços e dos processos de trabalho das equipes. Entretanto, entendemos que o gestor é apenas mais um ator nesse processo tão imbricado que é a construção e materialização do SUS. E nesse espaço comunicacional, a equipe PMAQ-RJ pôde aprender que compete a cada ator desempenhar suas funções e que o apoio, oferecido por tantos outros atores, é vital.”

287



CONSIDERAÇÕES FINAIS E APONTAMENTOS

Ser *PMAQuiano* é ser implicado, ou seja, interessado em (re)inventar a si mesmo e aos processos à sua volta (LOURAU, 1993, p. 85). O nosso processo de trabalho, assim como de inúmeras equipes de avaliação externa de outros estados, se deu de maneira autônoma. Assim, coube-nos ir construindo e experimentando na prática os nossos planejamentos, onde muitos foram acertos, e outros talvez pudessem ser aperfeiçoados.

O contato prévio com a gestão local se constituiu em um fator positivo, auxiliando o planejamento, bem como minimizando problemas em campo.

Sem dúvidas, foi uma experiência bastante densa, com seus altos e baixos que, no final das contas, resultou num saldo positivo. Fazer parte desse momento foi extremamente enriquecedor e foi, além de tudo, para entrevistadores, supervisores e coordenadores, um processo formador.

A pretensão deste trabalho foi provocar a reflexão dos leitores, para que juntos possamos vislumbrar novos caminhos rumo à tão almejada melhoria do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, finaliza-se com a reflexão de Marcel Proust que diz: “A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos...” para que se possa ter a sensibilidade aguçada na “caminhada” no SUS por olhares atentos para compreender a realidade que se apresenta.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA FILHO, J. **“A Chacina do Pan” e a produção de vidas descartáveis na cidade do Rio de Janeiro**: “não dá pé não tem pé nem cabeça. Não tem ninguém que mereça. Não tem coração que esqueça.” Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plataforma Sala de Apoio à Gestão Estratégica** - Disponível em: <<http://l89.28.l28.l78/sage/>>. Acesso em: Março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Documento síntese. Brasília: 2012.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 2004.

LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.

PELBART, P. P. Ecologia do Invisível. In: **A nau do tempo-rei**: 7 ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: IMAGO, 1993.

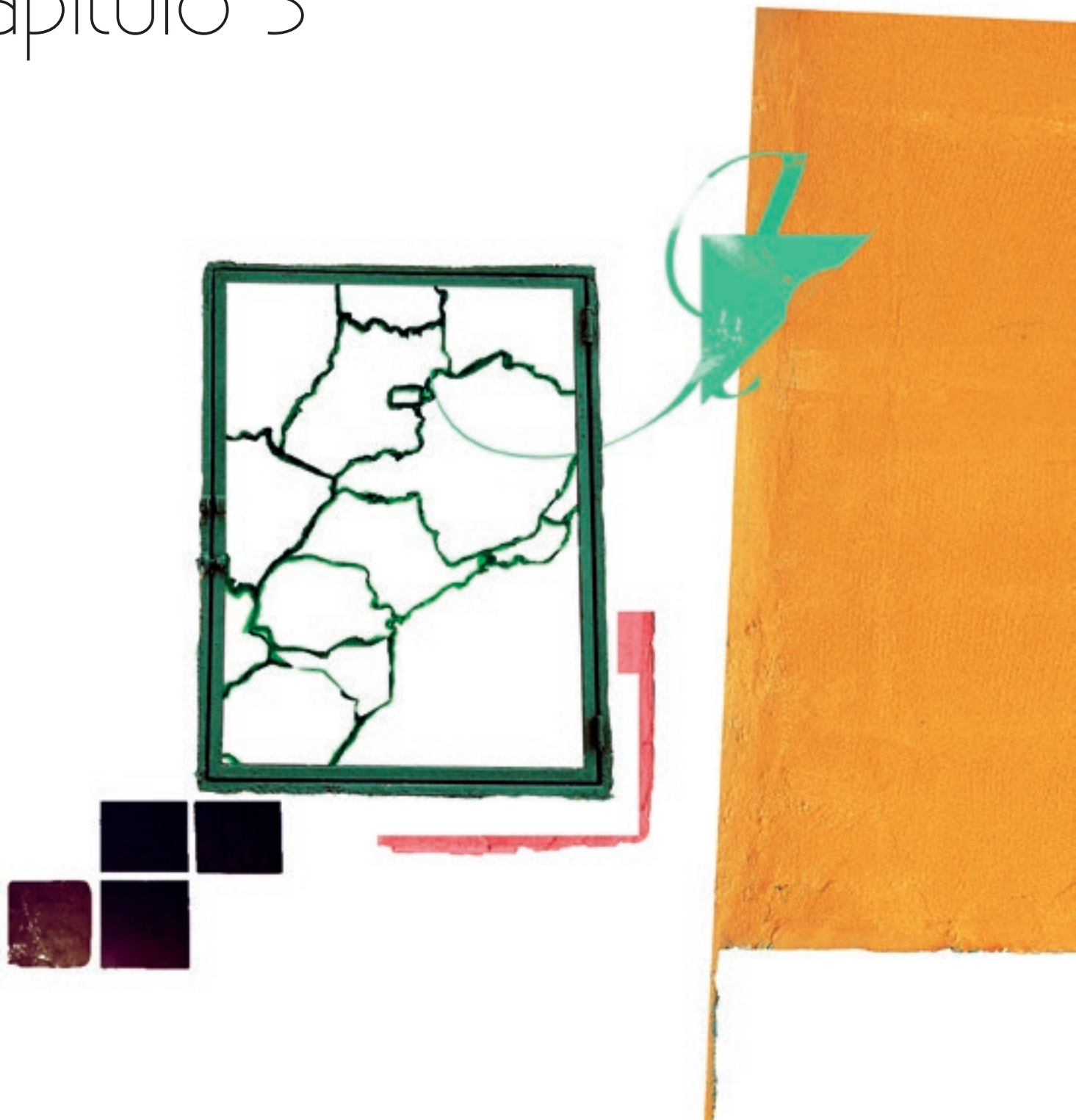
PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Ranking do IDH dos Municípios do Brasil**, 2003. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=I&li=li_Ranking2003>. Acesso em: março de 2013.

RODRIGUES, C. **O cinema e a produção**. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007.

SANTOS, M. **Pobreza Urbana**. 3ªed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

Capítulo 3

290



Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate



Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Maria Helena Magalhães de Mendonça
Ligia Giovanella

291

Neste capítulo são destacadas temáticas recorrentes nas diversas experiências de trabalho de campo, com o intuito de proceder a uma síntese do aprendizado na implementação do processo avaliativo.

Inicialmente, contextualiza-se o PMAQ AB nos ciclos de avaliação da atenção básica no Brasil desencadeados pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Na segunda parte, sintetizam-se os aprendizados das experiências de campo na aplicação da avaliação externa do PMAQ AB, relativos ao processo avaliativo e aos desafios vivenciados para a organização da atenção básica. Ao final, realçam-se lições do processo avaliativo para informar ajustes necessários em próximos ciclos do PMAQ AB que possibilitem sua institucionalização e permanência.

IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

No contexto da constituição e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990, a garantia de atenção básica em saúde, denominação atribuída no país à atenção primária, passa a ser de responsabilidade da administração municipal, como preconizado na década de 1980 no processo de redemocratização do país. Os municípios brasileiros, por algumas iniciativas próprias, e logo, com incentivos financeiros da Estratégia de Ações Integradas de Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), gradualmente assumiram novas responsabilidades na atenção à saúde, com importante e progressiva expansão da oferta de unidades básicas de saúde no país.

Desde meados da década de 1990, o governo federal induziu fortemente a adesão à Estratégia Saúde da Família como uma nova abordagem em Atenção Primária à Saúde que deveria “converter o modelo assistencial” vigente. Inicialmente voltado para populações em extrema pobreza, e com características seletivas, o Programa de Saúde da Família (PSF), no processo de implantação, ampliou seu escopo, sendo assumido na Política Nacional de Atenção Básica de 2006 como a estratégia prioritária para reorientação do modelo assistencial na atenção básica, passando a incorporar na normativa os atributos de uma APS integral.

292

O modelo assistencial proposto para a Estratégia de Saúde da Família tem como núcleo uma equipe multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, deve ser de fácil acesso e o primeiro ponto de atenção que cria vínculos, se responsabiliza pela atenção à saúde da população do território, coordena cuidados integrais, ordenando a rede assistencial, e incentiva a participação social na gestão dos mesmos.

Com a implementação do Piso de Atenção Básica em 1998, no âmbito da Norma Operacional Básica nº 6, este processo se fortalece e a atenção básica se capilariza por todos os municípios do país. Ao longo de mais de uma década, a indução financeira federal sustentada impulsionou a difusão da Estratégia SF, alcançando em 2012 uma cobertura estimada de mais de 53% da população nacional, com 33 mil equipes de Saúde da Família e 257 mil agentes comunitários de saúde atuando em quase todo o território nacional. A implementação inicial do PSF foi mais rápida e alcançou maior cobertura na região nordeste e municípios menores com poucos serviços básicos de saúde, e teve menor expansão em grandes centros urbanos, que já contavam com estruturas anteriores de atenção básica. Segundo dados da PNAD Saúde, o PSF cobria 67,7% da população na região nordeste e 38,5% na região sudeste em 2008 (IBGE, 2010).

Neste processo, a oferta de serviços de atenção básica no país foi ampliada. O número de unidades básicas de saúde dobrou: em 1988 existiam vinte mil, e em 2005 quarenta mil unidades básicas de saúde (IBGE/AMS, 2005).

A maior oferta de unidades básicas de saúde repercutiu também em seu uso regular mais frequente. Ter um serviço de saúde ao qual normalmente se recorre é um indicador de acesso e da disponibilidade de

serviços. Em 1998 (ano de implantação do Piso de Atenção Básica), 71% da população brasileira fazia uso regular de algum tipo de serviço de saúde, percentual que aumentou para 79% em 2003 e reduziu para 74% em 2008 (IBGE, 1998, 2003, 2010 PNAD Saúde). O posto ou centro de saúde é a modalidade de serviço mais procurada, constituindo serviço de procura regular para 57% da população e para três quartos dos brasileiros nas menores faixas de renda (77%) (IBGE, 2010/Pnad-Saúde 2008).

Ciclos da política de avaliação da atenção básica

Este processo de importante expansão da atenção básica no país, ainda que não tenha sido sistemático e uniformemente monitorado ao longo de todo o período, foi acompanhado por diversas iniciativas de avaliação. Para a institucionalização da avaliação em atenção básica, o Departamento de Atenção Básica criou, em 2003, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, com a missão de fortalecer o papel da avaliação como instrumento para a gestão do SUS.

Os primeiros esforços para avaliar a Saúde da Família, induzidos pelo Ministério da Saúde nos anos 2000, agrupam uma série de pesquisas solicitadas a instituições acadêmicas para informar e orientar a elaboração do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos (Proesf). Exemplo desta iniciativa é a realização, entre 2000 e 2001, de estudos de caso de implementação, de estimativas de custos, e estudos ecológicos, além da chamada avaliação normativa por meio do censo da estrutura das unidades básicas e da atuação das equipes (ALMEIDA, 2007; ESCOREL et al., 2002).

A partir de 2003, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica passou a elaborar uma proposta para institucionalização da avaliação da atenção básica que envolveu diversos componentes. Entre estes, sobressaem-se: o financiamento de pesquisas avaliativas sobre atenção básica com os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf), o desenvolvimento de uma metodologia de autoavaliação, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), e o Monitoramento de Indicadores Municipais da Atenção Básica do Pacto de Indicadores (Felisberto, 2006).

À mesma época, parcerias entre o DAB, o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) fomentaram a pesquisa acadêmica por meio de edital específico em atenção básica, incluindo avaliação. Criado em 2004, o Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS) instituiu uma parceria no nível nacional entre o Decit e o CNPq, e, nos estados, entre as instâncias estaduais de saúde (SES) e de ciência e tecnologia, através das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, com o objetivo de promover a produção de conhecimento

em consonância com as prioridades de saúde e com as vocações regionais de pesquisa em saúde. O PPSUS, implantado gradualmente em todos os 27 estados, fomentou a pesquisa no SUS de forma descentralizada. Ainda que não fosse dirigido à atenção básica explicitamente, difundiu o fomento da pesquisa em serviços do SUS pelo país e vem apoiando um volume importante de estudos locais em atenção básica.

Uma das iniciativas mais abrangentes de avaliação da atenção básica se deu no âmbito do Proesf. Entre 2005/2006 foram desenvolvidos estudos avaliativos de Linha de Base, selecionados por edital público, englobando pesquisas nos 227 municípios do país com população acima de 100.000 habitantes. As propostas de estudo de acordo com o edital foram estruturadas em modelo teórico que incluiu quatro dimensões: político-institucional, organização da atenção, cuidado integral e desempenho dos sistemas de saúde.

A flexibilidade prevista na condução dos estudos por diferentes grupos de pesquisa com formação e expertise diversificadas resultou em múltiplas abordagens metodológicas, com pluralidade de fontes de informação e técnicas como inquéritos com usuários e profissionais, grupos focais, observação, entrevistas, análise documental e de dados de sistemas nacionais de informação. Estas pesquisas avaliativas traçaram um denso panorama da atenção básica no país, resultado da diversidade de abordagens da avaliação, de diferentes interpretações das dimensões de análise propostas e das formas de apresentação de resultados, apontando variadas possibilidades de seleção de indicadores para monitoramento, sem uniformidade entre estados ou regiões do país.

Contudo, o propósito original de promover a institucionalização da avaliação da AB, onde os resultados destes estudos seriam a base definidora de parâmetros para posterior avaliação da implementação do PROESF, não se cumpriu e os estudos subsequentes aos Estudos de Linha de Base não foram fomentados.

Uma meta-avaliação dos estudos de linha de base permitiu apreciar este processo avaliativo e analisou sua pertinência, somando-se aos esforços de instituir uma cultura avaliativa na atenção básica e no SUS (HARTZ et al. 2008). Ademais, a meta-avaliação permitiu sintetizar alguns resultados e identificar lacunas nas formas de retorno da informação aos gestores, de modo que pudessem contribuir com informações para as políticas locais (MEDINA e FERNANDES, 2008).

Não obstante, o DAB financiou entre 2008 e 2009, a partir de demandas pontuais a grupos de pesquisa consolidados, outro conjunto de grandes estudos de avaliação em AB, entre os quais se destacam: o estudo de implementação em quatro grandes centros urbanos (GIOVANELLA et al., 2009); um inquérito nacional de acesso e qualidade na rede de atenção no país (Projeto Aquares) (FACCHINI et al., 2009); uma nova aplicação da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil em amostra de UBS e de equipes de saúde da família e de saúde bucal, com o propósito de monitoramento da implantação e do funcionamento das equipes a partir da adaptação dos instrumentos da avaliação normativa (BARBOSA et al., 2009)

Este conjunto de esforços de institucionalização da avaliação apoiou o desenvolvimento e difundiu metodologias utilizadas, podendo-se identificar três correntes metodológicas principais entre 2003 e 2010:

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), Avaliação Rápida dos Serviços de Atenção Básica em Nível Local (Primary Care Assessment Tools-PCATool) e Pesquisa Mundial da Saúde – Atenção Básica (PMS-AB).

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), iniciativa de técnicos do DAB com apoio de especialistas e consultores internacionais, apoiada pela OPAS e UNESCO, teve como perspectiva a avaliação interna de autogestão, protagonizada pelos profissionais que desenvolvem a ação. É uma proposta de autoavaliação orientada por instrumentos dirigidos a gestores, coordenação do PSF, gerente de USF, equipes e profissionais de nível superior; sem incluir, contudo, avaliação por usuários. Com caráter orientador, pedagógico e indutor de boas práticas em saúde, os instrumentos propostos norteiam a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços, baseado nos princípios, diretrizes e campos de atuação da Estratégia Saúde da Família.

A metodologia induz o desenvolvimento de projetos de intervenção, a partir dos aspectos críticos identificados na avaliação realizada, para fomentar a melhoria contínua da qualidade. A AMQ define 300 padrões de qualidade (parâmetros ou critérios para avaliação), que variam de E a A: Qualidade Elementar, em Desenvolvimento, Consolidada, Boa, e Avançada. Tem, portanto, uma concepção incremental, entendendo os padrões como gradientes de qualidade, isto é, estágios ou momentos de um processo (MS, 2005). Ainda que a metodologia tenha sido bem desenhada e os padrões validados, a implementação não foi acompanhada de incentivos, com adesão voluntária de apenas parte dos municípios brasileiros que a utilizaram por algum tempo, tendo caído em desuso. Não obstante, atualmente, os instrumentos da AMQ foram adaptados e uma versão modificada está sendo usada para a fase de autoavaliação no processo do PMAQ –AB, como se verá adiante.

Outra metodologia de avaliação muito difundida é a Avaliação Rápida dos Serviços de Atenção Básica em Nível Local – *Primary Care Assessment Tools* – elaborada por equipe da Universidade John Hopkins, coordenada pela professora Barbara Starfield. Estes instrumentos avaliam a efetivação dos atributos de uma atenção primária robusta conforme proposto por Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para família, orientação para a comunidade e competência cultural.

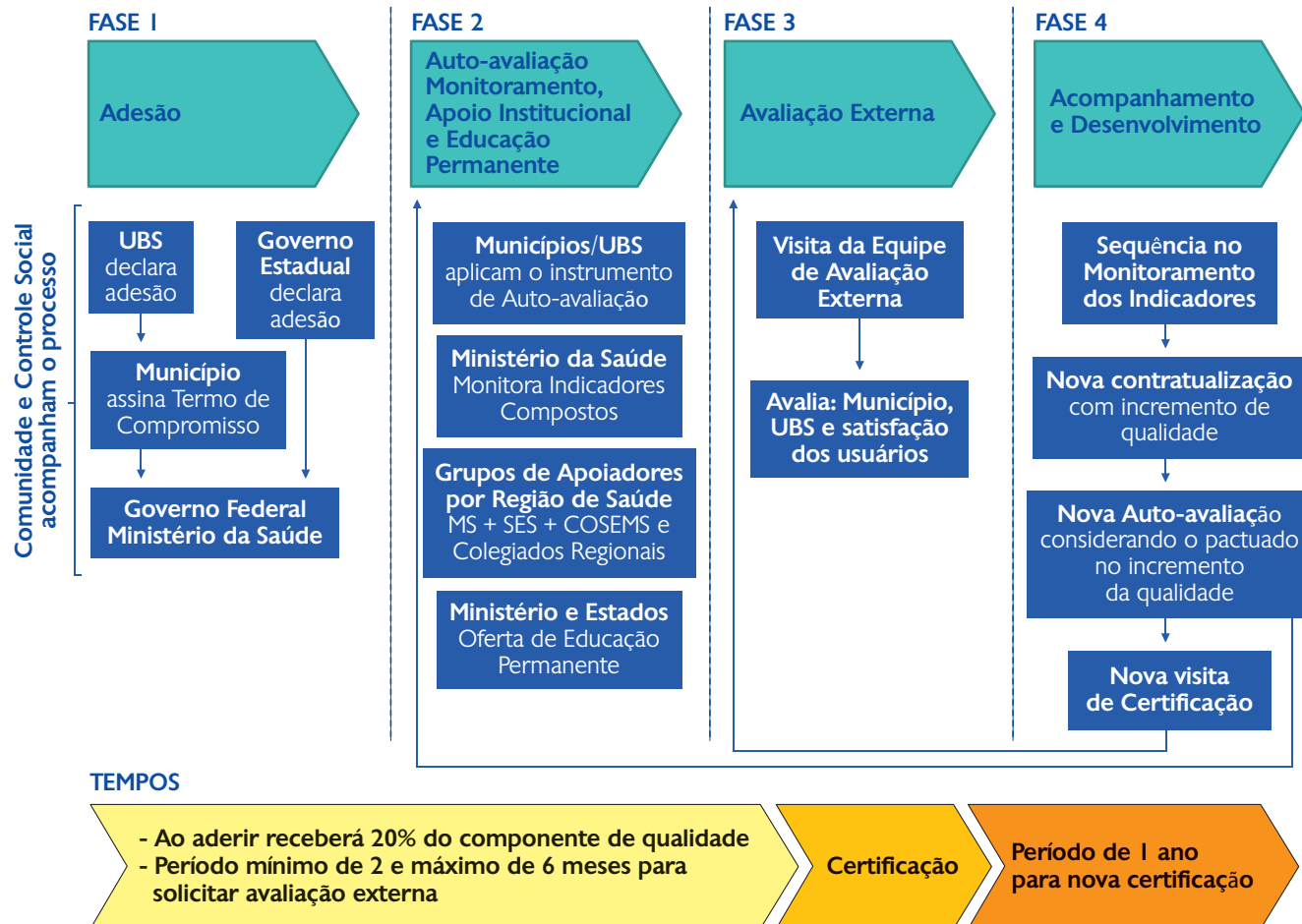
A metodologia foi adaptada no Brasil por Almeida e Macinko (2006) e os instrumentos, validados por Harzheim et al. (2006; 2010), vêm sendo aplicados em diversos contextos. Visa medir as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica em nível municipal, por meio da comparação dos pontos de vista dos diversos atores envolvidos: gestores, profissionais de saúde e usuários. Os três questionários com cerca de 100 perguntas contêm questões semelhantes para os três grupos de entrevistados, a fim de permitir comparar a avaliação realizada pelos diferentes atores. A versão dos instrumentos adaptados por Almeida e Macinko (2006) foi utilizada por diversos grupos de pesquisa da região sul e sudeste nos estudos de linha de base do Proesf (ELIAS et al., 2006; IBÁÑEZ et al., 2006; VAN STRAHLEN, 2008). Esta metodologia tem demonstrado a superioridade do desempenho das equipes de saúde da família em comparação com serviços de atenção básica tradicional (CASTRO et al., 2012).

A metodologia da Pesquisa Mundial da Saúde – Atenção Básica (PMS-AB) incorreu na adaptação do instrumento utilizado na Pesquisa Mundial de Saúde, um inquérito populacional que deveria apoiar a avaliação do desempenho do sistema de saúde, sob a ótica dos usuários. Para as avaliações dos estudos de linha de base do Proesf, o questionário da pesquisa mundial foi adaptado para aprofundamento do estudo do acesso e utilização de serviços de atenção básica, incluindo a Estratégia Saúde da Família, para avaliar o desempenho da ABS/PSF no município, tendo sido aplicado em diversas cidades do sudeste e nordeste do país (SZWARCOWALD, MENDONÇA e ANDRADE, 2006).

Um novo ciclo no processo de institucionalização da avaliação da atenção básica no país se inicia com base na Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o Incentivo Financeiro do PMAQ AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. Frente à necessidade de melhoria do financiamento da atenção básica no SUS, o governo federal cria um novo componente do PAB variável e condiciona os novos repasses financeiros à adesão ao processo de avaliação e a seus resultados. A metodologia desenvolvida para a avaliação no PMAQ incorpora elementos das diversas abordagens anteriores e se diferencia por seu caráter universal e rotineiro.

Trata-se de um modelo de avaliação que pretende mensurar o desempenho das equipes de atenção básica e os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar transferências financeiras e a tomada de decisão para promoção da melhoria da qualidade e do acesso. A expectativa é que o programa estabeleça parâmetros de comparação entre as Equipes da Atenção Básica (EAB). A proposta é de uma ação incremental com renovação do ciclo avaliativo a cada dois anos (quadro 1), com quatro fases de desenvolvimento: adesão de UBS no âmbito municipal, autoavaliação, avaliação externa e acompanhamento e desenvolvimento. O programa busca ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica, na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica ofertados à sociedade brasileira e estimular a progressiva ampliação do acesso e da qualidade “das práticas de gestão, cuidado e participação” na AB (BRASIL, 2012).

Quadro I - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade



Fonte: DAB, 2011.

Com o PMAQ, o MS adotou a estratégia de indução financeira aos municípios, segundo a condição de desempenho das equipes de atenção básica. A vinculação de repasse de recursos financeiros deve induzir a implantação de padrões que expressam condições de ampliação do acesso dos serviços e qualidade da atenção, melhoria das condições de trabalho e investimentos no desenvolvimento dos profissionais da atenção básica. Pretende-se também que o programa possibilite o reconhecimento e valorização dos esforços e resultados alcançados pelas equipes de atenção básica e gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

Para os formuladores do Programa, o argumento central é a possibilidade do ato da avaliação ser um disparador de mudanças nas condições e modos de funcionamento dos serviços de atenção primária (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

A abordagem metodológica implícita ao desenho de implementação do PMAQ aproxima-se do que Champagne et al. (2011) descreveram como um tipo de avaliação colaborativa e construtivista, em que partes interessadas no processo avaliativo desempenham papel crucial como recurso da avaliação. O envolvimento de diferentes atores no processo, ainda que não compartilhem das mesmas intenções e projetos, possibilita reconhecer e incorporar à avaliação questões e preocupações que são objeto de consenso, conferindo maior pertinência e tornando mais real a permeabilidade do processo frente às responsabilidades assumidas pelos atores interessados.

Neste sentido, a avaliação seria essencialmente estratégica: seus objetivos vão além do ato estrito de avaliar o desempenho das equipes para estabelecer o repasse de recurso financeiro e podem gerar mudanças no processo, ampliando a capacidade de reflexão e apropriação dos atores sobre as ações que desenvolvem. Os resultados gerados pela avaliação podem ser úteis para fomentar o debate acerca da condução da Política de Atenção Básica no país, fornecendo informações para a tomada de decisão, seja no sentido de interromper, corrigir ou qualificar as ações desenvolvidas nos serviços de atenção primária.

A vasta literatura no campo da avaliação tem apontado para a importância da institucionalização da “cultura da avaliação”, de modo a ultrapassar os limites puramente tecnicistas de julgamento de valor para alcançar um sentido mais prático, que contribua para a emancipação dos atores envolvidos. Neste sentido, a abordagem avaliativa deve propiciar aos atores interessados na avaliação ampla compreensão sobre as condições do processo, os efeitos desejados e a participação ativa em seu aprimoramento (DUBOIS, CHAMPAGNE, BILODEAU, 2011).

IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ AB

No primeiro ciclo de implementação do PMAQ, 70% dos municípios brasileiros aderiram e muitos deles contratualizaram até 50% de suas equipes de atenção básica para a avaliação externa, conforme previa o programa. Em todo o país, 17.202 equipes participaram da avaliação externa. O instrumento aplicado captou informações sobre o processo de trabalho das equipes, a organização do cuidado e a articulação da atenção básica à rede de serviços de saúde. Gerou informações sobre as condições de infraestrutura, materiais, de insumos e medicamentos, visitando 42.987 endereços de unidades básicas cadastradas no CNES e identificando 38.785 unidades básicas de saúde ativas em todo o país. Auscultou 65.741 cidadãos brasileiros entrevistados que relataram suas experiências e emitiram sua opinião sobre o acesso e utilização dos serviços de atenção básica.

Os efeitos gerados a partir da indução conduzida pelo gestor federal provocou importante movimento de adesão de muitos gestores municipais ao programa, motivados em parte pela captação de recursos financeiros direcionados para a atenção básica. Este movimento se configurou em ações internas aos municípios, tanto no sentido da mobilização das equipes de atenção básica para participação do processo avaliativo, quanto no sentido de viabilizar condições para atingir maior adequação das unidades básicas de saúde aos padrões avaliativos priorizados pelo PMAQ AB no momento da avaliação externa.

A atuação dos gestores municipais foi, todavia, desigual, oscilando entre os que estiveram fortemente empenhados nas diversas fases de desenvolvimento – incentivando processos de autoavaliação, educação permanente, apoio institucional, com aproximação entre as ações no âmbito da gestão e dos serviços de saúde – e aqueles com baixa apropriação do programa, com ausência de organização e preparação das equipes e das UBS para participar da avaliação externa.

As distintas formas de implementação do PMAQ AB na esfera municipal podem ser relacionadas à heterogeneidade dos contextos político e institucional. Os contextos influenciam e podem afetar a configuração e a natureza do programa, seja no sentido das barreiras ou dos fatores facilitadores ao processo de implantação (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, Denis, 2011).

A realização do censo de todas as unidades básicas de nove estados brasileiros e a aplicação dos instrumentos de avaliação externa nas equipes que aderiram em cada um destes estados, coordenadas pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, permitiu conhecer a capilaridade e diversidade da atenção básica no país.

A leitura do conjunto dos relatos destas experiências, compilado neste livro, permite identificar temáticas comuns recorrentes, relativas tanto ao processo avaliativo em si, quanto à capilaridade e diversidade da atenção básica no país e seus desafios.

Nos aspectos relacionados à avaliação, salienta-se a oportunidade da avaliação e as tensões que gera. Denotam-se efeitos imediatos das visitas no campo e do ato de aplicação dos instrumentos de coleta de dados, como uma intervenção que implica em reflexão sobre a prática e em iniciativas de melhoria de processos organizacionais e de preparação para o processo avaliativo, com melhora da infraestrutura e abastecimento de insumos. Chama atenção as diferentes perspectivas e percepções dos atores envolvidos no processo: dos gestores, entre adesão e a resistência e desconfiança; dos profissionais e usuários, entre interessados em participar e gratos pelo reconhecimento de seu trabalho, sua opinião e, ao mesmo tempo, apreensivos com as consequências dos possíveis resultados ao expressarem opiniões negativas; e dos próprios entrevistadores em suas descobertas das peculiaridades, contrastes, e necessidades de nossa população e do SUS nas diferentes regiões do país.

Diversos temas recorrentes em pesquisas avaliativas sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família e seus principais desafios emergiram nas experiências de trabalho de campo relatadas neste livro: problemas na gestão do trabalho em atenção primária, com dificuldades para fixação dos profissionais e vínculos precários; os limites do trabalho em equipe e a sobrecarga dos enfermeiros; a falta de articulação entre equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal; as dificuldades para estabelecimento de um modelo assistencial de porta aberta e resolutive que responda às demandas da população por assistência em tempo oportuno, sem descuidar da perspectiva coletiva de programação da atenção para grupos e agravos prioritários. Destacam-se a diversidade dos contextos territoriais e as assimetrias regionais frente às normas nacionais. Sobressaem a similaridade dos problemas em áreas remotas e rurais, independente da região do país (seja na região Norte ou na região Sul), e as especificidades da região Norte, com municípios de grandes extensões e populações esparsas. Realidades que denotam a necessidade de modelos assistenciais talhados sob medida, dados os obstáculos adicionais para a garantia de atenção básica e para a conformação de redes e referência para a atenção especializada.

Perspectivas dos atores envolvidos

Em que pese as diferentes formas de participação dos vários agentes envolvidos desde a fase de sua formulação, a implementação do PMAQ AB propiciou espaços para ação cooperativa entre gestores (federal, estadual e municipal) e Instituições de Ensino Superior (IES), sendo muito desafiador alinhar interesses e pontos de vista em certa medida tão próximos e tão distantes. Desde o início do processo, ocorreu intenso movimento de negociação gestor/gestor, gestor/Instituições de Ensino Superior (IES), envolvendo instâncias como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) na definição do desenho da avaliação externa.

Embora sejam visíveis os esforços para conduzir esse primeiro ciclo do PMAQ utilizando uma abordagem que o legitime como processo de negociação, pactuação e comprometimento dos atores interessados na avaliação, a experiência pregressa se manteve no imaginário de gestores municipais participantes como ações fiscalizatórias e punitivas, agregando dificuldades para a realização da avaliação externa. Estas representações foram percebidas no trabalho de campo nas situações de recusa, autoritarismo, resistência, tensões no ato da avaliação por parte de gestores, profissionais de saúde, usuários e entrevistadores.

Um fator que favoreceu resistências foi a coincidência do processo de trabalho de coleta de dados desta primeira rodada de avaliação durante o ano de 2012, com a realização de eleições municipais no mesmo ano. Este contexto agravou as implicações para o trabalho de campo na medida em que a associação entre avaliação e campanha eleitoral, quando projetos de gestão estão sendo debatidos e postos em confronto, acaba exercendo influência sobre o acesso e a colaboração de gestores, equipes de saúde e usuários, causando conflitos e tensões desnecessários, como observado nos relatos de experiências.

O contexto eleitoral é percebido como um momento em que há muitos interesses em disputa, o que inclui a esfera municipal gestora da rede de AB, responsável pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Assim, passar por um processo de avaliação externa não parece necessariamente vantajoso, pois pode problematizar ao apontar fragilidades do sistema local de saúde.

Essa percepção por parte dos diversos atores teve impacto na operacionalização do PMAQ AB, e com certeza na produção de resultados desta fase, que favoreceu ou não a implantação da intervenção. No caso dos usuários, a recusa em expor sua opinião a respeito dos serviços de saúde ofertados ou percepções negativas do acesso e do atendimento são reforçadas pela coincidência entre o período eleitoral e a avaliação externa. O limite de ansiedade quanto a este aspecto levou a identificar os entrevistadores com cabos eleitorais, imagem reforçada pelo uso de uniforme à semelhança dos partidos políticos em campanha eleitoral local. As recusas de usuários, em face do período eleitoral, refletiram o receio de retaliação diante de uma avaliação negativa quanto ao funcionamento das unidades de saúde ou da exposição de algum descontentamento, afetando seu atendimento. Falar bem ou mal da equipe e/ou unidade de saúde poderia ter efeitos como a perda do acesso aos serviços.

Os coordenadores da avaliação externa viram a proximidade com as eleições municipais como um atravessamento no processo de avaliação, pela dificuldade de conciliar tempos e interesses políticos, acadêmicos e da coleta, o que necessita ser revisto nos próximos ciclos.

Outro fato associado ao processo eleitoral foi a rotatividade dos gestores e profissionais das equipes, em razão de possível mudança na gestão, que elevou os níveis de tensão para esses dois atores e interferiu no trabalho, na medida em que o gestor com quem o trabalho de campo foi negociado, muitas vezes não foi o que recebeu a equipe.

Em síntese, a coincidência com o ano eleitoral e uma incipiente cultura avaliativa no SUS podem ter influenciado a percepção de alguns gestores sobre o processo do PMAQ como uma auditoria e fiscalização, em

detrimento de ser uma ferramenta de avaliação para qualificar o cuidado. No imaginário coletivo, a avaliação, para além de uma punição daqueles que não alcançaram determinado resultado, deriva, por critérios de classificação, em processo comparativo que conduz à eliminação, descredenciamento e perda de incentivo financeiro.

Muito desse mal-estar pode estar associado a falhas no processo de pactuação de responsabilidades entre gestores e profissionais e de realização de ações nos movimentos de autoavaliação, monitoramento e avaliação de resultados, de educação permanente e apoio institucional para melhoria do processo de trabalho das equipes de AB, previstas para a fase 2 que precede a avaliação externa. Nas equipes que realizaram autoavaliação e em que ocorreu em algum grau a implementação desta fase 2 do PMAQ AB, com apoio institucional, observou-se melhor organização e preparação das equipes para a avaliação externa, facilitando o próprio processo avaliativo, ademais de potencialmente propiciar melhor desempenho.

O comprometimento dos gestores com as equipes profissionais e a adequada informação sobre o programa que se está avaliando podem aflorar ao mesmo tempo as fragilidades e potencialidades comuns das equipes. Observa-se ainda uma ação diferenciada no processo de gestão dos municípios de maior porte, onde se vê a presença de apoiadores dos coordenadores de AB, supervisionando a área e atuando junto às equipes. Ao contrário, em municípios menores, o coordenador da AB ou o próprio secretário municipal de saúde tende a centralizar a gerência de unidades tradicionais e da ESF, interferindo na organização do processo de trabalho em saúde.

302

A gestão da atenção básica

A gestão e coordenação da AB parecem sobrecarregadas de responsabilidades relativas à política de saúde nos três níveis de governo, que vão desde atender a complexidade dos problemas de saúde até administrar recursos escassos. O trabalho na AB exige interação obrigatória com outros entes federados, tanto no plano da gestão quanto no plano da assistência, e este é um desafio para uma regionalização da atenção. A prática da administração pública e de seus instrumentos de governo, como estrutura física própria, profissionais com contratos estáveis ou mesmo concursados, é uma realidade muito pouco praticada nos relatos analisados. A fragilidade dos vínculos trabalhistas dos profissionais aparece como motivo de insatisfação e desmotivação dos mesmos, dificultando a organização do processo de trabalho.

O distanciamento entre os gestores e as equipes de profissionais, que estão à frente da organização do processo de trabalho, resulta em baixo apoio e integração da gestão. Neste contexto, destacam-se ainda a carência de recursos humanos e sua baixa valorização, prejudicando a gestão da AB, o que pode ser mais comprometida em momentos políticos de mudança de governos.

Entre os profissionais de saúde observa-se que a organização do trabalho é centrada no enfermeiro, indicado como interlocutor da equipe de avaliação, e que geralmente se vê sobrecarregado com a organização e funcionamento das atividades das unidades, assumindo ainda a responsabilidade pela organização do trabalho dos ACS. Ademais, não há uma adequada formação dos profissionais ou ações de educação permanente em saúde que apoiem o bom desenvolvimento das equipes.

Essa forma de organização sofre ainda com a rotatividade de profissionais nas equipes, especialmente o médico, gerando um círculo vicioso de sobrecarga de trabalho para os outros membros, especialmente o enfermeiro. A rotatividade dos profissionais, resultado da precariedade de vínculos, insatisfação e desmotivação, impacta a continuidade do cuidado e a formação de vínculo entre equipes de saúde e os usuários.

Observa-se, às vezes, a Saúde Bucal isolada dentro da unidade, com seu processo de trabalho apartado dos demais, ou mesmo a ausência de dentistas, distanciando o atendimento da lógica de sustentação da ESF – vínculo, acolhimento e integralidade. Em alguns estados, a presença de profissionais da equipe básica de Saúde da Família não é garantida pela estrutura de formação profissional de saúde de nível superior; o que agrava sobremaneira o problema de inserção e fixação de profissionais nas equipes.

O desempenho da assistência no interior de diversos estados é comprometido pela presença irregular (uma vez ao mês, duas ou três vezes na semana, duas horas ao dia) e a falta de profissionais médicos na AB compondo as ESF, bem como pela infraestrutura inadequada. O grande número de unidades de apoio às equipes de SF em áreas mais remotas, com atendimento semanal ou quinzenal, associado a dificuldades de fixação e/ou adesão dos profissionais de saúde ao modelo da ESF, em particular o médico, limita a formação de vínculo entre profissionais e a comunidade.

Não obstante, foram também observadas experiências exitosas onde equipes das UBS desenvolvem suas atividades de forma integrada, seguem um planejamento que vai desde a análise da situação de saúde da área a práticas de acolhimento humanizado aos usuários, incorporadas à rotina do atendimento.

Atenção básica em áreas rurais e remotas

As experiências relatadas demonstram a diversidade da atenção básica no Brasil. Entretanto, os elementos que apontam para suas fragilidades e potencialidades transitam entre o comum e o singular, aproximando e diferenciando os diversos territórios visitados quanto às condições da organização e oferta de serviços de atenção básica.

Chama a atenção os relatos sobre a oferta de serviços em municípios de pequeno porte, muitos deles localizados em áreas remotas ou rurais. Municípios de estados e regiões reconhecidamente diferenciados

(Paraná, Amapá, Alagoas) apresentam condições de oferta da atenção básica, em certa medida, muito próximas, quando o que os caracteriza é a condição de ruralidade ou de distanciamento dos espaços urbanos.

Os relatos expuseram questões relacionadas às dificuldades de acesso geográfico, à retenção de profissionais de saúde e ao desafio de organizar ações de saúde que considerem as particularidades de populações como as indígenas, ribeirinhas, quilombolas e outras comunidades. As dificuldades, insuficiências e desafios identificados apontam para a importância de se pensar caminhos que cotidianamente superem a persistente desigualdade de acesso e uso dos serviços de saúde, especialmente nessas localidades.

Problemas de insuficiente oferta de serviços em áreas de difícil acesso e localizadas fora do eixo urbano não são uma singularidade brasileira. Apesar das diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, o acesso tem sido considerado o principal problema na atenção à saúde nas áreas rurais e remotas em todo o mundo. Na maior parte dos países, observam-se nas localidades rurais dificuldades com transporte e comunicação e enfrenta-se o desafio da escassez de médicos e demais profissionais de saúde (STRASSER, 2003).

Os relatos apresentados demonstram ainda não haver um único modelo de atenção capaz de atender as necessidades de saúde de comunidades rurais e remotas tão diversas. Os modelos padronizados não se efetivam porque, muitas vezes, se distanciam dos contextos geográficos, sociais, culturais e epidemiológicos específicos, sendo quase uma exigência a adoção de abordagens alternativas para prestação de cuidados (formais ou informais) que capturem as necessidades de saúde da população.

Atenção básica na região Norte: assimetrias regionais e normas nacionais

Nos municípios da região norte, a implementação da atenção básica aponta para os importantes desafios de fazer deslanchar uma política nacional em um país com contextos regionais tão diversificados.

Na região Norte, as grandes extensões dos municípios e a dispersão da população exigem parâmetros diferenciados para a relação número de pessoas por equipe. No que tange à organização dos serviços de AB, recomenda-se que “cada ESF seja referência para o limite máximo de 4.500 habitantes”, tendendo em média a 3.000 pessoas. No município de Caracará – RR, com 18.398 habitantes (IBGE, 2010), por exemplo, seriam apenas quatro equipes de ESF, segundo as diretrizes da PNAB. No entanto, a extensão territorial deste município é de 47.411 km². Esse exemplo chama a atenção para a necessidade de se estabelecer estratégias que considerem a geografia da região e as grandes distâncias apresentadas nesse espaço territorial que determinam dificuldades de acesso permanentes, enfrentadas pelos usuários dos serviços de saúde em seu cotidiano.

Em pequenos vilarejos com população inferior a 500 habitantes, muito frequentemente a organização do trabalho das equipes de atenção básica ocorre de forma itinerante, com o argumento de subutilização dos profissionais e equipamentos nessas localidades. Assim, o atendimento oportuno aos agravos que exigem respostas imediatas fica prejudicado e ocorre que muitas vezes os usuários nestas condições precisam se deslocar durante horas, ou mesmo dias, para acessar um serviço de atenção básica.

A necessidade de se estabelecer políticas específicas para a Região não é um tema novo. São muitos os estudos que apontam para esse debate e há décadas iniciativas governamentais vêm estabelecendo planos de intervenção nesta direção (VIANA et al., 2007; BRASIL, 2008; CGE, 2009; OPAS, 2010). Contudo, os problemas persistem e o que se observa é a permanente desigualdade de acesso aos serviços de saúde, “justificada”, em parte, pelas peculiaridades geográficas. Em muitos municípios foram observadas diversas propostas de simplificação das ações, muitas vezes improvisadas diante da impossibilidade, em contextos tão singulares, de colocar em prática as diretrizes estabelecidas.

A geografia e suas peculiaridades devem ser vistas como algo que compõe o contexto do sistema de saúde na Região Norte, sem desconsiderar os princípios do SUS, mas tratando os aspectos locorregionais como condição para definir outro modo de funcionamento.

Para pensar novos ciclos avaliativos

As evidências advindas da experiência de trabalho de campo do PMAQ AB autorizam reforçar recomendações e ajustes no seu processo avaliativo, ademais daquelas direcionadas à política de atenção básica já mencionadas.

O processo de avaliação proposto e desencadeado pelo PMAQ traz sem dúvidas resultados positivos observados já no seu processo de implementação, como identificados nos relatos sintetizados neste livro. A própria ação de avaliação externa tem os efeitos positivos de uma pequena intervenção, com resultado pedagógico, que direciona ações pela aplicação dos instrumentos de avaliação e ao mesmo tempo valoriza o trabalho das equipes de atenção básica. Muitos profissionais reiteraram sua satisfação em receber equipes qualificadas das IES, enviadas pelo Ministério da Saúde para conhecer o seu processo de trabalho, demonstrando interesse pelo que realizam nos mais variados rincões do país.

A realização da avaliação como ferramenta para ampliar transferências financeiras tem também sua validade, ao legitimar necessários aumentos dos recursos públicos federais aplicados em atenção básica no SUS, que ainda assim permanece subfinanciada (cerca de 35 dólares por ano por habitante).

Outro aspecto muito positivo deste processo para a concretização da avaliação externa foi contar com o apoio da Rede de Pesquisa em APS, que articulou um grande conjunto de universidades brasileiras em todo o país para a implementação do PMAQ AB. A participação de renomadas IES, articuladas pela Rede de Pesquisa em APS, conferiu credibilidade e legitimidade ao processo de avaliação externa, constituindo equipes de pesquisadores e supervisores compostas por profissionais qualificados, agregando valor ao processo avaliativo. Por outro lado, a participação das IES na avaliação externa possibilitou acumular experiência em pesquisa e no trabalho de campo, recurso fundamental para a produção de conhecimentos nas universidades. A rede de Pesquisa em APS teve sucesso em responder ao seu objetivo constituinte de apoiar esta iniciativa dos gestores.

O Programa PMAQ é bem estruturado em suas quatro fases (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização), contemplando um ciclo completo de avaliação e intervenção para melhoria da qualidade. Todavia, as fases não foram plenamente desenvolvidas como proposto no programa.

Durante a execução da fase 3, avaliação externa, observou-se que em boa parte dos municípios visitados havia fragilidades no desenvolvimento da Fase 2, posto que nem todas as equipes participantes realizaram a etapa da autoavaliação.

É necessário reforçar a implementação da fase 2 em seus 4 componentes, que se caracteriza por integrar as esferas intergovernamentais na promoção e orientação das intervenções necessárias para a melhoria do acesso e qualidade da atenção no nível local. Nesta fase, gestores e equipes se apropriam de informações pertinentes à sua participação na avaliação externa, desde o reconhecimento das questões que norteiam o processo avaliativo em si, como também o levantamento de problemas sobre as características da organização das ações e do processo de trabalho nos quais estão implicados. É necessário homogeneizar, tanto quanto possível, a condição municipal para o processo avaliativo, enfrentando as reconhecidas desigualdades político institucionais entre os municípios brasileiros.

No ciclo I do PMAQ AB foram frágeis as estratégias de apoio institucional efetivo para melhoria contínua da qualidade. Como recomendação, sugere-se que o Programa estabeleça o protagonismo das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), nomeadamente no que tange ao acompanhamento e apoio institucional em seu território – com incentivos específicos do MS para atuação das SES no desenvolvimento da gestão da AB e consequentemente para o desenvolvimento de ações de educação permanente dos profissionais das ESF.

Em relação à fase posterior à avaliação externa, fase 4, nota-se baixo investimento no sentido da assimilação dos resultados da avaliação externa por parte dos gestores e suas equipes. A divulgação do resultado da avaliação de desempenho das equipes não foi acompanhada de estratégias para discussão desses resultados e definição de intervenções para enfrentamento das situações que precisam melhorar, do ponto de vista do acesso e da qualidade da atenção básica.

Soma-se a isso a importância de avançar em iniciativas que promovam maior transparência na informação sobre os indicadores utilizados para o cálculo da pontuação para a certificação. O sistema que disponibiliza

os resultados permite aos gestores e profissionais conhecer sua pontuação comparativamente com a média das equipes do estado e país, por componente, mas não por indicador. Isto dificulta reconhecer os pontos específicos em que necessitam aperfeiçoar e o planejamento de intervenções para melhoria do acesso e qualidade. As equipes não receberam retorno completo sobre a sua avaliação. Em que falham? Em que precisam melhorar? Como poderiam fazê-lo?

Os tempos políticos continuam acelerados. Gestores municipais e equipes que aderiram ao ciclo 2 do PMAQ AB encontram-se novamente envolvidos com os preparativos para a avaliação externa, a pouco mais de um ano de finalizada a avaliação externa do ciclo I. Tempo muito curto para identificar problemas, definir estratégias de intervenção e modificar realidades. O segundo ciclo se inicia, sem que estas equipes tenham contratualizado alguma estratégia para melhoria do acesso e qualidade.

Considera-se que o segundo ciclo está sendo realizado muito precocemente. O processo nacional todo é muito complexo, além de custoso – com trabalho de campo muito dispendioso e desgastante, tanto para as equipes de AB avaliadas quanto para os que coletam as informações. Para a institucionalização desta avaliação e a sua sustentabilidade no tempo, sugere-se que a periodicidade da avaliação externa seja de intervalos de quatro em quatro anos, com momentos de inflexão para aperfeiçoamento e ajuste dos indicadores. Recomenda-se que o planejamento da avaliação externa se distancie de contextos eleitorais para evitar pressões por uma avaliação positiva, considerando-se a articulação da avaliação externa com o incentivo financeiro.

307

Os tempos técnicos da academia e os tempos políticos da gestão são diferenciados. É necessário reconhecer os tempos inerentes a processos de trabalho e intervenção com dinâmicas e propósitos diferentes. A implementação foi atropelada por tempos políticos eleitorais, dada que a coincidência com as eleições municipais no mesmo ano de 2012 exigiu a aceleração da entrada de campo da avaliação externa sem os devidos preparativos, de modo que fossem cumpridos prazos de regras eleitorais para os repasses de recursos do Incentivo Financeiro PMAQ AB. A precipitação na entrada no campo retirou tempo do refinamento dos instrumentos da avaliação externa por revisão, validação e teste, e principalmente para a programação digital dos instrumentos neste ciclo I. A insuficiente testagem dos instrumentos informatizados resultou em diversas reformulações no decorrer do trabalho de campo, somando 10 versões subsequentes.

Como recomendação, deve-se atentar para a importância dos ajustes do tempo necessário para a construção, validação e programação dos instrumentos. É necessário testar adequadamente os instrumentos e sua programação digital para que todos os pesquisadores entrem em campo com o mesmo instrumento em condição de aplicabilidade, ou seja, controle de subjetividades e distintas interpretações, evitando que algumas perguntas sejam invalidadas por diferença de aplicação. Desta forma, evita-se perda de informações valiosas.

Acrescenta-se a isto o fato de que os instrumentos são muito longos, buscando levantar aspectos normativos nem sempre muito claros para entrevistadores e entrevistados, seja por não corresponderem a sua cultura institucional ou local, ou mesmo a necessidades sentidas.

Outro problema é a representatividade da amostra dos usuários e sua forma de seleção. Para cada equipe foram entrevistados quatro usuários, o que é uma amostra insuficiente para avaliar equipes, mas poderia ser suficiente para um panorama estadual, em estados com boa adesão ao PMAQ AB.

A amostra é por conveniência, não é representativa para equipes e não foi estabelecida uma sistemática para a seleção dos usuários, o que agrega diversos vieses de seleção. Supondo-se que as equipes que aderem são aquelas que se consideram com um melhor desempenho, a tendência é um conjunto de usuários entrevistados com avaliações mais positivas. Por outro lado, algumas dinâmicas não previstas introduziram vieses adicionais na escolha dos usuários. Por vezes, a unidade foi fechada para atendimento no dia da avaliação externa, afastando os usuários, ou os usuários foram indicados pelas próprias equipes.

Ainda que não se consiga representatividade dos usuários por equipe ou município, pois implicaria em um elevado número de entrevistas, se sugere estabelecer algum mecanismo para selecionar os usuários aleatoriamente ou definir uma sistemática para a seleção, de modo a reduzir a tendência a escolher usuários que desfrutam de relação diferenciada com as equipes.

Ainda assim, com todos os vieses da seleção da amostra, o inquérito com usuários permite conhecer o panorama de uso da atenção básica. Traz luzes sobre as condições de acesso e qualidade, especialmente nas questões e variáveis relativas à sua experiência concreta de atenção. Sugere-se que os questionários se centrem mais nas experiências concretas de uso de serviços e menos em variáveis de percepção sobre a qualidade e satisfação.

Apesar dos problemas comentados, as informações obtidas na avaliação externa são valiosas e a análise de seus resultados permite traçar um amplo panorama da atenção básica no país. Assim, a iniciativa de implantação do PMAQ AB fez avançar a institucionalização da avaliação como instrumento de planejamento e avaliação das políticas públicas, conferindo à gestão pública um papel inovador nos processos de reforma do Estado e na redefinição de seus papéis (Fonseca, 2012), além de ampliar seu escopo para a participação de outros atores envolvidos. Exemplo disto é a interação com o campo de conhecimento da avaliação de políticas, com a interveniência de institutos de pesquisa e ensino e grupos de pesquisadores partícipes do processo de implantação da avaliação em seus diversos ciclos, buscando consolidar a construção de uma nova cultura avaliativa em favor das reformas sociais. Também ao trazer para o processo os usuários em atendimento, busca compartilhar com os beneficiários da política a percepção sobre seus efeitos no acesso e no uso dos serviços de saúde na atenção primária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; 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. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(8):1727-1742.

BARBOSA. et al. Saúde da Família no Brasil: Situação Atual e Perspectivas. Estudo Amostral 2008/Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Belo Horizonte: FACE/UFMG e MS/DAB, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Documento síntese da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2013.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Plano Amazônia Sustentável: diretrizes para o desenvolvimento sustentável da Amazônia Brasileira. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2008.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública 2012; 28(9): 1772-1784.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: conceitos e métodos. pp 61-74. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; TANON, A. Utilizar a avaliação. In: BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: conceitos e métodos. pp 241-261. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: conceitos e métodos. pp 19-39. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11(3): 633-641.

FACCHINI, L. A.; et al. **Acesso e qualidade da rede de saúde no Brasil - uma amostra representativa do país com 100 municípios de diferentes portes populacionais em 23 estados, 2009**. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/aquares/index.php?option=com_content&view=article&id=1%3Aprojeto-aquares&catid=1&Itemid=2&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2013.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:553-63.

FONSECA, A. F. O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação da supervisão na Educação em Saúde. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ensp/ Fiocruz, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2009; 14(3):783-794.

HARTZ, Z. M. A; FELISBERTO, E. Vieira da Silva L. M. Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

HARZEIM. et al. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool. PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica (MS/SAS/DAB); 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2013.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública 2006; 22(8): 1649-1659.

MEDINA, M. G.; FERNANDES, A. S. Utilidade da avaliação para gestores de saúde: uma contribuição com base na análise dos relatórios dos Estudos de Linha de Base. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira da Silva LM. Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde. Teoria e Prática. pp 101-16. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

OPAS. Sustentabilidade Ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil: uma análise de indicadores. Brasília: OPAS, 2010.

PINTO H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde; 2012.6(2) Sup., Ago., Rio de Janeiro.

STRASSER, R. Rural health around the world: challenges and solutions. Family Practice 2003; 20: 457–463.

Um projeto para a Amazônia no século 21: desafios e contribuições - Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos estratégicos (CGEE), 2009.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1:S148-58.

VIANA. et. al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S117-S131, 2007.

Equipe de Campo

31.2



ALAGOAS

Marina Ferreira de Medeiros Mendes (IMIPE) - Coordenação
Gisele Cazarin Apoio Técnico - Pedagógico
Maria Valdirleide dos S. Vieira de Almeida - Supervisor
Shirley Christina Melo Araújo - Supervisor
Sidney Feitoza Farias Martins - Supervisor
Fernando Antônio Barbosa Fernandes - Entrevistador
Lívia Louise Souto Costa - Entrevistador
Elouyse Fernandes Leitão - Entrevistador
Daniele Mota Marques de Souza - Entrevistador
Bruna Santos da Costa - Entrevistador
Dayse Lizete da Rocha Alves - Entrevistador
Luana Keyce Pereira Tavares - Entrevistador
Bruna Rafaella Ferreira de Brito - Entrevistador
Áunea Cibelle de Oliveira - Entrevistador
Eliane Boia Porto - Entrevistador
Jadson Correia Machado - Entrevistador
Thayná Samilla dos Santos - Entrevistador

313

AMAPÁ

Nely Dayse santos da Mata (UFAP) - Coordenação
Valéria Morgana Penzin (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Lilia Romero (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Ana Caroline Canedo (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Rosana Oliveira do Nascimento - Supervisora
Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde - Supervisora
Alexandre Gama Silva - Entrevistador
Anne Caroline A. de Vasconcellos - Entrevistador
Cintia do Socorro Pantoja - Entrevistador
Damid Silva Botelho - Entrevistador
Ivana Gisele Rodrigues - Entrevistador
Kalina Brito da Silva - Supervisor
Laura Cardoso Soares Moraes - Entrevistador

Maria Virgínia de Assis Mello - Supervisor
Michele Dias Amanajás - Entrevistador
Scheila Cristina da Silva - Entrevistador
Tirsia Juliana P. Barbosa Martins - Entrevistador

AMAZONAS

Maria Luiza Garnelo Pereira (CPq Leônidas e Maria Deane/FIOCRUZ) - Coordenação
Marinete Martins da Silva - Apoio Administrativo
Esron Soares Carvalho Rocha - Supervisor
Maria Jacirema Ferreira Gonçalves - Supervisora
Janete Maria Rebelo Vieira - Supervisora
Maximiliano Loiola Ponte de Souza - Supervisor
Adenilda Teixeira Arruda - Entrevistadora
Arlete Batista de Lima - Entrevistadora
Aline Anne Oliveira da Silva - Entrevistadora
Andrea Conceição Arruda Ribeiro - Entrevistadora
Carolina Fadul de Brito - Entrevistadora
Cintya de Azevedo Corrêa - Entrevistadora
Deysevane Sobreira da Silva - Entrevistadora
Domitila da Silva Pereira - Entrevistadora
Elsia Nascimento Belo - Entrevistadora
Gabriela Rebouças Lima - Entrevistadora
Gabriel Cortes - Entrevistador
Helany Marques - Entrevistador
Hernane Guimarães dos Santos Junior - Entrevistador
Jolena Crystian Prestes Lima - Entrevistadora
Klyssia Lorena de Almeida Brandão - Entrevistadora
Ligia de Jesus Botinelly - Entrevistadora
Luana da Silva Seixas - Entrevistadora
Luana Pontes Barros Lopes - Entrevistadora
Maria Lucia Silva de Lima - Entrevistadora
Maria de Jesus Aires Angelim - Entrevistadora
Mona Lisa Pinheiro Ramos - Entrevistadora
Patricia Karen da Silva de Assis - Entrevistadora

Quedma Pinto da Silva - Entrevistadora
Sully de Souza Sampaio - Entrevistador
Rebeca Macedo Costa - Entrevistadora

ESPÍRITO SANTO

Rita de Cássia de Lima (UFES) - Coordenação
Catia Oliveira (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Angela Casanova (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Aline Corbellari Zamprogno - Supervisor
Ana Cláudia Pinheiro Garcia - Supervisor
Luanna Del Carmen Barbosa Mattanó - Supervisor
Priscilla Caran Contarato - Supervisor
André Fiorin Arpini - Entrevistador
Armelinda Pedrini Faria - Entrevistador
Débora Fezer Martins - Entrevistador
Élida Ierke Gomes Paim - Entrevistador
Fernanda Costa Lima - Entrevistador
Isabela Caran Contarato - Entrevistador
Letícia de Matos Lacerda - Entrevistador
Letícia Maria Borlini - Entrevistador
Loren Libalde - Entrevistador
Lorena Narducci Monteiro - Entrevistador
Luana Cruz Freire - Entrevistador
Mariana Botelho - Entrevistador
Nayara Fazolo Silva - Entrevistador
Rodrigo Rocha Balduci - Entrevistador
Tassiane de Castro Araújo - Entrevistador
Valdineia Gomes das Chagas - Entrevistador
Vitor Fernandes Bersot - Entrevistador

PARANÁ

Celia Regina Rodrigues Gil (ESP - PR) - Coordenação
Regina Lúcia Bomfim (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação

Márcia Cid (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Ana Lúcia Nascimento Fonseca - Coordenação
Jairton Flasmo - Apoio Técnico
Vera Lucia Martins - Supervisor
Maria Regiane Trincaus - Supervisor
Marly Bittencourt Gervásio Marton da Silva - Supervisor
Magda Lucia Félix de Oliveira - Supervisor
Paula Nishiyama - Supervisor
Carolina Milena Domingues - Supervisor
Maria Lúcia Frison Rizotto - Supervisora
Marieta Fernandes Santos - Entrevistador
Alice de Fátima de Lara - Entrevistador
Aliny de Lima Santos - Entrevistador
Ana Paula dos Santos Campos - Entrevistador
Arlete Barzenski - Entrevistador
Carlioneia Aparecida Campa - Entrevistador
Caroline Tomoike - Entrevistador
Cassia Yumie Kohiyama - Entrevistador
Cláudia Humphreys Pilotto - Entrevistador
Cristhiane da Silva Ferreira Gonçalves - Entrevistador
Cristhiane Yumi Yonamine - Entrevistador
Danielle Satie Kassada - Entrevistador
Erildo Vicente Muller - Entrevistador
Flaviane Mello Lazarini - Entrevistador
Jéssica Christina Acosta - Entrevistador
Juliana Istchuk Bruning de Oliveira - Entrevistador
Lúcia Margareth dos Reis - Entrevistador
Mara Cristina Ribeiro Furlan - Entrevistador
Marcia Akemi Yamada - Entrevistador
Marcia Aline Fernandes da Cunha - Entrevistador
Marcos Augusto Moraes Arcoverde - Entrevistador
Maria Lourdes Krolikovski - Entrevistador
Maria Luciana Botti - Entrevistador
Olga Estefânia Duarte Gomes Pereira - Entrevistador
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges - Entrevistador
Rafaely de Cassia Nogueira da Paz - Entrevistadora

Ricardo Tomasini - Entrevistador
Rosiléa Clara Werner - Entrevistador
Sara Cristina Fogaça Duarte Garcia - Entrevistador
Sérgio Xavier de Camargo - Entrevistador
Tanimária da Silva Lira Ballani - Entrevistador
Tatiane Baratieri - Entrevistador
Tereza Miranda Rodrigues - Entrevistador
William Campos Meschial - Entrevistador
Wladimir Cid Bastos Gonçalves - Entrevistador
Zélia Maria de Matos Lopes - Entrevistador

PERNAMBUCO

Sidney Feitoza Farias (CPq Ageu Magalhães/FIOCRUZ) - Coordenação
Tereza Maciel Lyra (CPq Ageu Magalhães/FIOCRUZ) - Coordenação
Maria do Socorro Veloso de Albuquerque (UFPE) - Coordenação
Petrônio José de Lima Martelli (UFPE) - Coordenação
Adjair Ramos Souza - Apoio Administrativo
Erivelton Tavares da Silva - Apoio Administrativo
Cláudia Cicera Monteiro de Moraes - Supervisor
Clenio Azevedo Guedes - Supervisor
Luciana Camêlo de Albuquerque - Supervisor
Mariana Olívia Santana dos Santos - Supervisor
Náíade Melo Costa - Supervisor
Raphaela Di Cavalcanti Sales - Supervisor
Suênia Maria da Mota Souto Maior Lira - Supervisor
Aline Cavalcante de Lira - Supervisor
Aline do Monte Gurgel - Supervisor
Priscylla Nayara Bezerra Sobreira - Entrevistador
Rafaela Moreno de Andrade - Entrevistador
Rafaela Wanderley Amorim - Entrevistador
Regina Lúcia Carvalho de Lima - Entrevistador
Ricarilly Soares da Silva - Entrevistador
Rúbia de Kássia Alexandre Silva - Entrevistador
Sabrina Viana Azevedo - Entrevistador

Sheyla Nogueira Vidal - Entrevistador
Taciane Ribeiro Batista Alves - Entrevistador
Vinicius Lira Pires - Entrevistador
Vivian Carla B. P. de Oliveira - Entrevistador
Waleska Tenório Gomes - Entrevistador
Windson Carlos Motta da Silva - Entrevistador
Yvy Karine Lelis Oliveira da Silva - Entrevistador

RIO DE JANEIRO

Helena Seidl (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Antonio Barbosa de Araujo Junior - Supervisor
Antonio Carlos de Lima - Supervisor
Hugo Braz Marques - Supervisor
Marianna da Rocha Cruz - Supervisor
Rafaela B. Chagas de Souza Pinho - Supervisor
Renata Pella Teixeira - Supervisor
Swheelen de Paula Vieira - Supervisor
Adriana Dias Oliveira dos Santos - Entrevistador
Ana Paula Vazquez de Oliveira - Entrevistador
Ana Ruth Barbosa de Souza - Entrevistador
Bruno Ribeiro da Mota - Entrevistador
Carla Rocha Pereira - Entrevistador
Cássia Monteiro Marques - Entrevistador
Diogo Rezende - Entrevistador
Elicia de Oliveira Soares Melo - Entrevistador
Isabelle Campos Guerra - Entrevistador
Jacqueline de Souza Garcez - Entrevistador
Janaina Nogueira Guimarães - Entrevistador
Karen Barbosa Couto Pereira - Entrevistador
Karine Costa Dividório - Entrevistador
Kellen Vieira da Silva - Entrevistador
Letícia Moura do Nascimento - Entrevistador
Lívia de Paula Nascimento - Entrevistador
Lívia dos Santos Fraga - Entrevistador

Luciana Francez Cariello - Entrevistador
Maria de Fátima F. Freiman Pinheiro - Entrevistador
Mariana da Rocha Marins - Entrevistador
Rachel Guimarães Vieira - Entrevistador
Rosane Pereira da Silva - Entrevistador
Samanta Quintana Barbosa - Entrevistador
Sérgio Simões de Santana - Entrevistador
Tiago Canellas - Entrevistador

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Elisete Casotti (UFF) - Coordenação
Juliana Marin - Apoio Administrativo
Mônica Tereza Machado Mascarenhas - Supervisor
Luiz Albérico Araújo Montenegro - Supervisor
Regina Fernandes Flauzino - Supervisor
Márcia Guimarães de Mello Alves - Supervisor
Luisa Dutra - Supervisor
Marcos Paulo Fonseca Corvino - Supervisor
Simone Agadir de Azevedo Santos - Entrevistador
Fany Chung Chan - Entrevistador
Patricia Valéria Costa - Entrevistador
Carla Aparecida Gomes Ferreira - Entrevistador
Priscila Mariana Soares Gasparelo - Entrevistador
Luciana Castaneda Ribeiro - Entrevistador
Gustavo Carney Ned - Entrevistador
Diana Miranda de Farias Prieto Rugeles - Entrevistador
Fernanda Paulina de Souza Alvarado Lima - Entrevistador
Priscila Krauss Pereira - Entrevistador
Juliana de Oliveira Amancio - Entrevistador
Mariana Machado Tinoco - Entrevistador
Mônica Guimarães Macau Lopes - Entrevistador
Edna Maria da Silveira Monteiro - Entrevistador

RORAIMA

Jayme Louzada (UFRR) - Coordenação
Valéria Morgana Penzin (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Edson Menezes (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Ricardo Luiz Ramos - Supervisor
Alicéria Januário de Souza - Entrevistador
Aline Adria Rocha de Souza - Entrevistador
Bruno Brandão Costa - Entrevistador
Carlos Antonio Feu Galiasso - Entrevistador
Claudete Cruz Ambrosio - Entrevistador
Kelly Patrícia Borges Dias - Supervisora
Luana Luzia de Assis Arruda - Entrevistador
Marcela de Almeida Pépe - Entrevistador
Raphael Florindo Amorim - Entrevistador
Tarcia Milene de A. Costa Barreto - Supervisora

320

TOCANTINS

Kelly Cristina Gomes Alves (UFT) - Coordenação
Tereza Cristina Neves (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenação
Felipe Tarouco da Silva - Supervisor
Fernanda Emília Bucar Porto - Supervisor
Camila Galvão Guedes - Entrevistador
Daniela Manduca Amorim - Entrevistador
Fernanda Pires de Oliveira - Entrevistador
Iatagan de Araújo Barbosa - Entrevistador
Jacqueline Soares Lira - Entrevistador
Jakelyne Pinto Queiroz - Entrevistador
Marcela Ribeiro da Silva - Entrevistador
Nabil Brito Bucar Porto - Entrevistador
Patrícia Alves de Mendonça - Entrevistador
Sammara Pinheiro Torres - Entrevistador



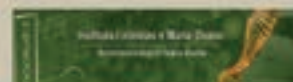
ISBN 978-85-62044-44-7



Universidade Federal Fluminense



UFAM



UNIFAP



UFES



UNIOESTE



UEPG



Escola de Saúde Pública do Paraná
Centro Estadual de Políticas Públicas



AGGELI MAGALHÃES



UFPE



UFRR



UERR



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
INSP



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Ministério da
Saúde



GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA