

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros

**AVALIAÇÃO DO USO DO PROGRAMA NACIONAL DE  
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO  
BÁSICA (PMAQ-AB) EM MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA**

Florianópolis  
2019.

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros

**AVALIAÇÃO DO USO DO PROGRAMA NACIONAL DE  
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO  
BÁSICA (PMAQ-AB) EM MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA**

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo.

Coorientadora: Profa. Dra. Daniela Alba Nickel.

Florianópolis  
2019.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Medeiros, Gabriella de Almeida Raschke  
Avaliação do uso do Programa Nacional de Melhoria  
do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)  
em municípios de Santa Catarina / Gabriella de  
Almeida Raschke Medeiros ; orientador, Maria  
Cristina Marino Calvo, coorientador, Daniela Alba  
Nickel, 2019.  
275 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. avaliação de programas e  
projetos de saúde. 3. avaliação em saúde. 4. gestão  
em saúde. 5. atenção primária à saúde. I. Calvo,  
Maria Cristina Marino . II. Nickel, Daniela Alba.  
III. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV.  
Título.

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros

**AVALIAÇÃO DO USO DO PROGRAMA NACIONAL DE  
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO  
BÁSICA (PMAQ-AB) EM MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA**

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Doutora  
pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 29 de março de 2019.

---

Prof.a Marta Inez Machado Verdi, Dra.  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Maria Cristina Marino Calvo, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina – Presidente

---

Prof.<sup>a</sup> Ana Cláudia Figueiró, Dra.  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Membro externo

---

Prof.<sup>a</sup> Claudia Flemming Colussi, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina – Membro interno

---

Prof.<sup>a</sup> Josimari Telino de Lacerda, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina – Membro interno

---

Prof.<sup>a</sup> Vanessa Fernandes Davies, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina – Suplente interno

---

Prof.<sup>a</sup> Keila Cristina Rausch Pereira, Dra.  
Universidade do Sul de Santa Catarina – Suplente externo

*Neste momento de obscurantismo político, de retrocessos sociais, de ataques aos direitos conquistados, de intolerância e desrespeito aos Direitos Humanos;*

*Dedico esta tese a todos e todas que cultivam o ofício da Educação como prática de autonomia e liberdade;*

*Dedico esta tese a todos e todas que constroem caminhos e possibilidades em direção ao acesso universal à Saúde e que lutam, incansavelmente, pela defesa do Sistema Único de Saúde.*



## Agradecimentos

A conclusão desta tese marca o encerramento do meu ciclo discente no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC). Ser aluna deste programa fazia parte dos meus objetivos desde a graduação, enquanto sonhadora acadêmica do Curso de Fisioterapia. Aqui fiz Mestrado e Doutorado, mas sobretudo, formei-me Sanitarista.

Este momento de agradecimentos é sempre muito especial. É como se um filme passasse na minha cabeça com recordações destes últimos quatro anos e meio, pessoas e acontecimentos que vem contribuindo para minha formação humana e ética. Cada um e cada uma ao seu modo, com suas particularidades – afinal, é na diversidade de olhares e pensamentos que construímos o respeito.

A vocês, meus mais sinceros agradecimentos.

- Aos meus pais, **Clarice de Almeida Raschke e Nazareno da Silva Medeiros**, que não mediram esforços para nos deixar sua herança mais valiosa: a Educação. **Mãe**, muito obrigada pelo cultivo diário com palavras de amor, coragem e incentivo, por compreender minhas ausências sem julgamentos. **Pai**, agradeço a você pela formação crítica, respeito à coisa pública e incentivo para seguir em busca dos nossos sonhos.

- À minha irmã e ao meu cunhado, **Priscilla e Luciano Rhenns**, por todo o carinho que consigo sentir de vocês, mesmo à distância. Obrigada pela compreensão e incentivo. Contem sempre comigo!

- À minha vó, **Célia Maria Tolentino de Almeida**, cujo sonho de ser Engenheira foi substituído pelo matrimônio. Vó Querida, não há palavras suficientes que expressem a importância da sua presença e influência em nossas vidas. Obrigada por nos fazer acreditar (e concretizar) que o lugar da mulher é onde ela quiser!

- Ao meu companheiro de vida, **Roberto Wöhlke**. Obrigada por ser o olhar cuidadoso, o abraço mais fraterno, as palavras acolhedoras. Obrigada pela construção afetuosa do nosso amor, nossa história, nossos sonhos e nossas lutas. *Saúde Coletiva e Direitos Humanos, sempre!*

- Aos grandes amigos, **Cátia Jaqueline da Silva e Léo (Leandro dos Santos)**, pela certeza de apoio e coragem em todos os momentos, inclusive aqueles mais difíceis. A amizade de vocês é para a vida!

- À minha irmã de coração, **Paula Vitali Miclos**, que mesmo longe cuida, zela e se preocupa. *Sis*, muito obrigada por cada palavra de afeto, pelas orações e vibrações positivas. Sou eternamente grata pela sua presença em minha vida! Estarei sempre aqui, para o que você precisar!

- Às amigas queridas **Bárbara Telino Soares, Manoela de Leon Nóbrega Reses, Andreia Sakihara Sato, Ana Beatriz Tonon Cherem, Renata Miranda e Tatiany dos Santos** – sempre disponíveis para escuta, uma conversa franca, boas risadas e uma vida mais leve. Muito obrigada pela amizade especial!

- Às mulheres inspiradoras, **Marina Wöhlke Cyrillo e Lígia Moreiras Sena**. Obrigada pela caminhada de coragem, gentileza e acolhimento. Em muitos momentos, vocês foram minha fortaleza para seguir a diante. *Mulheres são como água: crescem quando se juntam!*

- Às minhas queridas psicólogas, **Denise de Liz e Raquel Passos**, por me auxiliarem diante dos desafios, frustrações e medo, por compreender esse processo de maneira empática e respeitosa.

- Às amigas de Doutorado, **Luise Lüdke Dolny, Luana Gabriele Nilson e Patrícia Maria de Oliveira Machado**, obrigada por tê-las por perto nesta caminhada, pela união de forças e apoio mútuo.

- Aos amigos de Fisioterapia e Doutorado, **Mônica Teresa Ruocco e Rodrigo José Knabben** - agradeço a amizade e conversas acolhedoras.

- **Aos meus pacientes e às minhas pacientes**, pela compreensão diante dos ajustes de horários, por acreditarem na minha capacidade e me incentivarem diariamente para esta conquista.

- À **Profa. Cristina**, que me acompanha desde o mestrado e tem aberto inúmeras portas para meu desenvolvimento acadêmico. Muito obrigada por esta trajetória, pelos ensinamentos e pela formação em Saúde Coletiva.



- À **Profa. Daniela**, agradeço a coorientação desta tese, por compartilhar discussões teóricas, esclarecer pensamentos e por todas as contribuições durante o estágio de docência.
- À **Banca Examinadora**, formada por professoras que admiro academicamente e respeito pessoalmente. Muito obrigada por dedicar seu tempo para leitura e compartilhar seus conhecimentos para o aprimoramento da tese.
- Ao **Grupo do PMAQ UFPel**, que tanto me orgulho de fazer parte. Desde 2012 tenho tido a oportunidade de aprender com vocês a construir pesquisas e formar redes de apoio. Muito obrigada pela acolhida sempre calorosa!
- Aos **Especialistas** que aceitaram o convite para participar da Oficina de Consenso, contribuindo com seu conhecimento para o aperfeiçoamento deste estudo.
- Aos **gestores de Atenção Básica e Equipes de Saúde**, por dedicarem seu tempo e suas palavras para a construção dos resultados desta tese.
- Ao **PPGSC/UFSC e a Capes**, pela oportunidade de concluir a pós-graduação em uma universidade pública e de qualidade.

Com muito carinho,  
Gabriella.



*Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres.*

(Rosa de Luxemburgo).



## RESUMO

**Introdução:** A avaliação centrada na utilização tem sido motivada pelo uso limitado dos relatórios de resultados para embasar decisões, fato que permitiu sistematizar suas principais categorias. O Uso dos Resultados apresenta três tipologias: instrumental, apoiando a tomada de decisão ou promovendo mudanças no programa; uso conceitual, produzindo conhecimento e indicando mudanças de pensamento; uso simbólico, legitimando decisões. O Uso Processual evidencia que todo processo avaliativo promove mudanças de comportamento e aprendizado. No Brasil, ações para aprimorar o acesso e qualidade da saúde tem sido incentivadas por meio de resultados avaliativos, com destaque para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A proposta possui três fases sucessivas e um Eixo Estratégico Transversal, com capacidade para sustentar a utilização da avaliação para qualificar ações na Atenção Básica. Apesar do uso ser temática central na avaliação, sua investigação em saúde no Brasil é incipiente e nenhum estudo desta natureza foi conduzido com o PMAQ-AB. **Objetivos:** avaliar o uso do PMAQ-AB nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde. **Método:** a metodologia ocorreu em duas etapas: estudo de avaliabilidade (EA) e estudo de caso (EC). O EA objetivou construir o modelo teórico-lógico e a matriz avaliativa com base em pesquisa documental e revisão bibliográfica, sendo ambos validados por especialistas. O EC ocorreu em cinco municípios de Santa Catarina, tendo a gestão de Atenção Básica e as equipes de saúde como unidades de análise. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e analisadas segundo os indicadores definidos pela matriz avaliativa (análise temática). **Resultados:** Para o EA, os especialistas enfatizaram a clareza da proposta e do objeto de avaliação, bem como apontaram a consistência teórica da construção. Na aplicação do EC, para o uso dos resultados, a tipologia mais frequente foi o uso simbólico, influenciando decisões e demonstrando relações de poder entre as partes interessadas. No uso conceitual, o entendimento de avaliação enquanto cobrança e punição foi presente e a aprendizagem teve pouca relação com o uso dos resultados. O uso instrumental foi o menos praticado, sinalizado pela demora na divulgação dos resultados e dificuldades para acessar os relatórios da avaliação. Sobre o uso processual, os instrumentos do programa foram os principais responsáveis por esta forma de utilização. O PMAQ-AB teve boa receptividade, enquanto sua credibilidade foi questionada pelas equipes. As principais mudanças individuais foram compreensão das

ações gerenciais e do processo de trabalho, melhora das relações interpessoais e aprendizado. O programa foi reconhecido por promover melhorias na infraestrutura e recursos materiais nas unidades de saúde, bem como, na organização do processo de trabalho (mudanças na cultura organizacional). Contudo, fragilidades no Apoio Institucional, comunicação e discussão dos resultados e na cooperação horizontal foram observados. **Conclusões:** Constatou-se uma falha de continuidade no PMAQ-AB marcada pela não devolutiva dos resultados da avaliação externa, fazendo com que todo o movimento de mudança desencadeado pelo programa impeça a retroalimentação do ciclo avaliativo. Esta adequação que precisa ser revista a fim de que não se perca um importante movimento para institucionalização da avaliação da Atenção Básica no país alcançado pelo PMAQ-AB.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde. avaliação de programas e projetos de saúde. avaliação em saúde. garantia da qualidade dos cuidados de saúde. gestão em saúde.

## ABSTRACT

**Background:** Evaluation focused-use has been motivated by the limited use of the recommendations reports to support decisions, which allowed systematizing its main categories. The Findings Use presents three typologies: instrumental use, to support decision making or to promote changes in the program; conceptual use, to produce knowledge and to indicate changes of thought and; symbolic use to legitimize pre-defined decisions. The Procedural Use evidences that every evaluation process promotes changes in behavior and learning. In Brazil, actions to improve access and quality of health have been encouraged through evaluation results, with emphasis on the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB). The proposal has three successive phases and a Transversal Strategic Axis, capable of sustaining the use of evaluation to qualify actions in Primary Health Care. Although the use is central themes in evaluation area, its investigation in Brazil health system is incipient and no study of this nature was conducted with PMAQ-AB.

**Objectives:** To evaluate the use of PMAQ-AB in the actions of Primary Health Care management and health teams. **Method:** The methodological strategy was carried out in two stages: availability study and case study. The availability study aimed to build up the theoretical-logical model and the evaluative matrix based on documentary research and bibliographic review, both validated by specialists. The case study was conducted in five cities of Santa Catarina State, with municipal Primary Health Care management and health teams as units of analysis. The data collection took place through semi-structured interviews, recorded, transcribed and analyzed according to the indicators defined by the evaluative matrix.

**Results:** For availability study, the experts emphasized the clarity of the proposal and the object of evaluation, as well as, pointed out the theoretical consistency of the construction. In the case study application, concerning the findings use, the most frequent typology was the symbolic use, influencing decisions and demonstrating the power relations between the interested parties. The conceptual use, the understanding of evaluation while collection and punishment was not changed, and the learning had little relation with the findings use. Instrumental use was the least practiced, signaled by the delay in disclosure of results and difficulties to access evaluation reports. Regarding procedural use, the program tools were responsible for this form of program use. The PMAQ-AB was well receptive, while its credibility was questioned by the teams. The main individual changes were understanding of managerial actions and the work process, improvement of interpersonal relationships and learning.

The program was recognized for improvements in infrastructure and material resources in health units, as well as in the organization of the work process (changes in organizational culture). However, weaknesses in institutional support, communication and discussion of results and horizontal cooperation were observed. **Conclusions:** The study found that there is a lack of continuity in the PMAQ-AB due to the non-return of external evaluation results. This condition makes the whole movement of change triggered by the program prevent feedback from the evaluation cycle. This situation needs to be revised in order not to miss an important move towards the institutionalization of evaluation unleashed by PMAQ-AB.

**Keywords:** primary health care. program evaluation. health evaluation. quality assurance. health management.



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Cronologia da avaliação em saúde no sistema público brasileiro..... 33
- Figura 2** - Fases de implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)..... 34
- Figura 3** - Fluxograma da revisão de literatura sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)..... 41
- Figura 4** - Mapa das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina..... 56
- Figura 5** - Fluxograma de seleção de artigos sobre o uso da avaliação.62

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Base para a estratificação dos municípios participantes do PMAQ-AB, segundo pontuação e porte populacional..... 39
- Quadro 2** - Classificação dos estudos analisados, segundo tipo de publicação, local do estudo, ciclo do PMAQ-AB, metodologia e categorias de análise..... 43
- Quadro 3** - Descrição dos artigos sobre uso da avaliação organizados de acordo com autoria, ano de publicação, local de realização da pesquisa, abordagem metodológica e objetivos..... 63
- Quadro 4** - Caracterização dos municípios segundo os critérios de seleção para o estudo avaliativo..... 77



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>27</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Avaliação de políticas e programas de saúde: aspectos históricos.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Avaliação em saúde no setor público brasileiro.....</b>	<b>31</b>
3.2.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica .....	33
3.2.2 Sistematização bibliográfica de produções científicas sobre o PMAQ-AB.....	40
<b>3.3 Implantação do PMAQ-AB em Santa Catarina .....</b>	<b>54</b>
<b>3.4 Uso da avaliação .....</b>	<b>57</b>
3.4.1 Revisão integrativa da literatura sobre uso da avaliação .....	60
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>73</b>
<b>4.1 Caracterização da pesquisa .....</b>	<b>73</b>
<b>4.2 Estudo de Avaliabilidade .....</b>	<b>73</b>
<b>4.3 Estudo de Caso.....</b>	<b>75</b>
4.3.1 Seleção do caso .....	76
4.3.2 Seleção das unidades de análise .....	78
4.3.3 Fontes de evidência e coleta de dados .....	78
4.3.4 Processamento e análise dos dados .....	79
<b>4.4 Dimensão Ética .....</b>	<b>80</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>81</b>
<b>5.1 Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....</b>	<b>83</b>
<b>5.2 Uso dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): evidências em municípios no sul do Brasil.....</b>	<b>93</b>

<b>5.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): uma avaliação do uso processual na região sul do Brasil.....</b>	<b>119</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>147</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE A – Organização dos estudos analisados na revisão de literatura do PMAQ-AB.....</b>	<b>165</b>
<b>APÊNDICE B - Modelo Lógico do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICE C - Modelo Teórico-Lógico da Avaliação do Uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE D - Matriz Avaliativa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) .....</b>	<b>187</b>
<b>APÊNDICE E - Roteiro de entrevista.....</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICE F - Termo de Ciência e Concordância das instituições envolvidas .....</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido....</b>	<b>201</b>
<b>APÊNDICE H – Resultados completos da pesquisa.....</b>	<b>205</b>
<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>	<b>271</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde expressou a necessidade urgente de promover a saúde de todos os povos postulada pelos princípios de desenvolvimento social e espírito de justiça, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como núcleo constituinte de um sistema nacional de saúde orientado pelos principais problemas sanitários da comunidade (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1979).

Alma-Ata e seu ambicioso lema “Saúde para todos no ano 2000”, esteve pautada no esforço de corrigir a ênfase dada ao crescimento econômico e proporcionar o desenvolvimento humano equilibrado com a adoção de medidas sanitárias e sociais capazes de alcançar um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva. Estas medidas seriam garantidas pela promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação, fomentando uma atitude participativa, capacitando os indivíduos a assumir a corresponsabilidade na manutenção e recuperação de sua saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1979).

A redefinição das prioridades de saúde pública no Brasil foi inspirada nos princípios emanados pela Conferência de Alma-Ata e na luta pela redemocratização do país (CARVALHO, MARTIN e CORDONI Jr., 2001). A “Constituição Cidadã” de 1988 estabeleceu as bases técnicas e jurídicas para instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios de universalidade, equidade, descentralização, integralidade, regionalização e participação social (OLIVEIRA, 2004; ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2012).

A formulação de políticas orientadas pela APS começa a tomar forma na primeira metade da década de 1990 com os Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). Tais programas enfatizam a atuação sobre os territórios orientada pela análise situacional e definição de problemas em saúde com protagonismo das populações locais, ações voltadas para as famílias em seus domicílios, possibilitando à equipe uma visão holística sobre o processo saúde/doença e a necessidade de ações que extrapolem as práticas curativas (SENNA, 2002; REIS e HORTALE, 2004; MEDINA *et al.*, 2014).

Com a significativa expansão de cobertura do PSF a partir dos anos 2000, o programa passa a se configurar como Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo adotado pelo Ministério da Saúde para reorientação da APS (ALVES *et al.*, 2014). A ESF é considerada a porta de entrada ou o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, devendo ser acolhedora e resolutiva para o conjunto

das necessidades de saúde mais prevalentes na população, além de coordenadora do cuidado (CHIMARA *et al.*, 2013; ALVES *et al.*, 2014).

Diversos autores da Saúde Coletiva são unânimes em reconhecer as conquistas com a implementação do SUS e a consolidação da ESF diante da perspectiva de mudança do modelo de atenção (MEDINA *et al.*, 2014). Avanços consideráveis frente à expansão da cobertura, aumento do acesso e desenvolvimento de novos modelos de gestão e de atenção foram alcançados ao longo de quase 30 anos (TEIXEIRA *et al.*, 2014). A grande inclusão social nos serviços públicos somada à ampliação no envolvimento dos municípios e participação de trabalhadores, gestores e representantes populares nas discussões políticas e técnicas do sistema podem ser consideradas importantes ‘mudanças funcionais’ na saúde (SANTOS, 2010). Destaca-se ainda que a expansão na cobertura dos serviços básicos de saúde para a população vem aumentando progressivamente, impulsionada pela forte indução político-financeira do Governo Federal aos municípios que aderem ao modelo da ESF (GARCIA *et al.*, 2014).

Ao mesmo tempo em que são identificados resultados positivos de um conjunto de ações, a implantação do SUS ainda é um processo que apresenta inúmeras limitações e seus princípios norteadores ainda não se tornaram uma realidade no cotidiano da atenção à saúde (PROTASIO *et al.*, 2014). O modelo de cuidado ainda está centrado na assistência às doenças agudas, na agudização das doenças crônicas e barreiras organizacionais de acesso aos serviços da rede básica ainda se constituem num problema central em todo o país (GARCIA *et al.*, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2014). Acrescenta-se a esse debate que a ampliação do acesso não se pautou pelos princípios de universalidade e resolutividade, mas pela focalização em populações sem acesso aos planos e serviços privados de saúde. Outro elemento apontado é que a ESF não conseguiu se efetivar como porta de entrada do sistema e que, lamentavelmente em função da baixa resolutividade, contribuiu para ampliar as filas de espera para os outros níveis de complexidade (SANTOS, 2010).

O Ministério da Saúde reconhece que o SUS tem quatro grandes nós que precisam ser solucionados para que ocorra melhoria da qualidade e resolutividade do cuidado, sendo estes: o financiamento, a construção de uma base produtiva nacional de insumos e equipamentos, a governança e os recursos humanos (SANTOS, 2010; RIZZOTTO *et al.*, 2014).

Frente a estes desafios, os gestores veem aumentar sua responsabilidade na medida em que as necessidades de saúde demandadas pela sociedade têm se tornado cada vez mais complexas (WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004). No campo da saúde, a avaliação de

políticas, programas e serviços tem ganhado centralidade nas organizações públicas e privadas ao destacar seu papel como importante instrumento de gestão para identificar fragilidades e potencialidades, direcionando caminhos para o aperfeiçoamento do processo decisório e a formulação de políticas sociais. No caso do serviço público de saúde, tal decisão deve ter como objetivo a melhoria contínua da atenção com equilíbrio dos custos, propiciando ao usuário atendimento de qualidade (COLUSSI, 2010; FELISBERTO, ALVES e BEZERRA, 2010) . As palavras de Figueiró, Frias e Navarro (2010, p.2) contribuem para este entendimento: “Nesse contexto, a necessidade de informação sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação do usuário do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida e a avaliação parece ser uma alternativa adequada”.

A prática de avaliação é uma rotina nas instituições governamentais de países desenvolvidos há algumas décadas e sua importância está incorporada à uma cultura avaliativa que utiliza seus resultados para qualificar a gestão pública (NICKEL, 2013). Contudo, estudos sistemáticos sobre o uso ainda são escassos na literatura, especialmente quando orientados para subsidiar decisões de políticas públicas em diversos países (HENRY e MARK, 2003; ADAMS, NNAWULEZI, VANDENBERG, 2015) e também no Brasil.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) vem coordenando ações para o aprimoramento do acesso e da qualidade em todo o país, com destaque para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa incentiva financeiramente gestores municipais e equipes a qualificar a assistência à saúde, condicionando repasse de recursos aos resultados alcançados em processo avaliativo (BRASIL, 2011; CHIMARA *et al.*, 2013; ALVES *et al.*, 2014; MEDINA *et al.*, 2014).

De acordo com a Portaria nº 1.645 GM/MS, o PMAQ-AB está organizado em três fases sucessivas e num Eixo Estratégico Transversal, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade. A fase de **Adesão e Contratualização** marca a adesão do município e das equipes ao programa, com a pactuação de compromissos e indicadores de saúde a serem avaliados ao longo do ciclo. Na **Certificação** acontece a avaliação do desempenho, momento em que avaliadores externos visitam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e verificam aspectos relativos à estrutura física, processo de trabalho e satisfação do usuário. A **Recontratualização** estabelece a pactuação de novos padrões e indicadores de qualidade para o ciclo subsequente. Por fim, o **Eixo Estratégico Transversal** assegura que as ações de promoção de melhoria

da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo pela autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2015a).

A qualidade definida pelo programa é alcançada por meio do atendimento a padrões estabelecidos em normas, protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde que organizam ações e práticas na Atenção Básica (CHIMARA *et al.*, 2013). Com o movimento provocado pelo PMAQ-AB, espera-se produzir mudanças no processo de trabalho capazes de impactar o modelo de atenção e a capacidade de gestão com reflexos diretos na situação de saúde da população. Espera-se ainda, capacitação dos trabalhadores de saúde, orientação de serviços em função das necessidades dos usuários e fortalecimento da participação da sociedade civil – assegurando, deste modo, a ampliação do acesso e cuidado qualificado na APS (CHIMARA *et al.*, 2013; GARCIA *et al.*, 2014; PINTO, SOUSA e FERLA, 2014).

A sobrecarga de recursos financeiros dos municípios no que diz respeito à assistência em saúde tem sido apontada como fator determinante para a baixa capacidade de contratação, composição e distribuição das equipes, bem como, para fixação de trabalhadores (RIZZOTTO *et al.*, 2014). Nesta dimensão, o PMAQ-AB apresenta um novo modo de financiamento com o Componente de Qualidade que vincula o repasse de recursos conforme o resultado alcançado na avaliação de desempenho, ou seja: o que faz, como faz e se alcança resultados passam a ser decisivos para o financiamento (PINTO, SOUSA e FERLA, 2014).

Refletindo a respeito dos objetivos finalísticos do PMAQ-AB, considerando que este é o programa preconizado pelo Ministério da Saúde para a incorporação da cultura avaliativa no cotidiano da APS e que vincula repasse financeiro ao desempenho alcançado pela avaliação – alguns questionamentos são colocados na pauta desta pesquisa:

- Qual o uso do processo e dos resultados produzidos pelo PMAQ-AB na gestão municipal da Atenção Básica e nas equipes de saúde?
- Quais as mudanças produzidas pelo programa?

O pressuposto defendido é que o uso do processo e dos resultados avaliativos do PMAQ-AB, pela gestão da Atenção Básica e pelas equipes de saúde, sejam capazes de promover mudanças em direção à melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados pela Atenção Básica. Para investigação deste pressuposto citamos o estado de Santa Catarina que realiza anualmente, desde 2008, a Avaliação da Gestão da Atenção Básica numa parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) e o Núcleo



de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC). Ao longo destes anos, Santa Catarina desenvolveu e aprimorou a prática avaliativa, incluindo o uso dos resultados da avaliação para aprimoramento da tomada de decisão, com reflexos na qualificação da gestão nos níveis municipal e estadual de saúde (NICKEL *et al.*, 2014).

O PMAQ-AB tem motivado a curiosidade investigativa de pesquisadores nacionais e internacionais. Em outubro de 2014, a revista Saúde em Debate lançou um número especial intitulado “Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil”, que retrata a experiência da Avaliação Externa em diversos cenários brasileiros. No âmbito internacional, o periódico *Journal of Ambulatory Care Management (JACM)*, lançou em 2017 um suplemento destacando desafios e avanços alcançados com a ESF e o papel do programa para compreender as restrições operacionais e estruturais para a melhoria da qualidade na Atenção Básica.

A despeito das publicações realizadas, identifica-se uma lacuna no conhecimento quanto ao uso do PMAQ-AB para aperfeiçoar as ações da gestão e das equipes de saúde. Espera-se que estes resultados possibilitem o incremento da capacidade avaliativa, sendo imprescindível identificar os aspectos facilitadores e dificultadores para o uso do programa sobre as ações e comportamentos dos diversos atores envolvidos (FELISBERTO, ALVES e BÉZERRA, 2010).

Esta tese está organizada em seis capítulos. Este primeiro apresenta e contextualiza o tema de investigação. O segundo trata dos objetivos gerais e específicos. O terceiro capítulo contempla o marco teórico que fundamenta a avaliação de políticas e programas de saúde, insere aspectos sobre o uso da avaliação e detalha o objeto de investigação - PMAQ-AB. O percurso metodológico está contemplado no quarto capítulo. Na sequência, o quinto capítulo apresenta os resultados da pesquisa, em formato de artigos científicos, conforme regulamentação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Por fim, no sexto capítulo, as considerações finais sintetizam os principais resultados da tese, lançando olhares para as contribuições do estudo, tanto no aperfeiçoamento do programa quanto para a linha de pesquisa.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Avaliar o uso do PMAQ-AB pela gestão municipal da Atenção Básica e pelas equipes de saúde, em municípios de Santa Catarina.

### 2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever a implantação do PMAQ-AB em Santa Catarina;
2. Propor e aplicar um modelo avaliativo do uso do PMAQ-AB;
3. Identificar o uso dos resultados do PMAQ-AB pela gestão municipal da Atenção Básica e das equipes de saúde;
4. Identificar o uso do processo do PMAQ-AB pela gestão municipal da Atenção Básica e das equipes de saúde.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Avaliação de políticas e programas de saúde: aspectos históricos

A estruturação de modelos assistenciais em saúde apresenta historicamente uma interface com a avaliação de programas, envolvendo a participação do Estado no desenvolvimento de políticas públicas e na utilização eficaz dos recursos financeiros (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; FRANCO e MERHY, 2006).

Com a desaceleração econômica e o alto custo da atenção à saúde, o modelo de garantias sociais oportunizado pelo Estado de Bem-estar Social passa a ser questionado. Maiores informações sobre o funcionamento e eficácia do sistema passam a ser necessárias e práticas avaliativas recebem destaque nas organizações. A avaliação tem por objetivo direcionar políticas, programas e serviços de saúde em conformidade com as necessidades da população, melhorar a alocação de recursos e investimentos, dar visibilidade às ações e transparência à utilização de recursos. Países como EUA, Canadá, França e Austrália recebem notoriedade pela criação de organismos encarregados pela avaliação (TANAKA e MELO, 2000; BODSTEIN, 2002).

Na perspectiva de Contandriopoulos *et al.* (1997) avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre seus componentes, propondo contribuir para a tomada de decisões. Para Tanaka e Melo (2001), avaliação é a emissão de um juízo de valor tendo como base critérios previamente definidos. No entendimento de Vieira-da-Silva (2014, p.16), avaliação em saúde é um “julgamento sobre uma intervenção sanitária voltada para resolução de problemas, visando aferir seu mérito, esforço ou valor para aperfeiçoamento ou mudanças”. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser fruto de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Parece haver uma linha que conduz os autores para uma premissa básica: “avaliação, seja qual for o seu tipo, seja qual for o avaliador, deve contribuir para a tomada de decisões dos responsáveis pelo programa, comprometendo-se com a melhoria das intervenções em saúde e, como horizonte final, com a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde” (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010, p. 12). Com esta afirmativa, a avaliação em saúde assume seu caráter político e isento de neutralidade, sendo permeada pela subjetividade e intencionalidade da atividade humana.

A avaliação tem sua origem na área da educação e para marcar seus diferentes estágios enquanto campo de conhecimento e de práticas, Guba e Lincoln (1989) sistematizaram esta trajetória em quatro gerações, a saber: medição, descrição, julgamento e negociação.

A Primeira Geração (1910-1930) guarda relação com a medida científica positivista. O avaliador assume o papel de técnico, construindo e usando instrumentos para medir o coeficiente de inteligência e classificar a progressão dos escolares. A Segunda Geração (1930-1960) surge da necessidade de elaborar novos currículos com ênfase na relação ensino-aprendizagem, demandando a descrição do processo com objetivo de saber como funcionam na prática. A Terceira Geração (1960-1990) traz novos elementos para o campo. O avaliador, além de mensurar e descrever, passa a estabelecer o mérito do programa tendo como base critérios definidos previamente. A avaliação tem o papel de induzir ou facilitar a tomada de decisão e o processo avaliativo passa a incorporar o contexto e os envolvidos. Com a Quarta Geração (1990), os autores propõem uma ruptura epistemológica, orientada pelos pressupostos construtivistas com vistas à uma avaliação inclusiva e participativa apoiada na opinião dos atores com o intuito de chegar a um consenso sobre a finalidade, o método e o uso (GUBA e LINCOLN, 1989; FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

Alkin (2004) estabelece uma analogia entre avaliação e os componentes de uma árvore. Segundo o entendimento do autor, as duas necessidades da avaliação estão localizadas no tronco: a prestação de contas e a investigação social, derivando da última três galhos. O método enfatiza o desenho metodológico e tem como referência Donald Campbell, o valor considera o julgamento como a função central do avaliador com destaque para Michael Scriven e o último galho faz referência ao uso da avaliação, tendo como pioneiro Daniel Stufflebeam (ALKIN, 2004; FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

Com o passar dos anos a avaliação tem se tornando mais estruturada, formal e sofisticada (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010). A literatura aponta propostas metodológicas e abordagens diversificadas como influencia desta diversificação, bem como, o envolvimento de pesquisadores que enriquecem o campo com múltiplos contextos e bases teóricas, carregando uma rede simbólica e afetiva de valores relacionados com as necessidades e práticas de saúde (FELISBERTO, ALVES e BEZERRA, 2010; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A exposição feita até este ponto permite observar mudanças substanciais no construto teórico e na prática de avaliação. A respeito de

sua operacionalização, a experiência internacional se destaca com investimentos empreendidos na construção de competências e foco na utilidade da avaliação para tomada de decisão (FELISBERTO, ALVES e BEZERRA, 2010; FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

### 3.2 Avaliação em saúde no setor público brasileiro

A modernização da administração pública, a gestão por resultados, a introdução de mecanismos regulatórios e financiamento concedido mediante avaliação são aspectos importantes para que esta atividade ganhasse forma no sistema de saúde brasileiro, a partir da década de 1990. O cenário sanitário também teve importância com as mudanças legais e administrativas ocorridas na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) ligadas ao processo de descentralização, somada à complexidade do perfil epidemiológico, requerendo novas abordagens e incorporação tecnológica (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010; RIZZOTTO *et al.*, 2014).

Felisberto (2009) retratou o processo de institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil. O marco indutor foi a Estratégia Saúde da Família (ESF) que resultou em avanços na reorientação do modelo de atenção. No campo avaliativo, criou-se a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) que assumiu a responsabilidade gerencial de iniciativas, como: a) o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com intuito de incorporar a avaliação enquanto prática de gestão e articular processos de programação mediante pactuação entre as três esferas de gestão; b) a Investigação Avaliativa com a realização de estudos e pesquisas de abrangência nacional; e c) o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), principal instrumento de monitoramento de indicadores.

Para conhecer com mais detalhes a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre 2001 e 2002, uma avaliação normativa foi a campo para caracterizar a infraestrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes (FELISBERTO, 2009). Ainda nesse período, um financiamento do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) viabilizou o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf), com vistas ao fortalecimento da capacidade técnica de avaliação, vislumbrando impulsionar maior sistematização, coordenação e integração das atividades nos municípios e estados (NATAL *et al.*, 2008; MOTA e DAVID, 2015).

Com uma nova gestão do Ministério da Saúde, o ano de 2003 marca uma importante agenda de avaliação, com encomenda de pesquisas

e iniciativas para o aprimoramento e consolidação do SUS; mobilização de atores institucionais estabelecendo alianças para o desenvolvimento de projetos e incorporação de propostas avaliativas coerentes com as necessidades do sistema de saúde; identificação de fontes de financiamento e garantia de recursos orçamentários e; definição de estratégias organizacionais para qualificação de profissionais no campo da avaliação (FELISBERTO, 2009).

A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (PNM&A) trouxe como novo desafio os aspectos da qualidade da assistência. A Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) foi uma importante iniciativa para institucionalizar a avaliação em saúde no Brasil, contando com apoio de consultores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) para o desenvolvimento de uma proposta de autoavaliação, com caráter pedagógico e indutor de boas práticas (FAUSTO, MENDONÇA e GIONAVELLA, 2014).

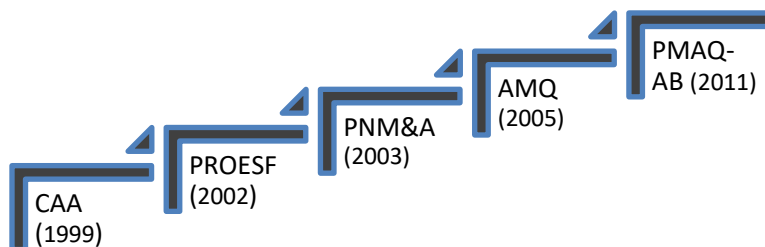
Para fomentar a melhoria contínua da qualidade, o AMQ era dirigido a atores do nível central (gestores municipais, coordenadores e gerentes), equipes de saúde e profissionais de nível superior com o propósito de desenvolver projetos de intervenção, a partir das fragilidades identificadas na autoavaliação (COLUSSI, 2010). Apesar da qualidade metodológica, a proposta caiu em desuso pela falta de incentivos para sua implementação e baixa adesão voluntária dos municípios (COLUSSI, 2010; FAUSTO, MENDONÇA e GIONAVELLA, 2014).

Mais recentemente, os princípios do AMQ foram restaurados com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa foi instituído para promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade, sendo considerado uma das principais estratégias de avaliação do Ministério da Saúde (COLUSSI, 2010).

A figura 1 apresenta cronologicamente o processo de institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil.



**Figura 1** - Cronologia da avaliação em saúde no sistema público brasileiro.



**Fonte:** Autora do estudo.

A complexidade de um sistema público que se fundamenta na universalidade do acesso, qualidade da atenção e viabilidade econômica, tem exigido dos gestores uma postura crítica e reflexiva de suas práticas. Incorporar a avaliação de maneira orgânica e sistemática na rotina das instâncias gerenciais, das equipes de saúde e dos usuários implica na construção e disseminação de uma cultura avaliativa e fortalecimento do controle social para qualificação das decisões (FELISBERTO, ALVES e BEZERRA, 2010; MEDRADO, CASANOVA e OLIVEIRA, 2015). A prestação de contas, a produção de conhecimento e o uso dos resultados são efeitos esperados da institucionalização da avaliação. O uso dos resultados, quando incorporado, indica sucesso da implantação da política (FELISBERTO, ALVES e BEZERRA, 2010, p. 152).

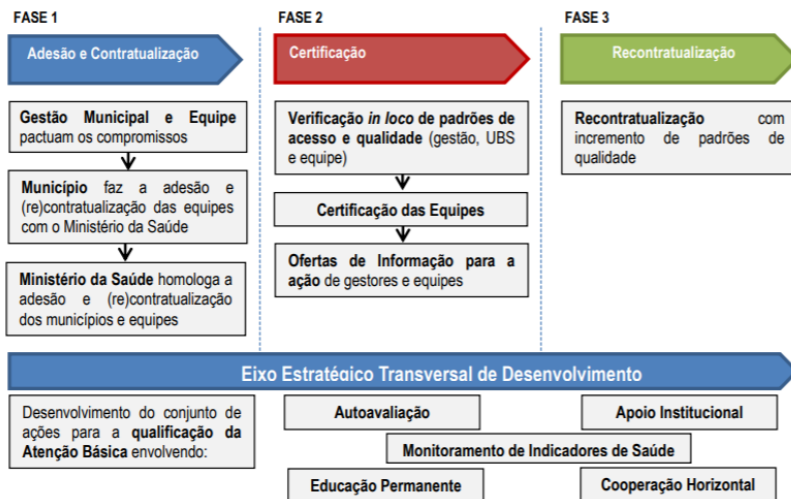
### *3.2.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica*

No Brasil, o Ministério da Saúde tem a função de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde. A estrutura central é composta por secretarias responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de saúde. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) abriga o Departamento de Atenção Básica (DAB) que organiza este nível de atenção a partir de diversas estratégias, políticas e programas. Dentre elas, evidencia-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria 1.654 GM/MS em 2011 (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O programa é uma proposta de indução para ampliar o acesso e melhorar a qualidade por meio de repasse financeiro vinculado ao desempenho alcançado na avaliação. As diretrizes apontam para o cumprimento de um padrão de qualidade que possa ser comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais da Atenção Básica. A operacionalização do programa está apoiada na mobilização e proatividade dos atores envolvidos em prol da melhoria dos indicadores pactuados, implementação de mudanças na cultura de gestão e nas práticas de atenção. O sucesso da proposta depende fundamentalmente de espaços abertos ao diálogo, negociação e planejamento atentos ao fortalecimento e qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2015a).

De acordo com a Portaria 1.645/2015 GM/MS, o PMAQ-AB está estruturado em três fases sucessivas e um eixo transversal, formando um ciclo progressivo para melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2015a) (figura 2).

**Figura 2** - Fases de implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

A primeira fase, denominada **Adesão e Contratualização**, é o momento em que compromissos e indicadores são pactuados entre gestores municipais e equipes com o Ministério da Saúde. São selecionados um conjunto de indicadores referente às áreas estratégicas da Saúde da Família, classificados segundo a natureza de seu uso, em:

- Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de Avaliação Externa e que serão utilizados para a classificação de desempenho das equipes;
- Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada equipe. Estes indicadores não influenciam a pontuação das equipes no processo de Avaliação Externa (BRASIL, 2015a).

Depois de confirmada a adesão, o município passa a receber por equipe contratualizada, o incentivo financeiro mensal correspondente a 20% do valor integral do PAB Variável – Componente da Qualidade (BRASIL, 2017).

A segunda fase, **Certificação**, compreende a avaliação externa de desempenho das equipes e da gestão, a avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e a verificação da autoavaliação pelas equipes (BRASIL, 2017). A avaliação externa consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade, valorizando os esforços de gestores e equipes no alcance destes resultados. Para sua realização, o Ministério da Saúde tem o apoio de instituições de ensino e pesquisa na organização e desenvolvimento do trabalho de campo. Os avaliadores da qualidade visitam as equipes de saúde conforme itinerário planejado previamente com cada município e a coleta dos dados é feita com uso de *tablets* que registram as informações relativas à estrutura física, processo de trabalho e satisfação do usuário em aplicativo específico. O instrumento para a coleta de dados é composto por seis módulos, a saber:

- Módulo I - Observação na Unidade de Saúde: avalia as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde;
- Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de

Saúde: avalia o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários;

- Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde: verifica a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Esse módulo objetiva levantar informações para o aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica e para divulgação dos resultados no Brasil, não fazendo parte da composição do desempenho das equipes;
- Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de Documentos na Unidade de Saúde: avalia o processo de trabalho do NASF e a organização do serviço e do cuidado para os usuários;
- Módulo V- Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal: avalia as condições de infraestrutura, materiais, insumos de atenção odontológica;
- Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde: avalia o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (BRASIL, 2017).

Nos instrumentos de avaliação externa são observados os padrões de acesso e qualidade que compõem o processo de certificação das equipes, classificados como: gerais, obrigatórios, essenciais e estratégicos.

- Padrões gerais: atribuem menor peso na certificação em relação aos demais, ou seja, a equipe ganha pontos se realiza a ação;
- Padrões obrigatórios: condicionam à permanência no programa. No primeiro ciclo foram considerados a alimentação do Sistema de Informação (SIAB ou e-SUS) nos meses indicados pelo programa e aplicação das regras de sinalização externa. Para os subsequentes, o fornecimento de dados para o sistema de informação se manteve, acrescido da presença de cadeira odontológica na Unidade de Saúde;
- Padrões essenciais: estão relacionados a elevados percentuais de cumprimento e/ou a condições mínimas de acesso e qualidade. Caso a equipe não alcance todos esses padrões, automaticamente seu desempenho será classificado como ruim;

- Padrões estratégicos: relacionados às políticas e programas estratégicos que avançam em direção à ampliação do acesso e melhoria da qualidade na Atenção Básica. Para que a equipe seja classificada com desempenho ótimo, é necessário que alcance um percentual destes indicadores e obtenha uma nota mínima (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017). Estes padrões podem contribuir para que gestores e equipes de saúde utilizem os resultados da avaliação para propor mudanças na tomada de decisão e aprimoramento do processo de trabalho.

A terceira fase, **Recontratualização**, caracteriza-se pela repactuação de novos padrões e indicadores. Este momento concretiza os principais objetivos do programa que direciona a institucionalização de um processo cíclico e sistemático de avaliação. O uso dos resultados pelas equipes que passaram por ciclos anteriores ocorre nesta fase, analisando seu desempenho e propondo mudanças para o momento seguinte (BRASIL, 2015a).

O **Eixo Estratégico Transversal** assegura que as ações de promoção para melhoria do acesso e da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo, sendo sustentado pela autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2015a).

A **Autoavaliação** é uma ferramenta pedagógica com potencial reflexivo e problematizador que busca identificar dimensões positivas e problemáticas que circundam o processo de trabalho das equipes e as ações da gestão municipal, produzindo significados que orientem mudanças para o aprimoramento dos serviços. A elaboração da Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) teve como guia instrumentos validados no cenário nacional e internacional. Uma escala numérica é utilizada para quantificar as respostas, construindo assim, escores gerais de qualidade. Concluída a autoavaliação, as equipes elaboraram planos de intervenção para o enfrentamento das fragilidades identificadas (BRASIL, 2015a).

O **Monitoramento de indicadores** é reconhecido como elemento essencial para a implementação do programa, num processo que envolve negociação e contratualização de metas e compromissos pactuados entre equipes e instâncias gestoras do SUS. Esse processo contribui para definição de prioridades e programação de ações em saúde em direção ao aprendizado institucional e à melhoria da qualidade da Atenção Básica. Outro elemento é o fortalecimento da participação do usuário por meio da

publicação de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados com o PMAQ-AB, estimulando a transparência da gestão (BRASIL, 2015a).

A **Educação Permanente**, no contexto do programa, é compreendida como importante processo pedagógico para estimular a prática de planejamento no cotidiano dos serviços de saúde, possibilitando alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas e fortalecendo a capacidade dos atores para agir com autonomia diante da proposta de intervenção (BRASIL, 2015a).

O **Apoio Institucional** é uma função gerencial que busca reformular a maneira tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Seu objetivo é auxiliar equipes a analisar sua prática e seu trabalho para construir intervenções capazes de potencializar mudança nas organizações a partir de problemas e tensões vivenciados no cotidiano (BRASIL, 2015a).

A **Cooperação Horizontal** deve acontecer entre as equipes de saúde e os gestores municipais com o intuito de permitir a troca de experiências e de práticas promotoras de melhoria da qualidade. Pode acontecer presencialmente, em ações de Educação Permanente ou virtualmente, na Comunidade de Práticas (BRASIL, 2015a).

Com três ciclos avaliativos concluídos (2012, 2013 e 2017), o PMAQ-AB passou por atualizações e mudanças quanto à estratificação dos municípios para certificação das equipes, classificação de desempenho, percentuais de composição da nota das equipes e divulgação dos resultados entre os ciclos.

A certificação das equipes, no primeiro e segundo ciclos, foi feita a partir da estratificação dos municípios considerando aspectos sociais, econômicos e demográficos – oferecendo assim, maior equidade para comparação. Foi construído um índice composto por 5 indicadores: produto interno bruto (peso 2); porcentagem da população com plano de saúde (peso 1); porcentagem da população com Bolsa Família (peso 1); porcentagem da população em extrema pobreza (peso 1) e densidade demográfica (peso 1). Os indicadores variavam de zero a 10 pontos e para cada município considerou-se a menor pontuação entre o percentual da população com Bolsa Família e o percentual da população em extrema pobreza (BRASIL, 2015b). Os municípios foram ainda distribuídos em 6 estratos, de acordo com sua pontuação e seu porte populacional (quadro 1):

**Quadro 1** - Base para a estratificação dos municípios participantes do PMAQ-AB, segundo pontuação e porte populacional.

<b>Estrato</b>	<b>Crítérios da Estratificação</b>
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

**Fonte:** Brasil, 2015b.

Já para o segundo ciclo, as equipes que haviam passado pelo Ciclo 1 foram avaliadas levando em conta seu desempenho no ciclo anterior e o desempenho em relação às demais equipes de seu estrato (BRASIL, 2015b). Para o terceiro ciclo, os estratos foram substituídos por um ponto de corte nacional para cada classificação (BRASIL, 2018).

Mudanças na classificação de desempenho das equipes também foram empreendidas. No Ciclo 1, utilizou-se *ótimo, bom, regular e insatisfatório* (BRASIL, 2012). Para o Ciclo 2 foram adotadas as classificações muito *acima da média, acima da média, mediana ou abaixo da média, insatisfatória e desclassificada* (BRASIL, 2015b). Por fim, o Ciclo 3 apresentou uma combinação entre as categorias empregadas anteriormente: *ótimo, muito bom, bom, regular, ruim, insatisfatória e desclassificada* (BRASIL, 2018).

No terceiro ciclo do PMAQ-AB houve alteração no percentual de composição da nota das equipes. Os indicadores pactuados na fase de Adesão e Contratualização passaram de 20% para 30%; enquanto a avaliação externa teve um peso menor, decrescendo de 70% para 60% na composição da nota. A autoavaliação das equipes manteve seu equivalente de 10% nos três ciclos (BRASIL, 2017).

Por fim, é importante mencionar o esforço do Departamento de Atenção Básica para aprimorar a divulgação dos resultados entre os ciclos

1 e 2. Por meio da plataforma e-Gestor, gestores municipais e equipes de saúde puderam acessar o relatório de desempenho no programa, detalhado segundo padrões de acesso e qualidade (gerais, obrigatórios, essenciais e estratégicos) e com proposição de ações para o enfrentamento das fragilidades identificadas.

### *3.2.2 Sistematização bibliográfica de produções científicas sobre o PMAQ-AB*

Para subsidiar a discussão a respeito da produção científica sobre o PMAQ-AB, realizou-se uma revisão da literatura nas bases de dados eletrônicas Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Pubmed e Periódicos da CAPES. As buscas aconteceram em março de 2016, considerando estudos publicados entre janeiro/2013 e fevereiro/2016, sem restrição de idiomas. A data inicial levou em conta a ocorrência do primeiro ciclo do programa em 2012, deste modo, seus resultados estariam disponíveis para uso depois deste período.

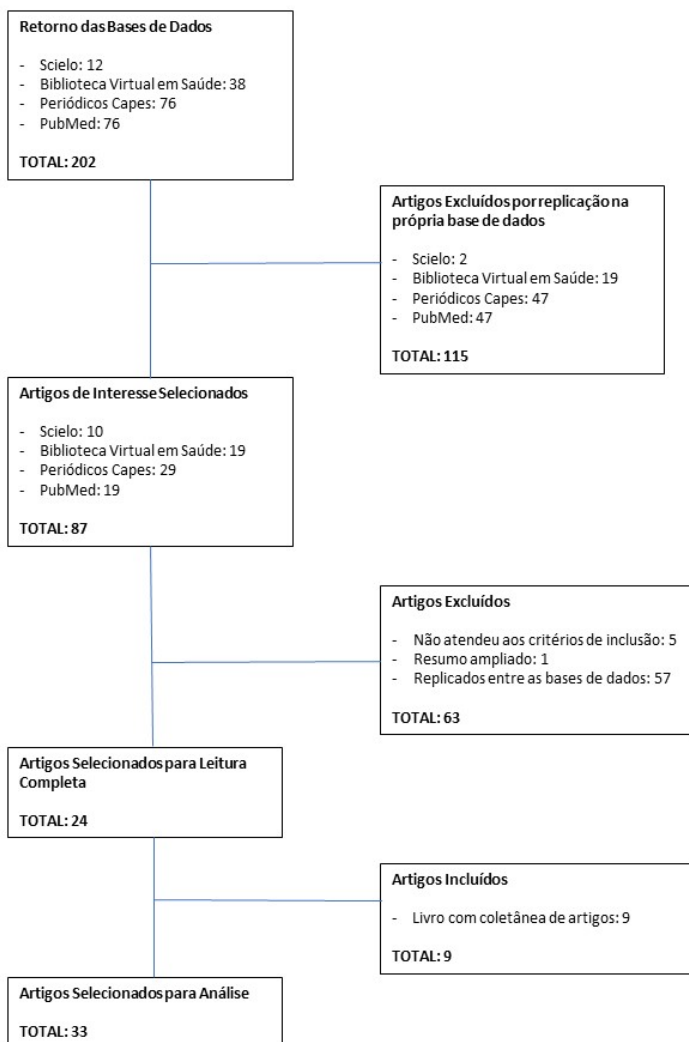
Os descritores utilizados foram: “garantia da qualidade dos cuidados de saúde”, “qualidade da assistência à saúde”, “qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde”, “avaliação de programas e projetos de saúde”, “mecanismos de avaliação da assistência à saúde”, “avaliação de serviços de saúde”, “atenção primária a saúde” e “avaliação em saúde”, combinados entre si em português e seu correspondente na língua inglesa.

Os critérios adotados para seleção foram estudos completos que tiveram como base a análise de dados coletados pelo PMAQ-AB e/ou ter o programa como objeto de investigação. A etapa de identificação teve início com a leitura dos títulos e resumos de todos os documentos para identificar se atendiam aos requisitos. Concluída esta etapa, todos os estudos selecionados foram obtidos na íntegra e reexaminados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

Combinando-se as estratégias de busca, 202 estudos foram identificados e deste total, 24 atenderam aos critérios de inclusão. Um destes estudos selecionados era livro, abrigando uma coletânea de artigos referentes ao objeto de investigação. Outros 9 artigos foram incluídos, totalizando 33 estudos selecionados para a revisão. A figura 3 apresenta o fluxograma de busca.



**Figura 3** - Fluxograma da revisão de literatura sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).



**Fonte:** autora do estudo.

Os estudos analisados foram organizados segundo autoria, ano de publicação, título e principais resultados (Apêndice A).

Os resultados da revisão indicam maior volume de publicações no ano de 2014 (n=24), oportunizada pela edição especial da Revista Saúde em Debate, dedicada à divulgação de estudos que tinham à avaliação da Atenção Básica como objeto de investigação, e pelo livro Rotas de Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Na sequência aparecem 2015 (n=7) e 2013 (n=2), não havendo publicações identificadas no ano de 2016.

Quanto ao tipo de publicação, o artigo científico (n=22) foi a maneira mais utilizada pelos autores para a divulgação dos resultados. Compuseram também este escopo as dissertações (n=6), monografias e teses (n=2). O primeiro ciclo do PMAQ-AB concentrou a grande maioria das publicações (n=31) e apenas duas analisaram informações referentes aos ciclos 1 e 2.

No que se refere ao local de realização dos estudos, evidencia-se análises que envolveram o território nacional, bem como pesquisas com recortes por regiões do Brasil, estaduais e locais. Identificou-se que as regiões sul, sudeste e nordeste se fizeram representar de modo mais evidente, haja vista a tradição de importantes instituições de pesquisa vinculadas aos estudos, trajetórias na consolidação da ESF e experiências de avaliação em saúde amadurecidas. Contudo, desigualdades geográficas foram percebidas pela menor representatividade da região norte e ausência da centro-oeste entre os estudos selecionados.

Quanto ao método, 17 se constituíram de metodologia qualitativa, sendo que cinco eram narrativas, quatro relatos de experiência, dois estudos de caso e seis para outros métodos qualitativos. Estudos quantitativos somaram 14 trabalhos, sendo que 13 adotaram a análise descritiva a partir de dados secundários do programa e um a regressão logística. Dois estudos empregaram técnicas mistas (quali/quantitativa).

Os estudos foram agrupados em cinco categorias de análise para subsidiar a discussão, sendo elas: implantação do programa, organização da estrutura, organização do processo de trabalho, satisfação do usuário e saúde bucal. O quadro 1 apresenta o resumo dos resultados.

**Quadro 2** - Classificação dos estudos analisados, segundo tipo de publicação, local do estudo, ciclo do PMAQ-AB, metodologia e categorias de análise.

	Tipo de publicação				Local do estudo	Ciclo do PMAQ-AB	
	Artigo	Dissertação	Monografia	Tese	Estadual / Nacional	I	I e II
1. Albuquerque <i>et al.</i> , 2014	X				PE	X	
2. Alves <i>et al.</i> , 2014	X				BR	X	
3. Alves, Neves e Porto, 2014	X				TO	X	
4. Bello, Carvalho e Farias, 2014	X				PE	X	
5. Casotti <i>et al.</i> , 2014					RJ	X	
6. Chimara, 2015		X			SP		X
7. Farias, <i>et al.</i> , 2014	X				AL	X	
8. Fonseca <i>et al.</i> , 2014	X				PR	X	
9. Garcia <i>et al.</i> , 2014	X				ES	X	
10. Garnelo <i>et al.</i> , 2014	X				AM	X	
11. Giordani, 2015				X	BR	X	
12. Goldbaum, 2014		X			-	X	
13. Gomes, 2013		X			-	X	
14. Gonçalves, 2014			X		BR	X	
15. Lima <i>et al.</i> , 2014	X				ES	X	

	Tipo de publicação				Local do estudo	Ciclo do PMAQ-AB	
	Artigo	Dissertação	Monografia	Tese	Estadual / Nacional	I	I e II
16. Linhares, Lira e Albuquerque, 2014	X				CE	X	
17. Lorena Sobrinho <i>et al.</i> , 2015	X				PE	X	
18. Machado <i>et al.</i> , 2015	X				BR	X	
19. Magalhaes Junior e Pinto, 2014	X				BR	X	
20. Mata <i>et al.</i> , 2014	X				AP	X	
21. Mayer, 2014		X			RS	X	
22. Medina <i>et al.</i> , 2014	X				BR	X	
23. Medrado, Casanova e Oliveira, 2015	X				RJ	X	
24. Mota e David, 2015	X				-	X	
25. Mota, 2015				X	PB		X
26. Oliveira, 2014			X		BR	X	
27. Pellense, 2013		X			RN	X	
28. Pinto, Sousa e Ferla, 2014	X				BR	X	
29. Protasio <i>et al.</i> , 2014	X				PB	X	
30. Protasio, 2014		X			BR	X	

	Tipo de publicação				Local do estudo	Ciclo do PMAQ-AB	
	Artigo	Dissertação	Monografia	Tese	Estadual / Nacional	I	I e II
31. Rizzotto <i>et al.</i> , 2014	X				PR	X	
32. Seidl, Lima e Vieira, 2014	X				RJ	X	
33. Teixeira <i>et al.</i> , 2014	X				BR	X	

**Quadro 2** - Classificação dos estudos analisados, segundo tipo de publicação, local do estudo, ciclo do PMAQ-AB, metodologia e categorias de análise. (continuação).

	Metodologia						
	Dados secundários	Regressão logística	Narrativas	Relato de experiência	Estudo de caso	Outros métodos quali	Misto quali/ quanti
1. Albuquerque <i>et al.</i> , 2014	X		X				
2. Alves <i>et al.</i> , 2014							
3. Alves, Neves e Porto, 2014				X			
4. Bello, Carvalho e Farias, 2014					X		
5. Casotti <i>et al.</i> , 2014			X				

	<b>Metodologia</b>						
	<b>Dados secundários</b>	<b>Regressão logística</b>	<b>Narrativas</b>	<b>Relato de experiência</b>	<b>Estudo de caso</b>	<b>Outros métodos quali</b>	<b>Misto quali/ quanti</b>
6. Chimara, 2015					X		
7. Farias, <i>et al.</i> , 2014			X				
8. Fonseca <i>et al.</i> , 2014	X		X				
9. Garcia <i>et al.</i> , 2014							
10. Garnelo <i>et al.</i> , 2014			X				
11. Giordani, 2015							X
12. Goldbaum, 2014						X	
13. Gomes, 2013						X	
14. Gonçalves, 2014						X	
15. Lima <i>et al.</i> , 2014				X			
16. Linhares, Lira e Albuquerque, 2014	X					X	
17. Lorena Sobrinho <i>et al.</i> , 2015	X						
18. Machado <i>et al.</i> , 2015	X						
19. Magalhaes Junior e Pinto, 2014							
20. Mata <i>et al.</i> , 2014				X			

	<b>Metodologia</b>						
	<b>Dados secundários</b>	<b>Regressão logística</b>	<b>Narrativas</b>	<b>Relato de experiência</b>	<b>Estudo de caso</b>	<b>Outros métodos quali</b>	<b>Misto quali/ quanti</b>
21. Mayer, 2014	X					X	
22. Medina <i>et al.</i> , 2014	X						
23. Medrado, Casanova e Oliveira, 2015							
24. Mota e David, 2015							
25. Mota, 2015	X					X	X
26. Oliveira, 2014	X						
27. Pellense, 2013	X						
28. Pinto, Sousa e Ferla, 2014	X						
29. Protasio <i>et al.</i> , 2014							
30. Protasio, 2014	X	X					
31. Rizzotto <i>et al.</i> , 2014							
32. Seidl, Lima e Vieira, 2014	X			X			
33. Teixeira <i>et al.</i> , 2014							

**Quadro 2** - Classificação dos estudos analisados, segundo tipo de publicação, local do estudo, ciclo do PMAQ-AB, metodologia e categorias de análise. (continuação).

	Categorias de Análise				
	Implantação do programa	Organização da Estrutura	Organização do Processo de trabalho	Satisfação do usuário	Saúde Bucal
1. Albuquerque <i>et al.</i> , 2014			X		
2. Alves <i>et al.</i> , 2014		X			
3. Alves, Neves e Porto, 2014	X				
4. Bello, Carvalho e Farias, 2014	X				
5. Casotti <i>et al.</i> , 2014	X				
6. Chimara, 2015	X				
7. Farias, <i>et al.</i> , 2014	X				
8. Fonseca <i>et al.</i> , 2014	X				
9. Garcia <i>et al.</i> , 2014		X	X		
10. Garnelo <i>et al.</i> , 2014	X				
11. Giordani, 2015			X		
12. Goldbaum, 2014					X
13. Gomes, 2013	X				
14. Gonçalves, 2014			X		



	<b>Categorias de Análise</b>				
	<b>Implantação do programa</b>	<b>Organização da Estrutura</b>	<b>Organização do Processo de trabalho</b>	<b>Satisfação do usuário</b>	<b>Saúde Bucal</b>
15. Lima <i>et al.</i> , 2014	X				
16. Linhares, Lira e Albuquerque, 2014	X				
17. Lorena Sobrinho <i>et al.</i> , 2015					X
18. Machado <i>et al.</i> , 2015			X		
19. Magalhaes Junior e Pinto, 2014			X		
20. Mata <i>et al.</i> , 2014	X				
21. Mayer, 2014	X				
22. Medina <i>et al.</i> , 2014			X		
23. Medrado, Casanova e Oliveira, 2015			X		
24. Mota e David, 2015	X				
25. Mota, 2015	X				
26. Oliveira, 2014					X
27. Pellense, 2013				X	
28. Pinto, Sousa e Ferla, 2014	X				
29. Protasio <i>et al.</i> , 2014			X		
30. Protasio, 2014				X	

	<b>Categorias de Análise</b>				
	<b>Implantação do programa</b>	<b>Organização da Estrutura</b>	<b>Organização do Processo de trabalho</b>	<b>Satisfação do usuário</b>	<b>Saúde Bucal</b>
31. Rizzotto <i>et al.</i> , 2014			X		
32. Seidl, Lima e Vieira, 2014	X				
33. Teixeira <i>et al.</i> , 2014			X		

**Fonte:** Autora do estudo.

Conforme apresentado no quadro 2, os estudos analisados foram organizados em ordem numérica para uma melhor leitura dos resultados no formato Vancouver.

A categoria de **Implantação do programa** foi identificada em 16 publicações. A experiência com o trabalho de campo na Avaliação Externa destacou aspectos singulares frente à diversidade ambiental, cultural, social e epidemiológica das regiões do país<sup>7,10,20</sup>. Ao mesmo tempo, revelou para as universidades participantes novas linhas de investigação, reflexão para reformas curriculares e estabelecimento de parcerias com a Atenção Básica enquanto campo de prática para graduandos em saúde<sup>8</sup>.

Os estudos sinalizaram que o processo de implantação do PMAQ-AB foi verticalizado<sup>4,16</sup>. Apesar disso, o contexto para sua implantação foi favorável<sup>6</sup>. Os fatores que facilitaram a implantação foram: disposição dos envolvidos para participar da avaliação e alinhamento político entre as esferas federal e municipal<sup>4,5,20</sup>. A concepção do programa foi considerada estratégica para promover alterações nas relações entre as esferas de governo, reflexão sobre as práticas de gestão e sobre a atenção à saúde<sup>4,5</sup>.

Já os fatores que limitaram foram: a pouca compreensão da proposta e dos objetivos do programa, a articulação inadequada entre gestão e profissionais e os interesses financeiros<sup>3,4,6,7,15,32</sup>. No que se refere às limitações para implantação decorrentes de motivos políticos, foram citados o período eleitoral, a disputa entre partidos e a rotatividade do secretário de saúde e da equipe gestora<sup>4,7,32</sup>. Dois estudos reportaram falha de comunicação para esclarecimentos sobre a utilização do recurso financeiro do programa<sup>16,32</sup>.

Lançando olhares para o uso do PMAQ-AB, observou-se que sua implantação tem proporcionado autonomia aos profissionais para identificar potencialidades e fragilidades no processo de trabalho e aprendizagem com o processo<sup>21</sup>. Além disso, a capacidade avaliativa parece estar ganhando fôlego com o desenvolvimento de *expertise* para pesquisa avaliativa estimulada pelo monitoramento de indicadores, autoavaliação e avaliação externa<sup>13,28</sup>.

Dentre os estudos analisados, foram observadas também críticas à implantação do programa. No entendimento de Gomes (2013)<sup>13</sup>, o PMAQ-AB é um instrumento administrativo de planejamento, coordenação, organização, comando e controle dos serviços da Atenção Básica. Atendendo à essa lógica, não garante a participação dos avaliados no processo, não valoriza as peculiaridades dos sujeitos e dos territórios, ou seja, trata-se de um programa utilitarista. Mota e David (2015)<sup>24</sup>

propõem uma reflexão relevante: trata-se de um programa de avaliação de desempenho relacionado à quantificação da produção e indicadores de resultado que estimulam a relação meritocrática e competitiva entre as equipes. Diante da dimensão deste programa, que envolve um processo avaliativo nacional, dispendioso e exaustivo – é esperado que a sua institucionalização contribua para a tomada de decisão e práticas de atenção à saúde de modo reflexivo e pedagógico.

Os estudos incluídos na categoria **Organização da estrutura** investigaram questões relativas ao acesso<sup>2</sup> e ambiência<sup>9</sup>. As regiões de maior porte e número de equipes apresentam maior disponibilidade de acesso e acolhimento, reforçando a necessidade de políticas e ações voltadas para a qualificação da atenção em municípios de pequeno porte<sup>2</sup>. Na perspectiva da ambiência, a utilização dos serviços pelos usuários enfrenta barreiras em consequência da precariedade da estrutura física<sup>9</sup>.

A categoria **Organização do processo de trabalho** foi identificada em 11 estudos que analisaram: força de trabalho<sup>31</sup>, processo de trabalho<sup>9,23</sup>, acolhimento<sup>11</sup>, promoção à saúde<sup>22,33</sup>, Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>1,19,29</sup>, atenção nutricional<sup>14</sup> e Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>18</sup>.

Os resultados identificaram avanços em direção à desprecarização das relações de trabalho, exemplificada pelo concurso como forma de ingresso no serviço público<sup>31</sup>. Observou-se que os dispositivos de planejamento e acolhimento têm sido operados de modo satisfatório. As dificuldades incluem a inadequação do ambiente, modelo de atenção médico-centrado, baixa oferta de dentistas e de ações de Educação Permanente. Mudanças relacionadas ao processo de trabalho, autonomia e aprendizagem das equipes foram aspectos positivos atribuídos ao PMAQ-AB, mas que ainda não estão incorporados no trabalho diário das equipes<sup>9,23</sup>.

Os eixos de acolhimento e promoção à saúde foram objetos de investigação envolvendo o PMAQ-AB. Observou-se uma pluralidade de formas para a prática do acolhimento entre as regiões do país, considerando o significado atribuído pelas equipes para esta ação<sup>11</sup>. Dois estudos tiveram aproximação com o campo da promoção à saúde e demonstraram incipiência de suas atividades, especialmente quando dirigidas para idosos e escolares, caracterizando-as como fragmentadas e focalizadas na atenção a grupos de risco. Houve concordância quanto à limitação do instrumento de coleta de dados por não contemplar ações intersetoriais<sup>22,33</sup>.

A busca na literatura trouxe como resultado estudos com o tema das RAS<sup>1,19,29</sup>. Os resultados do PMAQ-AB indicam que a Atenção

Básica está mais próxima das pessoas, o acesso foi facilitado, houve redução do tempo de espera por consultas e resolatividade tem sido incrementada. Apesar disso, ainda persistem ações focalizadas em grupos estratégicos, dificuldades para realização de pequenos procedimentos e para obtenção de resultado de exames. A coordenação do cuidado e ordenamento das RAS foi uma limitação relevante na Atenção Básica levantado pelos autores<sup>19</sup>. Nesta direção, as impressões durante a coleta do trabalho de campo apontam para a necessidade de avançar na regionalização na perspectiva da melhoria do acesso, atuando em redes guiadas pelas necessidades apreendidas pela Atenção Básica<sup>1</sup>. A articulação entre referência e contra referência apontou fragilidades na integração da rede entre os gestores do sistema e a gerência dos serviços, bem como entre os serviços de saúde e práticas clínicas. Sugere-se como alternativas para superação: ações de Educação Permanente e criação de protocolos de acesso às especialidades<sup>29</sup>.

Quanto à atenção nutricional e o PSE, foram identificados dois estudos<sup>14,18</sup>. Os resultados assinalam que os instrumentos de coleta de dados referem principalmente os aspectos da estrutura dos serviços e do processo de trabalho no tocante à vigilância alimentar e nutricional e promoção da alimentação adequada e saudável, destacando ações voltadas ao público materno-infantil. Não englobam comportamentos, satisfação do usuário ou melhoria do estado de saúde, logo, não avaliam a dimensão de resultados alcançados<sup>14</sup>. As ações desenvolvidas no PSE concluem que todas as regiões brasileiras apresentaram resultados expressivos acerca da realização de atividades na escola, contudo a capacitação dos profissionais para trabalhar com educação e saúde precisam ser fortalecidos<sup>18</sup>.

Analisar os fatores que influenciam a satisfação ou percepção dos usuários foi objeto de interesse de duas publicações, incluídas na categoria **Satisfação do usuário**<sup>27,29</sup>. De acordo com estes estudos, os aspectos que imprimem baixos índices de satisfação se relacionam com: dificuldade da equipe em resolver as necessidades do usuário dentro da Unidade de Saúde, usuário não se sentir respeitado pelos seus hábitos, horário não atender às necessidades, usuário não conseguir ser escutado sem ter marcado horário e dificuldade para fazer reclamação ou sugestão. Ainda nesta linha, a marcação de consulta permanece como empecilho para o acesso do usuário e a coordenação do cuidado fica prejudicada por obstáculos na consulta com especialistas. Contudo, são bons os níveis de satisfação dos usuários com o serviço ofertado pela Atenção Básica. A respeito do instrumento de coleta de dados, foram registradas dificuldades

para aplicação e negativas de participação devido ao longo tempo de realização.

A categoria **Saúde Bucal** apresentou três estudos: discussão com base na literatura para avaliar o potencial de contribuição do PMAQ-AB para o fortalecimento e consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)<sup>12</sup>, com enfoque no perfil profissional e processo de trabalho das equipes<sup>26</sup> e avaliação do acesso e qualidade em Saúde Bucal<sup>17</sup>. Os resultados apontaram que a PNSB está alinhada aos princípios do SUS com avanços observados no compartilhamento da agenda entre as equipes de saúde bucal e da família. Porém, verificou-se que as equipes apresentam poucos profissionais qualificados para atenção na ESF, comprometendo o processo de trabalho. Há dificuldades na marcação de consulta com o dentista, o fluxo para as especialidades está indefinido e a operacionalização da rede de cuidados em saúde bucal é deficitária. O PMAQ-AB tem fortalecido a Saúde Bucal por incluir indicadores de avaliação e monitoramento, garantindo a sua continuidade e valorização mesmo em alternância de governos.

### 3.3 Implantação do PMAQ-AB em Santa Catarina

A participação das Instituições de Ensino Superior (IES) no PMAQ-AB é consequência de uma parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB) para a operacionalização da Avaliação Externa em todo o território nacional. As IES contribuíram com a construção dos instrumentos de avaliação, organização do trabalho de campo e aplicação dos questionários junto às equipes de Atenção Básica (FAUSTO *et al.*, 2014).

A inserção do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC) teve início em uma reunião realizada em Brasília, em março/2012, com a participação de 21 instituições distribuídas nos lotes da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Instituto de Saúde Coletiva da Bahia (ISC-BA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva de Minas Gerais (NESCON) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Nesta ocasião, foram discutidos os instrumentos de coleta de dados, treinamento e seleção dos entrevistadores considerando as diferentes realidades nacionais e institucionais.

O lote da UFPel abrigou cinco instituições parceiras: UFSC, UFMG-FACE, UFMA, UNB e UFG, cabendo ao NEPAS/UFSC a operacionalização do campo para coleta de dados em Santa Catarina. A

preparação para o primeiro ciclo concentrou um grande volume de atividades, que envolveram reuniões por webconferência para alinhamentos entre as instituições parceiras e encontro em Pelotas para padronização da logística de campo e acompanhamento da seleção e treinamento das equipes de entrevistadores para o território sob responsabilidade da UFPel.

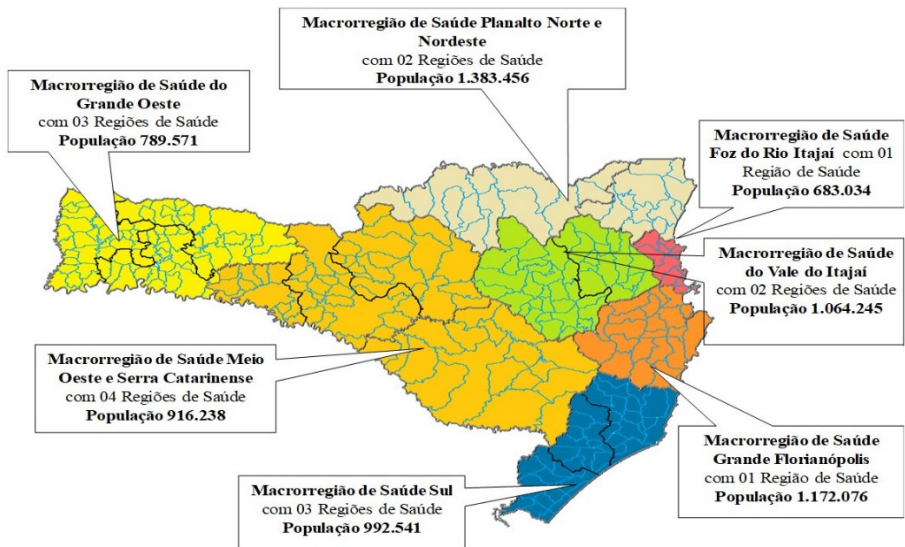
A equipe de Santa Catarina é composta por docentes do Departamento de Saúde Pública e discentes do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFSC) numa articulação institucional com técnicos da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) que viabiliza o contato com os municípios e as visitas durante a Avaliação Externa.

Para garantir o bom desenvolvimento do trabalho de campo, foram estabelecidos contatos institucionais prévios, elaboração das rotas e dos trajetos para as entrevistas, além da seleção e treinamento dos avaliadores externos.

A parceria entre NEPAS/UFSC e SES/SC ocorre desde 2004 com a condução de estudos avaliativos formativos e aperfeiçoamento de modelos de avaliação junto ao seu quadro técnico. Dessa forma, a perspectiva de realização da Avaliação Externa foi rapidamente assimilada pela Gerência de Atenção Básica, estabelecendo contatos para esclarecer os procedimentos necessários para o campo e indicar apoio de técnicos para compor a equipe local de pesquisa. A participação da SES/SC no primeiro ciclo foi fundamental para esclarecer os municípios a respeito do PMAQ-AB e seus objetivos por meio de informes nas reuniões do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

O planejamento e execução do trabalho de campo se caracterizou como um processo árduo, por se tratar de uma primeira experiência desta natureza na elaboração de rotas e definição de trajetos para as entrevistas. Durante o Ciclo 1, a Gerência de Atenção Básica disponibilizou técnicos de referência de cada macrorregião que analisaram previamente os trajetos, agrupando os municípios conforme proximidade e facilidade de deslocamento, indicando os mais adequados para constituírem municípios-dormitórios para as equipes de campo. Essa orientação tem sido a linha condutora adotada pelo NEPAS/UFSC para o estabelecimento das rotas e dos municípios que recebem os avaliadores externos. A cada ciclo as rotas são revisadas considerando a atualização do número de equipes contratualizadas, de entrevistadores e de equipamentos disponíveis para coleta (*tablets*). A seguir, o mapa das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina que subsidia a configuração das rotas para a Avaliação Externa (figura 4).

**Figura 4 -** Mapa das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina.



**Fonte:** SES/SC, 2019.

Para operacionalizar a Avaliação Externa, constituíram-se equipes formadas por entrevistadores e um supervisor de campo que percorreram o estado em rotas simultâneas. Todas as equipes compartilham uma planilha de *Excel* com a coordenação local que descreve as informações dia a dia sobre as atividades a serem realizadas, o município envolvido, a distribuição dos avaliadores por município, a produtividade esperada por dia, o município dormitório e a forma de deslocamento entre os municípios. As equipes também receberam planilhas com as seguintes informações: registro de todas as Unidades Básicas de Saúde de SC, registro de todas as equipes que aderiram ao PMAQ naquela rota, indicações de providências necessárias para viabilizar a rota, tais como contatos com responsáveis em todos os municípios, regionais e apoios no estado.

Após a definição das rotas, o “supervisor de rota” é selecionado para as seguintes atribuições:

- Entrar em contato com os municípios para comunicar a data da Avaliação Externa e negociar deslocamentos das equipes para o trabalho de campo;



- Entrar em contato com os supervisores de campo, para comunicar sobre as negociações com os municípios e para identificar problemas no decorrer do trabalho de campo relativos a deslocamento e hospedagem;
- Entrar em contato com os coordenadores da pesquisa em SC, para encaminhamentos de problemas relativos a deslocamento e hospedagem;
- Realizar ajustes nas rotas conforme negociação com os municípios.

Após a visita dos avaliadores externos, os municípios recebem por e-mail uma carta solicitando que apontem fatores positivos e negativos identificados da avaliação. De modo geral, nestes três ciclos do PMAQ-AB, houve boa receptividade dos avaliadores externos na grande maioria dos municípios. O trabalho realizado por técnicos da SES/SC permitiu estreitamento de relações entre a Gerência de Atenção Básica com os municípios e as regionais de saúde. Em relação à Avaliação Externa, houve entendimento por parte dos municípios do papel pedagógico da avaliação. Nota-se que a institucionalização da avaliação da Atenção Básica em Santa Catarina, a partir do modelo desenvolvido no Proesf e aplicado durante quatro anos consecutivos, facilitou a compreensão dos municípios sobre o processo avaliativo.

Diversos municípios sinalizaram a importância da Avaliação Externa como estímulo para proporcionar melhorias na Atenção Básica, como por exemplo, a organização de documentos. Esta fase do programa também motivou mudança de atitudes, promovendo união e trabalho em equipe, bem como melhoria nos espaços físicos e de equipamentos para a unidade de saúde.

### 3.4 Uso da avaliação

Estudos sobre uso dos resultados da avaliação ganharam centralidade quando pesquisadores se depararam com encomendas para novas avaliações sem que as recomendações sugeridas tivessem sido colocadas em prática (MARK, 2011; NICKEL, 2013). Desde meados de 1970 autores têm se dedicado a estudar esta temática, com destaque para Weiss e Patton. Weiss aparece como expoente autora ao destacar a utilização dos resultados como objetivo a ser perseguido pelos avaliadores, enquanto Patton sistematizou as diferentes tipologias de uso,

categorizadas na literatura como: instrumental, conceitual, simbólico e processual (HARTZ, SANTOS e MATIDA, 2008).

O **uso instrumental** é um reflexo direto do uso dos resultados ou das recomendações da avaliação para subsidiar a tomada de decisão ou promover mudanças no programa (HARTZ, SANTOS e MATIDA, 2008). Sua aplicação pode ocorrer com a avaliação em andamento (formativa) ou após a conclusão do processo (somativa) (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010; NICKEL, 2013). O **uso conceitual ou *enlightment*** ocorre em médio ou longo prazo devido a sua natureza cumulativa e disciplinar que avança para a produção do conhecimento, aprofundando a discussão sobre a intervenção (HARTZ, SANTOS e MATIDA, 2008). O **uso simbólico ou político** é aplicado quando os resultados são utilizados para legitimar decisões pré-definidas ou subsidiar a argumentação sobre determinada ação (SANDISON, VAUX e MITCHELL, 2006).

O **uso processual** está ligado às mudanças ocorridas no comportamento dos indivíduos ou da organização a partir da avaliação, mas não guarda uma relação direta com o uso dos resultados. Como exemplo desta tipologia estão compartilhamento de experiências, mudanças na organização ou no programa e aumento do comprometimento dos interessados (HARTZ, SANTOS e MATIDA, 2008).

O estudo das tipologias do uso ganhou reforço teórico, com desdobramento para outras classificações. O **mau uso** está relacionado com a atitude dos usuários em manipular as fases da avaliação de forma intencional. Essa situação pode acontecer quando se suprime os resultados da avaliação por não corresponder às decisões já tomadas ou quando estes resultados são distorcidos para servir aos mais diversos interesses, deturpar uma decisão política ou obter vantagens. O **uso ritual** ocorre quando as avaliações são meramente formais ou realizadas para o cumprimento de rotinas administrativas ou legais – sem intenção de ação (SANDISON, VAUX e MITCHELL, 2006). Por fim, o **uso imposto** ocorre quando as pessoas são obrigadas a usar a avaliação (NICKEL, 2013).

O amadurecimento desta linha de pesquisa fez com que uma série de revisões de literatura fossem conduzidas com o propósito de identificar os fatores que influenciam a utilização da avaliação. Os estudos de Cousins e Leithwood (1986), Shulha e Cousins (1997) e Johnson *et al.* (2009) se tornaram clássicos ao sistematizar estes achados. Nas revisões de 1986 e 1997, foram apresentadas duas categorias: ‘características da avaliação’, considerando qualidade da avaliação, credibilidade,

relevância, qualidade da comunicação, resultados encontrados e oportunidade e ‘características da tomada de decisão e formulação de políticas’ analisando a necessidade da informação, características da decisão, clima político, competição de informações e características individuais.

A revisão realizada por Johnson *et al.* (2009) incluiu duas novas categorias para analisar estes fatores: ‘implementação da avaliação’, com o elemento competência do avaliador se referindo aos atributos individuais e da reputação de quem avalia; e ‘envolvimento das partes interessadas’ composta por nove características: comprometimento e receptividade, qualidade da comunicação, envolvimento direto dos interessados, credibilidade no processo, entendimento dos resultados da avaliação, relevância da avaliação para os interessados, características individuais, características da decisão e necessidade da informação.

Torna-se evidente o esforço para que o uso dos resultados e do processo estejam previstos nos desenhos avaliativos a fim de tornar a avaliação potencialmente relevante para os usuários (D’OSTIE-RACINE, DAGENAIS e RIDDE, 2013). Patton defende que a qualidade e a utilidade dos estudos avaliativos têm relação com quatro elementos críticos: o desenho, a preparação, o seguimento e a disseminação dos resultados. O desenho, desde o início, já deve contemplar os usuários responsáveis pelas decisões e os usos esperados pela avaliação. A preparação simula o processo avaliativo, discutindo com os envolvidos os resultados hipotéticos, as implicações positivas e negativas e os potenciais usos. Com a avaliação em curso, a preparação se encarrega de produzir informes e relatórios parciais, compartilhando interpretações preliminares dos dados. Concluída a avaliação, o seguimento terá a responsabilidade de atuar para que as lições aprendidas não sejam ignoradas ou mal utilizadas; enquanto que a disseminação comunicará os resultados de modo claro, oportuno e consciente (HARTZ, SANTOS e MATIDA, 2008).

A literatura aponta desafios para o uso das lições aprendidas, entre eles: a credibilidade do avaliador perante os usuários do programa, o comprometimento do avaliador e dos atores institucionais com programa e com a avaliação, a relevância da avaliação para os envolvidos; a qualidade da avaliação entendida a partir da metodologia, das fontes de dados e da coerência dos objetivos; mudanças no programa ou na instituição promovidas pela avaliação e a existência de estratégias para a comunicação dos resultados. Requisitos técnicos, metodológicos e aspectos relacionados ao avaliador, como iniciativa, relação com o gestor

e comprometimento com a avaliação - também são relevantes (DUBEUX *et al.*, 2010).

Os aspectos facilitadores também foram destacados, a exemplo da alocação de recursos e designação de pessoal específico para a avaliação; investimento na formação e na qualificação de pessoal, existência de capacidade técnica e articulação no processo de avaliação entre os agentes internos e externos. A autora também concorda numa relação diretamente proporcional entre aproximação e uso: quanto mais próximo o gestor estiver dos avaliadores, maior a possibilidade de utilização dos resultados no aperfeiçoamento da intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Nos últimos anos houve um aumento da utilização das lições aprendidas e mesmo de pesquisas direcionadas ao uso da avaliação nas instituições de saúde. Apesar disso, ainda existe uma lacuna para identificação dos fatores que influenciam o uso e que garantam utilidade dos processos avaliativos nas diversas realidades institucionais (NATAL *et al.*, 2008; NICKEL, 2013). A abordagem da avaliação focada na utilização visa qualificar as ações de saúde de maneira crítico-reflexiva, contínua e participativa, para que, desta forma seja possível contribuir efetivamente para que gestores e profissionais de saúde tenham informações e adquiram conhecimentos necessários para a tomada de decisão (DUBEUX *et al.*, 2010).

### 3.4.1 Revisão integrativa da literatura sobre uso da avaliação

Considerando o esforço empreendido nas últimas décadas para implementar o uso da avaliação, foi conduzida uma revisão integrativa da literatura utilizando como aporte teórico a categorização proposta por Johnson *et al.* (2009). Para sua elaboração, foram seguidas seis etapas: (1) identificação do tema e elaboração da pergunta de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios para busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos selecionados; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão ou síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

A revisão de literatura foi orientada por duas perguntas: (1) quais são as principais tipologias de uso identificadas nos estudos empíricos publicados na literatura? e (2) quais as categorias mais citadas que influenciam o uso da avaliação? A pesquisa foi conduzida entre os meses de novembro/2016 a fevereiro/2017 por meio de consulta às bases de dados eletrônicas *Wiley*, *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*), *Springer Link*, *PubMed* (*US National Library of Medicine*), *Sage Journals* e *Scopus*. Os descritores utilizados, em inglês e português,

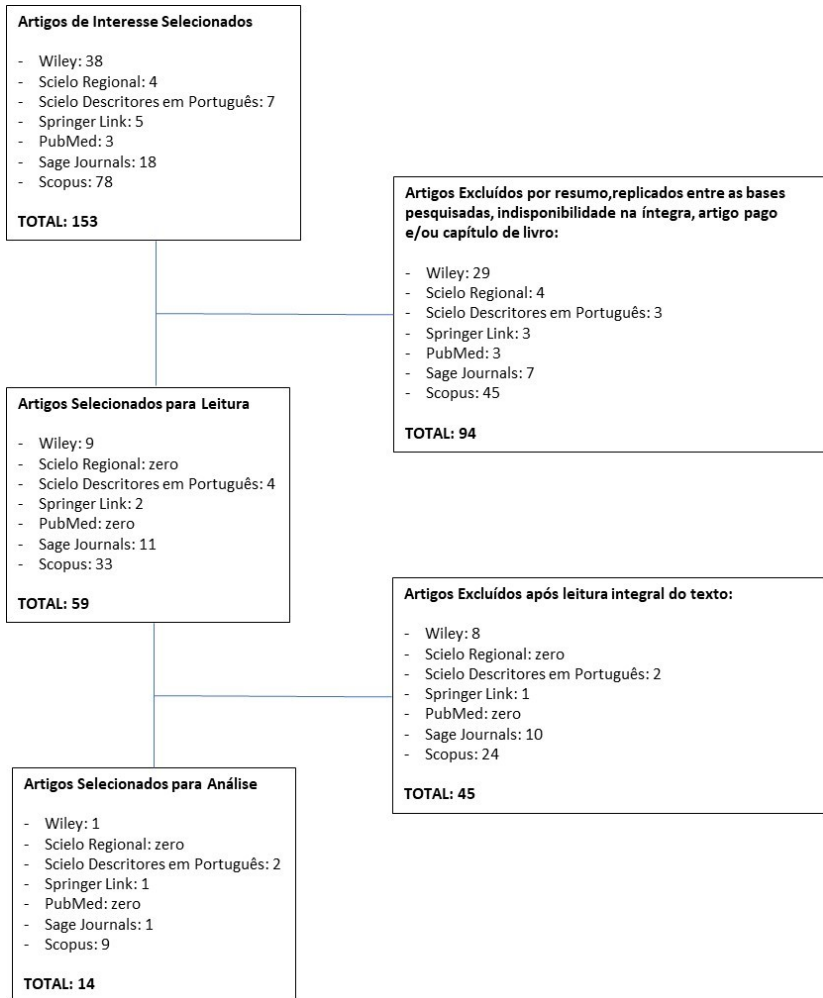
foram: uso da avaliação, utilização da avaliação, influência da avaliação. Os termos foram inseridos no formulário avançado, sem restrição de idioma, combinados entre si com e sem o uso de aspas, empregando-se o operador booleano OR, em ‘todos os campos’, ‘título’, ‘resumo’ e ‘palavras-chave’. Limitou-se a data da pesquisa entre 2012 e 2016 para atender ao objetivo de identificar as publicações ocorridas nos últimos cinco anos.

Os artigos selecionados para revisão atenderam aos seguintes critérios de inclusão: títulos que retornaram da busca com pelo menos um dos descritores selecionados; que apresentaram texto completo de acesso livre *online*; que tratassem de estudos empíricos, envolvendo a aplicação de um modelo analítico e/ ou que realizaram pesquisa envolvendo o uso da avaliação com coleta e análise de dados; publicados entre janeiro/2012 até dezembro/2016. Foram excluídos da revisão os estudos teóricos e metodológicos relacionados ao uso da avaliação, pesquisas avaliativas sem relação ao uso e artigos repetidos entre as bases consultadas.

A organização dos artigos ocorreu segundo autoria, ano de publicação, local de realização da pesquisa, abordagem metodológica, objetivos e principais resultados. As categorias temáticas que configuram o escopo deste estudo (tipologias de uso da avaliação e os fatores que influenciam a utilização) também foram utilizadas para agrupar os artigos (Johnson *et al.*, 2009). Por fim, procedeu-se à análise crítica, interpretação e apresentação dos resultados.

A busca pelo título resultou em 153 artigos adequados aos critérios de inclusão. Após a análise do resumo, restaram 59 artigos selecionados para a leitura completa. A leitura de texto completo excluiu 45 estudos por serem de natureza teórica ou não envolver a aplicação de um modelo analítico. Ao final, 14 artigos foram considerados relevantes para a revisão da literatura sobre uso de avaliação, sendo um na base de dados *Wiley*, dois no *Scielo*, um na *Springer Link*, um no *Sage Journals* e nove no *Scopus*. Não foram encontrados estudos que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão na base *PubMed* (figura 5).

**Figura 5 - Fluxograma de seleção de artigos sobre o uso da avaliação.**



**Fonte:** Autora do estudo.

Os 14 estudos selecionados para compor a revisão integrativa são apresentados no quadro 3, organizados por autoria, ano de publicação, local de realização da pesquisa, abordagem metodológica e objetivos.

**Quadro 3** - Descrição dos artigos sobre uso da avaliação organizados de acordo com autoria, ano de publicação, local de realização da pesquisa, abordagem metodológica e objetivos.

<b>Autor, Ano, Local de realização da pesquisa</b>	<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Objetivos</b>
1. Baughman, Boyd & Franz, 2012, EUA	Quantitativa	Examinar como educadores não-formais de uma organização complexa utilizam os resultados das avaliações que realizaram.
2. Figueiró, Hartz, Samico & Cesse, 2012, Brasil	Qualitativa	Documentar os usos e a influência de duas avaliações sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) com base na identificação dos eventos e inscrições das avaliações e suas consequências para o programa
3. Schildkamp, Vanhoof, Petegem & Visscher, 2012, Países Baixos e Flandres	Quantitativa	Investigar quais formas de uso instrumental de resultados de autoavaliação são encontradas nas escolas e explicar diferenças do uso entre elas
4. Song, Xu, Letch & Huang, 2012, China	Qualitativa	Investigar como a avaliação de Sistemas de Informação (SI) é efetivamente utilizada na prática
5. D'Ostie-Racine, Dagenais, & Ridde 2013, Niger e Burkina Faso	Qualitativa	Examinar a avaliação de uma ONG humanitária desenvolvida para apoiar o programa de isenção de taxas de utilização de cuidados de saúde no Níger e Burkina Faso; determinar se a estratégia de avaliação

		está pronta para ser avaliada e se tal empreendimento é ao mesmo tempo defensável, viável e considerado útil pelos usuários pretendidos
6. Rissi & Sager, 2013, Suíça	Qualitativa	Analisar três estudos de caso dos processos de tomada de decisão suíços e aplicar conceitos a partir da literatura de utilização do conhecimento
7. Højlund, 2014, União Europeia	Qualitativa	Investigar o sistema de avaliação da União Europeia (UE) e sua conduta para o uso da avaliação
8. Nickel, <i>et al.</i> , 2014, Brasil	Qualitativa	Analisar o uso de avaliação desenvolvida pela SES/SC com questões relativas às consequências relevantes da avaliação e fatores favoráveis.
9. Song & Letch 2014, China	Qualitativa	Investigar o uso da avaliação do Sistema de Informação (SI)
10. Adams, Nnawulezi, & Vandenberg 2015, Não informado	Qualitativa	Avaliar a evidência do uso de uma avaliação sobre violência doméstica seguindo o processo de Expectativa para a Mudança
11. Donnelly, Shulha, Klinger & Letts, 2016, Canadá	Quali-Quanti	Examinar como a participação na avaliação do programa apoia a transferência de conhecimento em um ambiente de cuidados primários



12. Díez, Izquierdo & Malagón, 2016, País Basco	Quali-quanti	Aumentar a utilidade do modelo de avaliação intercalar do Plano de Desenvolvimento Sustentável Rural, no contexto da política rural regional
13. D'Ostie-Racine, Dagenais & Ridde, 2016, Burkina Faso	Qualitativa	Examinar a estratégia de avaliação de uma ONG humanitária desenvolvida para apoiar o programa de isenção de taxas de utilização de cuidados de saúde
14. Yusa, Hynie & Mitchell, 2016, Canadá	Qualitativa	Examinar o uso de resultados de avaliação interna em organizações comunitárias de Saúde Mental em Ontário (Canadá)

**Fonte:** Autora do estudo.

Conforme apresentado no quadro 3, os estudos analisados foram organizados em ordem numérica para uma melhor leitura dos resultados no formato Vancouver.

Os anos que apresentaram maior número de estudos publicados foram 2012 (n=4)<sup>1,2,3,4</sup> e 2016 (n=4)<sup>11,12,13,14</sup>, seguido dos anos de 2014 (n=3)<sup>7,8,9</sup>, 2013 (n=2)<sup>5,6</sup> e 2015 (n=1)<sup>10</sup>. Quanto ao local de realização dos estudos, a União Europeia ocupou lugar de destaque na produção científica sobre uso da avaliação (n=4)<sup>3,6,7,12</sup>. Brasil<sup>2,8</sup>, Canadá<sup>11,14</sup> e China<sup>4,9</sup> vem na sequência com dois artigos publicados em cada país.

Do total de estudos selecionados, cinco estão publicados em revistas especializadas na área de avaliação, sendo estas: *American Journal of Evaluation*<sup>10</sup>, *Evaluation*<sup>7</sup> e *Evaluation and Program Planning*<sup>1,5,14</sup>. No Brasil, considerando o recorte temporal desta revisão, publicações envolvendo uso da avaliação ficaram concentradas no periódico *Cadernos de Saúde Pública*<sup>2,8</sup>.

Os objetos de avaliação apresentaram diferentes características, áreas de estudo e tipos de avaliação. A área de políticas públicas foi predominante entre os artigos analisados (n=9)<sup>2,3,5,6,7,8,10,13,14</sup>, com

destaque para avaliação de políticas e programas de saúde (n=5)<sup>2,4,8,9,11</sup> frente aos contextos do Programa Nacional de Controle da Dengue, meta-avaliação da gestão da Atenção Básica, violência doméstica, saúde mental e programa de isenção de taxas de utilização de cuidados de saúde. Também foram encontrados estudos relativos à educação, sistema de informação, gestão, governança e meio ambiente.

### Tipologias de uso

Com relação às tipologias, o uso instrumental (n=12)<sup>2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13</sup> foi o mais identificado e especialmente relacionado para apoio à tomada de decisão (n=8)<sup>3,4,6,8,9,10,13,14</sup> e orientação de mudanças no programa (n=5)<sup>2,5,8,10,12</sup>. Somente um estudo não apresentou o uso instrumental como o tipo de uso mais frequente<sup>1</sup>.

Para apoio à tomada de decisão, o uso pela gestão de saúde é observado em planejamento de ações, organização de atendimentos, substituição da demanda espontânea por agendamento e incorporação dos indicadores da avaliação ao processo de trabalho; ou na utilização para orientar a política de Atenção Básica e promover discussão acerca de indicadores mal avaliados na gestão estadual<sup>8</sup>. Mudar a prática para evitar erros cometidos anteriormente também foram resultados encontrados<sup>13</sup>.

O uso instrumental para orientação de mudanças no programa apresentou variações, incluindo produzir cursos de atualização e protocolo de investigação de óbito em um Programa Nacional de Dengue<sup>2</sup>, usar as recomendações para reforçar a integração no Sistema Nacional de Saúde<sup>5</sup> ou redesenhar medidas e atribuição de recursos financeiros a partir dos achados da avaliação<sup>12</sup>.

A aplicabilidade do uso instrumental ocorreu a partir das recomendações e dos relatórios elaborados após a implementação da avaliação<sup>5,7,13,14</sup>. O estudo de Højlund (2014)<sup>7</sup> incluiu, além de entrevistas semiestruturadas, o *follow-up* em sua avaliação. Dois estudos foram delineados para utilizar as descobertas durante o processo de avaliação com a finalidade de ajuste na governança do programa<sup>12</sup> e redesenho de objetivos<sup>14</sup>, numa perspectiva de modelo de avaliação participativa para incentivar e ampliar o uso dos achados e do processo<sup>13</sup>, bem como, por meio da realização de uma avaliação formativa para aperfeiçoamento das expectativas e garantir o foco do programa<sup>12</sup>.

A respeito do uso conceitual, os artigos citaram: compreender o funcionamento do programa<sup>4,6,7,9,10,13</sup>, aprender e acumular conhecimento<sup>4,5,14</sup>, orientar a discussão sobre o impacto do programa<sup>4,6,7</sup> e alterar a concepção sobre a avaliação<sup>5,9,13</sup>. Mudanças no nível

organizacional foram identificadas em apenas um estudo sobre isenção de taxas de utilização de cuidados de saúde<sup>5</sup>. A aplicabilidade do uso conceitual ocorreu principalmente a partir dos relatórios de conclusão das avaliações<sup>1,7,10,13</sup>.

O uso político ou simbólico ocorreu para reforçar posições<sup>1,5,6,8</sup>, apesar deste tipo de uso também evidenciar relações estratégicas de negociação e barganha<sup>6,7,9</sup>. Os documentos produzidos pela avaliação tornaram-se fonte de barganha para economizar custos, ao mesmo tempo em que dirimiram conflitos após o processo avaliativo<sup>9</sup>. Justificar uma posição política, apoiar crenças prévias e opções políticas preferenciais foram usos simbólicos identificados em um processo de formulação de políticas<sup>6</sup>. A indução de avaliadores a basear suas conclusões em avaliações prévias para receber destaque na tomada de decisão e a preocupação em reduzir conclusões negativas sobre as organizações, também foram registrados como exemplos deste tipo de uso<sup>7</sup>.

O principal achado para o uso processual esteve relacionado à aprendizagem sobre monitoramento e avaliação<sup>1,8,10</sup>, coleta de dados e interpretação de resultados<sup>5,10,13</sup>, redação de relatórios e de artigos científicos<sup>5</sup> e temas de saúde pública<sup>5</sup>.

### Implementação da avaliação

A qualidade da comunicação foi a característica mais relatada, destacada quanto à clareza e frequência dos relatórios de avaliação (n=12), apresentados como relatórios formais de periodicidade semanal<sup>11</sup> e anual<sup>1</sup>, por meio de reunião de equipe<sup>13</sup> e workshop<sup>10</sup>, feedback oral ou por escrito<sup>4</sup>, apresentação dos resultados aos envolvidos à medida em que eram analisados (covalidação dos achados da avaliação)<sup>2</sup> e quadro de indicadores sinalizado por cores<sup>8</sup>. Na característica prazo, a maioria dos estudos revisados (n=12) apresentou o calendário da avaliação, no sentido da duração do processo avaliativo em meses/ anos ou o momento da intervenção em que ocorreu a avaliação. A pontualidade dos relatórios foi identificada em apenas dois artigos<sup>7,10</sup> e o calendário de disseminação para os tomadores de decisão foi registrado somente na avaliação de Nickel *et al.* (2014)<sup>8</sup>, ocorrendo anualmente durante seminário.

Na competência do avaliador, o estilo de liderança foi relatado como facilitador do processo de aprendizagem<sup>2,10</sup>, líder e engajado<sup>11</sup>, consultor técnico e professor<sup>10</sup>, amigável e com relação de confiança mútua estabelecida<sup>5</sup>. As características pessoais e a competência cultural estiveram associadas à expertise (experiência e conhecimento) relacionados ao objeto avaliado<sup>4,5,6,9,14</sup>.

Na qualidade da avaliação, a sofisticação dos métodos, o rigor e o tipo de modelo de avaliação foram considerados pela maior parte dos autores como sinônimos ou complementares – com detalhes sobre a natureza do estudo e o tipo de avaliação, descrição dos avaliadores, construção do modelo e definição de indicadores e parâmetros. Na revisão, seis artigos não evidenciaram o tipo de modelo utilizado no processo avaliativo<sup>1,6,7,10,11,14</sup>.

Grande parte dos estudos selecionados (n=10) apontou achados positivos a partir dos resultados da avaliação, tais como reflexão crítica sobre a prática, postura de mudança<sup>4,6,7,10,13</sup>, influência para a tomada de decisão<sup>3,8,13,14</sup>, aquisição e aprimoramento do conhecimento<sup>3,4,6,10</sup>, de interpretação dos resultados da avaliação<sup>3,4,10</sup>, e descobertas para melhorias ao programa<sup>6,12</sup>. Contudo, nem todos os achados estavam de acordo com as expectativas dos pesquisadores<sup>7,9,11,13,14</sup>.

O foco no uso levou à identificação de apenas cinco estudos que consideraram a relevância em sua análise. Os achados da avaliação foram indicados como relevantes sob o aspecto da adoção institucional dos produtos e recomendações<sup>2,12</sup>, do documento final ser considerado de pronta-resposta para uso do gestor<sup>8</sup>; da importância das recomendações e feedbacks para orientar a tomada de decisão, redesenhar medidas e realocar recursos financeiros<sup>12,14</sup> e de o documento final ser considerado demasiado técnico e repleto de detalhes a ponto de dificultar seu uso por agentes políticos<sup>7</sup>. Com relação à localização do avaliador, o mais identificado foi o avaliador externo (n=7)<sup>1,3,5,6,7,10,11</sup>, seguido pelo avaliador misto (interno e externo)<sup>2,4,8,13,14</sup>. Nesta revisão houve apenas um estudo conduzido por avaliadores internos<sup>9</sup> e outra por auto avaliação<sup>12</sup>.

Quanto à credibilidade, metade dos estudos identificou que a relação de confiança foi estabelecida na postura do avaliador ou da equipe de avaliação<sup>2,5,7,8,10,11,12</sup>, remetendo à ética<sup>10</sup>, transparência<sup>3</sup> e de facilitador do processo de aprendizagem<sup>2</sup>. Apesar do menor número, algumas experiências avaliativas registram conflitos entre desenvolvedores de sistemas e usuários a respeito de feedback qualificado para a padronização de um sistema de informação<sup>4</sup> e ruídos quanto ao detalhamento e prazo da avaliação<sup>13</sup> – aspectos que colocaram em tensão a adequação do processo avaliativo e sua relação com o uso.

### Decisão ou definição da política

Em características pessoais, os estudos demonstraram que a decisão foi tomada majoritariamente pelos cargos mais elevados das

organizações, como gestores, coordenadores, gerentes, diretores e administradores<sup>1,2,3,4,6,8,9,12,13,14</sup>. Os decisores políticos<sup>12</sup>, membros do parlamento<sup>7</sup>, autoridades ministeriais<sup>5</sup> e legisladores<sup>6</sup> também estão incluídos nesse rol. O perfil dos decisores foi categorizado em gerentes administrativos<sup>1,3,4,9,12,13,14</sup>, gestores da área da saúde<sup>2,4,5,8</sup>, diretores e decisores políticos<sup>6,7,12</sup>. Os relatórios, parciais e finais, foram as formas mais recorrentes de processamento das informações avaliativas<sup>2,7,9,10,12,13</sup>, seguida por workshops, oficinas e treinamentos<sup>4,9,10,12,13</sup>, encontros e reuniões<sup>2,8,11,13</sup> e comunicação por e-mail<sup>11</sup>.

As atitudes dos usuários quanto à receptividade à avaliação foram positivas, com interesse, e compromisso em grande parte dos estudos selecionados<sup>2,5,7,8,10,11,13</sup>. Tal aspecto ganha reforço nas experiências em que a avaliação já é considerada parte da prática administrativa<sup>7</sup>. Todavia, dois estudos apresentaram compulsoriedade para participação<sup>4</sup> na avaliação e pouca disposição de membros da equipe<sup>12</sup>. Dentre os 14 artigos selecionados, sete apontaram claramente a abertura de espírito para envolvimento com a avaliação<sup>2,4,5,6,7,8,10</sup>. Um estudo relatou atitude não receptiva no início da avaliação e atitude de receptividade após a divulgação dos resultados intermediários<sup>6</sup>. Um estudo descreveu resistência quanto à divulgação de aspectos negativos do programa evidenciados pela avaliação<sup>9</sup>.

Seguindo o perfil dos decisores, os cargos administrativos e políticos mais elevados foram os responsáveis pelo comissionamento da avaliação e determinaram o clima político<sup>1,4,5,7,9,10,11,12,13</sup>. As rivalidades internas foram observadas em três estudos, indicando atrito entre os profissionais<sup>4</sup>, e o uso forçado dos resultados para finalidade de *advocacy* na tentativa de vencer decisores políticos e doadores a financiar o programa<sup>13</sup>. As lutas orçamentárias envolveram a execução da avaliação para conhecer custos do sistema<sup>9</sup> e, com aspecto contraditório, em que a avaliação não é prioridade na lista de recursos apesar de valorizar seus achados<sup>8</sup>. Dentre os estudos selecionados apenas um trouxe elementos indicativos da luta de poder, quando os educadores foram persuadidos a atender às recomendações presentes no relatório de avaliação como forma de garantir o financiamento do programa<sup>1</sup>.

Os estudos evidenciaram a importância pergunta de avaliação no apoio à tomada de decisão (características da decisão)<sup>2,3,5,8</sup>. O desenvolvimento de um instrumento de gestão foi o resultado mais recorrente identificado para caracterizar o tipo de decisão<sup>2,8,10,13</sup>. A maior parte os estudos revisados (n=12) destacaram a inovação da sua avaliação no cenário investigado<sup>1,5,9,10,11,12,14</sup>. As informações concorrentes foram citadas em dois estudos. Højlund (2014)<sup>7</sup> conclui que um dos fatores que

impedem o uso são as avaliações anteriores do programa, uma vez que a avaliação tem dificuldade em trazer novas informações e descobertas frente a uma equipe tão experiente. As informações concorrentes também foram lembradas quando avaliadores internos utilizaram, conscientemente, sua posição institucional para apoiar o uso da avaliação, influenciando as decisões a partir do enraizamento da sua posição na organização<sup>14</sup>.

A tomada de decisão foi o tipo de informação mais encontrado nos estudos<sup>9,12,13,14</sup>; o número de audiências<sup>10,12</sup> e a pressão de tempo<sup>4</sup> foram indicadores pouco citados. Para finalizar, as necessidades percebidas de avaliação foram: maior atenção para a utilização dos resultados e os esforços dirigidos às necessidades das partes interessadas<sup>1,7</sup>.

### Envolvimento das partes interessadas

Dentre o total de artigos selecionados, apenas um informou que a condução da avaliação não incluía a participação dos envolvidos<sup>3</sup> e dois não apresentaram como ocorreu o envolvimento das partes interessadas<sup>1,12</sup>. No que se refere ao compromisso, este foi destacado como ativo e favorável à utilização, gerando aprendizado organizacional<sup>2,8,11</sup>. Houve relato de resistência inicial ao processo de avaliação<sup>5</sup>, situação contornada pelos avaliadores com a realização de uma reunião<sup>13</sup>. Outro caso de resistência foi justificado pelos envolvidos por uma baixa capacidade em realizar a atividade de maneira satisfatória. Nesse caso, os avaliadores argumentaram que a experiência dos envolvidos seria fundamental para a compreensão do funcionamento e das pessoas afetadas pelo programa<sup>12</sup>.

O entendimento de que o envolvimento das partes interessadas promove uma melhor comunicação foi encontrado em cinco estudos<sup>2,7,8,9,11</sup>, sendo o destaque para uma avaliação sobre transferência de conhecimento<sup>11</sup>. As formas de comunicação descritas foram eventos institucionais, encontros, treinamentos e questionários<sup>2,9</sup>. Apenas um estudo apontou déficit de comunicação, quando as partes interessadas relataram informações insuficientes sobre a avaliação, e registraram ausência de canais formais de comunicação para minimizar mal-entendidos<sup>13</sup>.

O envolvimento direto das partes interessadas foi mencionado por 10 estudos<sup>2,5,6,7,8,9,10,11,13,14</sup> em experiências de envolvimento parcial<sup>7,8</sup>, passando pelo envolvimento direto a partir da definição das perguntas avaliativas até a interpretação e relato dos achados<sup>10</sup> e casos em que o envolvimento foi considerado um viés no processo<sup>14</sup>. Tal situação foi

identificada pelos próprios avaliadores como uma possível consequência da falta de profissionais ou equipe especializada para conduzir a avaliação. Por outro lado, destacaram como aspectos positivos o conhecimento aprofundado do programa e maior capacidade para colocar em prática o uso dos resultados<sup>14</sup>.

A relação entre envolvimento e credibilidade no processo de avaliação ou no avaliador foi identificada em quatro estudos sendo traduzida por alto nível de confiança, satisfação e senso de reconhecimento<sup>5,7,8,12</sup>. Apenas um estudo de avaliação mista apontou relação inversa entre credibilidade e uso dos resultados<sup>14</sup>. Segundo os autores, devido aos inúmeros papéis assumidos pelo avaliador interno, a credibilidade da avaliação pode comprometer o uso diante da falta de controvérsia presentes neste contexto<sup>14</sup>.

O envolvimento das partes interessadas ocorreu por meio de problematização<sup>11</sup>, participação ativa<sup>2</sup> e retribuição financeira<sup>14</sup>. Tais experiências tiveram como principal finalidade aplicar os efeitos diretos da avaliação para promover mudanças<sup>2,8,14</sup> e também para promover ajustes comportamentais e relacionais<sup>11,14</sup>. O pouco envolvimento das partes interessadas com o processo de avaliação<sup>4</sup> trouxe resultados limitados, como por exemplo, a avaliação possibilitou pouca reflexão crítica sobre a prática de um grupo de envolvidos<sup>8</sup>, numa outra situação os relatórios foram considerados demasiadamente complexos pelos tomadores de decisão<sup>7</sup>.

A utilização dos resultados permitiu lançar olhares futuros em direção à continuidade da avaliação (relevância) para investigar o impacto<sup>14</sup>, possibilitou tomada de decisão organizacional<sup>2</sup>, para adicionar componentes ao programa<sup>10</sup>, revisar indicadores<sup>8</sup> e promover a continuidade do processo para os novos integrantes<sup>11</sup>. Apenas um estudo apontou que os resultados foram pouco dirigidos para atualização do processo de avaliação<sup>7</sup>.

Outro componente envolvido na promoção do uso dos resultados da avaliação é o envolvimento em diferentes níveis organizacionais (características pessoais). Tal condição esteve presente em oito artigos selecionados<sup>2,4,5,10,11,12,13,14</sup> e três informaram envolvimento parcial e/ou hierárquico<sup>7,8,9</sup>. Quanto às características da decisão, cinco estudos envolveram um conjunto de partes interessadas em diferentes contextos para a tomada de decisão<sup>2,5,11,13,14</sup>, outros cinco não trouxeram essa informação<sup>1,3,6,10,12</sup> e quatro artigos indicaram que os resultados da avaliação subsidiam decisões que são tomadas pelos níveis mais elevados da organização<sup>4,7,8,9</sup>.

Para finalizar, o envolvimento das partes interessadas considerou as necessidades de informações dos usuários da avaliação em oito estudos<sup>2,4,7,8,9,10,11,13</sup>, sendo dois deles de modo parcial<sup>7,8</sup>.



## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Caracterização da pesquisa

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa que adotou o estudo de avaliabilidade (THURSTON e RAMALIU, 2005) e o estudo de caso (YIN, 2015) como estratégias metodológicas. A intervenção avaliada foi o PMAQ-AB, com foco no uso dos resultados e do processo produzidos pelo programa nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde em municípios de Santa Catarina.

### 4.2 Estudo de Avaliabilidade

O estudo de avaliabilidade compreende a etapa desenvolvida previamente à avaliação para identificar a utilidade e a oportunidade do processo avaliativo (NATAL *et al.*, 2010). Para tal, realizou-se uma pesquisa documental em publicações oficiais do Ministério da Saúde (portaria 2488/2011), relativas ao PMAQ-AB (portarias 1654/2011 e 1645/2015, manuais instrutivos do programa) e legislação (Constituição Federal de 1988, leis 8080/1990 e 8142/1990) para compreensão do contexto político e organizacional da Atenção Básica e o funcionamento do programa delimitando suas diretrizes, fases de desenvolvimento e resultados esperados (THURSTON e RAMALIU, 2005).

Para os elementos de uso da avaliação, uma revisão integrativa da literatura foi conduzida entre novembro/2016 e fevereiro/2017 nas bases de dados eletrônicas *Wiley*, *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Springer Link*, *US National Library of Medicine* (PubMed), *Sage Journals* e *Scopus*. Os descritores não indexados utilizados, em inglês e português, foram: uso da avaliação, utilização da avaliação, influência da avaliação. Foram incluídas as publicações que retornaram da busca com pelo menos um dos descritores selecionados; que apresentaram texto completo de acesso livre *online*; que tratassem de estudos empíricos, envolvendo a aplicação de um modelo analítico e/ ou que realizaram pesquisa envolvendo o uso da avaliação com coleta e análise de dados. As publicações excluídas tratavam de estudos teóricos e metodológicos relacionados ao uso da avaliação, pesquisas avaliativas sem relação com uso e artigos repetidos entre as bases consultadas.

A partir da pesquisa documental e da revisão integrativa, o passo seguinte foi construir o modelo teórico-lógico e a matriz avaliativa. O modelo lógico é uma representação gráfica, visual e sistemática, que

apresenta os componentes e inter-relações para que a operacionalização do programa alcance seus objetivos e metas. Já o modelo teórico explicita o funcionamento ideal do programa enriquecido com o aporte teórico que dá sustentação à hipótese avaliada, bem como os indicadores selecionados e os níveis de análise. Além da teoria, o contexto político e organizacional também deve ser contemplado, considerando sua influência sobre os resultados esperados (FRIAS, LIRA e HARTZ, 2005; MEDINA *et al.*, 2005). Neste estudo foram elaborados o modelo lógico do PMAQ-AB e o modelo teórico-lógico para avaliação do uso do PMAQ-AB. A matriz avaliativa foi composta por dimensão, subdimensões e indicadores, justificados pela revisão integrativa (*rationales*), com a finalidade de operacionalizar a avaliação do uso do PMAQ-AB nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde.

O processo de construção destes elementos foi amplamente discutido entre as pesquisadoras até alcançar a validade interna da proposta. Entre novembro/2017 e junho/2018, os desenhos iniciais foram submetidos à conferência de consenso pelo Método Delphi, técnica selecionada para esclarecer e aprofundar questões sobre o tema investigado e, identificar áreas de concordância ou discordância com o objetivo de embasar a tomada de decisão em relação aos aspectos que compõem a avaliação (JONES e HUNTER, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2008). Foram convidados 19 especialistas, selecionados a partir de experiência docente ou de pesquisa, atuação profissional ou publicações relacionadas à temática. Deste total, 15 confirmaram participação, dois não aceitaram por motivos pessoais e outros dois não responderam ao convite.

A proposta de validação ocorreu em três rodadas desenvolvidas na plataforma *online* e gratuita de questionários SurveyMonkey<sup>®</sup>. Solicitou-se aos especialistas que analisassem os itens propostos e atribuísssem o julgamento a partir das seguintes categorias: concordo totalmente, concordo parcialmente e discordo. Para justificar as respostas, uma caixa de texto estava disponível para registrar comentários e sugestões. Um documento síntese foi elaborado ao final de cada rodada e reenviado para apreciação dos especialistas, resumizando pontos convergentes e divergentes e os aspectos que necessitavam de aprofundamento, bem como as justificativas quanto ao atendimento ou não das sugestões apresentadas.

Na primeira rodada, dez especialistas retornaram à proposta. Em relação ao Modelo Lógico, seis concordaram totalmente e quatro parcialmente. As principais contribuições foram descrever o programa detalhadamente e estabelecer relação direta entre resultados

intermediários, efeitos e resultados esperados. Para o Modelo Teórico-Lógico, cinco especialistas concordaram totalmente, dois concordaram parcialmente e três discordaram. As divergências foram motivadas pela falta de clareza em relação ao objeto investigado: se a pesquisa se concentraria no uso da Avaliação Externa ou no uso do PMAQ-AB. Para a Matriz Avaliativa, quatro concordaram totalmente, três parcialmente, um discordou e dois não responderam ao item. As observações foram direcionadas aos indicadores, para adequação teórica e agrupamento de semelhanças.

Na segunda rodada, o retorno partiu de sete especialistas. Para o Modelo Lógico, quatro concordaram totalmente e três parcialmente. As sugestões encaminhadas foram para justificar a importância da construção do modelo teórico-lógico para a área de avaliação e encadear os resultados esperados do programa. Para o Modelo Teórico-Lógico, cinco especialistas concordaram totalmente e dois parcialmente. Para a Matriz Avaliativa, seis concordaram totalmente e um parcialmente. Solicitou-se a convergência entre os resultados do modelo teórico-lógico com os indicadores da matriz avaliativa.

Na terceira rodada, sete especialistas retornaram à proposta. Todos aprovaram as adequações no Modelo Lógico, enfatizando a clareza da proposta e do objeto avaliado. Para o Modelo Teórico-Lógico, cinco especialistas concordaram totalmente e dois parcialmente. As sugestões indicaram a manutenção dos resultados esperados do PMAQ-AB e aqueles esperados pelo uso do programa. A Matriz Avaliativa recebeu concordância total dos especialistas que apontaram a consistência teórica da construção.

Na seção de apêndice estão apresentados os produtos do estudo de avaliabilidade, sendo: Modelo Lógico do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Apêndice B), Modelo Teórico-Lógico da Avaliação do Uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Apêndice C) e Matriz Avaliativa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Apêndice D).

#### 4.3 Estudo de Caso

A avaliação utilizou o estudo de caso como estratégia metodológica. Segundo Yin (2015), este desenho é especialmente útil para investigar, em profundidade, um determinado fenômeno contemporâneo em seu contexto da vida real. Estudos desta natureza são regidos pela “generalização analítica” pois, o que se espera encontrar são

resultados semelhantes na mesma unidade de análise capazes de orientar proposições teóricas aplicáveis em outros contextos (YIN, 2015). Este método é conduzido com a finalidade explicativa, descritiva e/ou exploratória, contribuindo para tomada de decisão ou sugerindo uma ação transformadora (DYNIEWICZ, 2009; YIN, 2015).

#### *4.3.1 Seleção do caso*

O local definido para realização da pesquisa foi o estado de Santa Catarina, justificado por dois motivos: atuação da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) em empregar processos lógicos para o desenvolvimento de uma cultura avaliativa na Atenção Básica e o elevado percentual de adesão dos municípios ao PMAQ-AB, a saber: 88,0% no ciclo 1 e 99,3% no ciclo 2 (SANTA CATARINA, 2019).

A delimitação dos municípios participantes do estudo considerou os seguintes critérios: (1) porte populacional igual ou superior a 100 mil habitantes, segundo o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (n=12), (2) ter concluído os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB (n=12) e (3) ser um caso exemplar. Para a finalidade deste estudo, casos exemplares foram aqueles municípios que tiveram 75% ou mais de suas equipes certificadas como “ótimo” ou “bom” no primeiro ciclo do programa e “muito acima da média” ou “acima da média” no segundo (n=8 e n=5, respectivamente). A decisão em selecionar municípios de maior porte e com melhor desempenho se justifica pela estabilidade e complexidade da gestão pública, partindo da premissa de que nesses casos haverá maior chance de uso do processo e dos resultados do PMAQ-AB.

O quadro 4 caracteriza os municípios de acordo com os critérios de seleção estabelecidos para o estudo avaliativo.

**Quadro 4** - Caracterização dos municípios segundo os critérios de seleção para o estudo avaliativo.

Municípios	População (2010)	Ciclo 1 PMAQ-AB				Ciclo 2 PMAQ-AB			
		Adesão de equipes (n)	Ótimo (n)	Bom (n)	Equipes ótimo e bom (%)	Adesão de equipes (n)	Muito acima da média (n)	Acima da média (n)	Equipes muito acima e acima da média (%)
Balneário Camboriú	108.089	9	4	5	100,00	14	10	4	100,00
Blumenau	309.011	51	-	12	23,53	63	20	18	60,32
Brusque	105.503	17	9	8	100,00	25	16	9	100,00
Chapecó	183.530	37	26	10	97,30	41	1	24	60,98
Criciúma	192.308	29	-	27	93,10	34	8	16	70,59
Florianópolis	421.240	90	2	56	64,44	106	64	31	89,62
Itajaí	183.373	32	2	26	87,50	38	25	6	81,58
Jaraguá do Sul	143.123	10	3	7	100,00	12	-	5	41,67
Joinville	515.288	26	4	19	88,46	40	26	11	92,50
Lages	156.727	37	-	17	45,95	37	24	12	97,30
Palhoça	137.334	10	-	8	80,00	26	4	16	76,92
São José	209.804	30	2	15	56,67	40	18	17	37,50

**Fonte:** Autora do estudo.

Para o primeiro ciclo do PMAQ-AB, oito municípios atenderam aos critérios de inclusão no estudo: Balneário Camboriú, Brusque, Chapecó, Criciúma, Itajaí, Jaraguá do Sul, Joinville e Palhoça. Ao aplicar os critérios para o segundo ciclo, três municípios foram excluídos por não atender ao percentual de desempenho estabelecido. Sendo assim, os casos considerados exemplares para aplicação da pesquisa avaliativa foram cinco municípios: Balneário Camboriú, Brusque, Itajaí, Joinville e Palhoça.

#### *4.3.2 Seleção das unidades de análise*

A pesquisa teve duas unidades de análise: gestão de Atenção Básica e equipes de saúde. Para integrar o estudo, a unidade de gestão deveria apresentar pelo menos um informante-chave na Secretaria Municipal de Saúde que tenha participado dos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, totalizando pelo menos cinco entrevistados. Para as equipes, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: dois representantes das categorias profissionais de nível superior que compõem a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico e dentista) que tenham participados dos dois primeiros ciclos do programa, totalizando pelo menos 30 entrevistados. Havendo mais de dois profissionais para uma mesma categoria, o critério adotado foi o maior tempo de atuação na equipe, informação disponível na página do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na internet ([www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br)).

Em decorrência da rotatividade de profissionais, três casos selecionados não apresentavam o quantitativo mínimo para cada categoria profissional: Brusque (n=3), Itajaí (n=4) e Palhoça (n=3). Em Itajaí, havia dois informantes-chave para a unidade da gestão de Atenção Básica. As pesquisadoras avaliaram a situação e decidiram por manter os casos no estudo levando em consideração o tempo de atuação destes profissionais nos municípios.

#### *4.3.3 Fontes de evidência e coleta de dados*

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado desenvolvido para esta pesquisa, tendo como base os estudos avaliativos “Análise da implantação e da sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008” – elaborado por Felisberto (2009)

e “Meta-avaliação da gestão da Atenção Básica em Santa Catarina, com foco na utilização - realizado por Nickel (2013) (Apêndice E).

A opção pela entrevista semiestruturada é justificada por possibilitar ao entrevistado discorrer sobre o tema sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, partindo de certos questionamentos apoiados na teoria que fundamenta o objeto (TRIVIÑOS, 1987). Desta maneira, o entrevistado segue espontaneamente sua linha de pensamento e relata suas experiências, participando da elaboração do conteúdo da pesquisa (MINAYO, 2015).

Com o propósito de testar este roteiro, realizou-se um estudo piloto no mês de fevereiro/2018 para padronizar a condução das entrevistas, ajustar perguntas semelhantes e aquelas que causaram dúvidas de entendimento. A escolha do município considerou os seguintes aspectos: não ter sido selecionado para compor a amostra do estudo de caso e a proximidade geográfica da instituição proponente, a fim de facilitar a logística da pesquisa.

O primeiro passo para a coleta de dados foi convidar gestores de Atenção Básica e profissionais de saúde a participar da pesquisa por meio de contato telefônico. Todos os envolvidos aceitaram e então, uma carta-convite foi encaminhada por *e-mail* detalhando objetivos, metodologia, riscos e benefícios do estudo. Nesta mensagem foi solicitado que informassem data, período (manhã ou tarde) e local adequados para realização das entrevistas.

A pesquisa de campo ocorreu de julho a agosto/2018. Foram realizadas cinco entrevistas com a gestão de Atenção Básica, totalizando seis informantes respondentes e, cinco entrevistas em grupo com as equipes de saúde que contaram com a participação de 22 profissionais (DYNIEWICZ, 2009). Os encontros ocorreram em espaços indicados pelos próprios entrevistados e tiveram a duração média de 120 minutos. Para as entrevistas em grupo, sugeriu-se a disposição circular dos participantes buscando a criação de um espaço coletivo para o livre fluxo de ideias, dissolução de possíveis hierarquias e compartilhamento de diferentes realidades (PONTE, OLIVEIRA e ÀVILA, 2016).

#### 4.3.4 *Processamento e análise dos dados*

O conteúdo das entrevistas foi registrado por gravação em áudio, transcrito *in verbatim*, comparado com seu respectivo áudio para verificar a acurácia da transcrição e socializado entre os participantes. O arquivo de cada entrevista foi numerado, importado para o programa ATLAS.ti *Qualitative Data Analysis* e analisado de acordo com os indicadores

previamente definidos na matriz avaliativa (análise temática). Procedeu-se com a leitura flutuante do material para apreender a globalidade dos relatos e na sequência, três pesquisadoras analisaram cada entrevista indexando as unidades de significado ao indicador correspondente. Concluída esta etapa, foi gerado um relatório sistematizado por indicador associado à sua respectiva unidade de análise. A partir deste relatório, uma segunda verificação foi feita por duas pesquisadoras em busca de possíveis discrepâncias e necessidade de realocação das unidades de significado, a fim de alcançar consenso na análise.

Para garantir o anonimato dos entrevistados e o sigilo das informações, todos foram codificados considerando a unidade de análise e a ordem cronológica de realização das entrevistas. Os gestores de Atenção Básica foram identificados pela sigla “G” acompanhados pelos números de um a seis e os profissionais das equipes de saúde receberam a sigla “Eq” seguidos pelos números de um a 22.

#### 4.4 Dimensão Ética

O desenvolvimento desta tese atendeu às diretrizes e normas regulamentadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) envolvendo a pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH – UFSC) e aprovado com o parecer número 2.229.055 (Anexo A). Os municípios selecionados para o estudo de caso receberam um termo de ciência e assinaram concordando participar da pesquisa (Apêndice F). Todos os gestores de Atenção Básica e profissionais de saúde foram convidados à participação e esclarecidos quanto aos objetivos, metodologia, riscos e benefícios da pesquisa. Aqueles que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G). As pesquisadoras se comprometeram com a devolutiva dos resultados a todos os participantes da pesquisa.



## 5 RESULTADOS

Em atendimento ao Regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), os resultados da pesquisa devem ser apresentados sob a forma de artigos científicos, constituindo-se nos objetos de avaliação da banca examinadora.

O primeiro artigo é produto do estudo de avaliabilidade e apresenta o processo de construção e validação do modelo teórico-lógico. Este manuscrito, intitulado *“Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica”* foi encaminhado e aceito para publicação na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS).

O segundo artigo intitulado *“Uso dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): evidências em municípios no sul do Brasil”* avalia o uso dos resultados produzidos pelo programa, nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde, a partir das tipologias instrumental, conceitual e simbólica.

Por fim, o terceiro artigo, *“Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): uma avaliação do uso processual na região sul do Brasil”*, avalia o uso processual do programa a partir de três indicadores: (1) receptividade à avaliação, (2) mudanças individuais de pensamento, atitudes e comportamento e (3) mudanças na cultura organizacional.

A sistematização completa dos resultados desta tese está apresentada no Apêndice H.



5.1 Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

**Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica\***

Building up a model to evaluate National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care's use

Construyendo un modelo para evaluar el uso del Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria

**Título resumido:** Modelo de avaliação do uso do PMAQ-AB

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros<sup>1</sup>, Daniela Alba Nickel<sup>2</sup>, Maria Cristina Marino Calvo<sup>3</sup>

1 - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – [gabriellamedeiros.fisio@gmail.com](mailto:gabriellamedeiros.fisio@gmail.com)

2 - Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – [danielanspb@gmail.com](mailto:danielanspb@gmail.com)

3 – Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – [cristina.clv@gmail.com](mailto:cristina.clv@gmail.com)

**Autor correspondente:** Gabriella de Almeida Raschke Medeiros. Endereço: Rod. Admar Gonzaga, 1113 – apto 403. Itacorubi, Florianópolis, Santa Catarina. CEP 88037-440 – [gabriellamedeiros.fisio@gmail.com](mailto:gabriellamedeiros.fisio@gmail.com) (48) 9 99348635 - ORCID 0000-0002-7406-3210

Maria Cristina Marino Calvo ORCID: 0000-0001-8661-7228

\*Artigo derivado de projeto de tese de doutorado intitulada “Avaliação do Uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina”, qualificada por Gabriella de Almeida Raschke Medeiros junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2016.

## RESUMO

**Objetivos:** construir modelo para avaliar o uso do processo e dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde. **Métodos:** análise documental e revisão integrativa da literatura seguida de oficina de consenso com especialistas, considerando o contexto organizacional e operacional da Atenção Básica apoiado na teoria do uso de avaliação. **Resultados:** para analisar a capacidade do PMAQ-AB em estimular a institucionalização da avaliação, o modelo propõe como categoria analítica as tipologias do uso (instrumental, conceitual, simbólico e processual). **Conclusão:** estudos nesta linha ainda são escassos, identificando a necessidade de avaliar o uso de um programa com as dimensões do PMAQ-AB. Espera-se que o uso do PMAQ-AB produza efeitos no apoio à tomada de decisão, aprimoramento do processo de trabalho, qualidade da comunicação, aprendizado, apoio à gestão do conhecimento, prestação de contas, certificação de melhores práticas, negociação estratégica, empoderamento das partes interessadas, receptividade à avaliação e mudanças de pensamentos e na cultura organizacional.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Avaliação em Saúde; Pesquisas sobre Serviços de Saúde

## ABSTRACT

**Objectives:** to present a model to evaluate the use of process and results of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) in actions of municipal management and health teams. **Methods:** documental and bibliographic analysis followed by a consensus workshop with specialists, considering the organizational and operational context of Primary Health Care based on evaluation use theory. **Results:** in order to analyze the capacity of PMAQ-AB to stimulate the institutionalization of evaluation, the model proposes the typologies of use (instrumental, conceptual, symbolic and process). **Conclusion:** it's expected that PMAQ-AB use produces effects on support decision making, improving work process and communication quality, learning, improving knowledge management, accountability, accumulation of best practice, strategic negotiation, empower stakeholders, receptiveness to evaluation, changing perceptions and organization culture.

**Key Words:** Primary Health Care; Program Evaluation, Health Evaluation; Health Services Research.

## RESUMEN

Objetivos: presentar modelo para evaluar uso de procesos y resultados del Programa Nacional de Mejora del Acceso y Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB) en las acciones de la gestión municipal y equipos de salud. Métodos: análisis documental y bibliográfico seguido de consenso con especialistas, considerando el contexto organizacional y operacional de la Atención Básica apoyado en uso de evaluación. Resultados: para analizar la capacidad del PMAQ-AB estimular la institucionalización de la evaluación, el modelo propone como categoría analítica las tipologías del uso (instrumental, conceptual, simbólico y procesal). Conclusión: se espera que uso del PMAQ-AB produzca efectos en apoyo de decisiones, perfeccionamiento del proceso de trabajo, calidad de la comunicación, aprendizaje, apoyo a la gestión del conocimiento, rendición de cuentas, certificación de mejores prácticas, negociación estratégica, empoderamiento de las partes interesadas, receptividad a la evaluación y cambios de pensamientos y en cultura organizacional.

**Palabras-Clave:** Atención Primaria de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud, Evaluación en Salud; Investigación en Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

A modernização da administração pública, a gestão por resultados, a introdução de mecanismos regulatórios e financiamentos concedidos mediante avaliação são aspectos importantes para o destaque da avaliação em saúde a partir de 1990 no Brasil. Também tiveram importância mudanças legais e administrativas na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização de responsabilidades, ações e recursos, e maior complexidade do perfil epidemiológico requerendo novas abordagens e incorporação tecnológica.

Em 2003, teve início uma agenda nacional de pesquisas e iniciativas para aprimoramento e consolidação do SUS, como o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf)<sup>3</sup>, visando o fortalecimento da capacidade técnica de avaliação para impulsionar a sistematização, coordenação e integração das atividades

gestoras nos municípios e estados<sup>4</sup>. A partir de 2011, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que incentiva gestores e equipes a melhorar a qualidade e acesso aos serviços de saúde com pactuação de compromissos e indicadores<sup>5</sup>.

O PMAQ-AB introduz a cultura avaliativa no cotidiano da Atenção Básica (AB), vinculando repasse financeiro mediante desempenho alcançado na avaliação. Após três ciclos avaliativos torna-se relevante verificar se o programa foi capaz de produzir mudanças nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde e qual o uso dos resultados produzidos.

Para subsidiar investigações que pretendam responder tais questões, este estudo objetivou construir um modelo para avaliar o uso do processo e dos resultados do PMAQ-AB nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde.

## MÉTODOS

Este estudo de avaliabilidade é a primeira etapa do projeto intitulado “Avaliação do Uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina” do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC). A construção do modelo, objeto dessa etapa, considerou: (1) delimitação do programa quanto às diretrizes, fases de desenvolvimento e resultados esperados; (2) construção do modelo teórico-lógico a partir dos componentes do programa e inter-relações com o construto do uso da avaliação; (3) validação do modelo proposto.

A pesquisa documental incluiu os seguintes documentos: Constituição de 1988; Leis 8080 e 8142; Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Portaria 2.488/11; portarias específicas do PMAQ-AB (1.654/11, 1.089/12, 1.645/15), Manuais Instrutivos e Instrumentos de Avaliação Externa do programa. Na literatura, conduziu-se uma revisão integrativa em bases de dados eletrônicas com intuito de identificar estudos aplicados ao uso, utilização e influência da avaliação. Ao final, buscou-se relacionar a descrição, objetivos, metas e fases de desenvolvimento do programa com o construto do uso do processo e dos resultados da avaliação, propondo um modelo teórico-lógico para o uso do PMAQ-AB.

A validação do modelo ocorreu em Oficina de Consenso pelo Método Delphi na plataforma *Survey Monkey*<sup>®</sup>. Os especialistas foram

selecionados a partir da experiência em avaliação em saúde, institucionalização da avaliação e no PMAQ-AB, dentre pesquisadores, técnicos e docentes com publicações e ações desenvolvidas no tema. Foi solicitado aos especialistas que analisassem os itens inicialmente propostos para o modelo teórico-lógico e atribuísem um julgamento seguindo categorias previamente estabelecidas (concordo totalmente, concordo parcialmente e discordo), seguido de comentários e sugestões opcionais. Foram realizadas três rodadas entre novembro/2017 e junho/2018, com síntese de pontos convergentes e divergentes em cada uma delas, incluindo aprofundamentos e reformulações indicadas e acatadas.

A presente pesquisa obedeceu à Resolução 422/2016 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer 2.229.055 – 20/08/17).

## **RESULTADOS**

Os resultados desta construção são fruto da análise documental, revisão da literatura e pactuações de consenso. Para este consenso, 19 especialistas foram convidados e 15 confirmaram participação, dois não aceitaram por motivos pessoais e dois não responderam ao convite.

Na primeira rodada, dez especialistas retornaram à proposta. Em relação ao Modelo Lógico, seis concordaram totalmente e quatro parcialmente. As principais contribuições foram descrever o programa detalhadamente e estabelecer relação direta entre resultados intermediários, efeitos e resultados esperados. Para o Modelo Teórico-Lógico, cinco especialistas concordaram totalmente, dois concordaram parcialmente e três discordaram. As divergências foram motivadas pela falta de clareza em relação ao objeto investigado: se a pesquisa se concentraria no uso da Avaliação Externa ou no uso do PMAQ-AB.

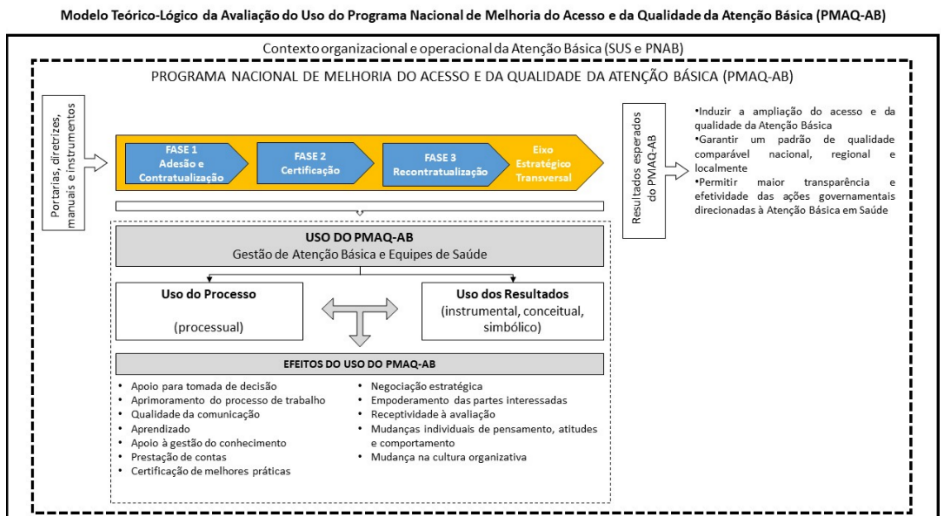
Na segunda rodada, o retorno partiu de sete especialistas. Para o Modelo Lógico, quatro concordaram totalmente e três parcialmente. As sugestões encaminhadas foram para justificar a importância da construção do modelo teórico-lógico para a área de avaliação e encadear os resultados esperados do programa. Para o Modelo Teórico-Lógico, cinco especialistas concordaram totalmente e dois parcialmente.

Na terceira rodada, sete especialistas retornaram à proposta. Todos aprovaram as adequações no Modelo Lógico, enfatizando a clareza da proposta e do objeto avaliado. Para o Modelo Teórico-Lógico, cinco especialistas concordaram totalmente e dois parcialmente. As sugestões

indicaram a manutenção dos resultados esperados do PMAQ-AB e também aqueles esperados pelo uso do programa.

A figura 1 apresenta graficamente essa construção teórica.

**Figura 1** – Modelo Teórico-Lógico da Avaliação do Uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).



**Fonte:** autoras do estudo.

## DISCUSSÃO

Os pressupostos do modelo consideram o SUS enquanto política de Estado materializado pela Constituição de 1988 que considera a saúde um direito de todos e um dever do Estado, fundamentado na universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social<sup>7</sup>.

No contexto organizacional e operacional da saúde encontra-se a AB, orientada pela acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização e humanização. É realizada com alto grau de descentralização e capilaridade, sob responsabilidade direta dos gestores municipais. O processo de trabalho das equipes busca ampliar a resolutividade das ações, auxiliando no manejo das necessidades de maior frequência e relevância no território, impactando positivamente a situação de saúde da população<sup>8</sup>.



Com o propósito de induzir a ampliação do acesso e melhorar a qualidade deste nível de atenção, o Ministério da Saúde implementou o PMAQ-AB. O programa apresenta caráter voluntário de adesão, assumindo que seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. A mudança na cultura de gestão e qualificação da AB prevê envolvimento e mobilização de gestores, equipes e usuários para o desenvolvimento de uma cultura de planejamento, negociação e contratualização com repasse financeiro em função dos compromissos e resultados alcançados. As diretrizes do programa apontam para um processo contínuo de melhoramento dos padrões e indicadores, transparência das ações e definição de um parâmetro de qualidade para maior resolutividade das equipes<sup>5</sup>.

São três fases sucessivas e um eixo transversal: ‘Adesão e Contratualização’ firma compromissos entre equipes, gestores municipais e Ministério da Saúde; ‘Certificação’ verifica a autoavaliação das equipes e os indicadores contratualizados e avaliação externa das equipes e da gestão; ‘Recontratualização’ feita a partir do resultado da certificação, repactuando padrões e indicadores<sup>5</sup>.

O Eixo Estratégico Transversal inclui autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal, e visa assegurar o desenvolvimento das ações para a melhoria do acesso e da qualidade em todas as fases<sup>5</sup>.

Os resultados esperados com o PMAQ-AB incluem: produção de mudanças no processo de trabalho, na capacidade de gestão e na situação de saúde da população; capacitação dos trabalhadores, orientação de serviços em função das necessidades dos usuários e fortalecimento da participação da sociedade civil<sup>5</sup>.

Articulando o programa com a teoria de avaliação, identifica-se que o PMAQ-AB adota estratégia de avaliação de desempenho, condicionando incentivo financeiro aos municípios a partir da pactuação de compromissos que conferem ampliação do acesso e melhoria da qualidade<sup>5</sup>. A prática de avaliação em saúde quando incorporada em uma cultura avaliativa, com uso dos resultados, qualifica as decisões tomadas na gestão pública<sup>2</sup>.

Nesse sentido, inseriu-se no modelo as tipologias de uso que na literatura são categorizadas em instrumental, conceitual e simbólico. “Uso Instrumental” é um reflexo direto para subsidiar a tomada de decisão ou promover mudanças no programa<sup>9</sup>; o “Uso conceitual” é considerado um efeito de médio ou longo prazo na produção do conhecimento, aprofundando discussões sobre a intervenção e indicando mudança de pensamento<sup>9</sup>; o “Uso Simbólico” é aplicado para legitimar decisões pré-

definidas ou subsidiar argumentação sobre determinada ação<sup>10</sup>. Considerando que todo processo avaliativo pode ser útil ao programa, o “Uso Processual” está ligado às mudanças no comportamento dos indivíduos ou da organização a partir da avaliação, como o compartilhamento de experiências e comprometimento dos interessados<sup>11,12</sup>.

Com o uso do PMAQ-AB espera-se: apoio à tomada de decisão, aprimoramento do processo de trabalho, qualidade da comunicação, aprendizado, apoio à gestão do conhecimento, prestação de contas, certificação de melhores práticas, negociação estratégica, empoderamento das partes interessadas, receptividade à avaliação e mudanças de pensamentos e na cultura organizacional.

Uma importante contribuição do programa foi o incremento de recursos destinados à AB e a capacidade de avaliação embasada na utilização da autoavaliação e avaliação externa<sup>13</sup>. Porém, estudos nesta linha ainda não foram publicados, identificando-se uma lacuna no conhecimento que empreende a necessidade identificar o uso de um programa com estas dimensões. Para tanto, será aplicado um estudo de caso em municípios catarinenses, com mais de 100 mil habitantes com equipes certificadas como “acima da média” e “muito acima da média” nos ciclos I e II do PMAQ-AB aplicando entrevistas semiestruturadas para aprofundamento sobre o uso do programa.

## **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

Medeiros GAR, Nickel DN e Calvo MCM contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados. Medeiros GAR redigiu a primeira versão do manuscrito. Nickel DA e Calvo MCM revisaram criticamente o conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

## **REFERÊNCIAS**

1. Figueiró AC, Felisberto E, Dubeux LS, Samico I. Avaliando as avaliações: meta-avaliação, uma introdução ao tema. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 161-70.

2. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais Rio de Janeiro: MedBook; 2010:p. 1-13.
3. Felisberto E. Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008 [doutorado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2009.
4. Natal S, Santos E, Alves C, Felisberto E, Santos E, Sousa A. A implementação do projeto estratégico de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das secretarias de saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, organizadores Meta-avaliação da Atenção Básica em saúde: teoria e prática Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008: p.341-67.
5. Brasil . Portaria No. 1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2015 out. 02 [acesso em 04 fev 2019]. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html)
6. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. Canadian Journal of Program Evaluation. 2005;20(2):1.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil., (1988).
8. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 110.
9. Hartz ZMA, Santos E, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, organizadores Meta-avaliação da Atenção Básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.; 2008:. p.325-40.

10. Sandison P. The utilisation of evaluations. In: Slim H, Bonwick A. Protection: an ALNAP guide for humanitarian agencies. Oxfam; 2006. Chapter 3. p. 89-144.
11. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. Thousand Oaks: Sage publications; 2008.
12. Mark MM. Toward better research on-and thinking about-evaluation influence, especially in multisite evaluations. *New Directions for Evaluation*. 2011; (129):107-19. DOI: <https://doi.org/10.1002/ev.359>
13. Pinto HA, Sousa ANAd, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014;38(spe):358-72. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>

5.2 Uso dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): evidências em municípios no sul do Brasil

**Uso dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): evidências em municípios no sul do Brasil**

**Uso dos resultados do PMAQ-AB no sul do Brasil**

**RESUMO**

**Introdução:** o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma estratégia que visa o desenvolvimento da capacidade organizacional e fortalecimento da Atenção Básica por meio de incentivo financeiro condicionado à avaliação. No Brasil, a investigação sobre uso da avaliação está ganhando forma e nenhum estudo foi realizado tendo o PMAQ-AB como objeto.

**Objetivos:** avaliar o uso dos resultados produzidos pelo programa, nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde, a partir das tipologias instrumental, conceitual e simbólica. **Metodologia:** a primeira etapa, estudo de avaliabilidade, foi conduzida por pesquisa documental e revisão bibliográfica e direcionou a construção do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa. A segunda etapa foi conduzida por estudo de caso em cinco municípios do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu com entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e analisadas com auxílio do ATLAS.ti de acordo com indicadores da matriz avaliativa (análise temática). **Resultados:** a tipologia mais frequente foi o uso simbólico, influenciando decisões e demonstrando as relações de poder entre as partes interessadas. Sobre o uso conceitual, o entendimento de avaliação enquanto cobrança e punição ainda está presente e a aprendizagem teve pouca relação com o uso dos resultados. O uso instrumental foi o menos praticado, sinalizado pela demora na divulgação dos resultados e dificuldades para encontrar os relatórios da avaliação. **Considerações finais:** para garantir a sustentabilidade do programa, atividades precisam ser dirigidas para potencializar a comunicação, apresentação e uso dos resultados.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde, avaliação de programas e projetos de saúde, atenção primária à saúde, gestão em saúde, garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) is a strategy aimed at developing organizational capacity and strengthening Primary Care through a financial incentive conditioned to evaluation. In Brazil, research on the use of evaluation is taking shape and no study has been conducted with PMAQ-AB as an object. **Objectives:** to evaluate the use of the results produced by the program, in the actions of municipal management and health teams, from the instrumental, conceptual and symbolic typologies. **Methodology:** the first stage, an evaluation study, was conducted by documentary research and bibliographic review and directed the construction of the theoretical-logical model and the evaluative matrix. The second stage was conducted by case studies in five municipalities in southern Brazil. Data collection took place with semi-structured interviews, recorded, transcribed and analyzed with the help of ATLAS.ti according to indicators of the evaluative matrix (thematic analysis). **Results:** the most frequent typology was the symbolic use, influencing decisions and demonstrating the power relations between the interested parties. Regarding the conceptual use, the understanding of evaluation while collection and punishment was not changed, and the learning had little relation with the use of the results. Instrumental use was the least practiced, signaled by the delay in disclosure of results and difficulties in finding evaluation reports. **Conclusions:** To ensure the sustainability of the program, activities need to be directed to enhance the communication, presentation and use of the results.

**Key word:** health evaluation, program evaluation, primary health care, health management, quality assurance

## Introdução

A avaliação é uma ferramenta de gestão para o desenvolvimento de políticas públicas e de programas sociais em variadas áreas. Suas contribuições qualificam a tomada de decisão, melhoram a alocação de investimentos e direcionam serviços às necessidades da população, proporcionando visibilidade e transparência nas ações por meio da prestação de contas<sup>(1,2)</sup>.

O pressuposto dos avaliadores sempre foi de que, após a conclusão de uma avaliação, seus resultados seriam utilizados para subsidiar decisões<sup>(3)</sup>. Porém, a experiência demonstrou que, apesar de avaliações serem demandadas, as recomendações de seus relatórios não eram

acatadas<sup>(4)</sup>. Essa “crise da utilização” levou teóricos e avaliadores a investigarem como os resultados eram utilizados e quais as maneiras de disseminá-los. Nesse processo, o uso foi categorizado e tipificado<sup>(3)</sup>.

As primeiras definições, na década de 1970, consideravam a aplicação direta das recomendações de avaliação, categoria conhecida como Uso dos Resultados<sup>(5)</sup> e que abriga três tipologias: uso instrumental - reflexo direto do uso dos resultados ou recomendações para subsidiar a tomada de decisão ou promover mudanças no programa<sup>(6)</sup>; uso conceitual - ocorre a médio ou longo prazo devido sua natureza cumulativa e disciplinar que avança para a compreensão do programa, produção do conhecimento e aprendizado organizacional<sup>(6)</sup>; uso simbólico - aplicado para justificar ou legitimar decisões pré-definidas<sup>(7)</sup>.

A partir de 1980, incorporou-se a compreensão de que participar de avaliações contribuía para mudanças de comportamento, conscientização dos envolvidos sobre os resultados do programa e a forma de pensar sobre avaliação - definição cunhada por Patton como uso processual<sup>(5)</sup>.

No cenário nacional, a avaliação em saúde direcionada ao desenvolvimento da capacidade organizacional e fortalecimento da Atenção Básica teve experiências como o Pacto de Indicadores da Atenção Básica<sup>(8)</sup>, o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf)<sup>(9,10)</sup> e recentemente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB é uma estratégia do Ministério da Saúde caracterizada por uma avaliação de desempenho que condiciona repasse financeiro decorrente de adesão ao programa e implantação de padrões pactuados que expressam ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção<sup>(11,12)</sup>. A proposta possui ciclos avaliativos com três fases sucessivas e um Eixo Estratégico Transversal<sup>(11)</sup>.

A primeira fase é Adesão e Contratualização, com pactuação de compromissos e indicadores sobre a oferta de serviços e resultados alcançados pelas equipes, havendo incentivo de 20% do recurso do PAB Variável. A segunda fase, Certificação, compreende a avaliação externa de desempenho das equipes e da gestão, avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e verificação da autoavaliação pelas equipes. O conjunto destas informações analisa fragilidades e potencialidades nas condições de acesso e qualidade, valorizando financeiramente o desempenho alcançado nesta etapa. A terceira fase é a Recontratualização de novos padrões e indicadores, melhorando continuamente o processo e institucionalizando a avaliação. O uso dos resultados pelas equipes que passaram por ciclos anteriores pode ocorrer

nesta fase, analisando seu desempenho e propondo mudanças para o momento seguinte. Por fim, o Eixo Estratégico Transversal assegura que as ações que promovam melhoria do acesso e da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo, sendo sustentado pela autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal<sup>(11)</sup>. Com tais características, o PMAQ-AB constitui uma proposta capaz de sustentar a utilização dos resultados e do processo de avaliação para qualificar ações na Atenção Básica.

Muito embora o uso seja uma das temáticas centrais na avaliação, sua investigação em saúde no Brasil ainda está ganhando forma e nenhum estudo desta natureza foi conduzido tendo o PMAQ-AB como objeto. Assim, o presente artigo se propõe a avaliar o uso dos resultados produzidos pelo PMAQ-AB a fim de identificar oportunidades de tornar a avaliação mais relevante neste contexto.

## **Metodologia**

Pesquisa avaliativa de natureza qualitativa e descritiva que adotou o estudo de avaliabilidade<sup>(13)</sup> e o estudo de caso<sup>(14)</sup> como abordagem metodológica. A intervenção avaliada foi o PMAQ-AB, tendo como foco o uso dos resultados produzidos pelo programa a partir de duas unidades de análise: gestão de Atenção Básica e equipes de saúde.

### Estudo de Avaliabilidade

Esta etapa é desenvolvida previamente à avaliação com o objetivo de delimitar o programa na identificação de suas diretrizes, fases de desenvolvimento e resultados esperados, permitindo a construção do modelo teórico-lógico que evidencia os componentes e inter-relações do programa com o construto teórico da avaliação<sup>(13)</sup>. Para tal, foram conduzidas pesquisa documental e revisão bibliográfica com base em publicações do Ministério da Saúde relativos ao PMAQ-AB, a Política Nacional de Atenção Básica, avaliação em saúde, institucionalização e uso da avaliação.

O modelo teórico-lógico está orientado pelos seguintes pressupostos: garantias constitucionais que confiam ao SUS a política de Estado da saúde organizada pelos princípios de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social<sup>(15)</sup>; Atenção Básica enquanto ordenadora do cuidado, contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde<sup>(16)</sup> e o PMAQ-AB



como estratégia de avaliação de desempenho que prevê repasse financeiro aos municípios condicionado à pactuação de compromissos<sup>(11)</sup>.

O uso da avaliação é a teoria que sustenta o modelo, categorizado em uso dos resultados (instrumental, conceitual e simbólico) e uso do processo<sup>(17)</sup>. Como efeitos do uso do PMAQ-AB, espera-se o apoio para tomada de decisão, aprimoramento do processo de trabalho e qualidade da comunicação (uso instrumental), aprendizado e apoio à gestão do conhecimento (uso conceitual), prestação de contas, certificação de melhores práticas, negociação estratégica e empoderamento das partes interessadas (uso simbólico), receptividade à avaliação; mudanças individuais de pensamento, atitudes e comportamento e, mudança na cultura organizacional (uso processual).

Apesar do desenho de pesquisa sustentar teoricamente o uso dos resultados e do processo, este artigo se concentra no uso dos resultados do PMAQ-AB.

O modelo teórico-lógico, a matriz avaliativa e o roteiro de entrevistas foram submetidos à conferência de consenso pelo Método Delphi realizada em três rodadas entre os meses de novembro/2017 e junho/2018. Esta técnica foi selecionada para esclarecer e aprofundar questões e identificar áreas de concordância ou discordância em relação aos aspectos que compunham a avaliação<sup>(18)</sup>. Foram convidados 19 especialistas, dos quais dois não aceitaram por motivos pessoais e outros dois não responderam ao convite. Formaram o corpo de especialistas, 15 docentes e técnicos com expressivo conhecimento sobre o tema.

A proposta de validação foi desenvolvida na plataforma *online* de questionários SurveyMonkey<sup>®</sup>. Aos especialistas foi solicitado que analisassem os itens propostos e atribuíssem uma das seguintes opções de julgamento: concordo totalmente, concordo parcialmente e discordo. Havia disponível uma caixa de texto para registrar comentários e sugestões. Ao final de cada rodada as pesquisadoras sintetizaram os pontos convergentes e divergentes, analisaram os aspectos que mereciam maior aprofundamento, atentaram para as contribuições e reformularam o material a ser enviado aos especialistas.

### Estudo de caso

A estratégia metodológica para avaliar o uso do PMAQ-AB foi o Estudo de Caso, desenho especialmente útil para investigar, em profundidade, um fenômeno contemporâneo em seu contexto da vida real. Estudos desta natureza são regidos pela “generalização analítica” pois o que se espera encontrar são resultados semelhantes na mesma unidade de

análise capazes de orientar proposições teóricas aplicáveis em outros contextos<sup>(14)</sup>.

Esta pesquisa foi realizada em um estado da região sul do Brasil, com municípios de porte populacional igual ou superior a 100 mil habitantes (IBGE 2010), que concluíram os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB (n=12), e foram considerados “casos exemplares” - municípios que tiveram 75% ou mais de suas equipes certificadas como “ótimo” e “bom” no primeiro ciclo e “muito acima da média” e “acima da média” no segundo (n=8 e n=5, respectivamente). A decisão em selecionar municípios de maior porte e com melhor desempenho se justifica pela estabilidade e complexidade da gestão pública, partindo da premissa de que nesses casos haverá maior chance de uso dos resultados.

A pesquisa teve duas unidades de análise: gestão da Atenção Básica e equipes de saúde. Para integrar o estudo, a unidade de gestão deveria apresentar pelo menos um informante-chave na Secretaria Municipal de Saúde que tivesse participado dos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, totalizando pelo menos cinco entrevistados. Para as equipes, foram incluídos dois representantes de cada categoria profissional de nível superior que compõe a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico e dentista) que participaram dos dois primeiros ciclos do programa, totalizando pelo menos 30 entrevistados. Havendo mais de dois profissionais para uma mesma categoria, o critério adotado foi o maior tempo de atuação na equipe, informação disponível no sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Gestores de Atenção Básica (G) e equipes de saúde (Eq) foram convidados por contato telefônico, e todos aceitaram participar do estudo. Uma carta-convite foi encaminhada por e-mail detalhando os objetivos da pesquisa, metodologia, riscos e benefícios. Nesta mensagem foi solicitado que informassem data e período do dia (manhã ou tarde) mais adequados para realização das entrevistas. De modo geral, os gestores preferiram que as entrevistas fossem pela manhã e as equipes solicitaram o período da tarde.

Um estudo piloto foi conduzido em fevereiro/2018 para testar o instrumento de coleta de dados, padronizar a condução das entrevistas e ajustar perguntas semelhantes e que causaram dúvidas de entendimento.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e agosto/2018, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. Em decorrência da rotatividade de profissionais, três casos selecionados não apresentavam o quantitativo mínimo para cada categoria profissional, o que ocasionou a perda de oito entrevistados. Em contrapartida, um dos casos apresentou dois informantes-chave para a unidade da gestão de Atenção Básica. As

pesquisadoras avaliaram a situação e decidiram por manter os casos no estudo levando em consideração o tempo de atuação destes profissionais nos municípios. Dessa forma, a pesquisa foi conduzida com seis informantes-chave da gestão de Atenção Básica e 22 profissionais das equipes de saúde. A duração média de cada encontro foi de 120 minutos. O conteúdo das entrevistas foi gravado e transcrito *in verbatim* e comparado com seu respectivo áudio para verificar a acurácia da transcrição.

Os arquivos foram importados para o programa ATLAS.ti e analisados de acordo com categorias previamente definidas na matriz avaliativa (análise temática). A análise envolveu três pesquisadoras na leitura extensiva do material, indexação do extrato transcrito ao tema correspondente e emissão de relatório para cada categoria associado à sua respectiva unidade de análise. A partir do relatório, uma segunda análise foi realizada em busca de possíveis discrepâncias e necessidade de realocação de falas a fim de alcançar consenso na análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), obtendo parecer 2.229.055 e CAAE: 63217616.4.0000.0121.

## **Resultados**

Os resultados apresentados são relativos à matriz de Uso dos Resultados do PMAQ-AB e seus componentes, acrescido dos principais achados referidos pela gestão da Atenção Básica e equipes de saúde (quadro 1).

**Quadro 1:** Uso dos resultados do PMAQ-AB nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde, segundo indicadores da matriz avaliativa.

		<b>Unidades de Análise</b>	
<b>Uso</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Gestão de Atenção Básica</b>	<b>Equipes de saúde</b>
Instrumental	Apoio para tomada de decisão	Orientação de prioridades de infraestrutura e reforma das Unidades de Saúde.	Não referido.
	Aprimoramento do processo de trabalho	Refere ao processo e não aos resultados do PMAQ-AB.	Refere ao processo e não aos resultados do PMAQ-AB.
	Qualidade da comunicação	Reunião com as equipes para discussão dos resultados (maneira formal) e “boca a boca” (informal). Ambos referem demora do Ministério da Saúde em divulgar os resultados da Avaliação Externa e dificuldade em utilizar o e-gestor para acessar os resultados do programa.	Maioria não recebe retorno ou <i>feedback</i> dos resultados e discute os resultados.
Conceitual	Aprendizado	Refere ao processo e não aos resultados do PMAQ-AB.	Refere ao processo e não aos resultados do PMAQ-AB.
	Apoio à gestão do conhecimento	Identificação de fragilidades no processo de trabalho das equipes	Não houve mudanças na concepção sobre avaliação e novos aprendizados.

		Ambos referem não ter lembrança de atividades de Educação Permanente motivadas pelos resultados do PMAQ-AB.	
Simbólico	Prestação de contas	Ocorre principalmente entre os atores do nível central da Secretaria de Saúde e Conselho Municipal. A gestão orientou as equipes como pesquisar sobre os recursos destinados ao município e promoveu diálogo.	Todos têm ciência do incentivo financeiro previsto pelo programa e da sua relação com a certificação. Houve contestação quanto à transparência no processo e uso dos recursos financeiros.
	Certificação de melhores práticas	Reuniões e encontros são estimulados para a troca de experiências.	A troca de experiências não é institucionalizada.
	Negociação estratégica	Incentivo profissional: gratificação de desempenho para as equipes. Situações isoladas de empréstimo de materiais/ equipamentos e distorção de informações para não perder pontos na Avaliação Externa. Informações na Avaliação	Incentivo profissional: Constância da produtividade e monitoramento dos indicadores e incorporação das demandas pelo programa são condições para não perder a gratificação financeira. Informações na Avaliação Externa: Penalização da gestão pela falta de

		<p>Externa: não refere.</p> <p>Negociação técnica: Documentos e padrões do programa são utilizados para legitimar a pressão em setores da Secretaria de Saúde.</p> <p>Utilização dos recursos financeiros do programa: Os recursos financeiros do programa são utilizados para o financiamento da Atenção Básica, compra de materiais e insumos e promover melhorias na infraestrutura das Unidades de Saúde.</p> <p>Negociação política: maior visibilidade da AB junto a SMS.</p>	<p>transparência no uso dos recursos do programa.</p> <p>Negociação técnica: O programa permite regularidade no abastecimento de equipamentos e insumos, os documentos aprimoraram o processo de trabalho e a organização do serviço.</p> <p>Utilização dos recursos financeiros do programa: Dificuldade em receber recurso financeiro do programa para ações educativas e campanhas de saúde, e preparar a Unidade de Saúde para a Avaliação Externa.</p> <p>Negociação política: não refere.</p>
	<p>Empoderamento das partes interessadas</p>	<p>Conhecem as fases de implantação, composição dos percentuais para a certificação e os critérios adotados na avaliação.</p>	

**Fonte:** autoras do estudo.

## Uso Instrumental

O Uso Instrumental é definido como a aplicação direta e concreta dos resultados da avaliação para tomada de decisão, resolução de problemas ou adequações no programa<sup>(5,19)</sup>. Neste estudo, esta tipologia apresenta três indicadores: apoio para tomada de decisão, aprimoramento do processo de trabalho e qualidade da comunicação<sup>(20)</sup>.

O **“apoio para tomada de decisão”** ocorreu apenas para a gestão da Atenção Básica e o **“aprimoramento do processo de trabalho”** foi relacionado com o momento autoavaliativo e com as matrizes de intervenção, não relacionado aos resultados. Para os gestores entrevistados, a **“qualidade da comunicação”** ocorreu de maneira formal e informal no que se refere à publicização dos resultados do PMAQ-AB:

*“[...] eu pegava das minhas equipes a nota, os indicadores e numa reunião interna, conversava com as equipes.” (G6).*

*“Então, foi meio assim... [...]saiu o resultado, daí um foi de boca em boca e as equipes começaram a saber como é que tinha sido [...].” (G5).*

O Conselho Municipal de Saúde foi referido pela gestão da Atenção Básica como público ao qual os resultados de desempenho são direcionados. A mídia local e os usuários também foram lembrados. Na percepção das equipes de saúde, a comunicação dos resultados é desarticulada. De modo geral, elas não recebem retorno ou *feedback* do seu desempenho, apesar de considerarem relevante:

*“Talvez falte um retorno porque é bom ficar sabendo como a gente foi nessa avaliação. Isso eu sinto falta.” (Eq2).*

Alguns profissionais tiveram lembrança de receber os resultados durante reunião, por e-mail ou pela enfermeira da equipe. O seu detalhamento foi relatado como insuficiente, especialmente para compreender por que equipes alocadas dentro da mesma estrutura física receberam classificações de desempenho diferentes:

*“[...]quando a nossa (nota) abaixou, nós fomos procurar [...], mas não ficou claro porque você recebeu uma nota assim se estava*

*igual da outra equipe. Por que a outra equipe cresceu (e) a nossa abaixou, se os índices eram os mesmos?” (Eq18).*

Gestão e equipes concordam em dois aspectos: demora do Ministério da Saúde em divulgar os resultados da Avaliação Externa e dificuldade em utilizar o e-gestor para acessar os resultados do programa. O e-gestor é uma ferramenta que disponibiliza relatórios públicos dos sistemas da Atenção Básica, inclusive do PMAQ-AB. Dificuldade para encontrar e analisar o relatório de desempenho, falta de orientação adequada e transparência para permitir o acesso das equipes aos resultados foram revelados:

*“[...] foi uma avaliação que eu acho que eles colocaram no e-gestor [...] alguns critérios que foram colocados, mas avaliação daquela equipe eu juro pra ti que não sei identificar.”*  
(G1 referindo-se aos resultados do ciclo 2 do PMAQ-AB).

Para a gestão da Atenção Básica, a demora na comunicação dos resultados fragiliza a relação com as equipes, gera angústia e compromete as mudanças desencadeadas. As equipes de saúde informaram que o tempo decorrido entre Avaliação Externa e divulgação dos resultados compromete o uso instrumental, pois faz com que os resultados não sejam condizentes com a realidade, desprovendo de sentido o processo avaliativo. Sobrecarga de atividades, escassez de recursos humanos e pouca experiência com a prática avaliativa foram justificativas para a ausência de discussões da gestão com as equipes:

*“Se a gente fizesse a avaliação e logo em seguida sáisse o resultado, eu creio que com certeza, a maior parte das equipes, já sentariam pra conversar sobre o que deu errado naquela avaliação porque está bem fresco na memória tudo o que foi feito.”*  
(Eq5).

### Uso Conceitual

O Uso Conceitual é uma forma indireta de utilização da avaliação e refere-se à capacidade de influenciar o pensamento e mudar a compreensão dos envolvidos<sup>(20)</sup>. Mesmo que os resultados não sejam



colocados em prática, o uso conceitual busca identificar a aprendizagem, a elaboração de novos conceitos e ideias (*enlightenment*)<sup>(5,21)</sup>. Neste estudo, esta tipologia apresenta dois indicadores: aprendizado e apoio à gestão do conhecimento.

O “**aprendizado**”, para gestão e equipes, resultou o mesmo que para o indicador de “**aprimoramento do processo de trabalho**” no Uso Instrumental, sendo associado à autoavaliação, matriz de intervenção e instrumentos de Avaliação Externa, demonstrando relação com o processo e não com os resultados da avaliação. No “**apoio à gestão do conhecimento**”, foram relatadas fragilidades nas linhas de cuidado de hipertensão arterial e diabetes mellitus, e as equipes entrevistadas relataram sentimento de cobrança. As mudanças identificadas foram atribuídas a diversos outros fatores independentes do PMAQ-AB:

*“De Atenção Básica [...] eu posso dizer que esse conceito mudou pra mim quando eu fiz a minha especialização em Saúde da Família, mas não especificamente por causa do PMAQ. Do PMAQ, não. PMAQ a gente se sentiu, acho que mais avaliado, mesmo.” (Eq2).*

### Uso Simbólico

O Uso Simbólico se refere ao uso político da avaliação. Os resultados podem ser utilizados para justificar ou legitimar uma posição e ganhar adeptos, ou ainda quando bem-sucedida, a avaliação pode se tornar tanto uma referência de boas práticas quanto um mecanismo de barganha e autopromoção<sup>(19,20,22)</sup>. A utilização política também pode resultar na prestação de contas e responsabilização<sup>(5,20)</sup>. Neste estudo, esta tipologia apresenta quatro indicadores: prestação de contas, certificação de melhores práticas, negociação estratégica e empoderamento das partes interessadas.

A sistematização dos resultados revelou no Uso Simbólico a maior concentração de indicações referentes ao PMAQ-AB. A gestão da Atenção Básica informou que a “**prestação de contas**” ocorre principalmente entre os atores do núcleo central. O Conselho Municipal de Saúde também foi lembrado, não pelo seu papel de ampla participação, mas para legitimar o processo de transparência:

*“[...] hoje a discussão do recurso é da gestão: gerência financeira, com secretário, com diretores, não passa pelos técnicos. É*

*apresentado no Conselho Municipal, segue todos esses trâmites, mas não é algo que é discutido com uma comissão de representantes.” (G6).*

Uma dificuldade levantada pelos gestores entrevistados sobre este indicador foi calcular o incentivo financeiro segundo desempenho alcançado por equipe. Apesar de limitações na transparência, houve relatos incentivando o uso das ferramentas de pesquisa do Ministério da Saúde e promoção de diálogo acerca dos recursos financeiros destinados pelo programa:

*“O dinheiro é tabulado, tudo certinho. [...] se tu perguntares pros agentes comunitários todo mundo sabe de tudo [...] E a gente ensinou a procurarem também no Fundo Nacional de Saúde: tá aqui o que repassa, não é segredo.” (G3).*

As equipes de saúde sinalizaram que todos os profissionais têm ciência do incentivo financeiro e da sua relação com a certificação. Porém, não há clareza sobre como esses recursos são utilizados pela gestão, uma vez que não identificaram melhorias nas unidades de saúde motivadas pelo PMAQ-AB e não souberam informar se o recurso foi direcionado para outros níveis de atenção, gerando sensação de desconforto e auto cobrança. Há insegurança e medo de retaliação ao cobrar transparência das autoridades municipais, dificuldade em participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e barreiras para o acesso às informações:

*“[...] talvez a gente seja malvisto ou então talvez não tenha apoio dos outros colegas. Eu acho que as pessoas têm um pouco de medo.” (Eq2).*

Os gestores da Atenção Básica identificaram a “**certificação de melhores práticas**” ao estimular encontros e reuniões para troca de experiências entre as equipes sobre formação de grupos, ampliação do acesso e coleta de preventivo. Por outro lado, as equipes de saúde mencionaram que a troca de experiências não ocorre com frequência na rotina de trabalho e quando ocorre, não é de forma institucionalizada, depende da motivação individual e da afinidade com profissionais de outras equipes.

A “**negociação estratégica**” foi amplamente referida pela gestão e pelas equipes, emergindo cinco aplicações deste uso: incentivo profissional, informações na Avaliação Externa, negociação técnica, negociação política e estratégias para utilização dos recursos financeiros do programa.

Quanto ao incentivo profissional, uma das formas encontradas pela gestão da Atenção Básica para estimular a contratualização das equipes e a fixação de profissionais foi instituir a gratificação de desempenho. Com ela foram estabelecidas leis, comissões e critérios com a finalidade de garantir que os profissionais mantivessem a qualidade do processo de trabalho para fazer jus ao recebimento. Para as equipes de saúde, essa negociação esteve mais próxima da repreensão. A constância da produtividade e do monitoramento dos indicadores eram condições para não perder a gratificação do programa. As atividades do PMAQ-AB na rotina de trabalho estão incorporadas em algumas equipes, mas em outras, a negociação estratégica mobiliza tais atividades a partir do anúncio de um novo ciclo do programa.

A gestão da Atenção Básica admitiu que ocorreram situações isoladas para supervalorizar informações na Avaliação Externa. Para não perder pontos na certificação, profissionais trouxeram materiais ou equipamentos ausentes em sua unidade. Houve um único relato referente à distorção das informações durante esta fase, sobre o funcionamento das unidades de saúde no horário de almoço. A seleção de usuários para entrevista foi indicada como uma forma de constranger a gestão pela falta de transparência no uso dos recursos do programa:

*“[...] tinha um dia que quando eles iam entrevistar os pacientes, a gente pegava só pacientes bomba.” (Eq22).*

A negociação técnica foi caracterizada pelo uso estratégico das diretrizes e instrumentos do PMAQ-AB e mobilizou setores de compras, licitação e obras. O anúncio de um novo ciclo desperta solicitações que estavam paralisadas. Para os gestores entrevistados, os documentos e padrões do programa reafirmam as necessidades da Atenção Básica, embasam a discussão e legitimam a pressão diante de setores e departamentos da secretaria de saúde e com as equipes.

Estas discussões alcançam o secretário da pasta, provendo de sentido técnico a tomada de decisão, respaldando adequações na estrutura física, como climatização das unidades, aquisição de macas para preventivo e oftalmoscópio, cobertura de consultas médicas e adequação populacional por equipe. Muitas vezes, a despeito de possuir instrumento

para verificação da estrutura física, materiais e insumos antes da vigência do programa, essa ação era pouco valorizada pelo nível central.

*“[...] A gente usa internamente, sabe? é quando a gente precisa botar pressão [...] por que da próxima vez se a gente não tiver, vai ganhar nota menor e vai vir menos recurso[...].” (G5).*

As equipes de saúde relataram duas situações em que fizeram uso da negociação técnica. A primeira, relacionada à tranquilidade transmitida pelo PMAQ-AB na regularidade dos equipamentos e insumos induzida pela Avaliação Externa. A segunda, refletiu o estímulo do programa à continuidade das ações para aprimoramento do processo de trabalho e organização do serviço. Houve na fala das equipes, referência de utilização técnica do PMAQ-AB para fins de intimidação relacionada à organização do serviço:

*“[...] eu até prefiro quando vem o PMAQ porque [...] isso aqui não vão deixar faltar porque vai vir o PMAQ, nunca vai faltar isso porque senão vão saber no PMAQ [...].” (Eq16).*

*“[...] deu um conflito bem grande no primeiro PMAQ porque a enfermeira veio com uma bíblia para as ACS na reunião de equipe e falou assim: [...] tem um mês para conseguir todos esses dados [...] porque o PMAQ vai vir e eu vou precisar desses dados [...].” (Eq11).*

Na negociação política, o programa permitiu maior visibilidade da Atenção Básica junto a outros setores da secretaria e ampliou o envolvimento de seus coordenadores em reuniões e discussões. Eles puderam indicar a importância política de obter uma boa avaliação e que o desempenho aferido e o incentivo financeiro ofereceram a oportunidade de divulgação da gestão municipal.

*“Eu sei que o (nome da pessoa) compartilhou no Facebook que (município) é a quarta melhor em saúde.” (Eq20).*

A última aplicação de negociação estratégica foi a utilização dos recursos financeiros do programa. O PMAQ-AB aumentou expressivamente o financiamento para Atenção Básica, a gestão utiliza uma parte para a gratificação aos profissionais e outra para manutenção da Atenção Básica. Existe a compreensão de equidade assinalada pelo programa ao definir a aquisição de materiais para todas as equipes, independente da certificação, com o intuito de promover melhorias no acesso e na qualidade do município. Os gestores entrevistados disseram ainda que o recurso do PMAQ-AB foi cobiçado para atender outras necessidades da Secretaria de Saúde:

*“Quando eles vinham com alguma situação que a gente via que não contemplava aquilo que a gente podia gastar com relação ao PMAQ, nós não assinávamos. Pra outros serviços de especialidade, pra outras situações a gente não assinava.” (G4).*

Para as equipes de saúde, este indicador foi marcado pela dificuldade de utilizar o recurso financeiro para ações educativas, campanhas nacionais e preparar a unidade para a Avaliação Externa. Os profissionais assinalaram utilizar recurso próprio para tal.

A respeito do **“empoderamento das partes interessadas”**, uma fragilidade apontada foi compreender o cálculo empregado pelo Ministério da Saúde para a certificação, disponível na Nota Metodológica. Entretanto, os entrevistados referiram conhecer as fases de implantação, composição dos percentuais para certificação e os critérios adotados na avaliação. Relataram ainda que no primeiro ciclo as regras não estavam muito claras e que a elucidação ocorreu com a continuidade dos ciclos avaliativos, permitindo participar da avaliação com maior segurança:

*“[...] A nossa preocupação [...] principalmente na questão da autoavaliação, se a gente tirar pontuações muito altas nesse primeiro e segundo ciclo, a nossa tendência depois é só decrescer. [...] A exigência passa a ser maior [...] então, essa foi uma grande questão que a gente ficou ali na unidade e agora... puxando um pouquinho nossa avaliação pra baixo [...] Mas vai chegar um momento que a gente vai ter que dizer que faz*

*e depois a gente vai ter que ter essa manutenção [...]” (Eq13).*

## Discussão

Este estudo avaliou como são utilizados os resultados do PMAQ-AB por meio das tipologias instrumental, conceitual e simbólica. O uso mais frequente foi o simbólico, e o instrumental foi o menos praticado.

A aplicação das recomendações dos relatórios de avaliação tem sido referenciada para qualificação do processo decisório, embasando decisões de acordo com a realidade local e em evidência de pesquisa<sup>(43)</sup>. Contudo, as entrevistas revelaram que o **“aprimoramento do processo de trabalho”** e **“apoio para tomada de decisão”** tiveram como fio condutor a autoavaliação, os manuais e normativas do PMAQ-AB e não os relatórios do Ministério da Saúde para apresentação dos resultados. Uma possível justificativa pode estar no ritmo e nas prioridades que cercam à gestão, sendo pressionados a tomar decisões antes que os resultados da avaliação estejam disponíveis para uso<sup>(44)</sup>.

Além disso, essa subutilização dos resultados pode ser reflexo da fragilidade na **“qualidade da comunicação”**, uma vez que não foram observadas as características adequadas para este indicador, como clareza na apresentação dos resultados e recomendações em tempo oportuno<sup>(17,45)</sup>. Para que o PMAQ-AB cumpra com seu ciclo avaliativo, estas limitações precisam ser superadas com apoio para acesso, interpretação e análise dos resultados e o desenvolvimento de habilidades que articulem o uso para implementar medidas que ampliem o acesso e melhorem a qualidade na Atenção Básica<sup>(3)</sup>.

No que se refere ao Uso Conceitual, também houve limitações no uso dos resultados para **“aprendizado”** e **“apoio à gestão do conhecimento”**. De fato, o Uso Conceitual nas avaliações em ciclos parece decrescer quanto ao aprendizado dos métodos e conceitos relacionados ao programa nos ciclos subsequentes<sup>(42)</sup>. Para que o aprendizado não se limite à novidade, o contexto organizacional e o envolvimento das partes interessadas são fatores a serem considerados pelos avaliadores e estimulados na instituição<sup>(25,41)</sup>.

No Uso Simbólico, os envolvidos são colocados em posição de análise frente aos variados interesses relativos ao programa<sup>(23)</sup>. A potencialidade da *negociação técnica* para o uso do PMAQ-AB foi observada pelo emprego das evidências documentais para legitimar pressões e a tomada de decisão. Historicamente, o uso simbólico era compreendido como prejudicial por desconsiderar, propositalmente, a

comunicação de resultados desfavoráveis<sup>(24)</sup>. Correntes atuais reportam este uso com a finalidade de informar ou educar tomadores de decisão e partes interessadas sobre o programa de avaliação<sup>(17,24)</sup>, tal qual o sentido revelado pelos entrevistados.

Enquanto *negociação política*, o PMAQ-AB amplia a visibilidade da Atenção Básica e seu envolvimento com outros departamentos, melhorando as relações, fomentando novas redes e apoiando a integração de políticas<sup>(22)</sup>. Observou-se a utilização do programa junto ao gestor executivo como força simbólica para afirmar a qualidade das ações da Atenção Básica, e em alguns casos, até para fins de propaganda da gestão<sup>(25)</sup>.

O movimento pela qualidade dos serviços de saúde instituído pelo PMAQ-AB busca desenvolver uma cultura de negociação e de gestão entre atores que, tradicionalmente, não possuíam rotinas de avaliação e monitoramento<sup>(26,27)</sup>. Outrossim, a pouca experiência avaliativa dos entrevistados e a preocupação com o incentivo financeiro pode ter motivado a supervalorização das *informações na Avaliação Externa*, inclusive com tentativas de influenciar os resultados para obter maior pontuação nesta fase, mesmo que isso não demonstrasse uma realidade vivenciada<sup>(28,29)</sup>.

As *estratégias para utilização dos recursos financeiros do programa* são diversificadas, e uma parte tem sido destinada à manutenção da Atenção Básica para garantir a regularidade de materiais e insumos e promover reforma e ampliação das unidades de saúde<sup>(30,31)</sup>. Todavia, a dificuldade em atrair e fixar profissionais, especialmente médicos, a acomodação que cerca o serviço público e a valorização daqueles envolvidos com o processo de trabalho são argumentos utilizados por gestores para promover incentivo financeiro aos profissionais<sup>(32)</sup>.

As implicações financeiras envolvidas no programa parecem bem compreendidas<sup>(4,10,34,35,36)</sup>. Porém, divergências na aplicação do recurso e na transparência das contas revelaram diferentes formas de exercício de poder que permeiam a atenção e a gestão, impactando no processo avaliativo<sup>(12)</sup>. O repasse financeiro tem por objetivo induzir a implantação de padrões para melhoria das condições de trabalho e investimentos no desenvolvimento das equipes de Atenção Básica<sup>(12)</sup>. Entretanto, apenas melhorias na estrutura física e aumento na quantidade de insumos tem sido observados<sup>(36)</sup>.

Surpreendentemente, apesar de terem sido selecionadas equipes com melhor desempenho, não foi observada a **“certificação de melhores práticas”**. A valorização de práticas exitosas tem o intuito de permitir a

troca de experiências e reconhecer ações que promovam a melhoria da qualidade da Atenção Básica. Este compartilhamento possibilita que as equipes revejam suas descobertas, atentem aos resultados alcançados, valorizem suas potencialidades e motivem outras equipes a alcançar seus objetivos<sup>(37,38)</sup>. Na literatura, poucos estudos discutiram este indicador como estratégia para fomentar o uso dos resultados e aplicá-los à realidade<sup>(5,19,39)</sup>.

A participação sistemática proporciona aprendizado, mais clareza das regras e das mudanças incrementais ocorridas nos ciclos da avaliação, com consequente **“empoderamento das partes interessadas”**. As chances de utilização dos resultados e da capacidade de intervenção são fortalecidas quando os grupos de interesse compreendem melhor a racionalidade do programa, seus parâmetros e critérios de julgamento<sup>(40)</sup>. Contudo, esclarecimentos sobre a Nota Metodológica precisam ser empreendidos para que os envolvidos tenham melhor compreensão sobre os resultados da avaliação<sup>(41)</sup>. Problematização e sistematização dos achados no decorrer da avaliação podem dirimir tais dificuldades<sup>(25,38)</sup>.

## Considerações finais

O modelo para avaliar o uso do PMAQ-AB se mostrou uma proposta robusta ao abranger o uso dos resultados. Para a aplicação, os indicadores selecionados se mostraram viáveis para avaliar o uso, mas isso não perde de vista a necessidade de ajustes a medida em que outros pesquisadores utilizem o instrumento.

As evidências sinalizam que os resultados do PMAQ-AB têm sido potencialmente utilizados para fins simbólicos (Uso Simbólico), tanto pela gestão quanto pelas equipes, influenciando decisões e demonstrando as relações de poder entre as partes interessadas. Sobre o Uso Conceitual, o entendimento de avaliação enquanto cobrança e punição permanece e o aprendizado de novos conceitos teve pouca relação com o uso dos resultados. Apesar disso, o programa tem estimulado a reflexão sobre as ações, identificação de problemas e melhores relações entre a equipe.

As pesquisas de Uso dos Resultados tradicionalmente identificam achados referentes ao Uso Instrumental, ocorrência não confirmada neste estudo. A demora na divulgação dos resultados, dificuldades para encontrar e compreender os resultados da avaliação na plataforma *online* são fragilidades que precisam ser corrigidas para os próximos ciclos. Secretarias Estaduais e Departamento de Atenção Básica podem contribuir para comunicação, apresentação e uso dos resultados com aperfeiçoamento do apoio a gestores da Atenção Básica e equipes de



saúde. Tais contribuições lançam luz para a sustentabilidade do programa, e para uma melhor compreensão dos processos de aprendizado e implementação de mudanças.

Uma limitação identificada neste estudo se refere à seleção dos melhores casos para avaliar o uso dos resultados do PMAQ-AB, considerando a gestão municipal e as equipes de saúde. Como proposta para estudos futuros, sugere-se que esta investigação seja aplicada com gestores do Ministério da Saúde e equipes de saúde com outro perfil de desempenho no programa.

Por fim, a pesquisa contribui para o enriquecimento desta linha de investigação por se tratar da primeira apresentação do uso dos resultados no contexto de um programa nacional que visa institucionalizar a avaliação por meio do acompanhamento de ações na Atenção Básica. O arcabouço teórico que sustenta o modelo não se limita ao PMAQ-AB e pode ser aplicado a outras propostas para avaliação de serviços e programas.

## Referências

1. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. (org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). 1997;2:29-47.
2. Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2009;13:343-55.
3. Díez MA, Izquierdo B, Malagón E. Increasing the use of evaluation through participation: The experience of a rural sustainable development plan evaluation. Environmental Policy and Governance. 2016;26(5):366-76.
4. Nickel DA. Meta-avaliação da gestão da Atenção Básica em Santa Catarina, com foco na utilização. 2013. 143f (tese). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
5. Baughman S, Boyd HH, Franz NK. Non-formal educator use of evaluation results. Evaluation and program planning. 2012;35(3):329-36.

6. Hartz ZMA, Santos E, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM (org). *Meta-avaliação da Atenção Básica em saúde: teoria e prática* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008:325-40.
7. Sandison P, Vaux T, Mitchell J. *ALNAP review of humanitarian action: Evaluation utilisation the utilisation of evaluations*. Clarendon Press, Horsham, London. 2006.
8. Felisberto E. *Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008*. 2009. 171f. (tese). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife.
9. Natal S, Santos E, Alves C, Felisberto E, Santos E, Sousa A. *A implementação do projeto estratégico de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das secretarias de saúde: avaliação formativa e auto-avaliação*. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM (org). *Meta-avaliação da Atenção Básica em saúde: teoria e prática* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008:341-67.
10. Mota RRA, David HMSL. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar*. *Rev enferm UERJ*. 2015;23(1):122-7.
11. Brasil. Portaria No. 1645, de 02 de outubro de 2015. *Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Diário Oficial da União, 2015.
12. Seidl H, Lima A, Vieira S. *Narrando visíveis e invisíveis: o relato de experiências do trabalho de campo do PMAQ no Estado do Rio de Janeiro*. In: Fausto MCR, Fonseca HMS. (org). *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes. 2014:262-287.
13. Thurston WE, Ramaliu A. *Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned*. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2005;20(2):1.
14. Yin RK. *Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos*: Bookman editora. 2015.
15. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988.

16. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde em Debate*. 2014;38:34-51.
17. Johnson K, Greenseid LO, Toal SA, King JA, Lawrenz F, Volkov B. Research on evaluation use: A review of the empirical literature from 1986 to 2005. *American Journal of Evaluation*. 2009;30(3):377-410.
18. Jones J. Using the Delphi and nominal group technique in health service research. *Qualitative research in health care*. 2000.
19. Song X, Xu L, Letch N, Huang K, editors. The utilisation of IS evaluation a HIS case study. *Information Technology in Medicine and Education (ITME), 2012 International Symposium on*; 2012: IEEE.
20. Song X, Letch N, editors. *Understanding the utilisation of Information Systems Evaluation: Four Case studies*. PACIS. 2014.
21. Mark MM, Henry GT. The mechanisms and outcomes of evaluation influence. *Evaluation*. 2004;10(1):35-57.
22. Rissi C, Sager F. Types of knowledge utilization of regulatory impact assessments: Evidence from Swiss policymaking. *Regulation & Governance*. 2013;7(3):348-64.
23. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014;38(n.spe):358-372.
24. Patton MQ. *Utilization-focused evaluation*: Sage publications. 2008.
25. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:2619-30.
26. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2015;17(3):1-11.
27. Pinto HA, Sousa A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. 2012;6(2):1-19.

28. Albuquerque M, Martelli P, Lira T, Mendes M, Farias S. Reflexões sobre o processo de realização da PMAQ-AB no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco. In: Fausto MCR, Fonseca HMS. (org). Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes. 2014:88-113.
29. Farias SF, Mendes MFM, Albuquerque MSV, Martelli PJJ, Lyra TM. Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as singularidades do estado de Alagoas. In: Fausto MCR, Fonseca HMS. (org). Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes. 2014:164-87.
30. Garnelo L, Vieira JMR, Souza M, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: Fausto MCR, Fonseca HMS. (org). Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes. 2014:58-87.
31. Freitas PS, Monteiro FPM, Nogueira FF, Barbosa MA, Santos TS, Pinheiro MSL. Avaliação de um programa de melhoria da Atenção Básica na perspectiva de profissionais de saúde. Rev enferm UFPE on line. 2017;11(5):1926-35.
32. Mota RRA. A avaliação da Atenção Básica e o trabalho dos agentes comunitários de saúde: implantação do PMAQ-AB na região do Médio Paraíba Fluminense. 2015. 186f. (tese). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
33. Chimara MB. Percepção dos gestores de unidades básicas de saúde com estratégia saúde da família do município de São Paulo sobre a implantação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) 2015. 113f. (dissertação). Mestrado Profissional em Administração. Universidade 9 de Julho, São Paulo.
34. Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2000;4(7):113-8.
35. Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7:401-12.

36. Queiroz IPD, Valença CN, Oliveira RFS, Marinho CSR, Azevedo ÁCB, Medeiros BSB, *et al.* National Program for Improving Access and Quality of Primary Care: Implications of its Implementation in the Brazilian Northeast. *International Archives of Medicine*. 2017;10(191)1-10.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e Nasf. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
38. Adams AE, Nnawulezi NA, Vandenberg L. “Expectations to Change”(E2C): a participatory method for facilitating stakeholder engagement with evaluation findings. *American Journal of Evaluation*. 2015;36(2):243-55.
39. Yusa A, Hynie M, Mitchell S. Utilization of internal evaluation results by community mental health organizations: Credibility in different forms. *Evaluation and program planning*. 2016;54:11-8.
40. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:695-705.
41. Donnelly C, Shulha L, Klinger D, Letts L. Using program evaluation to support knowledge translation in an interprofessional primary care team: a case study. *BMC family practice*. 2016;17(1):142.
42. Højlund S. Evaluation use in evaluation systems—the case of the European Commission. *Evaluation*. 2014;20(4):428-46.
43. Shulha LM, Cousins JB. Evaluation use: Theory, research, and practice since 1986. *Evaluation practice*. 1997;18(3):195-208.
44. D’Ostie-Racine L, Dagenais C, Ridde V. An evaluability assessment of a West Africa based non-governmental organization’s (NGO) progressive evaluation strategy. *Evaluation and Program Planning*. 2013;36(1):71-9.
45. Cousins JB, Leithwood KA. Current empirical research on evaluation utilization. *Review of educational research*. 1986;56(3):331-64.
46. Freitas DNT, Ovando NG. A avaliação educacional em contextos municipais. *Educação & Sociedade*. 2015;36(133):963-84.



### 5.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): uma avaliação do uso processual na região sul do Brasil

#### **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): uma avaliação do uso processual na região sul do Brasil**

##### **Uso processual do PMAQ-AB na região sul do Brasil**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** avaliar o uso processual do PMAQ-AB a partir de três indicadores: (1) receptividade à avaliação, (2) mudanças individuais de pensamento, atitudes e comportamento e (3) mudanças na cultura organizacional. **Métodos:** a estratégia metodológica ocorreu em duas etapas: estudo de avaliabilidade e estudo de caso. O estudo de avaliabilidade objetivou a construção do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa com base em pesquisa documental e revisão bibliográfica, sendo ambos validados por especialistas pelo Método Delphi. A etapa seguinte foi o estudo de caso em cinco municípios do sul do Brasil, tendo a gestão de Atenção Básica e as equipes de saúde como unidades de análise. A coleta de dados ocorreu entre julho e agosto/2018 por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e analisadas segundo os indicadores definidos pela matriz avaliativa, por análise temática, utilizando o software ATLAS.ti. **Resultados:** foram entrevistados seis representantes da gestão e 22 profissionais das equipes de Saúde da Família. Os instrumentos de autoavaliação e avaliação externa foram responsáveis pelo uso processual do programa. O PMAQ-AB teve boa receptividade, enquanto sua credibilidade foi questionada pelas equipes. As principais mudanças individuais foram compreensão das ações gerenciais e do processo de trabalho, melhora das relações interpessoais e aprendizado. Quanto às mudanças na cultura organizacional, o programa foi reconhecido pelas melhorias na infraestrutura e recursos materiais nas Unidades de saúde, bem como, na organização do processo de trabalho. Contudo, fragilidades no Apoio Institucional, comunicação e discussão dos resultados e na cooperação horizontal foram observados. **Conclusões:** A pesquisa forneceu informações valiosas que podem ser utilizadas por decisores centrais na correção das fragilidades sem comprometer os objetivos do programa, tanto para o desenvolvimento da capacidade avaliativa quanto para institucionalização da avaliação.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde, avaliação de programas e projetos de saúde, atenção primária à saúde, pesquisa sobre serviços de saúde, gestão em saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the procedural use of PMAQ-AB from three indicators: (1) receptivity to evaluation, (2) individual changes in thinking, attitudes and behavior, and (3) changes in organizational culture. **Methods:** The methodological strategy was carried out in two stages: an evaluation study and case studies. The evaluation study aimed at the construction of the theoretical-logical model and the evaluative matrix based on documentary research and bibliographic review, both validated by specialists by the Delphi Method. The next step was the case studies in five municipalities in the south of Brazil, with municipal health management and health teams as units of analysis. The data collection took place between July and August / 2018 through semi-structured interviews, recorded, transcribed and analyzed according to the indicators defined by the evaluative matrix, by thematic analysis, using ATLAS.ti software. **Results:** six management representatives and 22 professionals from the Family Health teams were interviewed. The instruments of self-evaluation and external evaluation were responsible for the process use of the program. The PMAQ-AB was well receptive, while its credibility was questioned by the teams. The main individual changes were understanding of managerial actions and the work process, improvement of interpersonal relationships and learning. As for changes in organizational culture, the program was recognized for improvements in infrastructure and material resources in health units, as well as in the organization of the work process. However, weaknesses in institutional support, communication and discussion of results and horizontal cooperation were observed. **Conclusions:** This research provided valuable information that can be used by central decision makers in the correction of weaknesses, without compromising the objectives of the program, both for the development of the evaluation capacity and for the institutionalization of the evaluation.

**Key words:** health evaluation, program evaluation, primary health care, health services research, health management.



## Introdução

A avaliação centrada na utilização tem sido foco de investigação nos últimos anos, motivada pelo uso limitado dos relatórios de recomendações e das lições aprendidas<sup>1,2</sup>.

Patton<sup>3</sup> defende que a qualidade e utilidade dos estudos avaliativos têm relação com quatro elementos centrais: desenho, preparação, seguimento e disseminação dos resultados. O desenho, desde o início, deve contemplar os usuários responsáveis pelas decisões e os usos esperados pela avaliação. A preparação simula o processo avaliativo, discutindo com os envolvidos resultados hipotéticos, implicações positivas e negativas e potenciais usos. Com a avaliação em curso, a preparação se encarrega de produzir informativos e relatórios parciais, compartilhando interpretações preliminares dos dados. Ao final, o seguimento se responsabiliza para que as lições aprendidas não sejam ignoradas ou mal utilizadas; enquanto que a disseminação comunica os resultados de modo claro, consistente e em tempo oportuno<sup>4</sup>.

Esforços para disseminar os resultados da avaliação acabaram por sistematizar as principais categorias de uso. Tradicionalmente, as avaliações eram utilizadas após sua conclusão, categoria conhecida como Uso dos Resultados que apresenta três tipologias: uso instrumental, utilização direta dos resultados como instrumento de apoio à tomada de decisão ou para promover mudanças no programa; uso conceitual ou *enlightment*, uso indireto para produção de conhecimento, aprofundando a discussão sobre a intervenção e indicando mudanças de pensamento e; uso simbólico para legitimar decisões pré-definidas ou subsidiar argumentação sobre determinada ação<sup>1,3-6</sup>.

O Uso Processual começa a ganhar forma com o envolvimento das partes interessadas e a valorização do potencial crítico-reflexivo desencadeado pela avaliação<sup>7</sup>. Observou-se que não apenas as fases finais, mas todo o processo pode ser útil para promover mudanças de comportamento e pensamento, nos procedimentos e na cultura organizacional<sup>2,8</sup>. Uma importante contribuição deste uso foi colocar o aprendizado como objeto central da avaliação<sup>9</sup>, apoiando a aplicação de novos conhecimentos<sup>10</sup>, ampliando o diálogo, melhorando as configurações do programa e qualificando as deliberações na arena política<sup>2</sup>.

No campo da saúde, a avaliação é destaque em organizações públicas e privadas como instrumento de gestão para identificar fragilidades e potencialidades, direcionando caminhos para o aperfeiçoamento do processo decisório e a formulação de políticas. No

setor público, tem-se como objetivo a melhoria contínua da atenção com equilíbrio dos custos, propiciando ao usuário atendimento de qualidade<sup>11-13</sup>.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) vem coordenando ações para o aprimoramento do acesso e da qualidade em todo o país com resultados mensuráveis alcançadas por processo avaliativo<sup>14,15</sup>. Dentre estas ações, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) cujo objetivo é incentivar financeiramente a qualificação da assistência por meio da pactuação de compromissos e indicadores<sup>16,17</sup>.

O programa está organizado em três fases sucessivas e um Eixo Estratégico Transversal, formando um ciclo contínuo de avaliação. A fase de Adesão e Contratualização formaliza o ingresso e a adesão ao programa, na Certificação acontece a avaliação externa do desempenho da gestão e das equipes por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões definidos e a Recontratualização estabelece a pactuação de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização da avaliação. O Eixo Estratégico Transversal assegura que as ações de promoção de melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo através da autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal<sup>16</sup>.

Considerando que o PMAQ-AB tem sido o programa preconizado pelo Ministério da Saúde para incorporação da cultura avaliativa na Atenção Básica e que vincula repasse financeiro mediado pelo desempenho, o objetivo principal deste estudo foi avaliar o seu uso processual, identificando mudanças individuais e organizacionais decorrentes do aprendizado com o processo avaliativo.

## **Métodos**

Para avaliar o uso processual do PMAQ-AB foi conduzido um estudo avaliativo de natureza qualitativa em duas etapas consecutivas: estudo de avaliabilidade<sup>18</sup> e estudo de caso<sup>19</sup>.

A primeira etapa, estudo de avaliabilidade, tratou da construção do modelo teórico-lógico relacionando graficamente o objeto pesquisado aos elementos teóricos que sustentam a avaliação<sup>18</sup>. A proposta idealizada teve apoio em documentos ministeriais e revisão de literatura sobre o PMAQ-AB, Política Nacional de Atenção Básica, avaliação em saúde, institucionalização e uso da avaliação.

Os pressupostos que orientaram esta construção foram: garantias constitucionais do direito universal à saúde<sup>20</sup>; Atenção Básica enquanto porta de entrada do sistema de saúde, ordenadora do cuidado e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>21</sup> e o PMAQ-AB como estratégia de financiamento da Atenção Básica condicionada à pactuação de compromissos e avaliação de desempenho<sup>16</sup>. O uso da avaliação é classificado em: uso dos resultados (instrumental, conceitual e simbólico) e uso do processo. Com a implementação do PMAQ-AB são esperados os seguintes efeitos sobre o uso: apoio para tomada de decisão, aprimoramento do processo de trabalho e qualidade da comunicação (uso instrumental)<sup>9</sup>, aprendizado e apoio à gestão do conhecimento (uso conceitual)<sup>22,23</sup>, prestação de contas, certificação de melhores práticas, negociação estratégica e empoderamento das partes interessadas (uso simbólico)<sup>9,23-25</sup>, receptividade à avaliação; mudanças individuais de pensamento, atitudes e comportamento e, mudança na cultura organizacional (uso processual)<sup>3,23</sup>.

A matriz avaliativa e o roteiro de entrevista foram elaborados na sequência. Com o propósito conferir legitimidade à construção, estes elementos passaram por três rodadas de consenso pelo Método Delphi<sup>26</sup> entre novembro/2017 e junho/2018. Dezenove especialistas foram selecionados em razão do conhecimento teórico, experiência prática ou de pesquisa relacionada aos temas investigados. Deste total, 15 confirmaram participação, dois não aceitaram por motivos pessoais e outros dois não responderam ao convite.

A validação ocorreu à distância pela plataforma *online* SurveyMonkey<sup>®</sup>. Solicitou-se aos especialistas que analisassem cada item e atribuíssem uma das opções de julgamento: concordo totalmente, concordo parcialmente e discordo. Uma caixa de texto estava disponível para registro de comentários. Ao final de cada uma das três rodadas, eram analisadas contribuições, convergências e divergências de entendimento e aspectos para maior aprofundamento.

Um pré-teste foi realizado em fevereiro/2018 para padronizar a condução das entrevistas, ajustar o roteiro quantos às questões semelhantes e que provocaram dúvidas ou dificuldades de entendimento.

A segunda etapa, estudo de caso, buscou investigar em profundidade um determinado fenômeno em seu contexto da vida real. Estudos desta natureza são regidos pela “generalização analítica” pois o que se espera encontrar são resultados semelhantes na mesma unidade de análise capazes de orientar proposições teóricas aplicáveis em outros contextos<sup>19</sup>.

Embora o desenho da proposta abrigue o uso dos resultados e do processo, este artigo abordará os achados relativos ao uso do processo do PMAQ-AB.

A pesquisa foi conduzida em um estado da região sul do Brasil, adotando como critérios de seleção: municípios com porte populacional igual ou superior a 100 mil habitantes (IBGE 2010, n=12) que tenham concluído os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB (n=12) e ser considerado um caso exemplar. Casos exemplares foram municípios que tiveram 75% ou mais das equipes certificadas como “ótimo” e “bom” no primeiro ciclo do programa (n=8) e “muito acima da média” e “acima da média” no segundo (n=5). A hipótese sustentada é que nestes municípios há maior chance de uso do processo em razão da estabilidade e complexidade da gestão pública.

As unidades de análise foram gestão de Atenção Básica e equipes de saúde. A gestão deveria apresentar pelo menos um informante-chave na Secretaria Municipal de Saúde que tenha participado dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, totalizando pelo menos cinco entrevistados. Para as equipes, foram: apresentar dois representantes de cada categoria profissional de nível superior que compõe a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico e dentista) que tenham participados dos ciclos 1 e 2, totalizando pelo menos 30 entrevistados. Havendo mais de dois profissionais para uma mesma categoria, o critério de desempate foi maior tempo de atuação na equipe, informação encontrada no sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O convite para participação foi feito por telefone, não havendo rejeições. Uma carta-convite foi encaminhada por e-mail detalhando questões éticas e solicitando aos convidados que informassem data e período (manhã ou tarde) preferencial para a entrevista. De modo geral, os gestores preferiram a manhã e as equipes, à tarde.

A coleta de dados ocorreu por entrevistas semiestruturadas realizadas em local definido pelos participantes, no período de julho a agosto/2018. Considerando a rotatividade de profissionais, três casos não apresentaram o quantitativo mínimo para cada categoria profissional. Além disso, um dos casos indicou dois informantes-chave para a unidade da gestão de Atenção Básica. As pesquisadoras decidiram por manter os casos no estudo levando em consideração o tempo de atuação destes profissionais. Dessa forma, a pesquisa foi conduzida com seis informantes-chave da gestão de Atenção Básica e 22 profissionais das equipes de saúde. Cada encontro teve a duração média de 120 minutos. As falas foram gravadas em áudio, transcritas integralmente e comparadas

ao original. Os dados foram analisados por três pesquisadoras por meio da análise temática, sendo os extratos transcritos indexados segundo os indicadores definidos pela matriz avaliativa, com uso do software ATLAS.ti. Um relatório para cada indicador associado à sua respectiva unidade de análise foi emitido e uma segunda conferência foi feita para alcançar o consenso na análise.

O estudo foi conduzido respeitando os padrões éticos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), obtendo parecer 2.229.055 e CAAE: 63217616.4.0000.0121.

## **Resultados e Discussão**

O quadro 1 sistematiza os principais resultados, segundo as unidades de análise, guiados pelos componentes da matriz avaliativa.

**Quadro 1:** Uso processual do PMAQ-AB nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde, segundo indicadores da matriz avaliativa.

Indicadores	Unidades de análise	
	Gestão de Atenção Básica	Equipes de saúde
Receptividade à avaliação	Ambos referem receptividade e abertura de espírito motivadas pela percepção do recurso financeiro.	
	Credibilidade nos instrumentos e no processo avaliativo do PMAQ-AB.	Credibilidade questionada pela dificuldade em compreender os critérios para classificação do desempenho, a falta de fiscalização para o cumprimento de avanços na qualidade e perfil do avaliador.
Mudanças individuais, de pensamento, atitudes e comportamento	Qualificação das ações gerenciais na Atenção Básica, disponibilidade para escuta e valorização da opinião das equipes para tomada de decisão, maior compreensão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e alinhamento com a qualidade incitada pelo PMAQ-AB.	A reflexão sobre o processo de trabalho mediou a compreensão da sua função na Estratégia Saúde da Família, orientações das ações de acordo com os indicadores de qualidade, motivação para atividades extramuro e mudanças no relacionamento da equipe. O aprendizado contribuiu para a formação individual, fomentou novas ideias e o desenvolvimento de projetos em conjunto.
Mudanças na cultura organizacional	Infraestrutura e recursos materiais nas Unidades de Saúde: ambos referem padronização para atender às exigências e adequações de estrutura física, ambiência, aquisição de materiais e insumos.	
	Organização do processo de trabalho: desenvolvimento de ações para ampliar o acesso dos usuários e integração entre as	Organização do processo de trabalho: formação e sistematização de grupos, investigação e acompanhamento de casos suspeitos, acolhimento, puericultura, pequenas

	equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.	cirurgias, atividades na escola, teste de acuidade visual e visitas domiciliares, frequência das reuniões e registro dos encaminhamentos, ações de planejamento local, sistematização e registro de encaminhamento para especialidades.
	Apoio às equipes de saúde: para autoavaliação, compartilhamento de experiências e troca de conhecimentos como preparativos para Avaliação Externa.	Apoio às equipes de saúde: para esclarecimentos sobre objetivos e metas do PMAQ-AB. Divergências quanto ao Apoio Institucional para autoavaliação e preparação para Avaliação Externa. Cooperação entre as equipes para esclarecimentos sobre o programa por meio de aplicativo de celular.
	Apoio às equipes de saúde: ambos referem que comunicação e discussão dos resultados do PMAQ-AB não estão sistematizados na rotina gerencial.	
	Mudança organizacional: readequação do Plano de Cargos e Salários, redivisão dos territórios de saúde e expansão da Estratégia Saúde da Família.	Mudança organizacional: não refere.
	Prática de avaliação: PMAQ-AB é a metodologia de avaliação utilizada no município, desenvolvimento de instrumentos próprios de autoavaliação, sistematização do monitoramento de indicadores de saúde e clareza para utilização dos resultados do programa.	Prática de avaliação: PMAQ-AB é a metodologia de avaliação utilizada no município, sistematização do monitoramento de indicadores de saúde e uso destes relatórios para aprimorar o processo de trabalho, ações e atividades demandadas pelo programa se tornaram rotina para as equipes.

**Fonte:** autora do estudo.

O Uso Processual reflete a visão construtivista que ampliou a percepção sobre uso<sup>5</sup>, considerando mudanças nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, nos procedimentos e na cultura do programa ou da organização decorrentes da aprendizagem durante a avaliação<sup>23</sup>. Neste estudo, esta tipologia apresenta três indicadores: receptividade à avaliação; mudanças individuais de pensamento, atitudes e comportamento e, mudanças na cultura organizacional.

Os entrevistados revelaram duas aplicações para **“receptividade à avaliação”**: receptividade e credibilidade. Segundo os gestores da Atenção Básica, o PMAQ-AB foi bem recebido pelo nível central e pelas equipes de saúde, manifestado pelo reconhecimento da importância do recurso financeiro que afastou possíveis resistências com o processo avaliativo (receptividade). Outro indicativo foram mudanças de rotina, instrumentalização das equipes e apoio para Avaliação Externa. Informalmente, os avaliadores externos comentaram com os gestores da Atenção Básica sobre a organização, preparo e disponibilidade das equipes, sinalizando abertura para avaliação. Para as equipes de saúde, a receptividade também foi motivada pela gratificação de desempenho, percebida como valorização do processo de trabalho. Para alguns profissionais, foi sinalizada pela possibilidade de sair da rotina, planejar as atividades e fazer uma reflexão crítica de sua prática:

*“[...] é a possibilidade de tu sair daquela rotina, de estar fazendo aquela coisa sempre. [...] Eu acho que é uma grande possibilidade de tu fazer uma reflexão crítica, problematizar como é que está ali, o andamento.” (Eq11).*

O recurso financeiro balizou a motivação com o programa. Em município onde o recurso não é repassado aos profissionais, as equipes revelaram que as ações solicitadas pelo programa seriam executadas com comprometimento e responsabilidade, porém os profissionais sentem-se desmotivados, situação percebida também pela gestão:

*“[...] não vou deixar eu (nome) de fazer, ganhando ou não. [...] Como se fosse assim, um alerta, uma cobrança – isso sim” (Eq2).*

Gestores e equipes concordam que a receptividade ao PMAQ-AB se modificou ao longo dos ciclos. O primeiro ciclo era um território desconhecido, revelado por sentimentos de ansiedade e auditoria. Nos



subsequentes, houve maior tranquilidade e segurança na condução do processo, resultado da experiência avaliativa.

Estabelecendo um paralelo com a credibilidade, os gestores da Atenção Básica acreditam e confiam nos instrumentos e no programa, repassando esse sentimento para as equipes de saúde e outros setores da secretaria:

*“[...] Eu creio que é uma forma fidedigna, que está sendo respeitado o que está proposto no programa, que esse alinhamento dos avaliadores acontece e que de verdade a gente tá sendo comparado a municípios do mesmo estrato. [...] Acredito e vendo isso pras equipes, vendo isso pra gestão que... quando a gente tem uma certificação, uma equipe que tá certificada como ‘muito acima da média’ que ela de verdade é ‘muito acima da média’.” (G6).*

Entretanto, algumas particularidades fragilizam esta credibilidade. Os gestores entrevistados citaram incompatibilidade na emissão dos relatórios de produção do sistema próprio para o e-SUS, diferenças na classificação de desempenho entre equipes que compartilham a mesma estrutura física, perfil do avaliador externo e dificuldade em compreender os relatórios contendo o resultado da avaliação. Já as equipes apresentaram dificuldade de entendimento dos critérios para classificação de desempenho e falta de fiscalização para o cumprimento de avanços na qualidade da estrutura física e processo de trabalho:

*“Eu tenho credibilidade [...] só que a gente só não entende como é que se chega ao resultado final, né? [...] Porque até então, a gente ganhou a nota máxima, mas se de repente na próxima avaliação vier uma nota baixa? Se a gente não souber onde é que a gente errou, como é que a gente vai aprender a melhorar?” (Eq11).*

Também houve relatos de surpresa em relação à classificação de desempenho. Os profissionais relacionaram condições insatisfatórias da estrutura física com a boa avaliação recebida pelo Ministério da Saúde:

*“Por exemplo, meu consultório estragou o ano inteiro. Então, como assim que eu consigo*

*ter sido boa só baseado naquilo que eu faço?” (Eq2).*

As equipes de saúde destacaram a figura do avaliador externo como elemento a ser considerado na credibilidade, dividindo opiniões. O treinamento e a disponibilidade dos avaliadores foram positivos, enquanto a conduta distinta entre equipes que pertenciam à mesma estrutura física colocou em dúvida a credibilidade dos resultados:

*“Nós fizemos no segundo ciclo a mesma coisa: o avaliador foi lá, conversou com o (nome do enfermeiro) tudo, quando chegou na (nome da enfermeira responsável pela Avaliação Externa): ‘vocês fazem mais ou menos assim?’. Ela nem precisou falar muito. Só que daí eles tiraram uma nota e a gente outra nota. Menos, entendeu? [...] A gente atendia, fazia tudo igual. Isso realmente desestimula.” (Eq18).*

Receptividade à avaliação buscou relacionar a atitude em relação ao PMAQ-AB, identificando abertura de espírito e compromisso com a avaliação, além de possíveis resistências<sup>27</sup>. Tais fatores são importantes para potencializar o uso dos resultados e produzir mudanças nas organizações<sup>28</sup>.

Os resultados deste estudo sinalizam receptividade, não havendo manifestação expressa de resistência. Baixa resistência é um cenário comum em avaliações internas, incrementado pelo pequeno tamanho do programa e a proximidade com o avaliador<sup>29</sup>. Essas qualidades são justamente opostas ao PMAQ-AB: um programa conduzido num país de dimensões continentais, com várias fases de implementação e de caráter cíclico, em que os avaliadores atuam pontualmente para coleta de dados. Nesse caso, um fator explicativo seria a percepção do recurso financeiro enquanto mediador de resistências.

Uma forma indireta de resistência pôde ser percebida nos relatos de ansiedade e auditoria atribuídos ao primeiro ciclo, frente ao território desconhecido da avaliação. Aspectos semelhantes foram observados na literatura, como o nervosismo dos profissionais durante a Avaliação Externa, sentimento de fiscalização, apreensão em relação à classificação de desempenho e associação com situações punitivas<sup>30-32</sup>. Com o decorrer dos ciclos, estes sentimentos que cercavam as equipes entrevistadas foram sendo deslocados para tranquilidade e confiança. Sensibilizar e capacitar

as equipes para que conheçam a proposta do programa e seus objetivos são ações gerenciais que contribuem para solucionar resistências atreladas ao PMAQ-AB<sup>30</sup>.

Quanto à credibilidade, os entrevistados demonstraram confiança no processo avaliativo, apesar das equipes apontarem que a postura do avaliador externo fragiliza esse sentimento. A pesquisa sobre uso tem destacado amplamente esta relação<sup>2,8,10,24,29,33,34</sup>. O papel do avaliador pode potencializar a utilização da avaliação por meio de habilidades de comunicação<sup>35</sup>, liderança<sup>27</sup>, facilitação da aprendizagem<sup>34</sup> e até mesmo atuar como consultor ou agente de mudança<sup>35</sup>. No caso do PMAQ-AB, os avaliadores não tiveram protagonismo no uso do programa uma vez que a função atribuída a eles era a coleta de dados.

Para os próximos ciclos, ajustes nos relatórios de avaliação a fim de torná-los mais acessíveis, esclarecimentos atempados sobre dúvidas quanto ao desempenho e sincronismo do e-SUS com sistemas próprios municipais precisam ser feitos com o intuito de restaurar a motivação e a credibilidade, bem como, maior clareza no processo avaliativo.

O indicador **“mudanças individuais de pensamento, atitude e comportamento”** para os gestores entrevistados esteve associado aos documentos do PMAQ-AB que qualificaram as ações gerenciais na Atenção Básica. Disponibilidade para escuta, valorização da opinião das equipes para tomada de decisão e maior compreensão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) foram exemplos citados. Outra referência foi a continuidade com a qualidade incitada pelo PMAQ-AB, mesmo diante da possibilidade de encerramento do programa:

*“[...] O programa pode acabar, mas se a gente entende que esse é o formato de qualidade, a gente tem que dar continuidade [...] qualifica muito o processo.” (G6).*

As equipes de saúde observaram no PMAQ-AB oportunidade para refletir sobre o processo de trabalho, situação que possibilita abertura para mudanças. Com isso, entenderam sua função na ESF, ficaram mais atentas aos indicadores de qualidade e motivadas a desenvolver ações extramuro:

*“[...] porque quando a gente entrou, passou no concurso, entrou, não veio ninguém explicar: ‘você têm que fazer isso, assado’ [...] E o PMAQ me fez ver qual era mais minha função ali e tal.” (Eq6).*

As equipes entrevistadas também descreveram mudanças no relacionamento. O primeiro ciclo contou com maior engajamento nos preparativos para Avaliação Externa, enquanto os ciclos seguintes foram marcados pela divisão de tarefas e funções delegadas. As falas retrataram união, comprometimento, esforço e empenho dos profissionais. O aprendizado foi outra mudança observada pela participação no programa. Além de contribuir para a formação individual, fomentou novas ideias e o desenvolvimento de projetos em conjunto:

*“[...] Porque daí você acaba tendo que proporcionar outras coisas para a equipe, conversar sobre assuntos diferentes, discutir indicadores, fazer matriz de intervenção, realizar atividades extramuros [...] Então esse processo, ele veio a acarretar [...] e fazer com que as equipes de Estratégia, eu acho que tivessem um novo olhar sobre Atenção Primária, sobre Atenção Básica, sobre o processo de trabalho como um todo, sobre o sistema do SUS como um todo [...]” (Eq10).*

Mudanças implicam em variações no comportamento humano. Para que se desenvolva é necessário que as pessoas sejam capazes de compreender esse processo (conscientização) e de produzir soluções adequadas (intensidade de resposta às mudanças)<sup>37</sup>. Os entrevistados demonstraram que a vivência num processo de avaliação tem contribuído para o espírito de mudanças e favorecido o relacionamento entre gestão e equipes<sup>1</sup>.

O aprendizado tem um papel significativo no uso processual<sup>2,9,10,38</sup>. Durante o processo de avaliação são comunicadas diferentes opiniões e ideias, transferindo o conhecimento entre os envolvidos que podem ter seus pensamentos modificados por esta experiência<sup>9,38</sup>. Por exemplo, as partes interessadas estiveram mais receptivas à mudança como resultado do conhecimento adquirido durante a avaliação, influenciando normas, apoiando a equipe a pensar de modo interdisciplinar, desenvolver uma visão compartilhada, linguagem comum<sup>10</sup> e desenvolver uma cultura avaliativa<sup>2</sup>. Com o PMAQ-AB também é esperado que processos formativos estimulem a implementação de mudanças com vistas à qualificação da atenção<sup>40</sup>.

Gestores e equipes descreveram maneiras pelas quais o PMAQ-AB tem sido utilizado para promover **“mudança na cultura organizacional”**. Cinco aplicações deste uso foram identificadas:

infraestrutura e recursos materiais nas unidades de saúde, organização do processo de trabalho, apoio às equipes de saúde, mudança organizacional e prática de avaliação.

Para os gestores da Atenção Básica, mudanças na infraestrutura e recursos materiais nas unidades de saúde estiveram condicionadas à adesão ao programa. A padronização foi um movimento consistente para atender às exigências de estrutura física e ambiência. O programa orientou ainda aquisição de materiais e insumos, como: oftalmoscópio, nebulizador, oxímetro, carro e motorista para visita domiciliar, *squeeze* de água, uniformes, pranchetas, protetor solar, sonar e mapa inteligente. As equipes também observaram esse movimento. Placas de identificação, pintura, lista de materiais e insumos, computador e sala para Agentes Comunitários de Saúde foram adequações feitas para receber a Avaliação Externa.

A Atenção Básica é considerada o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, devendo ser acolhedora e resolutive para o conjunto de necessidades demandadas pelos usuários<sup>14,15</sup>. Ao mesmo tempo em que se reconhecem conquistas com a consolidação da ESF, inúmeras dificuldades fazem parte da realidade das equipes<sup>17,41</sup>. Dentre elas, adequação da estrutura física e provisão de recursos materiais e insumos<sup>42-44</sup>. A partir da adesão ao PMAQ-AB, um movimento de gestão foi observado para adequação das unidades de saúde<sup>32,45</sup> e abastecimento de materiais e insumos para as equipes<sup>45</sup>, contribuindo para fortalecer o cuidado e melhorar a qualidade.

Os entrevistados reconheceram mudanças na organização do processo de trabalho. Para os gestores da Atenção Básica, o PMAQ-AB motivou a integração entre equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal e o desenvolvimento de ações para ampliar o acesso. As equipes apontaram formação e sistematização de grupos, investigação e acompanhamento de casos, acolhimento, puericultura, pequenas cirurgias, atividades na escola, teste de acuidade visual e visitas domiciliares. Citaram também frequência das reuniões, registro das atividades e ações de planejamento local. O conjunto de atividades elencadas pelo programa suscitou reflexões e discussões com o intuito de compreender por que não eram realizadas, planejando formas de colocá-las em prática:

*"[...] Porque a gente viu assim: 'tá, mas a gente não fazia reunião programada com a equipe de Saúde Bucal', o que acontecia era ocasionalmente. Aí a gente pensa: 'mas por que a gente não fazia?'. " (Eq8).*

Inúmeras oportunidades de reflexão sobre o processo de trabalho foram motivadas pela autoavaliação, e profissionais com uma década ou mais de experiência tiveram nos manuais do PMAQ-AB entendimento do saber-fazer no contexto da ESF. Apesar do rol de ações ter gerado sentimento de impotência no primeiro ciclo, os ciclos subsequentes vêm contribuindo para a incorporação destas ações.

A autoavaliação tem grande potencial em promover reflexões críticas, abertura para o diálogo e envolvimento da equipe<sup>34,36,45,46</sup>. Instrumentos estruturados e padronizados tem contribuído para aquisição de novos hábitos, como: registro de atividades, ações de promoção da saúde – fortalecendo o vínculo entre a equipe e estabelecendo redes de cooperação<sup>31,45,47,48</sup>.

Os gestores da Atenção Básica indicaram que o apoio às equipes de saúde ocorreu de acordo com os tempos do programa. Reuniões para orientar a condução do PMAQ-AB tinham o intuito de esclarecer dúvidas, estabelecer cronograma de atividades e alinhar ações. Todos relataram apoio à autoavaliação. Esse suporte envolveu acesso ao sistema, estímulo à participação e discussão das matrizes de intervenção. A fala da gestão revelou a importância desta função, já que para algumas equipes foi difícil relacionar suas ações e atividades com os processos solicitados pelo programa:

*“[...] algumas unidades elas vinham até perguntar: ‘tal situação tu entende que a gente tem ou não tem, porque eu enxergo que não’. ‘Não, mas vamos voltar lá no padrão. Olha, o padrão diz isso, isso e isso. O dez lá em cima, o cem por cento é isso, mas vocês têm isso, isso e isso’. [...]” (G6).*

Outra maneira foi oportunizar tempo para que as equipes realizassem reuniões para autoavaliação e planejamento, atitude que sinaliza compromisso organizacional com a avaliação. A Avaliação Externa demandou ação coordenada entre gestão e equipes. Os gestores da Atenção Básica conduziram oficinas com coordenadores das unidades de saúde para leitura detalhada, esclarecimento de dúvidas sobre os instrumentos de avaliação e convidando outros setores da Secretaria de Saúde para contribuir com questões específicas. As equipes de saúde receberam pastas para organizar instrumentos, manuais e documentos comprobatórios exigidos pelo avaliador externo. O compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos foram maneiras citadas para preparar as equipes para Avaliação Externa. A cooperação horizontal foi

mediada pela gestão, mas também ocorreu pela articulação dos profissionais:

*“[...] teve uma das regionais que eles se reuniam, os enfermeiros, pra fazerem as trocas, pra apoiar, pra ajudar um ao outro. [...] pra subir o nível de quem estava abaixo e ficar meio equilibrado.” (G5).*

O apoio institucional estava implantado antes do PMAQ-AB em dois municípios visitados. O programa contribuiu para tornar esse papel mais claro, sistematizando ações de acordo com as fases do programa e influenciando na interlocução com as equipes.

A comunicação dos resultados não está sistematizada na rotina gerencial. Eventualmente, com a publicação dos resultados, uma reunião entre atores do nível central e coordenação das equipes é convocada e a coordenação fica responsável por repassar as informações para a equipe. Havendo dúvidas relacionadas aos resultados, busca-se esclarecimentos junto à Secretaria de Estado ou ao Ministério da Saúde. Não houve registro informando apoio para discussão dos resultados com objetivo de retroalimentar o ciclo avaliativo. Uma das gestoras reconheceu esta fragilidade, sugerindo apoio da Secretaria de Estado da Saúde:

*“[...] Eu acho que poderia ter um processo diferenciado, da nossa parte também precisa acontecer isso, tu entende? Mas eu acho que aí, a gente poderia ter realmente o Apoio Institucional do Estado, por exemplo.” (G1).*

Sobre apoio, as equipes informaram participar de reuniões, capacitações e webconferências para esclarecimentos sobre adesão, alcance de metas e mudanças no processo de trabalho.

Dissonâncias entre as falas da gestão e das equipes a respeito do apoio institucional e entre as equipes foram identificadas. Enquanto algumas demonstraram disponibilidade e suporte da gestão para elaboração das matrizes de intervenção e cálculo dos indicadores, outras manifestaram não encontrar apoio para esclarecimento de dúvidas. Outra assimetria ocorreu no apoio para Avaliação Externa. Algumas equipes receberam previamente os roteiros para acompanhar a avaliação e pastas para organizar os documentos. Ao mesmo tempo, outras relataram uso de recurso próprio para aquisição destes materiais:

*“E se depois quiser comprar pastinha para deixar bem bonito é tu que vai ter que*

*comprar, o catálogo tu que vai ter que comprar, as fotos tu vai ter que imprimir. Então, é um momento que tu gasta um dinheirinho porque senão, se tu depender da gestão não sai nada.” (Eq11).*

Uma forma de cooperação descrita entre equipes foi o uso de ferramentas tecnológicas. Informações sobre o programa, dúvidas e esclarecimentos eram compartilhados por aplicativo de mensagens de celular. No entendimento das equipes de saúde, não houve apoio para comunicação dos resultados do PMAQ-AB, que ocorre informalmente. Durante a Avaliação Externa, a gestão entra em contato para saber como foi o processo e repassam as impressões aferidas informalmente pelos avaliadores externos. As equipes também informaram não receber apoio para discussão dos resultados e identificação de fragilidades:

*“Eu estou esperando até hoje porque eu pedi esse apoio, de a gente sentar e analisar esses dados. Já faz uns dois ou três anos já, que foi do segundo e até hoje ninguém falou.” (Eq19).*

Mudanças organizacionais foram observadas apenas pelos gestores da Atenção Básica, que citaram readequação do Plano de Cargos e Salários, redivisão dos territórios e expansão da ESF decorrentes da participação no programa. Outro sentido relacionado à cultura organizacional é a existência de equipe que desenvolva e apoie a avaliação, indicando a integração desta atividade na rotina da instituição. Os resultados apontam que a participação em três ciclos do PMAQ-AB não despertou nos municípios necessidade de uma equipe para esta atividade. Gestores e equipes relacionaram a criação da Comissão do PMAQ-AB como uma mudança organizacional decorrida do programa. Porém, esta comissão teve como finalidade discutir a divisão do recurso financeiro, sem envolvimento com a construção da capacidade avaliativa. Uma contribuição do programa para este indicador ocorreu com a criação dos cargos de Supervisão da Estratégia Saúde da Família e de Áreas Prioritárias em um dos municípios participantes.

Mudanças relacionadas a prática de avaliação foram levantadas por gestores da Atenção Básica e equipes de saúde. Para a gestão, o PMAQ-AB é o processo avaliativo instituído na Atenção Básica, não havendo outra metodologia utilizada. Antes da sua implementação, os indicadores eram acompanhados pelo SisPacto ou pelo Plano Municipal de Saúde.



Em alguns municípios, a implantação do programa revelou a existência de indicadores similares e o registro de atividades solicitadas pelo programa:

*“[...] algumas equipes tinham já uma forma de organização que indiretamente sem saber, mas já trabalhavam com os indicadores do PMAQ. Alguns instrumentos que no momento da Avaliação Externa tinham que ser apresentados algumas equipes já tinham [...]” (G4).*

Uma maneira descrita pela gestão para institucionalizar o programa foi incorporar seus indicadores ao Plano Municipal de Saúde, envolvendo e ampliando a discussão para outros setores da Secretaria:

*“[...] eu acho que o fato de estar no plano é algo que assim... dá uma... institucionaliza na coisa [...] não é algo mais só da Atenção Primária, é do município. Então, quando a gente foi discutir o módulo do gestor [...] participou gerente da Atenção Primária, da referência, do laboratório, da regulação... todo mundo no auditório pra preencher o módulo eletrônico [...]” (G6).*

Autoavaliação, planejamento e instrumento para verificação da estrutura e funcionamento das unidades já aconteciam antes do PMAQ-AB em dois municípios pesquisados, tais práticas foram revistas buscando alinhamento aos propósitos do programa. Num destes municípios, a irregularidade dos ciclos avaliativos fez com a gestão da Atenção Básica desenvolvesse um instrumento próprio de autoavaliação a ser utilizado por todas as equipes, independente da adesão ao programa, a fim de não perder a rotina anual desta atividade.

Os gestores entrevistados percebem que, apesar de algumas equipes apenas cumprirem os requisitos do programa, sem continuidade das ações, em outras, o comportamento avaliativo das equipes está sendo modificado pelo PMAQ-AB, descrito pela preocupação com projetos de intervenção que não saíram da gaveta, gerando movimentos para alterar essa situação:

*“[...] porque na maioria das vezes a Matriz de Intervenção vai pra gaveta e ela só é retirada depois quando tá na nova fase, quando se tem*

*que fazer o processo novamente. Mas mesmo assim, eu considero positivo porque [...] depois de seis meses tira da gaveta e vem aquela consciência: 'poxa vida, estou vendo aqui de novo, disse aqui eu não fiz nada ou fiz muito pouco'." (G2).*

As equipes entrevistadas reconhecem no programa a estratégia avaliativa adotada pelo município. Embora outras avaliações tenham ocorrido anteriormente, a participação no PMAQ-AB trouxe mudanças no comportamento avaliativo. Ao ter contato com o primeiro ciclo, o volume de atividades demandadas gerou um sentimento de incapacidade entre os profissionais, superado gradativamente nos ciclos posteriores a partir da incorporação das atividades à rotina. Todavia, algumas equipes ainda retomam o processo a partir do anúncio de um novo ciclo, mesmo reconhecendo limitações nesta postura:

*"A gente acaba se organizando melhor quando vai ter... por exemplo, esse terceiro ciclo: 'ah, vai ter o terceiro ciclo, vamos juntar e vamos...'. Aí sim, mas não seria a maneira correta" (Eq8).*

À semelhança dos gestores, as equipes de saúde não têm como prática o uso dos resultados da avaliação, embasando-se na autoavaliação para observar avanços no processo de trabalho. Quando a avaliação é uma atividade considerada importante, são observadas mudanças na cultura organizacional, como destinação de tempo e recursos para sua realização, equipe que desenvolva e apoie esta ação, comunicação e discussão sobre o processo e resultados, e estímulo à reflexão e ao pensar avaliativo<sup>1</sup>.

As evidências demonstraram intensa utilização processual. Contudo, mudanças na cultura organizacional ainda estão sendo assimiladas. As modificações mais evidentes tratam da organização e estruturação da Atenção Básica, observadas pela sua expansão, criação de cargos, divisão de territórios, padronização das unidades, abastecimento de materiais e insumos e readequação do Plano de Cargos e Salários.

A capacidade avaliativa também é um processo em desenvolvimento. Isto pode ser observado pelo uso da autoavaliação como potencial indutor de reflexões e mudanças, inclusão de indicadores do PMAQ-AB no Plano Municipal de Saúde, surgimento de desenhos próprios de autoavaliação, sistematização do monitoramento de indicadores e rotina nas atividades de autoavaliação e planejamento.

Fragilidades foram observadas no comportamento avaliativo que muitas vezes obedece à sazonalidade do programa, na indefinição do apoio institucional e na discussão dos resultados para dar sequência à proposta do PMAQ-AB.

A construção da capacidade avaliativa é um efeito esperado do uso processual, compreendida como ação intencional para criar e sustentar processos contínuos que consolide a avaliação enquanto prática habitual e para que, processo e resultados sejam usados pela instituição<sup>10</sup>. A base teórica do PMAQ-AB se fundamenta nos conceitos de institucionalização da avaliação e cultura avaliativa, assim como seu desenho prevê o uso dos resultados da certificação no planejamento e redefinição do processo de trabalho<sup>49</sup>.

O programa foi a primeira experiência avaliativa para a maior parte dos entrevistados, isso faz considerar que o desenvolvimento de habilidades também está em curso. O apoio institucional é um exemplo, assinalado pelo discreto protagonismo durante o primeiro ciclo<sup>32,48</sup> e pelo desconhecimento das equipes sobre o perfil e finalidade desta função<sup>48</sup>. Naquele momento havia maiores expectativas em relação ao apoio institucional para os ciclos subsequentes<sup>32</sup>, situação não confirmada neste estudo. Esta função esteve bem definida para a gestão, mas segue incerta para as equipes de saúde.

Alguns aspectos destacados pela literatura precisam ser considerados para os próximos ciclos do PMAQ-AB, a fim de contribuir para implementação da cultura avaliativa e mudanças incentivadas pelo uso processual. Um deles é fortalecer o apoio institucional, com atuação em dois pontos: (1) das Secretarias Estaduais de Saúde, formando e instrumentalizando para o uso da avaliação e construção de mudanças por meio de Educação Permanente; (2) da Gestão Municipal dando continuidade a esse processo junto aos apoiadores e às equipes<sup>32,34</sup>. Reservar tempo para avaliação, com apropriação dos objetivos e envolvimento com os instrumentos é outro fator<sup>23,36</sup>, mas este parece estar incorporado à rotina dos entrevistados.

### **Considerações finais**

O objetivo deste artigo foi avaliar o uso processual do PMAQ-AB. Para isso, construiu-se um modelo avaliativo considerado apropriado e coerente pelo grupo de especialistas. A aplicabilidade do estudo de caso demonstrou a expressiva utilização processual do programa, manifestada pelas reflexões, discussões e mudanças suscitadas pelos instrumentos de autoavaliação, matriz de intervenção e Avaliação Externa. Por outro lado,

a falta de clareza no processo sinalizara fragilidades que comprometem a retroalimentação do ciclo avaliativo e que, por consequência, colocam em xeque os efeitos esperados do programa, especialmente no que diz respeito ao apoio institucional, comunicação e discussão dos resultados.

Uma limitação apontada neste estudo foi a seleção de equipes consideradas casos exemplares. É possível que as equipes selecionadas já desenvolvessem um processo de trabalho alinhado aos princípios da Atenção Básica antes da implementação do PMAQ-AB, cuja contribuição tenha sido o refinamento destas ações. Para dar continuidade a esta linha de investigação, sugere-se conhecer o uso do PMAQ-AB nas equipes que melhoraram de desempenho entre os ciclos do programa.

Ao concluir três ciclos, o programa carecia de uma avaliação para conhecer de que forma este processo vem sendo utilizado. A importância em conduzir uma pesquisa desta natureza pode ser observada sob dois aspectos: primeiro, fornecer informações que podem ser utilizadas como referência pelos decisores centrais para corrigir rumos do programa; segundo a modelagem proposta sustenta avaliações de uso para outros objetos de investigação, como uso de serviços e programas.

## Referências

1. Nickel DA. Meta-avaliação da gestão da Atenção Básica em Santa Catarina, com foco na utilização. 2013. . 143f (tese). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
2. Díez MA, Izquierdo B, Malagón E. Increasing the use of evaluation through participation: the experience of a rural sustainable development plan evaluation. *Environmental Policy and Governance*. 2016;26(5):366-76.
3. Patton MQ. *Utilization-focused evaluation*: Sage publications. 2008.
4. Hartz ZMA, Santos E, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM. (org). *Meta-avaliação da Atenção Básica em saúde: teoria e prática* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008:325-40.
5. Mark MM. Toward better research on—and thinking about—evaluation influence, especially in multisite evaluations. *New Directions for Evaluation*. 2011;2011(129):107-19.

6. Sandison P, Vaux T, Mitchell J. ALNAP review of humanitarian action: Evaluation utilisation the utilisation of evaluations. Claremont Press, Horsham, London. 2006.
7. Dubeux L, Albuquerque K, Souza M, Bezerra L. Comunicação dos resultados: um desafio para o uso das lições aprendidas com a avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. (org). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais Rio de Janeiro: MedBook. 2010:131-42.
8. Adams AE, Nnawulezi NA, Vandenberg L. “Expectations to Change”(E2C): a participatory method for facilitating stakeholder engagement with evaluation findings. American Journal of Evaluation. 2015;36(2):243-55.
9. Song X, Letch N, editors. Understanding the utilisation of Information Systems Evaluation: Four Case studies. PACIS. 2014.
10. Donnelly C, Shulha L, Klinger D, Letts L. Using program evaluation to support knowledge translation in an interprofessional primary care team: a case study. BMC family practice. 2016;17(1):142.
11. Colussi CF. Avaliação da qualidade da atenção em saúde em Santa Catarina. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. 300f. (tese). Departamento de Odontologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
12. Felisberto E, Alves C, Bezerra L. Institucionalização da avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. (org). Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais Rio de Janeiro: Medbook. 2010:143-61.
13. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. (org). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais Rio de Janeiro: MedBook. 2010:1-13.
14. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Saúde em Debate. 2014;38:34-51.
15. Chimara MB, Silva E, Pain C, Storopoli JE. Gestão do sistema de saúde do município de São Paulo com base nos parâmetros de

avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na Microrregião de Cidade Tiradentes. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. 2013;2(2):174-97.

16. Brasil. Portaria No. 1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, 2015.

17. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Júnior P, Pereira E, *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde em Debate*. 2014;38:69-82.

18. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2005;20(2):1.

19. Yin RK. Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos: Bookman editora. 2015.

20. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

22. Mark MM, Henry GT. The mechanisms and outcomes of evaluation influence. *Evaluation*. 2004;10(1):35-57.

23. Baughman S, Boyd HH, Franz NK. Non-formal educator use of evaluation results. *Evaluation and program planning*. 2012;35(3):329-36.

24. Song X, Xu L, Letch N, Huang K, editors. The utilisation of IS evaluation a HIS case study. *Information Technology in Medicine and Education (ITME)*, 2012 International Symposium on; 2012: IEEE.

25. Rissi C, Sager F. Types of knowledge utilization of regulatory impact assessments: Evidence from Swiss policymaking. *Regulation & Governance*. 2013;7(3):348-64.

26. Jones J. Using the Delphi and nominal group technique in health service research. *Qualitative research in health care*. 2000.

27. Johnson K, Greenesid LO, Toal SA, King JA, Lawrenz F, Volkov B. Research on evaluation use: A review of the empirical literature from 1986 to 2005. *American Journal of Evaluation*. 2009;30(3):377-410.

28. Cousins JB, Leithwood KA. Current empirical research on evaluation utilization. *Review of educational research*. 1986;56(3):331-64.
29. Yusa A, Hynie M, Mitchell S. Utilization of internal evaluation results by community mental health organizations: Credibility in different forms. *Evaluation and program planning*. 2016;54:11-8.
30. Chimara MB. Percepção dos gestores de unidades básicas de saúde com estratégia saúde da família do município de São Paulo sobre a implantação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) 2015. 113f. (dissertação). Mestrado Profissional em Administração. Universidade 9 de Julho, São Paulo.
31. Casotti E, Marin J, Dutra L, Montenegro LAA, Guimarães M, Corvino M, *et al.* 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. In: Fausto MCR, Fonseca HMS. (org). *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes. 2014:32-57.
32. Seidl H, Lima A, Vieira S. Narrando visíveis e invisíveis: o relato de experiências do trabalho de campo do PMAQ no Estado do Rio de Janeiro. In: Fausto MCR, Fonseca HMS. (org). *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes. 2014:262-87.
33. Højlund S. Evaluation use in evaluation systems—the case of the European Commission. *Evaluation*. 2014;20(4):428-46.
34. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMdA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:2619-30.
35. Shulha LM, Cousins JB. Evaluation use: Theory, research, and practice since 1986. *Evaluation practice*. 1997;18(3):195-208.
36. Schildkamp K, Vanhoof J, van Petegem P, Visscher A. The use of school self-evaluation results in the Netherlands and Flanders. *British Educational Research Journal*. 2012;38(1):125-52.
37. Seldin RS, Rainho MAF, Caulliraux HM. O papel da cultura organizacional na implantação de sistemas integrados de gestão: uma

abordagem sobre resistência à mudanças. XXIII Encontro Nac de Eng de Produção. 2003.

38. D'Ostie-Racine L, Dagenais C, Ridde V. An evaluability assessment of a West Africa based non-governmental organization's (NGO) progressive evaluation strategy. *Evaluation and Program Planning*. 2013;36(1):71-9.

40. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014;38:358-72.

41. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2014;38:209-20.

42. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2015;17(3):1-11.

43. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cadernos de saude publica*. 2017;33(2).

44. Farias SF, Mendes MFM, Albuquerque MSV, Martelli PJJ, Lyra TM. Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as singularidades do estado de Alagoas. In: Fausto MCR, Fonseca HMS. (org). *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes. 2014:164-87.

45. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Júnior JOS, Oliveira KKD, Freitas RJM, Silva WF. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*. 2016;25:821-9.

46. Portela LR, de Araújo Dias MS, Vasconcelos MIO. Programa nacional da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: análise da autoavaliação em sobral, Ceará. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*. 2013;12(1).

47. Queiroz IPD, Valença CN, Oliveira RFS, Marinho CSR, de Azevedo ÁCB, Medeiros BSB, *et al*. National Program for Improving



Access and Quality of Primary Care: Implications of its Implementation in the Brazilian Northeast. *International Archives of Medicine*. 2017;10.

48. Lopes EAA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais. 2013. 92f. (dissertação). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e Nasf. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da pesquisa teve por objetivo avaliar o uso do PMAQ-AB em municípios de Santa Catarina, bem como sua relação com aspectos que potencializam e fragilizam a utilização perante gestores de Atenção Básica e equipes de saúde. Ao concluir esta tese, apresento a motivação pelo objeto, os principais resultados e implicações relacionadas ao desenho do estudo e à linha de pesquisa.

Minha relação com PMAQ-AB começou no primeiro ciclo do programa, em 2012. Naquele momento, era aluna de Mestrado do PPGSC e integrei a equipe do NEPAS que conduziu a Avaliação Externa em Santa Catarina. Particpei de inúmeras reuniões para apresentação do programa, encontros para revisar e contribuir com o instrumento de coleta de dados, testagem do aplicativo e dos *tablets*, elaboração de rotas, logística de transporte e hospedagem, seleção e treinamento dos entrevistadores – mas o fato é que esse primeiro ciclo foi uma descoberta. Somente quando os entrevistadores foram a campo é que pude ter a dimensão do PMAQ-AB: um programa que se propõe a avaliar o acesso e a qualidade da Atenção Básica num país continental.

O caminho percorrido entre Mestrado e Doutorado permitiu que eu estivesse envolvida nestes três ciclos do programa. A leitura dos diários de campo, os relatos dos entrevistadores sobre a vivência de avaliar a Atenção Básica, o compartilhamento de dúvidas sobre a Avaliação Externa e de angústias para a certificação vindos de gestores e equipes de saúde, somado ao esforço teórico, operacional, logístico e financeiro para institucionalizar a avaliação da Atenção Básica por meio do PMAQ-AB aguçaram minha curiosidade para investigar o uso do programa.

Para dar início à proposta idealizada, conduziu-se um estudo de avaliabilidade que subsidiou a construção do modelo teórico-lógico, utilizando como base documentos e normativas que caracterizam o PMAQ-AB matizado pela teoria de uso da avaliação, a partir de estudos teóricos e pesquisas aplicadas.

A validação do modelo ocorreu por conferência de consenso com especialistas pelo Método Delphi por intermédio da plataforma Survey Monkey®. Ambas as estratégias se mostraram potencialmente úteis, considerando o perfil dos especialistas que pertenciam a diferentes regiões do país e a dificuldade logística para realização de conferências presenciais. Ao longo de três rodadas, as contribuições enriqueceram sobremaneira o estudo ao sugerir adequações nas inter-relações dos componentes do modelo, no direcionamento do objeto de avaliação e no foco de investigação. Os especialistas contribuíram também para o

aperfeiçoamento da matriz avaliativa e das perguntas que compunham o roteiro de entrevistas. Ao final deste processo, a construção foi considerada apropriada e consistente, indicando viabilidade para condução de um estudo avaliativo.

A aplicabilidade do modelo foi demonstrada então, em estudo de caso em cinco municípios considerados exemplares, tendo como unidades de análise a gestão de Atenção Básica e as equipes de saúde.

A primeira aproximação para participar da pesquisa partiu de contato telefônico, ocasião em que todos os gestores e profissionais aceitaram prontamente o convite. Mesmo sem conhecer a pesquisadora, o interesse e a motivação foram facilmente percebidos. Para os gestores, a UFSC enquanto instituição e o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) tornaram-se sinônimos de credibilidade, conquistada pelo histórico de parcerias bem-sucedidas com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) na condução da avaliação da Atenção Básica. Os profissionais se sentiram valorizados, tanto pelo processo de seleção das equipes quanto pela oportunidade de terem suas demandas escutadas em relação ao PMAQ-AB.

O desafio de recordar com precisão as informações é reconhecido na literatura como uma possível limitação dos estudos recordatórios, no entanto, isso não ocorreu nesta pesquisa. Gestores e equipes de saúde relataram com tranquilidade a implementação do PMAQ-AB entre 2011 e 2012, a mobilização preparatória para o programa, detalhes da Avaliação Externa e mudanças ocorridas ao longo dos três ciclos. As entrevistas em grupo com as equipes se revelaram uma ferramenta metodológica virtuosa ao permitir o compartilhamento de experiências associadas ao uso do programa.

Faz-se importante registrar que o desenho e a condução desta pesquisa enfrentaram algumas dificuldades e limitações. A proposta metodológica inicial era conduzir o estudo nos 12 municípios de Santa Catarina com população igual ou superior a 100 mil habitantes, avaliando o uso do PMAQ-AB em diferentes combinações de desempenho entre os ciclos do programa. Contudo, a tramitação do projeto junto ao Comitê de Ética envolveu a coleta prévia de documentos e assinaturas dos gestores municipais, situação que demandou mais tempo do que o esperado. Foi necessário então, ajustar o cronograma da pesquisa e esse fato nos levou a modificar a seleção dos casos e aplicar a avaliação nos municípios e equipes considerados exemplares.

Diante desta decisão, identifiquei uma limitação da pesquisa. É possível que as equipes selecionadas já desenvolvessem um processo de trabalho alinhado aos princípios da Atenção Básica antes da

implementação do PMAQ-AB, cuja contribuição tenha sido o refinamento destas ações. Para dar continuidade à linha de pesquisa sobre uso da avaliação, sugiro que estudos futuros investiguem o uso do programa junto a equipes de saúde com outros perfis de desempenho e também com técnicos do Ministério da Saúde, enquanto formulador de políticas e programas de saúde.

A modelagem do estudo abarcou duas principais categorias de uso da avaliação: uso dos resultados e uso do processo. Para o **Uso dos Resultados** foram investigadas três subdimensões: instrumental, conceitual e simbólico. A aplicação da avaliação demonstrou que o uso simbólico ocorreu com maior frequência, enquanto o uso instrumental foi o tipo menos observado.

Para o Uso Simbólico, foi notável a utilização do PMAQ-AB para fins de “negociação estratégica”. Os documentos do programa atuaram para legitimar pressões e orientar a tomada de decisão, ampliou a visibilidade da Atenção Básica e seu envolvimento com outros departamentos da secretaria de saúde, manifestou-se pelas tentativas de influenciar os resultados da Avaliação Externa para obter melhores escores na classificação de desempenho e, enquanto estratégia para a utilização do recurso financeiro, empregado para manutenção da Atenção Básica e como gratificação de desempenho aos profissionais.

Em relação à “prestação de contas”, apesar de haver boa compreensão a respeito das implicações financeiras do PMAQ-AB, existem divergências na aplicação do recurso e na transparência das contas, situação que vem fragilizando o processo avaliativo. Quanto ao “empoderamento das partes interessadas”, existe clareza sobre o funcionamento, objetivos e regras do programa, bem como sobre as mudanças incrementais ocorridas ao longo dos ciclos. Contudo, merece atenção a pouca compreensão sobre os resultados da avaliação. Por fim, não houve referência de uso para o indicador “certificação de melhores práticas”. Esta ocorrência não era esperada tendo em vista que a experiência de equipes exemplares poderia ser mais bem aproveitada para estimular outras equipes a alcançarem melhores práticas de acesso e qualidade.

Em Uso Conceitual, as menções relacionadas ao “aprendizado” e “apoio à gestão do conhecimento” foram direcionadas aos instrumentos do programa, como autoavaliação e matrizes de intervenção, e às repetidas participações nos ciclos avaliativos, mas não aos resultados do PMAQ-AB. O entendimento sobre avaliação não foi alterado, apesar disso, o programa tem estimulado reflexões sobre a prática, identificação de problemas e aprimorado o relacionamento das equipes.

Para o Uso Instrumental, os resultados revelaram que o “aprimoramento do processo de trabalho” e a “tomada de decisão” tiveram como fio condutor o instrumento de autoavaliação, os manuais e normativas do PMAQ-AB e não os relatórios com os resultados da avaliação desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Um possível argumento para a utilização limitada do uso instrumental pode estar na fragilidade da comunicação (“qualidade da comunicação”) traduzida pela demora na divulgação dos resultados, dificuldades para encontrar os relatórios de avaliação e para a compreensão dos resultados.

Para **Uso do Processo**, o uso mais observado do PMAQ-AB tem sido “mudanças na cultura organizacional”. De acordo com os entrevistados, o programa foi utilizado para promover a padronização da infraestrutura e aquisição de materiais e insumos, desenvolver ações para organização do processo de trabalho da gestão e das equipes e mudanças organizacionais, como o Plano de Cargos e Salários e a expansão da Estratégia Saúde da Família. Os aspectos de maior fragilidade foram apoio institucional, comunicação e discussão dos resultados.

A aplicação da avaliação demonstrou abertura de espírito e baixa resistência ao PMAQ-AB, motivadas pela percepção do recurso financeiro. Apesar disso, a dificuldade em compreender os critérios para classificação de desempenho, a falta de fiscalização para o cumprimento de avanços na qualidade e o perfil do avaliador externo foram aspectos aventados que colocam a credibilidade do processo em questão. Os resultados demonstram que a vivência num processo avaliativo tem contribuído para ocorrência de “mudanças individuais de pensamento, atitude e comportamento”. Esta situação foi relatada pelo favorecimento das relações interpessoais, reflexões sobre o programa e o trabalho em equipe, desenvolvimento de parcerias e comunicação de problemas. As correntes teóricas atuais consideram o aprendizado como efeito principal do uso processual, sendo identificado no estudo com contribuições para a formação individual, fomento de novas ideias e desenvolvimento de projetos em conjunto.

Os resultados desta pesquisa sinalizam que os principais aspectos que potencializam o uso do PMAQ-AB estão relacionados ao **Uso do Processo**. Os instrumentos de autoavaliação e de Avaliação Externa em conjunto com as matrizes de intervenção foram considerados disparadores dos momentos de reflexão e discussão, individual e coletivo, que mobilizaram gestores e equipes a implementar as mudanças relatadas. Por outro lado, os principais aspectos que fragilizam o uso do programa foram relacionados ao **Uso dos Resultados**. Condições ligadas à não divulgação dos resultados em tempo oportuno, dificuldades de acesso às

informações da avaliação, apoio para a compreensão dos resultados e formulação das estratégias de mudança, divergências na aplicação dos recursos financeiros, transparência na prestação de contas e compartilhamento de experiências exitosas são fragilidades identificadas neste estudo.

Uma contribuição desta pesquisa está em apresentar informações relevantes para que o Departamento de Atenção Básica possa atender ao seu objetivo maior: desenvolver a capacidade avaliativa na Atenção Básica. Para tal, criar e sustentar processos contínuos que consolidem a aplicação e o uso da avaliação enquanto prática habitual são fundamentais para garantir a sustentabilidade do programa. Devolutiva aos municípios participantes do estudo estão previstas. O objetivo será apresentar os resultados e promover discussões com o interesse de demonstrar como o uso do PMAQ-AB pode contribuir para qualificar a tomada de decisão na gestão de Atenção Básica e as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde.

A pesquisa de campo permitiu constatar que existe uma falha de continuidade no PMAQ-AB pelo fato de não haver a devolutiva dos resultados da Avaliação Externa. Esta condição faz com que todo o movimento de mudança desencadeado pelas fases de Adesão e Contratualização e de Certificação não se articulem com a fase seguinte - Recontratualização, impedindo a retroalimentação do ciclo avaliativo. Esta é uma fragilidade premente que precisa ser revista a fim de que não se perca um importante movimento em direção à institucionalização da avaliação da Atenção Básica no país alcançado pelo PMAQ-AB. Aperfeiçoar relações com as secretarias estaduais para apoiar gestores municipais e equipes de saúde na comunicação, apresentação e desenvolvendo de atividades dirigidas ao uso dos resultados, é uma das contribuições que este estudo apresenta.

Quanto às implicações relacionadas ao desenho do estudo, os indicadores selecionados foram viáveis e atenderam às perguntas norteadoras, mas isso certamente não perde de vista a necessidade de ajustes à medida em que outros pesquisadores utilizem o modelo. Haja vista que a proposta se constituiu numa primeira investigação sobre o uso do PMAQ-AB, elaborou-se um roteiro de entrevista bastante detalhado, preocupado para que nenhum item fosse deixado para trás. Isso tornou as conversas longas e algumas perguntas remeteram a respostas anteriormente fornecidas. Aos interessados em dar seguimento a esta pesquisa, uma sugestão é tornar o roteiro mais objetivo.

Para a organização e sistematização do *corpus* da pesquisa foi utilizado o programa ATLAS.ti para análise de dados qualitativos. Como

recomendação a outros pesquisadores da área de avaliação, sugere-se a utilização de ferramenta semelhante. As saídas dos relatórios contendo o agregado de informações de acordo com as categorias da matriz avaliativa contribui sobremaneira para a análise dos dados.

Por fim, a respeito das implicações relacionadas à linha de pesquisa destaco uma limitação de terminologia nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Ao pesquisar os termos “*avaliação em saúde*”, “*estudos de avaliação como assunto*”, “*avaliação de programas e projetos de saúde*”, “*avaliação de programas e instrumentos de pesquisa*”, “*estudos de avaliação como assunto*” para conduzir a revisão integrativa, identificou-se que a descrição não remete ao uso ou utilização da avaliação. Enquanto pesquisadora da área de avaliação em saúde, reconheço a necessidade de revisão e atualização destes termos a fim de acompanhar o crescimento desta linha de pesquisa no país.

A originalidade da proposta se concretiza pela primeira apresentação do uso dos resultados e do processo no contexto de um programa nacional que visa institucionalizar a avaliação por meio do acompanhamento de ações na Atenção Básica. O arcabouço teórico que sustenta o modelo não se limita a avaliar o uso do PMAQ-AB, pelo contrário, pode ser aplicado a outras propostas para avaliação do uso de serviços e programas. O material coletado com as entrevistas guarda um *corpus* rico para análises futuras, fato que se deve à proposta inicial da pesquisa em conduzir uma avaliação do uso e influência.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, A. E.; NNAWULEZI, N. A.; VANDENBERG, L. "Expectations to Change"(E2C): a participatory method for facilitating stakeholder engagement with evaluation findings. **Am J Eval.**, v. 36, n. 2, p. 243-255. 2015.

ALBUQUERQUE, M. *et al.* Reflexões sobre o processo de realização da PMAQ-AB no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB.** Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p. 88-113.

ALKIN, M. C. **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences.** Part 1 Introduction. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004. p.3-65.

ALVES, M. G. D. M. *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 34-51. 2014.

ALVES, K. C. G.; NEVES, T. C. C. L.; PORTO, F. E. B. Avaliação externa do PMAQ no Tocantins: os nexos entre o novo Estado e a construção da Atenção Básica. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB.** Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p.236-261.

ANDRADE, L. O. M. D.; BARRETO, I. C. D. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org). **Tratado de Saúde Coletiva**, 2012. p.783-835.

BAUGHMAN, S.; BOYD, H. H.; FRANZ, N. K. Non-formal educator use of evaluation results. **Evaluation and program planning**, v. 35, n. 3, p. 329-336, 2012.

BELLO, F. M. D. A.; CARVALHO, E. F. D.; FARIAS, S. F. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife-PE. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 706-719. 2014.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412. 2002.

BRASIL. Portaria MS/GM No 1654, 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) eo Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável. **Diário Oficial da União Brasília**, 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): manual** instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria No. 1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da certificação das equipes de Atenção Básica participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e Nasf**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da certificação das equipes de Atenção Básica - terceiro ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI Jr, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: CORDONI JR, L.; ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. (org). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 27-59.

CASOTTI, E. *et al.* 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. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p.32-57.

CHIMARA, M. B. **Percepção dos gestores de unidades básicas de saúde com estratégia saúde da família do município de São Paulo sobre a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)**. 2015. 113f. (dissertação). Mestrado Profissional em Administração. Universidade 9 de Julho, São Paulo.

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

COLUSSI, C. F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde em Santa Catarina**. 2010. 300f. (tese). Departamento de Odontologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1997. p. 29-47.

COUSINS, J.B; LEITHWOOD, K.A. Current empirical research on evaluation utilization. **Review of educational research**. v.56, n.3, p.331-64. 1986.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Organização Mundial de Saúde. UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, USSR, 6-12 setembro de 1978. Brasília: UNICEF, 1979.

DÍEZ, M. A.; IZQUIERDO, B.; MALAGÓN, E. Increasing the use of evaluation through participation: the experience of a rural sustainable development plan evaluation. **Environmental Policy and Governance**, v. 26, n. 5, p. 366-376, 2016.

DONNELLY, C. *et al.* Using program evaluation to support knowledge translation in an interprofessional primary care team: a case study. **BMC family practice**, v. 17, n. 1, p. 142, 2016.

D'OSTIE-RACINE, L.; DAGENAIS, C., RIDDE, V. An evaluability assessment of a West Africa based non-governmental organization's (NGO) progressive evaluation strategy. **Evaluation and Program Planning**, v.36, n.1, p.71-9. 2013.

\_\_\_\_\_. A qualitative case study of evaluation use in the context of a collaborative program evaluation strategy in Burkina Faso. **Health research policy and systems**, v. 14, n. 1, p. 37, 2016.

DUBEUX, L. *et al.* Comunicação dos resultados: um desafio para o uso das lições aprendidas com a avaliação. In: SAMICO, I. *et al.* (org). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 131-142.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2 ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

FARIAS, S. F. *et al.* Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as singularidades do estado de Alagoas. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p.164-187.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 13-33. 2014.

FAUSTO, M. C. R.; MENDONÇA, M.H.M.; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p.291-311.

FELISBERTO, E. **Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008**. 2009. 171f. (tese). Programa de

Pós-graduação em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife.

FELISBERTO, E.; ALVES, C.; BEZERRA, L. Institucionalização da avaliação. In: SAMICO I. *et al.* (org). **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 143-61.

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

FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* Avaliando as avaliações: meta-avaliação, uma introdução ao tema. In: SAMICO I. *et al.* (org). **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.161-170.

FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2095-2105, 2012.

FONSECA, A. L. N. *et al.* Avaliação externa do PMAQ: (com)partilhando singularidades do estado do Paraná. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p.114-141.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* (org). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 3 ed., 2006. p.55-124.

FRIAS, P. G.; LIRA, P. I. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, Z. M. A. e VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.151-206.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo:(des)velando cenários. **Saúde Debate**, v. 38, n,spe, p. 221-236. 2014.

GARNELO, L. *et al.* Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p. 58-87.

GIORDANI, J. M. D. A. **Acolhimento na Atenção Básica à saúde: políticas, significados e evidências**. 2015. 300f. (tese) Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

GOLDBAUM, A. **O processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014. 77f. (dissertação). Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas. Universidade de São Paulo, São Paulo.

GOMES, W. S. **Programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica: reflexões sobre o papel da avaliação na efetivação da integralidade em saúde**. 2013. 63f. (dissertação). Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

GONÇALVES, M. R. **Contribuições do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para avaliação da atenção nutricional: uma análise a partir do primeiro ciclo do programa**. 2014. 56f. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z.; SANTOS, E.; MATIDA, A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: HARTZ Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org). **Meta-avaliação da Atenção Básica em saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 325-40.

HENRY, G. T.; MARK, M. M. Beyond use: Understanding evaluation's influence on attitudes and actions. **Am. J. Eval**, v. 24, n. 3, p. 293-314. 2003.

HØJLUND, S. Evaluation use in evaluation systems—the case of the European Commission. **Evaluation**, v. 20, n. 4, p. 428-446, 2014.

JOHNSON. K, *et al.* Research on evaluation use: A review of the empirical literature from 1986 to 2005. **Am J Eval**, v.30, n.3, p.377-410. 2009.

JONES, J.; HUNTER, D. Using the Delphi and nominal group technique in health service research. In: POPE, C. e MAYS, N. (org.). **Qualitative research in health care**. London: BMJ Books, 2000. p.40-49.

LIMA, R. C. D. *et al.* De rota em rota a Atenção Básica no Espírito Santo vai se (des)construindo. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p.208-235.

LINHARES, P. H. A.; LIRA, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M. A. N. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. **Saúde Debate**, v. 38, n.spe, p. 195-208. 2014.

LORENA SOBRINHO, J E. *et al.* Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 136-146. 2015.

MACHADO, M. D. F. A. S. *et al.* Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na Atenção Básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 307-312. 2015.

MAGALHÃES Jr, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Saúde Debate**, v. 38, n.spe, p. 14-29. 2014.

MARK, M.M. Toward better research on-and thinking about-evaluation influence, especially in multisite evaluations. **New Directions for Evaluation**, n.129, p.107-19. 2011.

MATA, N. D. S. *et al.* O Amapá e sua diversidade cultural no cenário da Atenção Básica: um encontro com o PMAQ. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p.142-163.

MAYER, B. L. D. A. **Implantação da avaliação em saúde da Atenção Básica na perspectiva das equipes de ESF**. 2014. 96f. (dissertação). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. e VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.41-63.

MEDINA, M. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 69-82, 2014.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. D. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 39, n. spe, p. 1033-1043. 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institucional. Secretarias. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentos. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sas/departamentos>>. Acesso em 13 janeiro de 2019.



MOTA, R.R.A. **Avaliação da Atenção Básica e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: implantação do PMAQ-AB na região do Médio Paraíba Fluminense.** 2015. 186f. (tese). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MOTA, R. R. D. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122-127. 2015.

NATAL, S. *et al.* A implementação do projeto estratégico de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das secretarias de saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (org). **Meta-avaliação da Atenção Básica em saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 341-67.

NATAL, S. *et al.* Estudo de avaliabilidade da Rede de Formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cad. saude colet.**, v. 18, n. 4, p. 560-71. 2010.

NICKEL, D. A. **Meta-avaliação da gestão da Atenção Básica em Santa Catarina, com foco na utilização.** 2013. 143f (tese). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

NICKEL, D. A. *et al.* O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n.12, p. 2619-2630. 2014.

OLIVEIRA, V. E. **Política de Saúde: as bases históricas da estruturação do SUS.** Rio de Janeiro: PUC, 2004.

OLIVEIRA, J. O. *et al.* **Introdução ao Método Dephi.** Curitiba: Mundo Material: 16 p. 2008.

OLIVEIRA, A. P. D. **Análise descritiva dos indicadores da Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ referente às equipes de Saúde Bucal.** 2014. 38f. (monografia). Especialização em Saúde Coletiva e Educação em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PELLENSE, M. C. S. **Satisfação dos usuários e a qualidade da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Norte.** 2013. 54f. (dissertação). Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. D.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 358-372. 2014.

PONTE, H. M. S.; OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. M. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 34-47. 2016.

PROTASIO, A. P. L. **Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB.** 2014. 175f. (dissertação). Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 209-220. 2014.

REIS, C. D. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 492-501, 2004. ISSN 0102-311X.

RISSI, C.; SAGER, F. Types of knowledge utilization of regulatory impact assessments: Evidence from Swiss policymaking. **Regulation & Governance**, v. 7, n. 3, p. 348-364, 2013.

RIZZOTTO, M. L. F. *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 237-251. 2014.

SANDISON, P.; VAUX, T.; MITCHELL, J. **ALNAP review of humanitarian action: Evaluation utilisation the utilisation of evaluations.** London: Claremont Press, Horsham, 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ AB. Disponível em:

<<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/pmaq/10452-o-que-e-pmaq/file>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

SANTOS, N. R. D. Sistema Único de Saúde-2010: espaço para uma virada. **Mundo saúde**, v.34 , n.1, p. 8-19. 2010.

SCHILDKAMP, K. *et al.* The use of school self-evaluation results in the Netherlands and Flanders. **British Educational Research Journal**, v. 38, n. 1, p. 125-152, 2012.

SEIDL, H.; LIMA, A.; VIEIRA, S. Narrando visíveis e invisíveis: o relato de experiências do trabalho de campo do PMAQ no Estado do Rio de Janeiro. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p.262-287.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, supl., p. 203-211. 2002.

SHULHA, L.M; COUSINS, J.B. Evaluation use: theory, research, and practice since 1986. **Evaluation practice**, v.18, n.3, p.195-208. 1997.

SONG, X. *et al.* The utilisation of IS evaluation: a HIS case study. **Information Technology in Medicine and Education (ITME)**, 2012 International Symposium on, 2012, IEEE. p.960-964.

SONG, X.; LETCH, N. Understanding the utilisation of Information Systems Evaluation: four case studies. **PACIS**, 2014. p.321.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 7, p. 113-118. 2000.

\_\_\_\_\_. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, v. 38, n.spe, p. 52-68. 2014.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1. 2005.

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

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YUSA, A.; HYNIE, M.; MITCHELL, S. Utilization of internal evaluation results by community mental health organizations: Credibility in different forms. **Evaluation and program planning**, v. 54, p. 11-18, 2016.

## APÊNDICE A – Organização dos estudos analisados na revisão de literatura do PMAQ-AB

AUTOR, ANO	TÍTULO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Albuquerque <i>et al.</i> , 2014	Reflexões sobre o processo de realização do PMAQ no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco	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.
Alves <i>et al.</i> , 2014	Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil	O desempenho das equipes localizadas na região Sudeste, em capitais, em municípios de maior porte e com maior número de equipes por UBS apresentaram desempenho mais favorável para a obtenção dos cuidados no que se refere à disponibilidade e acolhimento. Os resultados convergem para a necessidade de políticas e ações voltadas à qualificação da atenção prestada nos municípios de pequeno porte. Condições favoráveis implicam melhor possibilidade de utilização dos serviços, contribuindo para a

		consolidação de uma porta de entrada acolhedora e resolutiva pela APS.
Alves, Neves e Porto, 2014	Avaliação externa do PMAQ no Tocantins: os nexos entre o novo Estado e a construção da Atenção Básica	Um fato que chamou a atenção dos avaliadores da qualidade foi o instrumento só contemplar profissionais de nível superior quando existem membros de outros níveis de qualificação que foram excluídos da avaliação. Os autores propõem maior divulgação do PMAQ-AB no Tocantins, incluindo gestores e profissionais de saúde, reforçando a importância da avaliação. Tais medidas poderão favorecer uma maior adesão voluntária das equipes de saúde às próximas edições do programa.
Bello, Carvalho e Farias, 2014	Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife-PE	O fator facilitador da implantação foi o alinhamento político entre os governos federal e municipal; já os que limitaram foram o período eleitoral e a expressiva disputa entre os partidos políticos, além da mudança do secretário de saúde e da equipe gestora. De uma forma geral, os atores envolvidos cooperaram para a implementação do programa, principalmente os gestores federal e municipal. Em contrapartida, houve pouco envolvimento e mobilização da SES/PE e resistência de alguns profissionais de saúde em aderir ao programa. A análise do processo identificou baixa qualidade e financiamento da AB como elementos influenciadores na formação da agenda. O processo de implementação se desenvolveu,

		<p>predominantemente, de forma top-down. A razão da concepção do programa foi considerada estratégica e promoveu alterações na relação entre as diferentes esferas de governo através de mecanismos de controle, via normas e regulamentos. Quanto ao monitoramento e à avaliação do programa, foram observadas mudanças significativas no processo de trabalho das equipes, indicando um potencial gerador de mudanças do programa.</p>
<p>Casotti <i>et al.</i>, 2014</p>	<p>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</p>	<p>Os resultados foram sistematizados em duas categorias: 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) pela realização 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</p>

		afetam a qualificação e o acesso à Atenção Básica (contrastes).
Chimara, 2015	Percepção dos gestores de Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família do município de São Paulo sobre a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)	Entender a percepção dos gestores sobre a implantação do PMAQ com estudo de casos e entrevista. O contexto para implantação foi favorável, com profissionais motivados, compreensão clara da proposta e dos objetivos e gerenciamento adequado para redução das resistências. Já o processo revelou-se problemático, não houve articulação adequada entre gestão e profissionais, a implantação não foi considerada contínua, o engajamento das equipes foi parcialmente satisfatório, as condições estruturais, o tempo e os recursos não foram considerados satisfatórios. A auto avaliação não foi considerada uma ferramenta adequada e útil para o planejamento das ações, apesar disso os gestores afirmam que o PMAQ tem atingido o objetivo de melhoria da qualidade no SUS, de melhoria do acesso e da efetividade das ações.
Farias, <i>et al.</i> , 2014	Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as singularidades do 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 e poder local. Estes elementos foram acentuados pelo contexto do ano eleitoral numa região do país que tradicionalmente é caracterizada pela disputa acirrada nas questões políticas. A pouca compreensão



		<p>de gestores e profissionais em relação ao processo de avaliação foi um elemento que dificultou o andamento 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.</p>
Fonseca <i>et al.</i> , 2014	<p>Avaliação externa do PMAQ: (com)partilhando singularidades do Estado do Paraná</p>	<p>O PMAQ-AB permitiu um conhecimento da realidade regional cujos desdobramentos vão desde a redefinição de linhas de investigação 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. Do ponto de vista da coordenação estadual, o PMAQ fortaleceu o papel articulador não apenas junto às universidades como também no âmbito político-institucional.</p>
Garcia <i>et al.</i> , 2014	<p>Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários</p>	<p>O grupo utilizou como fonte de investigação os dados secundários dos módulos I e II do PMAQ para revelar aspectos da organização da AB sob três eixos de análise: trabalho em saúde, processo de trabalho e, estrutura, ambiência e acessibilidade. Os resultados sinalizam para a desprecarização das relações de trabalho,</p>

		dispositivos de planejamento e acolhimento operados satisfatoriamente e dificuldades de utilização dos serviços pelos usuários devido à inadequação do ambiente.
Garnelo <i>et al.</i> , 2014	Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica	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 revendo estratégias operacionais, de acordo com as singularidades dos modos de viver na Amazônia. 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. A proposta desafiadora de visitar todas as unidades básicas de saúde desenvolveu expertise local para a pesquisa avaliativa.
Giordani, 2015	Acolhimento na Atenção Básica à Saúde: políticas, significados e evidências	Avaliar o acolhimento na AB na perspectiva do das equipes de saúde, utilizando metodologia quali-quanti. Percebeu-se o quanto é importante a interação de aspectos de origem teórico-

		metodológica distintas para compor um cenário de interpretação de uma conjuntura que pressupõe influências de cunho político e social, sendo dessa forma possível ampliar a visão de determinado tema, colaborando para seu melhor desenvolvimento. A evidência das diferenças entre as regiões na realização de acolhimento pelas equipes de saúde foi complementada pelo significado atribuído às experiências das equipes sobre acolhimento e discutida/comparada com as políticas de saúde.
Goldbaum, 2014	O processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	O estudo se propõe a realizar uma discussão com base na literatura para avaliar o potencial de contribuição do PMAQ para o fortalecimento e consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A revisão sugere que a atual PNSB é, historicamente, a mais alinhada aos princípios do SUS e demonstra a ampliação na estruturação desta rede em todos os níveis de atenção. A respeito do PMAQ, o autor coloca o programa como exemplo de fortalecimento da saúde bucal por incluir indicadores de avaliação e monitoramento de saúde bucal, garantindo a sua continuidade e valorização mesmo em alternância de governos.
Gomes, 2013	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o	A investigação documental aponta que este é um programa instrumental atrelado ao cumprimento de requisitos para o recebimento de incentivos

	papel da avaliação na efetivação da integralidade em saúde	financeiros. Caracteriza-se, portanto, como instrumento administrativo de planejamento, coordenação, organização, comando e controle dos serviços da AB. Nessa lógica, não garante a participação dos avaliados no processo, não valoriza as peculiaridades dos sujeitos e dos territórios. A autora afirma que há algo de objetivismo e de utilitarismo no programa.
Gonçalves, 2014	Contribuições do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para avaliação da atenção nutricional: uma análise a partir do primeiro ciclo do programa	O estudo objetivou conhecer e discutir as possibilidades e limitações do PMAQ para a avaliação da atenção nutricional, utilizando a análise documental. Os resultados apontam que os instrumentos se referem principalmente aos aspectos da estrutura dos serviços e do processo de trabalho dos profissionais no tocante a vigilância alimentar e nutricional e promoção da alimentação adequada e saudável, destacando ações voltadas ao público materno-infantil - não englobando comportamentos, satisfação do usuário ou melhoria do estado de saúde, logo não avaliam a dimensão resultado.
Lima <i>et al.</i> , 2014	De rota em rota a Atenção Básica no Espírito Santo vai se (des)construindo	A proximidade com a eleição municipal criou tensões que os autores consideram 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.

Linhares, Lira e Albuquerque, 2014	Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará	O grupo avaliou a implantação do PMAQ no Ceará através do Modelo CIPP (Contexto, Inputs, Processos e Produto), empregando pesquisa documental e entrevista estruturada. O estudo apontou que a implantação se deu de forma verticalizada, com necessidade de readequação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros, além da melhoria da participação do Estado no financiamento da Atenção Básica. Verificam a importância da participação popular no processo para esclarecimento na utilização dos recursos financeiros do programa, principalmente do incentivo aos profissionais por cumprimento de metas.
Lorena Sobrinho <i>et al.</i> , 2015	Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco	O grupo utilizou como fonte de investigação os dados secundários dos módulos I, II e III do PMAQ para avaliar o acesso e a qualidade das ações e serviços da equipe de saúde bucal. A maioria das unidades apresentou disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações. No processo de trabalho destaca-se compartilhamento da agenda entre os profissionais da equipe e participação no acolhimento à demanda espontânea. Há dificuldades na marcação de consulta com o dentista, operacionalização da rede de cuidados em saúde bucal deficitária para serviços de prótese e indefinição de fluxos para as demais especialidades.

Machado <i>et al.</i> , 2015	Programa Saúde na Escola: estratégia promotora de saúde na Atenção Básica no Brasil	O grupo utilizou como fonte de investigação os dados secundários do módulo II do PMAQ para identificar e descrever as ações desenvolvidas no Programa Saúde na Escola (PSE). Todas as regiões apresentaram resultados expressivos acerca da realização de atividades na escola, com destaque para a Norte. Contudo, a capacitação dos profissionais para trabalhar com educação e saúde precisam ser fortalecidos.
Magalhaes Junior e Pinto, 2014	Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?	O artigo aprofundou os significados de AB como porta de entrada do sistema, a ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado a partir da análise dos dados secundários PMAQ e da pesquisa realizada pela Ouvidoria do MS com usuários SUS. Os resultados afirmam que a AB está mais próxima das pessoas, facilitação do acesso, redução do tempo de espera por consultas, crescente resolutividade da demanda na UBS. Como limitações estão ainda as ações focalizadas em grupos estratégicos, dificuldade de resultado de exames e pequenos procedimentos que poderiam ser realizados na UBS também foram destacados. A coordenação do cuidado e ordenamento das RAS foi um aspecto relevante de limitação da AB levantado pelos autores.
Mata <i>et al.</i> , 2014	O Amapá e sua diversidade cultural no cenário da Atenção Básica: um	No Amapá, a experiência de envolvimento com a proposta do PMAQ favoreceu o reconhecimento e reflexão sobre

	<p>encontro com o PMAQ</p>	<p>as particularidades, fragilidades e fortalezas de construir o SUS na região norte. O panorama da saúde pública neste estado reflete o quanto o poder público está distante dos usuários e o quanto os profissionais precisam de políticas de fortalecimento de suas práticas no cotidiano de trabalho. 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.</p>
<p>Mayer, 2014</p>	<p>A implantação da avaliação em saúde da Atenção Básica na perspectiva das equipes de ESF</p>	<p>Identificar como os profissionais da ESF participam da implantação do PMAQ. Foram selecionadas equipes com desempenho “muito acima da média” para a pesquisa qualitativa. Como resultados: o programa favoreceu a autonomia dos profissionais em reuniões de equipe; identificação dos limites do programa com fragmentação/racionalização da avaliação e difícil socialização dos resultados (comprometer o redirecionamento das ações das equipes); qualificação dos serviços prestados com a mudança da gestão do cotidiano para uma produção coletiva do cuidado; organização e sistematização do trabalho e consequentemente de</p>

		<p>aprendizagem às equipes. A implantação proporcionou a visualização, a consciência dos trabalhadores frente ao seu trabalho e sua determinação para as tomadas de decisão e condutas da equipe, subsidiou o planejamento e a gestão quanto do seu cotidiano e evidenciou a existente possibilidade da avaliação se tornar operacional, uma prática de rotina normal e natural.</p>
<p>Medina <i>et al.</i>, 2014</p>	<p>Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?</p>	<p>O grupo utilizou como fonte de investigação os dados secundários do PMAQ para descrever as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas e cotejar estas informações com a comprovação documental. Os resultados demonstraram incipiência na realização das ações analisadas, especialmente dirigidas para idosos e para a detecção de problemas entre escolares. A pouca comprovação das ações realizadas traduz a baixa institucionalização dessas ações no âmbito da ESF. O grupo aponta limitação do instrumento ao não contemplar ações intersetoriais, destacando este aspecto como melhoria para os próximos ciclos.</p>
<p>Medrado, Casanova e Oliveira, 2015</p>	<p>Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB</p>	<p>O programa parece ser um importante na gestão dos recursos, auxiliando na utilização dos serviços de saúde e contribuindo com melhorias no acesso e na qualidade. Entretanto, a incorporação de tais objetivos no processo de trabalho diário das</p>



		<p>equipes torna-se importante e necessária para que todo o serviço não fique condicionado a apenas um programa. Este é um dos desafios a serem superados no contexto analisado com o melhor aproveitamento das informações em saúde para melhoria da gestão, facilitando o monitoramento dos objetivos e das metas, além de estimular a capacidade analítica das equipes e planejamentos mais efetivos. Essa percepção é muitas vezes reforçada pelos gestores à medida que há uma cobrança sobre indicadores e metas, sem ao menos ser feito um trabalho paralelo com as equipes para esta melhoria, de maneira a incentivá-los e qualificá-los. Isso remete a pensar a forma verticalizada que o PMAQ-AB foi implantado com ausência de esclarecimentos e prazos ínfimos para a discussão do programa com os gestores municipais, pautado em um discurso normativo.</p>
Mota e David, 2015	<p>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar</p>	<p>As autoras propõem uma reflexão sobre o programa, tendo em vista sua estratégia atual de avaliação dos serviços de AB. Os aspectos destacados foram: estímulo à relação competitiva entre equipes e à obtenção do reconhecimento por mérito, essencialmente relacionados à quantificação da produção e aos indicadores de resultados, em lugar de reafirmar o direito universal à saúde integral; o processo avaliativo nacional é bastante complexo, dispendioso e exaustivo, tanto para as equipes como para os</p>

		avaliadores; o tempo é demasiadamente curto para identificação de problemas, definição de estratégias de intervenção e mudança de realidades.
Mota, 2015	A avaliação da Atenção Básica e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: implantação do PMAQ-AB na região do Médio Paraíba Fluminense	Analisar a implantação do PMAQ tendo como eixo de análise o processo de trabalhos dos ACSs, numa abordagem quanti-quali. O programa não capta a potencialidade e o trabalho dos ACSs, sua participação é identificada somente pelo aspecto instrumental (produtor/registrador de informações). Para os gestores o programa possibilita resgate dos princípios da ESF, com maior envolvimento e retomada de alguns processos. Para os ACSs, o programa é a pactuação e cumprimento de metas para incentivo financeiro.
Oliveira, 2014	Análise descritiva dos indicadores da Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ referente às equipes de Saúde Bucal	A autora utilizou como fonte de investigação os dados secundários do PMAQ referentes ao módulo II, com ênfase no perfil profissional e processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal. Verificou-se que a maior parte das equipes apresentam poucos profissionais qualificados para atenção na ESF, comprometendo o processo de trabalho.
Pellense, 2013	Satisfação dos usuários e a qualidade da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Norte	A autora utilizou como fonte de investigação os dados secundários do PMAQ na dimensão satisfação do usuário, sistematizando um protocolo de pesquisa com as dimensões organizacional,

		interpessoal e estrutural. A dimensão organizacional apontou que a marcação de consulta constitui empecilho ao acesso do usuário. Para a dimensão estrutural, o horário de atendimento das UBSs adequa-se às necessidades, a coordenação do cuidado fica prejudicada pela dificuldade de consulta com especialistas. Na dimensão interpessoal se destaca bons níveis de satisfação dos usuários, apesar da falta de materiais/equipamentos ser lembrada como fator negativo no cuidado.
Pinto, Sousa e Ferla, 2014	O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora	O grupo propôs uma contextualização sobre a formulação do programa, apoiado em referenciais de análise de políticas públicas. Os resultados identificam um incremento federal nos recursos destinados à AB e inova na capacidade de mobilização e avaliação embasada na utilização de indicadores de autoavaliação e avaliação externa.
Protasio <i>et al.</i> , 2014	Avaliação do sistema de referência e contra referência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB	Os resultados apontam fragilidades na integração desta rede: entre gestores do sistema e gerência dos serviços, serviços de saúde, serviços de saúde e SADT, entre as práticas clínicas. Sugere-se como alternativas para a superação desta fragilidade, ações de EP e criação de protocolo de acesso às especialidades.
Protasio, 2014	Fatores associados à satisfação do	A autora utilizou como fonte de investigação os dados secundários

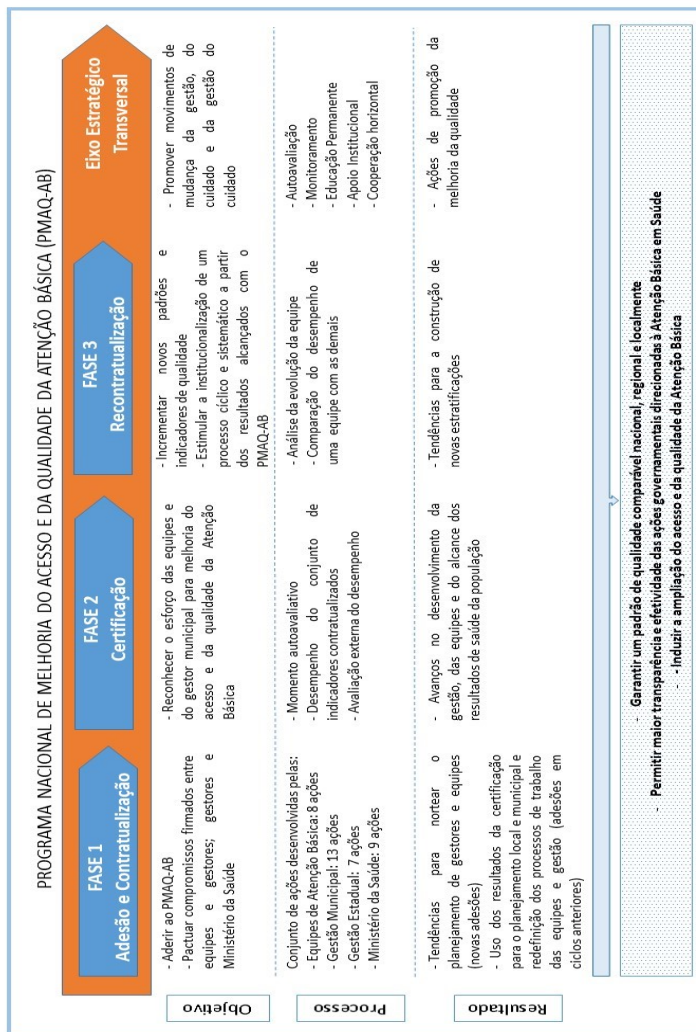
	usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do primeiro ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB	do PMAQ para analisar os fatores que influenciam a satisfação do usuário e elaborar um modelo de suporte às decisões do gestor sobre esta dimensão. Para o Brasil, os fatores associados foram: a equipe não resolver as necessidades do usuário dentro da UBS, usuário não se sentir respeitado pelos seus hábitos. Para as regiões do Brasil, foram: horário de atendimento que não atende às necessidades, usuário não conseguir ser escutado sem ter marcado horário e dificuldade de fazer reclamação/sugestão na UBS.
Rizzotto <i>et al.</i> , 2014	Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná	O grupo utilizou como fonte de investigação os dados secundários dos módulos I e II do PMAQ para analisar a composição da força de trabalho e aspectos da gestão do trabalho. No PR repete-se o modelo centrado no médico, há baixa oferta de dentistas, os enfermeiros são os mais presentes nas UBS predomina a forma de ingresso por concurso público e como fragilidade também, a baixa resolutividade das ações de EP.
Seidl, Lima e Vieira, 2014	Narrando visíveis e invisíveis: o relato de experiências do trabalho de campo do PMAQ no Estado do Rio de Janeiro	Um dos complicadores, que atravessou todo o processo de avaliação externa, foi a realização desta etapa em ano eleitoral, com rotatividade de gestores e profissionais das equipes, gerando tensões. Percebeu-se fragilidade na articulação entre os gestores e profissionais, principalmente na circulação de informações relativas ao programa, mesmo entre equipes contratualizadas que

		referiam não ter recebido apoio da gestão para a auto-avaliação. O contato com os gestores demonstrou pouco entendimento no que se refere à utilização do recurso financeiro obtido pela adesão e certificação. Gestores 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 usufruissem do recurso financeiro com foco na melhoria do acesso e da qualidade.
Teixeira <i>et al.</i> , 2014	Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	O grupo utilizou como fonte de investigação os dados secundários do módulo II do PMAQ, considerando as práticas de promoção da saúde. Os resultados direcionam que estas práticas são fragmentadas e focalizadas na atenção a grupos de risco biológico, criticando a limitação do instrumento que não permite descrições mais abrangentes.

**Fonte:** autora do estudo.



## APÊNDICE B - Modelo Lógico do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

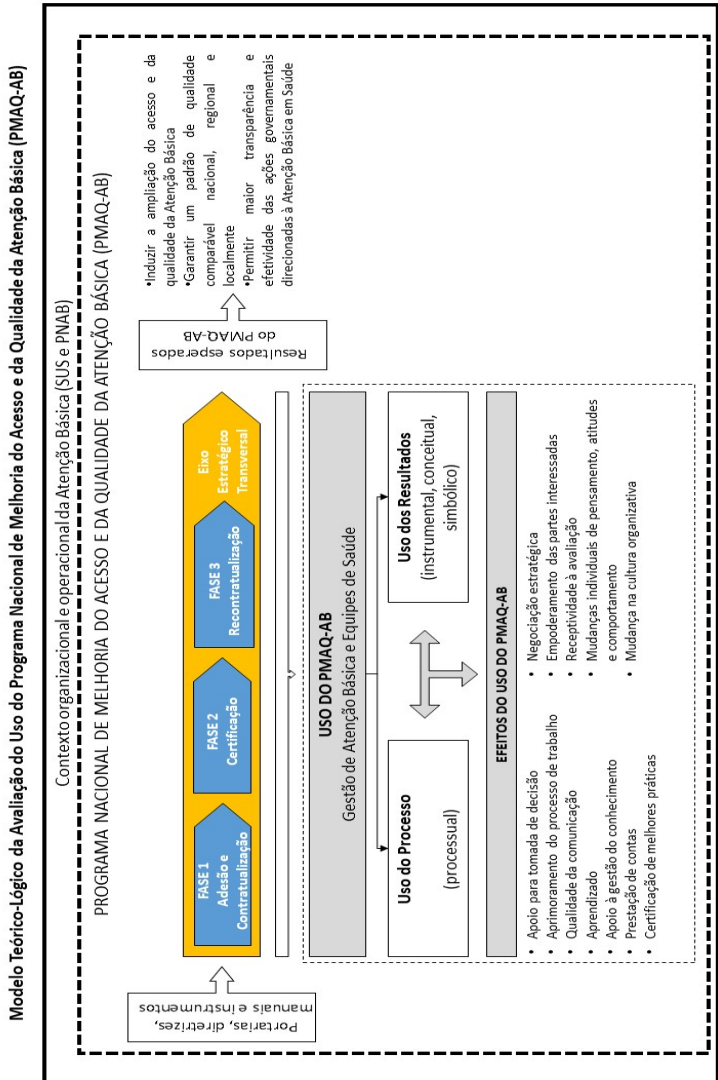


Fonte: autora do estudo.





## APÊNDICE C - Modelo Teórico-Lógico da Avaliação do Uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)



Fonte: autora do estudo.



## APÊNDICE D - Matriz Avaliativa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

<b>DIMENSÃO USO DOS RESULTADOS</b>	
<p>Consiste na aplicação direta das recomendações da avaliação para qualificar a tomada de decisão, aprimorar o processo de trabalho e atuar como plataforma para melhorar a comunicação institucional de maneira crítico-reflexiva, contínua e participativa (DUBEUX <i>et al.</i>, 2010).</p>	
<b>SUBDIMENSÃO INSTRUMENTAL</b>	
<p>O uso instrumental é definido como a aplicação direta e concreta dos resultados da avaliação para tomada de decisão, resolução de problemas ou modificação no programa (BAUGHMAN, BOYD e FRANZ, 2012; SONG <i>et al.</i>, 2012). No contexto da avaliação do uso do PMAQ-AB, o uso instrumental pode ser referido por gestores, coordenadores e equipes de saúde no apoio para a tomada de decisão, aprimoramento do processo de trabalho e estabelecimento de um canal de comunicação, por exemplo (SONG e LETCH, 2014).</p>	
<b>INDICADORES</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
<p>Apoio para tomada de decisão</p>	<p>A utilização de resultados/recomendações de uma avaliação pode contribuir para qualificar o processo decisório, embasando as decisões de acordo com a realidade local e em evidência de pesquisa (SHULHA e COUSINS; 1997). No contexto do PMAQ-AB, a utilização dos resultados pode orientar gestores, coordenadores e equipes de saúde a priorizar ações que promovam mudanças e melhorias no processo de trabalho.</p>
<p>Aprimoramento do processo de trabalho</p>	<p>O processo de desenvolvimento do PMAQ-AB possibilita aos gestores, coordenadores e equipes de saúde um momento de reflexão sobre suas ações. A utilização dos resultados da avaliação oportuniza o reforço das potencialidades e permite identificar as fragilidades, orientando um plano de intervenção para apoiar o processo de trabalho em direção à concretização de mudanças necessárias (BRASIL, 2016).</p>
<p>Qualidade da comunicação</p>	<p>No contexto uso dos resultados do PMAQ-AB, é fundamental a existência de um canal que comunique os resultados da avaliação para gestores, coordenadores e equipes de saúde. A qualidade da comunicação expressa a clareza com que estes resultados são relatados, o tipo de recomendação</p>

	indicada, se a comunicação dos resultados ocorreu em tempo oportuno. Esse indicador expressa também as relações de comunicação estabelecidas entre a gestão, coordenação e equipes de saúde (COUSINS e LEITHWOOD, 1986; JOHNSON <i>et al.</i> , 2009).
<b>SUBDIMENSÃO CONCEITUAL</b>	
O uso conceitual é uma forma indireta de utilização das informações de avaliação. Refere-se à capacidade da avaliação de influenciar o pensamento e mudar a compreensão dos envolvidos (SONG e LETCH, 2014). Mesmo que os resultados da avaliação não sejam colocados em prática, o uso conceitual busca identificar a aprendizagem, a elaboração de novos conceitos e ideias (enlightment) (MARK e HENRY, 2004; BAUGHMAN, BOYD e FRANZ, 2012).	
<b>INDICADORES</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
Aprendizado	O processo de avaliação do PMAQ-AB pode atuar como um importante momento interativo e pedagógico para gestores, coordenadores e equipes de saúde. Espera-se que a pactuação dos indicadores de monitoramento, as reflexões e discussões em equipe durante a auto-avaliação e a preparação para avaliação externa oportunizem o aprimoramento e a aquisição de novos conhecimentos, a elaboração de novos conceitos e indique mudanças na concepção sobre a organização do serviço. Este aprendizado pode ser observado em mudanças na prática em saúde na Atenção Básica, no processo de trabalho, nos resultados alcançados, bem como, aprofundamento no entendimento sobre o PMAQ-AB e avaliação em saúde (HARTZ, SANTOS e MATIDA, 2008; SONG e LETCH, 2014).
Apoio à gestão do conhecimento	A produção de conhecimento entre gestores, coordenadores e equipes de saúde para melhor compreensão e julgamento a respeito do programa e das políticas de saúde, é um dos resultados que se espera alcançar com o PMAQ-AB (BRASIL, 2015). Esse conhecimento poderá mobilizar à prática de planejamento no cotidiano dos serviços de saúde, no sentido de possibilitar alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas e fortalecer a capacidade dos atores para agir com autonomia diante da proposta de intervenção (MARK e HENRY, 2004; BRASIL, 2015).

<b>SUBDIMENSÃO SIMBÓLICO</b>	
<p>Refere-se ao uso político da avaliação. Os resultados podem ser utilizados para justificar ou legitimar uma posição e ganhar adeptos, ou ainda quando bem sucedida, a avaliação pode se tornar tanto uma referência de boas práticas quanto se tornar um mecanismo de barganha e autopromoção (SONG <i>et al.</i>, 2012; RISSI e SAGER, 2013; SONG e LETCH, 2014). A utilização política de uma avaliação também pode resultar na prestação de contas e responsabilização (BAUGHMAN, BOYD e FRANZ, 2012; SONG e LETCH, 2014).</p>	
<b>INDICADORES</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
Prestação de contas	Tem o intuito verificar se a gestão utiliza os resultados da avaliação para prestar contas das ações em saúde realizadas a partir incremento financeiro oportunizado pelo PMAQ-AB - Componente da Qualidade, atitude que demonstra a capacidade da gestão em exercer com responsabilidade e transparência a alocação de recursos e investimentos públicos (TANAKA e MELO, 2000; BODSTEIN, 2002; NICKEL, 2013).
Certificação de melhores práticas	Um aspecto positivo do uso simbólico é a valorização de práticas exitosas com o intuito de permitir a troca de experiências e valorizar práticas promotoras de melhoria da qualidade da APS/ABS. Este compartilhamento possibilita que as partes interessadas revejam as suas descobertas, atentem aos resultados alcançados, valorizem suas potencialidades e motivem outras equipes a alcançar seus objetivos (BRASIL, 2016; ADAMS, NNAWULEZI e VANDERBERG, 2015).
Negociação estratégica	Sabendo-se que o PMAQ-AB é uma avaliação de desempenho mediada pelo recurso financeiro, sua utilização pode ter relação com a capacidade de negociação. Gestores, coordenadores e equipes de saúde deverão saber equalizar diferentes pontos de vista, mediar tensões políticas e rivalidades frente à diferentes interesses e anseios a respeito da forma de aplicação do recurso financeiro (COUSINS e LEITHWOOD, 1986; SONG e LETCH, 2014). Para que as evidências da avaliação sejam utilizadas com responsabilidade, este indicador também busca verificar se houve ações de autopromoção e barganha a partir dos resultados da avaliação do PMAQ-AB.

Empoderamento das partes interessadas	O potencial de empoderamento de uma avaliação considera o caráter participativo e emancipatório para o desenvolvimento dos envolvidos. Quando os grupos de interesse compreendem melhor a racionalidade do programa avaliado, nesse caso o PMAQ-AB, seus parâmetros e critérios de julgamento – tais aspectos podem gerar maior credibilidade e legitimidade aos processo avaliativo, aumentando as chances de utilização dos resultados e da capacidade de intervenção sobre a realidade local (FURTADO e LAPERRIÈRE, 2012).
---------------------------------------	---

<b>SUBDIMENSÃO USO DO PROCESSO</b>	
<p>Avanços dirigidos à avaliação a partir da visão construtivista ampliaram a percepção sobre uso, considerando que o todo o processo avaliativo pode ser útil ao programa (MARK, 2011). O “uso do processo” define mudanças nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, além de mudanças nos procedimentos e na cultura do programa ou da organização como decorrentes da aprendizagem durante o processo de avaliação (BAUGHMAN, BOYD e FRANZ, 2012).</p>	
<b>INDICADORES</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
Receptividade à avaliação	<p>Este indicador se relaciona com a atitude dos gestores municipais, coordenadores e equipes de saúde em relação ao processo de avaliação do PMAQ-AB. Busca identificar a abertura de espírito das partes interessadas e seu compromisso com a realização da avaliação, e identificar resistência à avaliação (JOHNSON <i>et al.</i>, 2009). Estes aspectos são considerados fatores importantes para potencializar o uso dos resultados/recomendações e produzir mudanças nas organizações (COUSINS e LEITHWOOD, 1986).</p>
Mudanças individuais de pensamento, atitudes e comportamento	<p>A vivência num processo de avaliação como o PMAQ-AB pode contribuir individualmente para abertura de espírito às mudanças, favorecer o relacionamento entre os membros da gestão, coordenação e equipe de saúde, além de permitir o exercício da negociação entre os diferentes interesses dos atores envolvidos no processo avaliativo (NICKEL, 2013).</p>
Mudanças na cultura organizacional	<p>O PMAQ-AB tem como finalidades desenvolver uma cultura de planejamento, negociação e contratualização que implica na gestão dos recursos financeiros em função dos compromissos e resultados alcançados, além de envolver e mobilizar gestores e equipes de saúde em um processo de mudança da cultura de gestão para a qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2015). Quando a avaliação é uma atividade considerada importante para a gestão, mudanças na cultura organizacional podem ser observadas, como: destinação de recursos para sua realização, equipe que desenvolva e apoie esta ação, tempo destinado à avaliação e discussão sobre o processo e seus resultados, comunicação dos</p>

	resultados e estímulo à reflexão e ao pensar avaliativo (NICKEL, 2013). Estes aspectos se traduzem na incorporação da avaliação de maneira orgânica e sistemática, valorizando a importância do diálogo e se distanciando da relação punitiva para qualificação das decisões (FELISBERTO, ALVES e BEZERRA, 2010; MEDRADO, CASANOVA e OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2016).
--	---

**Fonte:** autora do estudo.



## APÊNDICE E - Roteiro de entrevista



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Roteiro de entrevista do estudo “Avaliação do Uso do PMAQ-AB  
em municípios de Santa Catarina”**

### USO DA PESQUISADORA

Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora início: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min    Hora término: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Duração: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_    Sexo: ( ) masculino    ( )  
feminino

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_    E-mail: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_    Pós-  
graduação: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) Gestão de Atenção Básica    (\_\_\_\_)

Equipe de saúde

Função

exercida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tempo de exercício na função: \_\_\_\_\_

Participação no PMAQ-AB: ( ) ciclo I ( ) ciclo II ( ) ciclo III

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

<b>Perfil do entrevistado</b>	Gostaria de saber qual a sua formação e como foi a sua trajetória profissional até chegar à Secretaria de Saúde.
<b>Avaliação em saúde no município</b>	A gestão realiza algum tipo de avaliação em saúde além do PMAQ-AB? Explique.
	A gestão / equipes de saúde tem implantado um processo regular de Monitoramento e Avaliação para acompanhamento e divulgação dos resultados da AB no município?

<b>PMAQ-AB</b>	Como a gestão /equipes de saúde receberam a notícia sobre o PMAQ-AB? A gestão / equipes de saúde, naquele momento, estavam abertas para essa avaliação? Houve algum conflito ou resistência? Como isso foi resolvido?
	Em algum momento os objetivos e os resultados esperados com o PMAQ-AB foram apresentados para a gestão / equipes de saúde? Como isso ocorreu?
	Você sabe como é feita a classificação de desempenho das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB? Quais são os critérios e parâmetros de julgamento?
	De que maneira a gestão auxilia as equipes de saúde a fazer autoavaliação, planejamento, negociação e acompanhamento dos indicadores do PMAQ-AB? De que maneira a gestão oferece Apoio Institucional às equipes de saúde? Os processos de autoavaliação e apoio institucional já eram rotina ou foram iniciados a partir do PMAQ-AB?
	A gestão auxiliar as equipes de saúde a analisar os resultados do PMAQ-AB para construir intervenções capazes de potencializar mudanças? Como acontece esse auxílio?
	Na sua opinião, a gestão / equipes de saúde utiliza os resultados da avaliação do PMAQ-AB para apoiar/orientar alguma decisão? Qual foi a decisão?
	Houve mudanças no aprimoramento do processo de trabalho identificadas a partir do PMAQ-AB? Quais foram essas mudanças? A gestão / equipes de saúde consideram os resultados dos ciclos anteriores para priorizar alguma atividade ou local de atuação? Explique.
	Com a avaliação do PMAQ-AB, houve algum tipo de mudança institucional na secretaria de saúde? Houve mudanças nos valores da gestão/equipes de saúde, normas de trabalho, criação ou mudança de setores e cargos como consequência do PMAQ-AB? Explique.
	Gostaria de saber como é feita a comunicação entre a gestão e as equipes de saúde envolvendo o PMAQ-AB. Como é a comunicação antes de iniciar o PMAQ-AB? Como é a comunicação após o término do PMAQ-AB? Como é essa relação?
	O (A) Senhor (a) acredita que a avaliação do PMAQ-AB trouxe alguma mudança na comunicação entre a gestão e

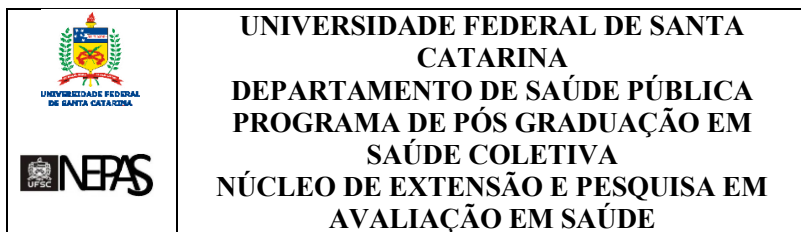
	as equipes de saúde? Por que o (a) senhor (a) acha que isso ocorreu? Poderia ser diferente?
	Como foi a comunicação dos resultados do PMAQ-AB? Como ocorreu, em que momento? Quem foi o público-alvo?
	O (A) Senhor (a) acredita que o tempo decorrido entre a fase de Avaliação Externa e a divulgação dos resultados do PMAQ foi adequado? Por quê?
	O (A) Senhor (a) acredita que a sua participação no PMAQ-AB oportunizou o aprimoramento e a aquisição de novos conhecimentos, a elaboração de novos conceitos? Qual foi este aprendizado? E como foi para os outros profissionais de saúde?
<b>PMAQ-AB</b>	O (A) Senhor (a) mudou a sua concepção sobre AB, avaliação em saúde ou ainda sobre o PMAQ-AB após passar pelos ciclos do programa? O que mudou? O (A) Senhor (a) percebe essa mudança nos outros profissionais?
	O (A) Senhor (a) lembra de alguma atividade de capacitação, aprimoramento, ações de educação permanente ou continuada, oficinas desenvolvidas por causa do PMAQ-AB? Por que e como ocorreu? Poderia ser diferente?
	Gostaria de perguntar sobre o destino do incentivo financeiro do PMAQ-AB. O (A) Senhor (a) sabe se existe incentivo financeiro do PMAQ-AB? Qual a fonte, de onde vem o recurso? Você sabe qual o destino desse recurso?
	O recurso financeiro do PMAQ-AB é aplicado na AB ou tem destino para outros níveis de atenção? As prioridades para investimento deste recurso passaram a ser definidas considerando os resultados do PMAQ-AB? Como as equipes de saúde são comunicadas sobre o incentivo financeiro do PMAQ-AB? Como é feita a distribuição do incentivo financeiro para as equipes de saúde?
	O (A) Senhor (a) tem lembrança se durante a fase de avaliação externa alguns aspectos e/ou informações foram valorizados para que a equipe fosse bem avaliada?
	Os resultados da avaliação do PMAQ-AB serviram como reconhecimento do trabalho da prefeitura, da secretaria de saúde e/ou das equipes melhor certificadas? Como isso ocorreu?

	Os resultados da avaliação do PMAQ-AB motivaram outras equipes a alcançar bons resultados? Como isso ocorreu? Por exemplo, na troca de experiências com outras equipes, em seminários de melhores práticas. A gestão / equipes de saúde conhece e utiliza a Rede Comunidade de Práticas do PMAQ-AB?
	Os resultados da avaliação do PMAQ-AB foram utilizados de maneira estratégica ou política pela prefeitura, pela secretaria de saúde ou pelas equipes de saúde? Como isso ocorreu? A resposta foi positiva ou negativa?
	O (A) Senhor (a) ficou sabendo de algum conflito, divergência ou reconciliação política, ação antiética motivado pelos resultados da avaliação do PMAQ-AB? Se sim, qual foi a situação? Quando e como isso ocorreu? Como foi resolvido?
<b>Para encerrar</b>	Quais são os benefícios que o (a) Senhor (a) identifica com o PMAQ-AB para o seu município / equipe?
	O (A) Senhor (a) teve alguma surpresa com o resultado da avaliação do PMAQ-AB? Os resultados foram condizentes com o esperado? Por quê?
	O PMAQ-AB influencia na implementação da política de Atenção Básica neste município? Como ocorre?
	Como você percebe o comprometimento da gestão / equipes de saúde com o PMAQ-AB? Esse comprometimento melhorou ao longo dos ciclos? Explique
	O (A) Senhor (a) notou alguma diferença na motivação do seu trabalho diário ou no trabalho dos outros profissionais, durante ou após a avaliação do PMAQ-AB? Por que o (a) Senhor (a) acha que isso ocorreu? Poderia ser diferente?
<b>Para encerrar</b>	Você considera que o PMAQ-AB tem ocasionado mudanças em seus pensamentos, atitudes e/ou comportamento? Quais são essas mudanças? Você considera que essas mudanças tenham ocorrido entre membros da gestão /equipes de saúde? Explique.
	Você considera que o PMAQ-AB tem sido capaz de revelar as potencialidades e fragilidades das ações da gestão / equipes de saúde? Por quê? Você se sente mais capaz de agir sobre a realidade local por causa do PMAQ-

	AB? Você tem credibilidade no processo de avaliação e nos resultados apresentados pelo PMAQ-AB? Por quê?
	Para cada um: resuma o PMAQ-AB numa frase

**Fonte:** adaptado de Felisberto (2009) e Nickel (2013).

## APÊNDICE F - Termo de Ciência e Concordância das instituições envolvidas



### TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

O Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (NEPAS/UFSC) tem a satisfação de desenvolver estudos de avaliação em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), sempre com o objetivo de apoiar e aprimorar a gestão pública em saúde em Santa Catarina.

Finalizamos o 3º ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB, no qual o NEPAS/UFSC foi novamente parceiro para coleta dos dados em municípios catarinenses. Nesta oportunidade gostaríamos de convidar o município de (**nome do município**) para também participar da coleta de dados da pesquisa de doutorado intitulada “AVALIAÇÃO DO USO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) EM MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA”, desenvolvida pela doutoranda Gabriella de Almeida Raschke Medeiros, sob orientação das Profas. Dras. Maria Cristina Marino Calvo e Daniela Alba Nickel.

A pesquisa tem por objetivo avaliar o uso do processo e dos resultados produzidos pelo PMAQ-AB nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde em municípios de Santa Catarina. Para o desenvolvimento da pesquisa avaliativa foram selecionados os municípios catarinenses com porte populacional igual ou superior a 100.000 habitantes que tenham participado de, pelo menos, dois ciclos concluídos do programa. Cada município terá duas unidades de análise: (1) a gestão de Atenção Básica e (2) a equipe de saúde. O instrumento para a coleta de dados será entrevista semiestruturada, registradas através da gravação de áudio mediante prévia anuência dos entrevistados. Esta

pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (CEP/UFSC 2.229.055).

O Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde é conhecedor que os municípios catarinenses têm se destacado nas iniciativas de avaliação e esperamos ótimos resultados de nossas equipes neste terceiro ciclo do PMAQ. Esperamos também que os resultados possibilitem o incremento da capacidade de avaliação da Atenção Básica, identificando aspectos facilitadores e dificultadores do uso que o programa exerce sobre as ações e comportamentos dos diversos atores para a gestão pública em saúde.

Cordialmente,

Gabriella Medeiros, Daniela Nickel e Cristina Calvo.

Florianópolis, junho de 2018.

**TERMO DE ACEITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA “AVALIAÇÃO DO USO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) EM MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA”**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Cargo ou função: \_\_\_\_\_

Documento de identificação: \_\_\_\_\_

(  ) Aceito o convite para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DO USO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) EM MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA”.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite para participar do estudo “Avaliação do uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina”

Através deste termo estamos convidando o Senhor / a Senhora para participar do estudo “AVALIAÇÃO DO USO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): EM MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA”. Nossos **objetivos** são descrever o processo de implantação do PMAQ-AB em Santa Catarina; propor e aplicar um modelo avaliativo sobre uso do PMAQ-AB; identificar o uso do PMAQ-AB pela gestão de Atenção Básica e pelas equipes de saúde; analisar os aspectos facilitadores e limitadores para o uso do PMAQ-AB pela gestão de Atenção Básica e equipes de saúde; identificar as mudanças promovidas pelo PMAQ-AB na gestão de Atenção Básica e nas equipes de saúde e, analisar os aspectos facilitadores e limitadores para concretização destas mudanças na gestão de Atenção Básica e nas equipes de saúde. A **metodologia** utilizada é a pesquisa avaliativa com abordagem de estudo de caso desenvolvida em 2 momentos: (1) descrição da intervenção em envolve a descrição do programa e a construção do modelo teórico-lógico com base na literatura e (2) execução da pesquisa avaliativa que inclui a construção da matriz de avaliação contendo suas dimensões, indicadores e parâmetros. Neste momento também foram selecionados os municípios para a realização da coleta de dados através do estudo de caso. O **pressuposto defendido** é que as gestões de Atenção Básica e equipes de saúde que apresentam uma cultura avaliativa incorporada no cotidiano farão melhor uso dos resultados produzidos pelo PMAQ-AB e dos

recursos oportunizados para a melhoria em saúde. Deste modo, o presente estudo se **justifica** por apontar uma lacuna no conhecimento quanto ao uso dos resultados produzidos pelo PMAQ-AB nas ações da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde.

Faz-se importante esclarecer que este projeto obedeceu a todos os procedimentos técnicos e éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, bem como normalizações emanadas da Comissão de Ética em Pesquisa da UFSC. Ao decidir participar desta pesquisa, o (a) participante terá garantido: a plena liberdade para decidir participar da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa – sem penalização alguma; a manutenção do sigilo e da privacidade durante todas as fases da pesquisa; receber uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; o ressarcimento e cobertura de quaisquer despesas decorrentes da pesquisa e; indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar desconforto, dano e/ou riscos ao (a) participante, as pesquisadoras se comprometem a anular qualquer possibilidade de identificação do município ou equipe de saúde participante através da utilização de algarismos alfanuméricos. Esperamos que este estudo possa contribuir para o incremento da capacidade de avaliação da AB, sendo, portanto, imprescindível identificar os aspectos facilitadores e dificultadores do uso dos resultados desta avaliação e comportamentos dos diversos atores para a construção de uma cultura avaliativa e para a qualificação da gestão pública em saúde. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue.

Eu, \_\_\_\_\_

Documento de Identidade nº \_\_\_\_\_

declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a participar do estudo “Avaliação do Uso do Programa Nacional de Melhoria Do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB): um estudo de caso em municípios de Santa Catarina”. Esta pesquisa é desenvolvida sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo (e-mail: [mcmcalvo@ccs.ufsc.br](mailto:mcmcalvo@ccs.ufsc.br)), e coorientação da Profa. Dra. Daniela Alba Nickel (e-mail: [daniela.spb@gmail.com](mailto:daniela.spb@gmail.com)), telefone (48) 3721-9847 e de responsabilidade da doutoranda Gabriella de Almeida Raschke Medeiros

(e-mail: [gabriella\\_arm@yahoo.com.br](mailto:gabriella_arm@yahoo.com.br), telefone (48) 99934-8635 - todas vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme objetivos e metodologia expostos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.  
Município      dia      mês      ano



## APÊNDICE H – Resultados completos da pesquisa

Este apêndice apresenta os resultados completos da tese referentes ao uso do PMAQ-AB, organizados de acordo com as dimensões da matriz avaliativa (uso dos resultados e uso do processo) e suas respectivas subdimensões, representadas pelas tipologias de uso, e os indicadores aplicados na sistematização das informações.

### Uso dos Resultados do PMAQ-AB

#### Uso Instrumental

A sistematização das entrevistas identificou que o uso para **“apoio à tomada de decisão”** e **“aprimoramento do processo de trabalho”** foram relacionados ao momento autoavaliativo e às matrizes de intervenção, ou seja, associado ao uso processual e não aos resultados do PMAQ-AB.

*“A gente trabalha em cima da matriz de intervenção”. (Eq10).*

*“É, em cima da autoavaliação e da matriz de intervenção”. (Eq11).*

A **“qualidade da comunicação”** para a gestão de Atenção Básica ocorreu de maneira formal e informal no que diz respeito à publicização dos resultados do PMAQ-AB, tanto na divulgação da certificação para as equipes quanto na comunicação do desempenho do município para a sociedade.

Em alguns municípios a gestão promove reunião com as equipes de saúde para comunicar e discutir os resultados (maneira formal).

*“[...] eu pegava das minhas equipes a nota, os indicadores e numa reunião interna, conversava com as equipes”. (G6).*

*“A gente faz uma reunião com eles pra discutir o resultado, mas no grupo, né?” (G2).*

Em outros municípios, a comunicação é informal - “boca a boca”.

*“Então, foi meio assim... não foi assim, chamamos e... Foi por e-mail, saiu o resultado, daí um foi de boca em boca e as*

*equipes começaram a saber como é que tinha sido [...]” (G5).*

O Conselho Municipal de Saúde foi amplamente referido pelos gestores como público ao qual os resultados de desempenho das equipes e do município são direcionados. A mídia local e os usuários também foram lembrados.

*“Normalmente tem uma apresentação oficial da situação de como está o município, como o município foi certificado, né?” (G6).*

*“E depois quando é publicada a nota então, também é a comunicação que se envolve. Ai as informações são passadas também pra comunidade na grande mídia né? e COMUS [...] os agentes antigos também falam pra população nas visitas: “Ah, saiu resultado. A nossa unidade foi avaliada assim, se vocês quiserem saber com mais detalhes vai ser publicado no site daqui a um tempo e tal”. (G2).*

Na percepção das equipes de saúde, a comunicação dos resultados é desarticulada. De modo geral, elas não recebem retorno ou *feedback* de seu desempenho no PMAQ-AB, apesar de considerarem relevante. Alguns profissionais referem lembrança de terem recebido esses resultados durante reunião, por e-mail ou pela enfermeira da unidade de saúde. O detalhamento dos resultados também foi relatado como insuficiente, especialmente para compreender por que equipes alocadas dentro da mesma estrutura física receberam classificações de desempenho diferentes.

*“Talvez falte um retorno porque é bom, assim pra gente ficar sabendo como a gente foi nessa avaliação. Isso eu sinto falta.” (Eq2).*

*“[...]quando a nossa (nota) abaixou, nós fomos procurar, eu e o enfermeiro, o porquê, onde que estava isso. Só que ninguém passava isso para nós, a gente queria ver a avaliação tópico por tópico. Foi até que apareceu, mas não ficou claro porque você recebeu uma nota*

*assim se estava igual da outra equipe. Por que a outra equipe cresceu, a nossa abaixou, se os índices eram os mesmos? Isso ficou muito estranho”.* (Eq18).

Houve divergências na percepção da comunicação dos resultados entre os profissionais que atuam no mesmo município.

*“A coordenação... acho, pelo o que eu me lembre passou pra gente em reunião. Eu sabia que a nossa nota era boa na minha equipe... a nossa nota era alta.”* (Eq3).

*“Eu nunca tive um feedback: ah, a equipe de vocês tirou tal nota.”* (Eq1).

Gestão de Atenção Básica e equipes de saúde concordam em dois aspectos: demora do Ministério da Saúde em divulgar os resultados da Avaliação Externa e a dificuldade em utilizar o e-gestor para acessar os resultados do programa. O e-gestor é uma ferramenta que disponibiliza relatórios públicos de todos os sistemas da Atenção Básica, inclusive do PMAQ-AB. Dificuldade para encontrar e analisar o relatório de desempenho, falta de orientação adequada e transparência para permitir o acesso das equipes aos resultados foram episódios revelados a partir das entrevistas.

*“Na verdade, foi uma avaliação que eu acho que eles colocaram no e-gestor ali... [...] avaliação ali das equipes, alguns critérios que foram colocados, mas avaliação daquela equipe eu juro pra ti que não sei identificar”.* (G1 referindo-se aos resultados do ciclo 2 do PMAQ-AB).

*“Se a gente fizesse a avaliação e logo em seguida sáisse o resultado, eu creio que com certeza, a maior parte das equipes, elas já sentariam e iam conversar sobre o que deu errado naquela avaliação porque está bem fresco na memória tudo o que foi feito.”* (Eq5).

*“[...] E eu só tenho a senha porque eu bati o pé. Porque eu fiquei ligando na secretaria: como é que eu faço a minha senha, onde é que eu tenho que entrar, eu quero ver onde é que a gente errou. [...] E mesmo no portal é confuso, é bem confuso.” (Eq19).*

*“É que as coisas parecem meio nebulosas. Se a gente for ligar hoje na Secretaria de Saúde e perguntar: qual é o portal que eu acesso com login e senha para saber tal coisa sobre o PMAQ?, eles vão passar o telefone para vinte e cinco pessoas antes que alguém saiba responder e a pessoa que vai responder, vai responder errado.” (Eq13).*

### Uso Conceitual

A referência de **“aprendizado”** ocorreu tanto nas falas da gestão de Atenção Básica quanto das equipes de saúde. A análise demonstrou aquisição de conhecimento formal relativo a conteúdos sobre Saúde Pública relacionado ao uso processual do PMAQ-AB. O instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ) foi citado como disparador desta ocorrência.

*“E aí quando tu pegas um AMAQ pra um gestor responder ele vê na hora assim, cai na mesa, no colo dele o que ele precisa fazer. Então isso pra mim, como eu falei no começo, não tem preço!” (G2).*

A sistematização das entrevistas evidenciou que o aprendizado com o PMAQ-AB tem permitido maior segurança na condução e organização da gestão da Atenção Básica e domínio sobre o processo de trabalho e organização de fluxos, mesmo entre gestores municipais em atividade no cargo há alguns anos.

*“E eu acho que de um modo geral assim, me qualifiquei muito assim sabe, pra conduzir assim né? organizar, coordenar o processo de Atenção Básica que é a minha função na essência, né?” (G2).*



*“[...] acho que todo o meu processo mudou, todo o meu conhecimento de Atenção Primária - e eu sempre acreditei na Atenção Primária - mas eu acho que isso também melhorou com o PMAQ, né?” (G6).*

Outro aspecto revelado foi sobre avaliação, por exemplo, compreender a importância do processo avaliativo para a tomada de decisão, a necessidade dos indicadores e habilidade para realizar planilhas de cálculo. Os gestores entrevistados atribuíram à matriz de intervenção o aprendizado para sistematizar a organização e visualização das ações planejadas. Comparativamente, o primeiro ciclo foi lembrado como disparador de novos conhecimentos.

*“[...] de entender por que... porque que a gente precisa ter aquele indicador, né? Avaliar aquele indicador, né? Isso sim. Eu acho que... que a gente começa a entender a importância de qualquer processo avaliativo pra tomada de decisão, entende?” (G5).*

*“[...] esse olhar pra Atenção Primária com...com... uma metodologia, sabe? de uma forma sistemática.” (G6 referindo-se à matriz de intervenção).*

Os exemplos de conceitos aprendidos pelas equipes de saúde foram: o que é e como elaborar a matriz de intervenção; entendimento sobre discussão de caso, projeto terapêutico singular e equipe de saúde bucal e, conceito de Estratégia Saúde da Família.

*“[...] Uma vez ela me mostrou como é que fazia e tal [...] porque eu nem sabia o que era uma matriz de intervenção também no começo, né?” (Eq16).*

*“Então, ali pra mim era um roteiro da felicidade [...] Tudo que eu não aprendi na faculdade [...] e o que eu não tive de orientação dos meus coordenadores e da prefeitura, eu tive com o PMAQ, lendo os cadernos do PMAQ pra entender.” (Eq11).*

O uso do PMAQ-AB para “**apoio à gestão do conhecimento**” foi relatado nas entrevistas conduzidas com gestores e equipes de saúde. A gestão de Atenção Básica identificou fragilidades no processo de trabalho das equipes avaliadas, especialmente relacionadas às linhas de cuidado de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

*“[...] uma das fragilidades que a gente tem até de conhecimento, o que a gente estabeleceu foi para linha de cuidado [...] em hipertensão e diabetes que é algo assim, que as equipes têm um processo muito enfraquecido.” (G1).*

Como atividade de educação permanente, os entrevistados da gestão mencionaram a realização de oficinas preparatórias para a fase de Avaliação Externa e discussão dos resultados dos indicadores do PMAQ-AB com coordenadores das equipes avaliadas. No entanto, essas ações não foram entendidas pelos entrevistados como educação permanente.

*“[...] É que é assim, no município a gente especificamente do PMAQ, a gente não estabeleceu alguma coisa assim de educação permanente. O que a gente tem estabelecido é em relação, na verdade assim [...] que é um preparo na verdade pro PMAQ, né?” (G1).*

Os manuais do programa deram condições para que a gestão influenciasse seus pares sobre o potencial da Atenção Básica, nas reuniões orientadas para a discussão de acesso, acolhimento e referencial do PMAQ-AB.

*“[...]a gente tem um embasamento de qualidade, um parâmetro, um referencial, né? [...] Então, todo mundo começou a mudar um pouquinho o olhar. [...] pra aquele que não sabia o que era Atenção Primária, que não sabia o papel da Atenção Primária a partir do programa: ah, é isso! faz tudo isso!” (G6).*

As entrevistas com as equipes de saúde destacaram dois aspectos principais: atividades de educação permanente e mudanças na concepção sobre avaliação. No que diz respeito à educação permanente, de modo geral, as falas revelam que as necessidades apontadas pelas matrizes de intervenção não suscitaram oferta de capacitação, oficinas ou aperfeiçoamento. Alguns profissionais lembraram de ciclos de palestras

sobre tabagismo, cardiologia e ginecologia, no entanto, não tem certeza se foram motivadas pelo PMAQ-AB. Situação inversa foi pontuada pelas equipes de Saúde Bucal.

*“[...]No que a gente usou a matriz de intervenção foi o câncer bucal, trabalhar o câncer bucal e fazer educação permanente com as ACSs, que é uma coisa muito difícil.” (Eq11).*

*“Todos os dentistas foram fazer esse preenchimento (da autoavaliação) lá na prefeitura porque na época tinha uma questão sobre o acolhimento, se a gente fazia o acolhimento. Então, já foi aproveitado assim, pra uma conversa pra gente fazer assim, o acolhimento.” (Eq2).*

A percepção das equipes sobre avaliação no primeiro ciclo do programa era que os avaliadores externos tinham a missão de julgá-los, de medir o que eles estavam fazendo de certo e errado no espaço da Atenção Básica. A continuidade dos ciclos avaliativos amadureceu esse entendimento e a avaliação despertou reflexão sobre a prática para melhorar o processo de trabalho.

*“É que mudou o conceito, assim... Eu acho que no primeiro todo mundo, tanto quem avaliava como a gente, não tinha um preparo. [...] deu a impressão que o primeiro ciclo recebia mais como uma prova que estava te julgando. E agora não, a gente consegue... é uma avaliação, mas no sentido de a gente refletir qual é a nossa prática, a gente conseguiu fazer isso.” (Eq7).*

*“[...] Antes a gente pensava isso: vai vir alguém medir. E hoje eu penso que avaliação é mais eu rever o meu olhar e ver o que eu posso melhorar, e não simplesmente... e refletir, isso mesmo. A gente está refletindo aqui o nosso processo de trabalho pra ver o que eu vou melhorar na próxima vez.” (Eq8).*

Por outro lado, alguns profissionais citaram que o PMAQ-AB não oportunizou mudanças na concepção sobre avaliação e aprendizado, o sentimento foi de cobrança.

*“De Atenção Básica eu acho... eu posso dizer que esse conceito mudou pra mim quando eu fiz a minha especialização em Saúde da Família, mas não especificamente por causa do PMAQ. Do PMAQ, não. PMAQ a gente se sentiu, acho que mais avaliado, mesmo”. (Eq2).*

*“Não capacitado, né? Avaliado e cobrado”. (Eq3).*

### Uso Simbólico

Para a gestão de Atenção Básica, a prestação de contas ocorre principalmente entre atores do núcleo central, envolvendo secretário de saúde, diretores, setor financeiro e comissão fiscalizadora. O Conselho Municipal de Saúde também foi lembrado, contudo não pelo seu papel garantidor de ampla participação, mas para legitimar o processo de transparência. Uma dificuldade levantada pelos entrevistados foi o cálculo do recurso financeiro, segundo o desempenho alcançado por equipe.

*“[...] e hoje a discussão do recurso é da gestão: gerência financeira, com secretário, com diretores - não passa pelos técnicos, né? É apresentado no Conselho Municipal, enfim né? Segue todos esses trâmites, mas não é algo que é discutido com uma comissão de representantes, não.” (G6).*

*“[...] agora, o nosso financeiro destrincha tudo ali, que é uma dificuldade pra saber o que veio, quanto e pra quem, né? [...]eu acho que o nosso nó aqui é a questão do pagamento pras equipes, do quanto pras equipes, o quanto pra gestão investir na Atenção Primária, que é essa prestação de contas do que foi, né?” (G6).*

Para os gestores entrevistados, parece estar clara a alocação do recurso financeiro do PMAQ-AB no PAB Variável - Componente de Qualidade, bem como, o valor transferido e sua relação com o desempenho alcançado pelas equipes contratualizadas.

*“[...] A gente tinha, tinha controle no Fundo Nacional de Saúde de quanto que vinha mensal.” (G3).*

*“A gente tem a compreensão que ele (recurso financeiro) vem por equipe, né? O valor de acordo com a adesão e depois de acordo com a certificação.” (G6).*

No que se refere à aplicação do recurso financeiro, observou-se que uma parte é investida na manutenção da Atenção Básica e outra na gratificação de incentivo aos profissionais. Na primeira situação, orienta a aquisição de materiais e insumos de acordo com necessidades listadas pelas equipes e pelo Módulo de Observação da Unidade Básica de Saúde, organização e participação em eventos. Oftalmoscópio, nebulizador, oxímetro, carro e motorista para a realização de visita domiciliar, squeeze de água, uniformes, pranchetas, protetor solar, sonar, mapa inteligente, totens e placa de identificação foram exemplos do que a gestão recebeu das necessidades listas pelas equipes de saúde.

*“As equipes montaram uma lista, né de necessidades, de coisas que elas precisavam pra melhorar o acesso, pra fazer grupos, que eles não tinham, né?” (G4).*

*“[...] Quando a gente fez as novas atas de licitação, algumas coisas a gente colocou com base no que a gente não tinha na hora da avaliação. Então [...] algumas coisas que faltavam no momento da avaliação foram já... é... foi solicitado já a compra com recurso do PMAQ.” (G5).*

Apesar da gestão não considerar as demandas do programa para orientar atividades de educação permanente, houve relatos que preveem a aplicação do recurso para esta finalidade.

*“[...] então ele (recurso financeiro) era para manutenção, né? pra compra de materiais e*

*insumos. Uma parte disso pode ser direcionado ali pra educação permanente, né? [...] tem uma lei que cria o Núcleo de Educação Permanente, tem um decreto e no decreto ele prevê que a gente... que uma porcentagem de alguns recursos que a gente recebe, um deles o PMAQ, pode ser usado pra educação permanente, né?” (G5).*

A gratificação de incentivo com recursos do PMAQ-AB foi uma realidade encontrada em quatro dos cinco municípios participantes da pesquisa. As falas dos gestores informaram diferenças na porcentagem do valor destinado para este fim e os profissionais incluídos neste pagamento. Os municípios criaram sua própria comissão fiscalizadora para definir os critérios de divisão do recurso.

*“Então, 95% é destinado pra gratificação e 5% fica com a gestão pra daí fazer algumas mudanças, assim... na Atenção Básica né?” (G2).*

*“[...] a gente tem aqui no município uma gratificação de incentivo que é uma porcentagem do que vem de recurso financeiro do PMAQ. Então, 45% do recurso que vem é distribuído pros profissionais da Atenção Básica, né? (G5).*

*“[...] Faltas, excesso de faltas injustificadas – tinha lá os critérios que ele (servidor) poderia perder o recurso ou perder parte desse recurso. Então, essa comissão fiscalizadora que fazia, que avaliava servidor por servidor mediante um documento do RH e encaminhava isso para secretário de saúde que ele assinava, carimbava, deferia pra fazer o pagamento em dezembro.” (G4).*

A utilização do recurso financeiro do PMAQ-AB foi coibida para atender outras necessidades da Secretaria de Saúde.

*“Quando eles vinham com alguma situação que a gente via que não contemplava aquilo*

*que a gente podia gastar com relação ao PMAQ, nós não assinávamos. Pra outros serviços de especialidade, pra outras situações a gente não assinava.” (G4).*

Apesar de limitações na transparência, houve relatos sobre a contribuição da gestão de Atenção Básica ao ensinar as equipes a utilizar as ferramentas de pesquisa e promover diálogos esclarecedores acerca dos recursos financeiros destinados ao município.

*“O dinheiro é tabulado, tudo certinho. [...]se tu perguntares pros agentes comunitários todo mundo sabe de tudo, todo o dinheiro, não tem? E a gente os ensinou a procurarem também no Fundo Nacional de Saúde: tá aqui o que repassa, não é segredo.” (G3).*

*“[...] a gente tem essas discussões já desde o momento da adesão das equipes pra explicar: olha, é tanto que vem por equipe, né? vem pro fundo (municipal de saúde) ...” (G6).*

As entrevistas com as equipes de saúde sinalizaram que todos os profissionais têm ciência do incentivo financeiro previsto pelo PMAQ-AB e da sua relação com a certificação. A compreensão quanto ao fluxo e movimentação desse recurso, bem como o volume disponibilizado não está completamente elucidada, gerando nos entrevistados sensação de desconforto e auto cobrança.

*“Mas esses 5% (referente à porcentagem do PMAQ-AB que cabe à gestão do município) a gente não sabe para onde vai, o que é feito, como é feito.” (Eq5).*

*“É, mas eu acho que também a gente, a gente é que peca nisso, sabe? Porque a gente fica preocupada em... organizar o trabalho, né? [...] não se preocupa com isso. [...] Pra onde foi esse dinheiro, né? Como é que isso vai ser distribuído, quem fiscaliza isso? A gente também teria que se... se perguntar isso e ir atrás e cobrar, né? [...] Tanto que aí, né? você pergunta agora e eu fico assim, aí não sei*

*dizer. Deveria saber, né? Eu deveria, eu tô participando.” (Eq3).*

Um aspecto percebido pelas equipes entrevistadas é a falta de clareza na utilização dos recursos financeiros sob tutela da gestão municipal, uma vez que os entrevistados citaram não identificar melhorias nas unidades de saúde motivadas pelo programa e se o direcionamento do recurso ocorreu para outros níveis de atenção.

*“[...] A gente sabe que o nosso município, com a nossa avaliação, com o nosso desempenho bom eles também ganham incentivo e a gente fica chateada porque não vê essa melhoria que... porque a gente tá há um tempo na unidade e não vê essa melhoria, né?” (Eq1).*

*“É isso que desmotiva, né? Desmotiva por que, o que mudou? A rotina tá toda igual. Eu continuo ali na mesma salinha, com o mesmo computador, com a mesma mesa, com o mesmo tudo... mesmo ar condicionado vazando.” (Eq1).*

Em um dos municípios pesquisados, unidades de saúde não contratualizadas e membros da gestão sem envolvimento no PMAQ-AB receberam benfeitorias com recursos do programa.

*“Mobiliaram, reestruturaram, revitalizaram um posto que nem era do PMAQ com o dinheiro do PMAQ.” (Eq20).*

*“É porque para receber tem que estar no CNES, então eles enfiam as pessoas dentro do CNES, inclusive secretário de saúde.” (Eq21).*

A falta de transparência quanto ao destino dos recursos do PMAQ-AB foi uma preocupação assinalada em entrevista com representante da gestão de Atenção Básica.

*“[...] então, às vezes as pessoas sabem que a gente tá informatizando, foram comprados uns computadores pra Atenção Primária e tal... muitos foram a partir do recurso do PMAQ. Então, pros gestores acho que isso é*



*bastante claro. Vejo reuniões deles que isso é publicizado, né? Não sei se isso é tão... pras equipes, se tal coisa foi com dinheiro do PMAQ e tal, né?” (G6).*

O bloco de perguntas relacionado ao incentivo financeiro do programa mobilizou ampla discussão durante as entrevistas com as equipes de saúde, que encontraram um espaço para desabafar. Os entrevistados detalharam o contexto de criação da lei do PMAQ-AB, embates com a gestão para definição dos percentuais destinados às equipes e a falta de participação na definição dos critérios adotados pela comissão fiscalizadora e pela gestão para a concessão da gratificação. Revelaram ainda insatisfação e sentimento de iniquidade diante de assimetrias no valor repassado por categoria profissional. A discussão acalorada deste bloco já era esperada por se tratar de uma pesquisa cujo objeto é um programa de avaliação de desempenho, mediado por recurso financeiro. Todas as demandas foram escutadas e acolhidas pela pesquisadora, que precisou retomar o foco da conversa para o uso do incentivo financeiro em diversos momentos.

Considerando este cenário, as equipes de saúde demonstraram insegurança e medo de retaliação ao cobrar transparência, dificuldade em participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e barreiras para o acesso às informações da gestão municipal.

*“[...] mesmo que eu tenha um esclarecimento sobre isso assim, pra... saber assim de quem cobrar, de onde que tá esse recurso[...] eu acho que a gente como funcionário vai ter uma iniciativa assim dessa, talvez a gente seja assim, malvisto ou então talvez não tenha apoio dos outros colegas. Eu acho que as pessoas têm um pouco de medo.” (Eq2).*

*“No momento eu vou chegar, vou pedir pra quem? [...] até a própria reunião do Conselho Municipal é no horário de trabalho, a gente não tem como participar.” (Eq1).*

Em um dos municípios pesquisados, a pressão feita por membros da comissão e pelos profissionais em busca da transparência das informações foi tamanha, que a gestão decidiu por desfazê-la. A insatisfação gerada pela falta de transparência desmotivou diversas equipes que decidiram pela desconstrução no programa.

*“Nós cobrávamos a planilha, vamos dizer assim, os valores do Ministério da Saúde em cima daquilo junto com alguns membros da comissão e junto com alguns membros da Secretaria da Saúde que faziam essa divisão. [...] A gente cobrava, como é que posso dizer, a transparência de tudo. Isso sempre foi... isso incomodava. E foi diluído, simples assim.” (Eq21).*

*“Querendo ou não a verba é um estímulo, é um reconhecimento. A gente não pode negar isso. É um reconhecimento daquilo o que tu fazias, tu faz o que está sendo reconhecido. E aí isso é desviado, sabe, não está transparente. Desestimula.” (Eq21).*

Na percepção das equipes de saúde, o Ministério da Saúde deveria assumir o papel na orientação de como utilizar o recurso e cobrar pela prestação de contas.

*“E só para deixar bem claro: não é uma questão só financeira, é uma questão de transparência porque se a gente tem que mostrar os dados, teoricamente a gestão também deveria mostrar onde o recurso está sendo aplicado.” (Eq19).*

*“A regra do Ministério que eu estava lendo lá, é que era para ser usado nas unidades. Ou o município vai resolver se usa em recurso material, se usa em recurso humano que seria gratificar o profissional. Ele vai decidir o que vai ser feito. Então, eu acho que isso já tinha que vir determinado: é assim, vai ser assado, tanto vai para isso, tanto vai pra aquilo. E tem que prestar conta. E se não prestar conta [...] o Ministério mesmo corta a verba e acabou. Eu acho que seria o mais adequado.” (Eq19).*

A **“certificação de melhores práticas”** esteve representada nas falas da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde. Os gestores

identificaram este tipo de uso ao estimular encontros e reuniões para a troca de experiências entre as equipes nas temáticas: formação de grupos, ampliação do acesso e coleta de preventivo.

*“Eu lembro que a gente trouxe equipes, teve equipes que trouxe um agente comunitário pra falar do seu grupo [...] elas vinham, apresentavam como é que elas conseguiram montar esse grupo, sabe?” (G4).*

*“[...] e muitas vezes eles fazem isso entre eles ou mediado pelo apoiador. Ah não, tal situação de preventivo não sei mais o que fazer com isso aqui [...] então vamos ver tal equipe que foi bem (no PMAQ-AB), como é que é. Ah, tal equipe tem uma experiência bacana vamos lá conhecer.” (G6).*

Por outro lado, as equipes de saúde mencionaram que a troca de experiências não ocorre com frequência na rotina de trabalho e quando ocorre, não é de forma institucionalizada, depende da motivação individual e da afinidade com profissionais de outras equipes.

*“Inclusive isso (troca de experiências) é uma coisa que a gente até gostaria que acontecesse.” (Eq12).*

*“Só se você tiver um contato (com outras equipes) mesmo, porque senão...” (Eq20).*

A própria condução das entrevistas se tornou um momento para a troca de experiência entre os participantes.

*“Troca de experiência é uma coisa maravilhosa na Atenção Básica. O que deu certo na tua unidade? Nossa, a horta! Já gostei. Eu vou fazer horta lá na minha (unidade).” (Eq11).*

A análise das entrevistas identificou que a **“negociação estratégica”** esteve presente nas falas da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde, emergindo cinco aplicações deste uso: incentivo profissional, informações na Avaliação Externa, negociação técnica,

negociação política e estratégias para utilização dos recursos financeiros do programa.

Quanto ao incentivo profissional, uma das formas encontradas pela gestão para estimular a contratualização das equipes e a fixação de profissionais no município foi instituir a gratificação de desempenho. Com ela foram estabelecidas leis, comissões e critérios com a finalidade de garantir que os profissionais mantivessem a qualidade do processo de trabalho para fazer jus ao recebimento.

*“[...] depois que a gente resolveu implementar a gratificação por desempenho tal, aí algumas coisas ficaram um pouco diferentes, né? Eles acabaram se envolvendo mais assim, no sentido de quem tem uma nota melhor também tem uma gratificação melhor [...]” (G2).*

*“E o decreto agora vai ser... foi todo já reestruturado junto com sindicato, com comissão de servidores, né pra que a gente mantenha uma avaliação sim, pra que a pessoa tenha direito a ganhar o incentivo, mas ligada aos critérios de avaliação do PMAQ. Então, tu tens que manter a qualidade realmente do teu serviço, né? Tu estás atingindo os indicadores que o PMAQ pede, né?” (G5).*

Em alguns municípios, os gestores informaram que a gratificação de desempenho foi um determinante para a adesão das equipes ao programa. Em outros, foi utilizada pela gestão como estratégia de negociação para incentivar os profissionais a alcançarem as metas pactuadas.

*“[...] é como se fosse... um determinante pra fazer isso ou fazer aquilo, participar não participar, aderir não aderir, responder Avaliação Externa não responder” (G6).*

*“A partir do momento que não houver produção, por exemplo, e não gerar o indicador que eles (PMAQ-AB) pedem, a equipe pode estar perdendo o recurso que foi*

*destinado no processo. Então [...] eu fico insistindo nisso, então vamos manter, né?” (G5).*

A falta de regularidade dos ciclos avaliativos foi percebida positivamente pelos gestores, reforçando o argumento perante as equipes quanto à necessidade de comprometimento e continuidade dos registros de produção informados ao Ministério da Saúde.

*“[...] e talvez seja a única vantagem da demora do resultado, sabe? Porque eles continuam se empenhando porque eu não sei quando é que eles (Ministério da Saúde) ... vão fazer o cálculo e daí colocaram na rotina deles (equipes de saúde) uma outra dinâmica de trabalho. Pode ser que isso se perpetue, né? [...] Acho que até sair o resultado vai ter muita gente ainda comprometida.” (G5).*

Em contraste com a gestão, as falas das equipes de saúde trouxeram que a negociação estratégica esteve mais próxima da repreensão do que incentivo profissional, ou seja, a constância da produtividade e do monitoramento dos indicadores eram condições para não perder a gratificação do programa.

*“Só no sentido assim [...] dando exemplo do serviço do agente de saúde. Se não atingiu uma meta de visitas, tu vais perder o benefício do PMAQ naquele mês.” (Eq8).*

A respeito da incorporação das atividades do PMAQ-AB na rotina de trabalho e sua relação com o incentivo profissional, as equipes entrevistadas apresentaram pontos de vista diferentes. Para algumas, a rotina de trabalho incorporou as demandas do programa, para outras a negociação estratégica se fez presente para mobilizar tais atividades a partir do anúncio de um novo ciclo do programa.

*“[...] tive a nítida impressão que o processo de trabalho que é preconizado pelo PMAQ foi incorporado na equipe. Não é uma coisa que ‘temos que fazer’. Que no primeiro ciclo e no segundo a gente percebia muito isso vindo dos agentes, do pessoal técnico também [...] E a gente toda vida dizendo: não, a gente não tem*

*que fazer por causa do PMAQ, a gente tem que fazer porque a gente tem que fazer [...]” (Eq13).*

*“E não adianta tu falar assim: gente, vocês têm que fazer não é por causa do PMAQ, tem que fazer porque tem que fazer. A gente precisa desses dados. Isso não adianta. A gente tem que falar: vocês têm que fazer porque o PMAQ vem aí. O PMAQ levanta o astral da equipe.” (Eq11).*

Outro significado que a pesquisa identificou na negociação estratégica foi para as informações durante a Avaliação Externa. A gestão de Atenção Básica admitiu que ocorreram situações isoladas em que profissionais, sabendo que sua unidade de saúde não tinha determinado material ou equipamento, trouxeram-no na tentativa de não perder pontos na certificação e prejudicar a equipe.

*“[...] Por exemplo, colete cervical não tem em todas as unidades. Mas daí tem uma enfermeira que conseguiu [...] botou na unidade dela. [...] Não vai impactar, assim grandemente, né? Não vai deixar [...] de ter a mesma nota do que os colegas, mas eles acham que vai dar grandes repercussões.” (G5).*

Dentre todas as entrevistas realizadas, houve apenas um relato da gestão referente à distorção das informações durante a Avaliação Externa. Nesse caso, houve uma discussão no município sobre o funcionamento das unidades de saúde no horário de almoço, motivada por um novo critério do programa. As equipes de saúde se manifestaram contrárias, porém uma das unidades informou permanecer aberta naquele horário para o avaliador da qualidade, descumprindo um acordo firmado.

*“Teve uma equipe que depois a gente teve que chamar pra conversar porque... um padrão estratégico era ficar aberto na hora do almoço, tá? [...] eu lembro assim [...] que a gente foi olhar os padrões, a gente estava aqui todos os enfermeiros, direção e a gente falou assim pra eles: ‘Olha, vocês tão vendo que um*

*dos padrões estratégicos é abrir na hora do almoço. A gente não vai mandar vocês abrir se vocês não quiserem, mas isso seria uma mudança... pra sempre, não é uma mudança pro dia. Vocês querem?’ Daí foi feita a votação [...] ninguém quis, ninguém quis mudar. [...] Então nesse (padrão) vocês já sabem que nisso ninguém vai ganhar. Teve uma equipe que mentiu... e ficou aberta.” (G5).*

Para as equipes de saúde a negociação estratégica nas informações foi relatada com o sentido de constranger a gestão municipal pela falta de transparência no uso dos recursos do programa.

*“Nós só tínhamos um dia que quando eles iam entrevistar os pacientes, a gente pegava só pacientes bombas ali.” (Eq22).*

As entrevistas identificaram que as diretrizes e os recursos do PMAQ-AB foram utilizados com propósitos de negociação técnica. Para os gestores, os documentos e padrões do programa reafirmam as necessidades da Atenção Básica, constituindo-se em ferramentas que embasam a discussão e legitimam a pressão diante de setores e departamentos da secretaria de saúde e com as equipes.

*“[...], mas por que que o município optou por colocar mais uma enfermeira aqui nessa sala? Então gente, olha só. Olha o indicador aqui de saúde da mulher de vocês [...] olha o parâmetro de qualidade do Ministério, olha como a gente ainda tem que avançar aqui e tal... Então, acho que trouxe um embasamento pras discussões que contribui muito pra gente alinhar alguns processos.” (G6).*

As falas da gestão informaram que estas discussões e pressões alcançaram também o secretário de saúde, provendo de sentido técnico a tomada de decisão. Por exemplo, as diretrizes do programa respaldaram adequações na estrutura física com a climatização das unidades, aquisição de macas para preventivo, cobertura de consultas médicas, adequação populacional por equipe e compra de oftalmoscópio.

*“[...] A gente usa internamente, sabe? É, quando a gente precisa botar pressão, assim. Ah, esse recurso aí, né? Poxa, tem que ser usado pra isso, né? [...] porque da próxima vez se a gente não tiver, a gente vai ganhar nota menor e a gente vai vir... vai vir menos recurso. Daí, daí: opa, pera aí. Então vamos comprar, né? Entendeu?” (G5).*

*“Principalmente o número de população por equipe, né? que era exorbitante. Tinha equipe com cinco mil pessoas, no ciclo 1, né? Então isso (diretrizes do programa) foi... ajudou bastante, né? Até como comentar com o gestor: assim não dá, né?” (G3).*

*“A questão com os médicos com aquele indicador da cobertura de consultas, né? de no mínimo 1,5 por população adscrita. É uma coisa assim, a gente tentou implementar uma normativa interna [...] Nossa... entrou CRM, fizeram carta de repúdio, deu uma repercussão na imprensa. [...] E então esse norte pra nós ele (PMAQ-AB) nos ajuda muito, assim sabe? A conduzir, a sensibilizar, a ver...” (G2).*

A importância técnica do PMAQ-AB em respaldar a tomada de decisão foi destacada em um município que já aplicava um instrumento para verificação da estrutura física, materiais e insumos das unidades antes da vigência do programa. No entanto, essa ação era pouco valorizada pela gestão central.

*“[...] que com o nosso (relatório da aplicação do instrumento) eles diziam: ah, vocês querem a unidade perfeita, vocês querem a unidade modelo. Não existe.” (G3).*

A negociação estratégica motivada pelos argumentos técnicos do programa mobilizou setores de compras, licitação e obras dos municípios pesquisados. De acordo com a gestão de Atenção Básica, o anúncio de



um novo ciclo do programa despertou solicitações que estavam paralisadas.

*“[...] Sai notícia que vem avaliação, eu já peço uma reunião com a secretária, chamo os departamentos envolvidos e daí todo mundo sabe, né? que durante o ano a gente pediu, que a gente se planejou... e aí a gente tenta botar uma pressão maior pra conseguir.” (G2).*

As equipes de saúde também relataram a utilização estratégica do programa. Para elas, a negociação técnica esteve presente em duas situações. A primeira, relacionada à tranquilidade transmitida pelo PMAQ-AB quanto à regularidade dos equipamentos e insumos induzida pela Avaliação Externa. A segunda refletiu o estímulo do programa à continuidade das ações para o aprimoramento do processo de trabalho e organização do serviço.

*“[...] eu até prefiro quando vem o PMAQ assim porque, parece que... [...] isso aqui não vão deixar faltar porque vai vir o PMAQ, nunca vai faltar isso porque senão vão saber no PMAQ, né? Então, a gente sempre pensa nisso [...] parece que ajuda a manter o padrão assim, né?” (Eq16).*

*“[...] Está no PMAQ, tem que fazer assim porque está no PMAQ. Ai você vai fazer.” (Eq9).*

*“Porque se não tiver uma avaliação nada... algumas vezes pode deixar meio jogado, né? Ai, tendo avaliação eu gosto pra... vamos dizer... pra estimular com que as coisas fiquem... (organizadas)”. (Eq16).*

Houve na fala das equipes referência de utilização técnica do PMAQ-AB para fins de intimidação diante da manutenção do processo de trabalho e organização do serviço.

*“A nossa deu um conflito bem grande no primeiro PMAQ porque a enfermeira veio com uma bíblia para as ACSs na reunião de equipe, e falou assim: vocês vão ter que... tem*

*um mês para conseguir todos esses dados, número de usuário, quem tem hipertensão, quem toma remédio controlado porque o PMAQ vai vir e eu vou precisar desses dados.” (Eq11).*

Na negociação política, a avaliação do PMAQ-AB e o recurso financeiro vinculado ao desempenho das equipes, permitiu maior visibilidade da Atenção Básica junto a outros setores da secretaria e ampliou o envolvimento de seus coordenadores em reuniões e discussões. A importância do incentivo financeiro foi considerada um estímulo para o gestor executivo, podendo usar politicamente o bom desempenho do município na avaliação realizada pelo Ministério da Saúde.

*“[...] Eu acho que o programa dá essa visibilidade pra Atenção Primária na gestão. [...] eu vejo que tem pessoas que não sabem nem... nem direito como funciona a Atenção Primária de outra secretaria, de outras gerências e tal..., mas sabem que existe o PMAQ, que tem os indicadores, que tem o programa [...]” (G6).*

*“[...] o PMAQ talvez venha, né? assim... acabou trazendo com essa questão, essa mudança ali de comportamento do gestor executivo [...] porque é o que eu te falo, né? tem o financiamento, daí o financiamento faz uma diferença.” (G1).*

*“[...] a gente consegue mostrar assim, a importância, o quanto isso (PMAQ-AB) representa. Que mesmo que a intenção seja mais voltada para as questões políticas, isso é bacana pro município, pra própria política que depois vai ser uma informação que é pública né? [...] politicamente a questão dessa divulgação, né? Dessa abordagem de poder falar que as equipes foram bem avaliadas [...]” (G2).*

Uma situação emblemática de negociação política foi lembrada pela gestão de Atenção Básica e pelas equipes de saúde quando os profissionais mobilizaram uma greve na saúde impulsionada pela gratificação de desempenho do programa. Esse conflito foi registrado em dois dos cinco municípios pesquisados.

*“A primeira imagem que me veio com a pergunta dela (pesquisadora) foi aquele momento da greve, do primeiro momento da greve que os servidores foram [...] pra frente da prefeitura com cartazes falando do PMAQ. [...] foi no momento de greve que o PMAQ apareceu mesmo pra prefeitura, pro prefeito [...] e daí fomos designados a realmente discutir e resolver o problema. Resolvam!” (G4).*

*“[...] Foi um dos motivos que teve a greve ano passado, foi essa questão da mudança de recursos, a destituição da comissão, a questão de pessoas que não estavam envolvidas com o PMAQ terem recebido a verba antes de quem estava envolvido.” (Eq19).*

Com exceção dos relatos sobre negociação estratégica descritos acima com a mobilização de greve, as equipes de saúde tiveram um repertório menor para descrever o uso do PMAQ-AB para fins políticos e relacionaram este uso mais próximo às ações da gestão de Atenção Básica. Uma das entrevistadas recordou que membros da gestão central utilizaram as redes sociais para divulgar a classificação recebida pelo município na avaliação do programa.

*“Eu sei que o (nome da pessoa) compartilhou no Face (Facebook) que (município) é a quarta melhor em saúde.” (Eq20).*

A última aplicação de negociação estratégica que emergiu das entrevistas foi a utilização dos recursos financeiros do programa. As entrevistas conduzidas com os gestores reforçaram a percepção de que o PMAQ-AB aumentou o financiamento para a Atenção Básica.

*“[...] eu acho que hoje o que mantém materiais e insumos da Atenção Básica é o recurso PMAQ. É o recurso do PMAQ. Alguma coisa a gente comprou de emenda parlamentar, né? mas boa parte é o PMAQ que a gente usa mesmo, né?” (G5).*

*“[...] isso ficou muito claro a diferença sabe, desse valor assim que tá sendo realmente utilizado pra manutenção dos insumos das unidades de saúde, tá? [...] agora a gente tá muito mais assim... nossa, tá muito mais adequado né?” (G1).*

Outro exemplo ocorreu para promover melhorias na infraestrutura. Nesse caso, além da aquisição dos materiais já descritos, a gestão identificou unidades de saúde que necessitariam de reforma ou ampliação, reservando recursos para este fim.

*“[...] então isso tudo isso a gente comprou pra eles (equipes) e foi ficando dinheiro. Daí lógico, o gestor quando mudava de secretário de saúde, eles diziam: ‘meu Deus, mas tem esse dinheiro todo aqui do PMAQ. Vocês não gastaram?!’ Ah, é porque a gente quer que reforme e amplie uma unidade de saúde, a gente tava guardando.” (G3).*

Foi possível identificar nas falas dos gestores a compreensão de equidade que o PMAQ-AB sinaliza em seus documentos ao definir a aquisição de materiais para todas as equipes, independentemente da certificação com o intuito de promover melhorias no acesso e na qualidade do município.

*“E a gente definiu [...] que se a gente comprasse alguma coisa para uma equipe, a gente compraria pra todas as equipes.” (G4).*

*“Independente do conceito, até pra ela melhorar, né?” (G3).*

*“Até pensando no objetivo do PMAQ que é melhoria de acesso. Tudo o que a gente*

*compraria pra uma equipe, pra uma unidade a gente compraria pra todas.” (G4).*

Um aspecto que a gestão da Atenção Básica levantou após a realização de três ciclos do PMAQ-AB é a revisão da gratificação de desempenho para as equipes, por não refletir o comprometimento do profissional com as mudanças impelidas pelo programa e estar promovendo a judicialização do processo avaliativo.

*“Mas, bastante dor de cabeça tá? Se eu pudesse voltar no tempo eu não teria inventado essa história de gratificação, não. Não. Porque o profissional que ele é comprometido, ele vai fazer o trabalho dele da melhor forma, independente de qualquer coisa. E aquele que não quer, ele sempre vai tentar por um outro meio se favorecer não fazendo aquilo que, que deveria né? O que é o que acontece agora então, eles entram na justiça para rever a gratificação, às vezes conseguem e isso acaba desmoralizando todo o processo [...]” (G2).*

Para as equipes de saúde, a negociação estratégica foi marcada pela dificuldade de receber recursos financeiros do programa para desenvolver ações educativas e preparar a unidade para receber a Avaliação Externa e as campanhas nacionais, como vacinação e saúde bucal. Os profissionais assinalaram utilizar recurso próprio para a compra destes materiais.

*“Assim, recurso a gente tem pouco pra fazer alguma... até tarefas educativas ou assim, alguns trabalhos assim com a escola, com idoso, com diabético [...]” (Eq1).*

*“[...] Eu acho que teve equipes que precisavam de um mapa, eu sei que eles fizeram. Mas como a gente já tinha pago... foi a gente que pagou o nosso mapa, aquele que tá lá na unidade foi a gente que fez [...]” (Eq1).*

Gestão e equipes de saúde relataram diferentes maneiras pelas quais o PMAQ-AB foi utilizado para fins de **“empoderamento das**

**partes interessadas**”. Os gestores de Atenção Básica foram apresentados ao programa pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) e referiram conhecer as fases de implantação, composição dos percentuais para a certificação das equipes e os critérios adotados na avaliação. Segundo os entrevistados, os manuais do programa se constituem numa ferramenta para conhecer o programa e esclarecer dúvidas. Apesar de haver documentos direcionados para esse fim, os gestores relataram que no primeiro ciclo do PMAQ-AB as regras não estavam muito claras e que a elucidação ocorreu com a repetida participação nos ciclos avaliativos. Mudanças nas categorias de desempenho também foram observadas ao longo dos três ciclos.

*“[...] acho que isso veio ao longo do processo, né? Ao longo do processo, mas no início assim, não era muito claro.” (G4).*

*“[...] o segundo ciclo [...] que dá quatro níveis de avaliação: muito acima da média, acima da média, abaixo da média e insuficiente. Hoje ela é diferente o desempenho: ótimo, muito bom, bom, regular e insuficiente, né? Já qualifica mais, né?” (G5).*

Um aspecto positivo motivado pelo PMAQ-AB, segundo a percepção dos gestores, foi a inclusão das equipes no processo de discussão dos indicadores avaliados, ampliando e estimulando a participação.

*“Porque antes tinha lá os indicadores do Sispacto e tal, era uma coisa, né? que a própria gestão sentava, analisava e decidia qual ação ia fazer pra tentar melhorar aquele indicador. Não era uma coisa muito participativa, sabe? Hoje não, hoje todas as ações que a gente promove, tanto macro da secretaria quanto a deles nas unidades, é... é organizada de uma maneira mais participativa, sabe? Acho que isso é uma coisa bem, bem positiva, né?” (G2).*

Foi solicitado aos entrevistados que indicassem quais as fragilidades e as potencialidades reveladas pelo PMAQ-AB na gestão de Atenção Básica. Alguns exemplos foram citados para ilustrar as fragilidades, como:

organização da gestão, ações de controle e avaliação, acesso, necessidade de ampliar as equipes e dividir territórios. Neste momento houve silêncio, pausa para reflexão e a constatação de que é difícil a identificação das potencialidades.

*“[...] revela, mostra fragilidade no acesso [...] umas coisas que a gente imaginava, mas acho que a gente não tinha tão concreto, né? a dificuldade de acesso que alguns usuários com agravos ou não ou uma queixa de demanda espontânea como isso ainda era... era novo, difícil pra equipe entender que a demanda espontânea tem que ter acesso. Então, com certeza revela algumas coisas que a gente imaginava e muitas que a gente nem... nem fazia ideia.” (G6).*

*“[...] potencialidade? potencialidades... vamos pensar aqui... Meu Deus, como a gente olha para as fragilidades, né? (risos). De potencialidades... Ah, uma coisa que eu percebo assim, a questão do planejamento, né que era algo que o Ministério trouxe mas que a gente já vinha e que foi muito fácil pras equipes que é uma coisa assim... que eu vejo, pelo menos, que é forte no município, assim. Então, uma coisa que só mostrou o quanto a gente tava certo já, a gente já tava no caminho, que a gente foi só melhorando [...]” (G6).*

À semelhança da gestão municipal, as equipes de saúde mostraram conhecimento sobre as fases do programa, os percentuais que compõem a certificação, os padrões e critérios adotados na avaliação. Os manuais também foram lembrados como fonte de informação e esclarecimento. As equipes referiram que o primeiro contato com o programa se deu por meio de reuniões com a gestão municipal e entrega dos manuais para leitura. Os entrevistados lembraram que no primeiro ciclo do programa a gestão também não tinha clareza de como seria o processo de avaliação, repassando informações imprecisas para as equipes contratualizadas.

*“A gente foi no (nome da unidade de saúde), daí não lembro quem era que daí explicou*

*mais ou menos o que era o PMAQ, como seria, o que a gente teria que fazer.” (Eq18).*

*“Pra nós lá deram um xerox grosso: esse é o PMAQ, leiam que isso vai ser feito”. (Eq17).*

*“Mas eram coisas meio trocadas, também. A secretaria também não sabia exatamente como poderia acionar (para pedir esclarecimentos sobre o programa). [...] Só existia a ideia de que as equipes tinham que ser bem avaliadas porque senão, eventualmente o município poderia perder incentivos do Governo Federal e isso impactaria na Estratégia (saúde da família). Teriam que fechar equipes, diminuir abrangência, diminuir salário, enfim. Essa ideia era um processo que mais vinha para atrapalhar do que para facilitar a nossa vida, no começo. Mas depois não, foi mais...”. (Eq13).*

Para as equipes de saúde, participar dos ciclos subsequentes do PMAQ-AB permitiu conhecer com mais detalhes as regras do jogo e, conseqüentemente participar da avaliação com maior segurança.

*“A nossa preocupação, a minha preocupação em especial, mas a preocupação de outros integrantes da equipe também [...] principalmente do segundo para o terceiro (ciclo) era se nós, principalmente na questão da autoavaliação, se a gente tirar pontuações muito altas nesse primeiro e segundo ciclo, a nossa tendência depois é só decrescer. A grande tendência é decrescer. A exigência passa a ser maior [...] então, essa foi uma grande questão que a gente ficou ali na unidade e agora... puxando um pouquinho nossa avaliação para baixo para dizer: ah, a gente não faz tão bem assim, pra depois poder dizer, no próximo ciclo, que a gente faz tudo melhor. Mas vai chegar um momento que a*



*gente vai ter que dizer que faz e depois a gente vai ter que ter essa manutenção, esse processo de manutenção.” (Eq13).*

Foi solicitado às equipes de saúde que indicassem as fragilidades e potencialidades reveladas pelo PMAQ-AB no processo de trabalho da Atenção Básica. Os pontos frágeis foram investigação de preventivo, ações de promoção da saúde e realização de grupos.

*“É mais a parte da investigação da parte de preventivo, assim. De colocar em prática mesmo, a parte da... a parte da promoção de saúde, eu acho assim.” (Eq2).*

*“Ah, esses grupos assim [...] é um desafio, esses grupos, né?” (Eq1).*

Na visão dos entrevistados, a identificação das fragilidades permite adquirir confiança e empoderamento para promover mudanças no processo de trabalho.

*“Porque eu acho que a partir do momento que você consegue observar e apontar em si mesmo as suas fragilidades [...] isso vai te dando mais segurança e eu acho que até mais empoderamento. Porque quando a gente consegue ver onde está falhando, a gente se sente melhor porque sabe onde pode melhorar [...]” (Eq5).*

As potencialidades se concentraram nas relações interpessoais que caracterizam o trabalho em equipe.

*“[...] Eu lembro que a principal potencialidade da nossa equipe é que ela era bem unida mesmo. Até isso era um fator assim, que ajudava bastante [...] assim, tem acesso fácil todo mundo com todo mundo, né? Bem entrosada assim, a equipe.” (Eq16).*

*“[...] a gente tem uma coisa ali na nossa equipe assim, o paciente é muito amigo, o paciente está muito ali [...].” (Eq11).*

*“[...] o PMAQ, quando a gente chega no final, mostra pra gente como a gente tem fragilidades, algumas coisas a gente não consegue trabalhar, mas também como é rico o nosso trabalho, como a gente faz coisa. A gente tem essa coisa do dentista ficar só na boca. Não, como a gente faz coisa fora da caixinha. Isso é muito legal, isso é muito gratificante.” (Eq11).*

Uma dificuldade indicada pelos entrevistados foi compreender o cálculo utilizado pelo Ministério da Saúde para a certificação das equipes, disponível na Nota Metodológica do PMAQ-AB.

*“Então, a da nota explicativa ali, né? Assim, eu acho bem complexa o detalhamento, né?” (G6).*

*“Na própria plataforma do PMAQ, se eu não me engano tinha a questão dos resultados de autoavaliação etc. Se não me engano tinha, só que era uma coisa muito confusa. Me lembro que no e-mail que a gente recebeu tinha que ler aquilo duas, três vezes para tentar entender como é que tinha sido chego aquela porcentagem [...].” (Eq10).*

## **Uso do Processo do PMAQ-AB**

### Processual

A análise das entrevistas identificou que a **“receptividade à avaliação”** esteve presente nas falas da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde, emergindo duas aplicações deste uso: receptividade e credibilidade. De acordo com os gestores, o PMAQ-AB foi bem recebido pelo nível central e pelas equipes de saúde manifestado pela percepção do recurso financeiro, dirimindo possíveis resistências com o processo avaliativo.

*“[...] foi muito visto assim, eu lembro do secretário da época, como uma... uma possibilidade de ter um recurso a mais na Atenção Primária. [...] e aparecia muito das*

*equipes: ah, mas vai ter um recurso e a gente vai ter como receber? E ele (secretário de saúde) colocou essa possibilidade. Então, não teve muita resistência, né?” (G6).*

*“É, eu acho que se não tivesse o financeiro, eles (profissionais da Atenção Básica) não teriam aderido. A questão financeira pesou bastante.” (G4).*

Em município onde não há gratificação de desempenho para as equipes participantes do PMAQ-AB, a gestão apontou que o programa por si, não tem sido suficiente para motivar os profissionais.

*“[...] tem alguns municípios que fazem esse link financeiro que eu acho que é uma questão que faz diferença, entendeu? A gente não tem essa questão. Eu acho que a gente vai ter que trabalhar melhor isso, sabe assim, pra ver. Porque a impressão que dá aqui daí... é só a questão financeira, né? Porque daí parece uma chatice, que só vem avaliação e tal, né?” (G1).*

Outro indicativo de que a gestão de Atenção Básica esteve receptiva à avaliação foram as mudanças na rotina, instrumentalização das equipes e apoio logístico para realização da Avaliação Externa. Informalmente, os avaliadores externos comentaram com os gestores sobre a organização e preparo das equipes e disponibilidade dos profissionais, sinalizando abertura para a avaliação.

*“Mas a gestão tava segura, né? Fez o que pode, instrumentalizou do jeito que pode, a gente deu o apoio, né? A gente tava junto aquelas duas semanas assim, ficou todo mundo envolvido durante o processo e eu acho que foi legal [...] E acho que essa gestão ela entende, ela entende a necessidade, sabe?” (G5).*

*“[...] Nesse ciclo assim, a gente já começou a dar o feedback já no dia seguinte que acabou as avaliações, né? com o que os próprios*

*avaliadores assim... comentavam, né? [...] informalmente, né? [...] Daí, no dia seguinte que acabou avaliação, a gente já fez o feedback dizendo que o processo foi tranquilo, né? que teve bastante elogio, como foi conduzido o processo pelas equipes, a disponibilidade dos profissionais. Eles disseram assim, que as equipes estavam esperando, organizadas pra aquele momento e disponíveis pra aquele dia todo [...] eles foram bem elogiados nesse sentido de terem ali, de mostrarem disposição pra que o processo acontecesse da melhor forma possível, né?” (G5).*

Para as equipes de saúde, a receptividade à avaliação também foi motivada pela gratificação de desempenho, percebida como uma valorização do processo de trabalho pelo alcance de indicadores da qualidade pactuados.

*“Tanto pelo processo de trabalho em estar melhorando a qualidade da assistência, mas também pelo apoio financeiro que se tem.” (Eq8).*

*“E você ter uma certa valorização, que tem alguém querendo ver o teu trabalho, o que você está fazendo.” (Eq18).*

*“A motivação aparece, é financeira. Mas ela aparece mais na Avaliação Externa, porque todo mundo corre para se juntar.” (Eq19).*

Para um dos profissionais entrevistados, a receptividade foi sinalizada pela possibilidade de sair da rotina, planejar as atividades e fazer uma reflexão crítica de sua prática.

*“Então... quando é a possibilidade de tu sair daquela rotina, de estar fazendo aquela coisa sempre. Calma, vamos sentar, planejar. Eu acho que o PMAQ é bem isso, tu parar para planejar e ver onde que tu tá, onde que tu queres chegar. Então eu gosto. Eu acho que é*

*uma grande possibilidade de tu fazer uma reflexão crítica, problematizar como é que está ali, o andamento.” (Eq11).*

O recurso financeiro balizou outra perspectiva relacionada ao programa, a motivação. Em município onde esse recurso não é repassado aos profissionais, as entrevistas com as equipes de saúde revelaram que as ações solicitadas pelo programa seriam executadas com comprometimento e responsabilidade, porém os profissionais sentem-se desmotivados com o PMAQ-AB. Outra situação de desmotivação foi encontrada num município em que a gestão executiva alterou as regras de repasse da gratificação de desempenho.

*“Não, a gente é motivado em responder. [...] quando vem esse questionário, é como se aquilo ali fosse um retrato da nossa responsabilidade como profissional. Então, não vou deixar eu (nome) de fazer, ganhando ou não. Ganhando algum tipo de verba ou não. Eu como dentista da Estratégia Saúde da Família tenho que primar por esses pontos e fazer, acho que nisso sim. Como se fosse assim, um alerta, uma cobrança – isso sim.” (Eq2).*

*“Eu acho que a gente teve dois momentos. A gente teve um momento de praticamente euforia em que todo mundo se comprometeu e ficou muito feliz com a ideia de poder ter um incentivo, de poder ter alguma coisa a mais. E a partir do momento que a gestão mexeu nisso, de forma arbitrária, eu acho que isso é o que pegou. Não foi nem a questão de mexer no recurso, mas foi o jeito que isso foi feito. A desmotivação é geral.” (Eq19).*

Um aspecto captado nas falas dos entrevistados foi como a receptividade ao PMAQ-AB se modificou ao longo dos três ciclos. O primeiro ciclo era um território desconhecido, revelando sentimentos de ansiedade e ação de auditoria pelo Ministério da Saúde. Nos subseqüentes, houve maior tranquilidade e segurança na condução do processo, como consequência da experiência avaliativa prévia. A

ansiedade dos profissionais se mantém, no entendimento dos gestores da Atenção Básica, para preparar as unidades de saúde e demonstrar o trabalho realizado pelas equipes.

*“Era tudo muito novo pra equipe, né? E assim na época [...] foi muito questionado, né? Como é que agora o Ministério vem pra avaliar o nosso trabalho, né? O primeiro momento foi esse, seria uma avaliação do nosso trabalho.” (G4).*

*“[...] a gente percebe que eles ficam bem ansiosos, assim né? Até os que já participaram de outros ciclos, né? pela questão, pela sensação mesmo de estar sendo avaliado, né? Então a gente percebe, eles vêm com mais solicitações, a gente vê que eles estão mais atentos pra as coisas que, fora do ciclo, às vezes não aparece muito. Então, a gente percebe essa ansiedade, essa vontade de que realmente a unidades deles esteja... esteja da melhor forma possível pra ser melhor avaliado possível.” (G2).*

*“Olha, agora já na terceira etapa assim, de uma maneira mais tranquila. Na primeira a gente ficou meio... né? desesperado, querendo correr contra o tempo, não sabia se estava cumprindo com todos os quesitos [...] (Eq3).*

*“Foi bem mais tranquilo porque aí a gente já sabia como funcionava, e daí, por mais que mude algum quesito ou outro de avaliação, mas facilita porque a gente já sabe como é a sistemática da avaliação, por onde começa, como é que funciona. Então a gente consegue se preparar melhor também.” (Eq5).*

A pesquisa abriu espaço para que os entrevistados fizessem uma interface entre questões ligadas à credibilidade e confiança com a receptividade ao processo avaliativo do PMAQ-AB. De modo geral, os gestores da Atenção Básica acreditam e confiam nos instrumentos e no

programa, repassando para as equipes e para outros setores da Secretaria esse sentimento.

*“[...] então, eu acredito. Eu creio que é uma forma fidedigna, que está sendo respeitado o que está proposto no programa, que esse alinhamento dos avaliadores acontece e que de verdade a gente tá sendo comparado a municípios do mesmo estrato. Eu acredito. Acredito e vendo isso pras equipes, vendo isso pra gestão que... quando a gente tem uma certificação, uma equipe que tá certificada como ‘muito acima da média’ que ela de verdade é ‘muito acima da média’.” (G6).*

Na percepção dos gestores entrevistados, algumas particularidades fragilizam a confiança e a credibilidade no programa, como por exemplo incompatibilidade na emissão dos relatórios de produção do sistema próprio para o e-SUS, diferenças na classificação de desempenho entre equipes que pertencem a mesma estrutura física, perfil do avaliador e dificuldade em compreender os relatórios de resultado da avaliação.

*“[...] Uma outra coisa que me frustra muito, é essa questão dos indicadores que eu tinha falado e do quanto os relatórios do e-SUS são difíceis pra você construir o indicador.” (G2).*

*“E daí quando veio a nota teve discrepância. Como que na mesma unidade, com a mesma estrutura física [...] como é que podia ter tanta divergência? Uma mediana, uma abaixo da média e uma... muito acima da média?! Daí começou os desconfortos. [...] Ninguém gosta de ser avaliado assim, né?” (G4).*

*“[...] A gente teve dois resultados, que pra mim, foram comprometidos ali, entendeu? Então assim... que eu não sei qual o critério que ele (avaliador externo) tinha, a gente teve dificuldade que daí justamente ele foi justamente no (nome da Unidade de Saúde para avaliar uma das equipes) [...] Depois eles até trocaram ele, eu lembro que no ciclo*

*eles trocaram pra uma outra equipe que era mais... tranquila e o resultado foi ruim da mesma forma, entendeu? Mas foi um avaliador. Depois nós não tivemos problemas assim nos outros ciclos, não”. (G1).*

*“Segundo ciclo principalmente foi um pouco mais... complexo, assim. [...] uma equipe nossa pediu revisão (da nota de classificação no programa), né? tinha que mandar pro Ministério, reviu [...] eu até não sei como foi porque eles fizeram direto da unidade, mas a resposta veio pro gabinete aí eles me entregaram aqui e eu dei a devolutiva pra equipe. [...] Então ficou assim, na resposta do próprio Ministério que... né... que o que a equipe estava pedindo ali não ficou claro, que tinham aqueles critérios, né? que era aquilo mesmo.” (G6).*

Já para as equipes de saúde houve hesitação quanto à confiança e credibilidade no processo de avaliação do PMAQ-AB. Os motivos apresentados foram dificuldade em compreender os critérios para classificação do desempenho e a falta de fiscalização para o cumprimento de avanços na qualidade da estrutura física, processo de trabalho e motivação dos profissionais.

*“Eu tenho credibilidade, eu acho que sim, só que a gente só não entende como é que se chega ao resultado, né? [...] não é mostrado para a gente: ‘oh, por causa dessa tua nota, com essa tua nota se chegou a esse...’ Porque até então, a gente ganhou a nota máxima, mas se de repente na próxima avaliação vier uma nota baixa? Se a gente não souber onde é que a gente errou, como é que a gente vai aprender a melhorar?” (Eq11).*

*“[...] Eles têm que vir saber se de fato está sendo usado para melhoria da qualidade do atendimento, sabe? porque atendimento não é só eu tratar bem meu paciente, fazer meu*



*grupo, fazer o melhor. [...], mas como é que está aquele posto na estrutura, a equipe está fazendo o melhor, a equipe está capacitada, está com gás? [...] Então assim, eles não fiscalizam, não há fiscalização. Então não sei se teria credibilidade cem por cento.” (Eq21).*

Também houve relatos de surpresa em relação à classificação de desempenho da equipe. Nesse caso, os profissionais relacionaram condições insatisfatórias da estrutura física com a boa avaliação recebida pelo Ministério da Saúde.

*“Por exemplo, meu consultório estragou o ano inteiro. Então, como assim que eu consigo ter sido boa só baseado naquilo que eu faço? [...] Tem manutenção, mas é um bem durável, não é trocado, né? [...] por isso que me surpreendeu, assim. Essa questão assim, muito... não sei qual foi o dado que eles pegaram pra avaliar o (nome da Unidade de Saúde).” (Eq2).*

As equipes de saúde destacaram a figura do avaliador externo como elemento a ser considerado na credibilidade da avaliação, dividindo opiniões. O treinamento e a disponibilidade dos avaliadores foram fatos positivos, enquanto que a conduta distinta para verificação de itens constantes no programa entre equipes que pertenciam à mesma estrutura física colocou em dúvida a credibilidade dos resultados.

*“[...] dá pra ver que são bem treinados, assim e passam bastante confiança que eles sabem o que tão avaliando, né?” (Eq16).*

*“Ah sim, eu acho que é um processo confiável em relação ao processo, a avaliação, nota final. Eu acho que é confiável. Talvez fique algumas coisas pendentes em relação ao recurso humano que tem o seu perfil, que nem o (nome do colega) colocou lá, um avaliador com um diferencial de outro na mesma questão. Então, eu acho que a maior fragilidade está aí.” (Eq10).*

*“Nós fizemos no segundo ciclo a mesma coisa: o avaliador foi lá, conversou com (enfermeiro da equipe irmã) tudo, quando chegou na (enfermeira responsável por responder à Avaliação Externa da equipe): ‘vocês fazem mais ou menos assim?’. Ela nem precisou falar muito. Só que daí eles tiraram uma nota e a gente outra nota. Menos, entendeu? E era tudo igual. Daí, de novo: onde está, o que foi? A gente atendia, fazia tudo igual. Isso realmente desestimula.” (Eq18).*

A referência de **“mudanças individuais de pensamento, atitude e comportamento”** esteve presente na descrição da gestão de Atenção Básica e das equipes de saúde. Na compreensão dos gestores, os documentos do PMAQ-AB possibilitaram a qualificação das ações gerenciais na Atenção Básica. Melhor entendimento destas ações, disponibilidade para escuta e valorização da opinião das equipes para a tomada de decisão e maior compreensão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família foram exemplos de mudança de postura estimulada pelo programa.

*“Mudou a minha forma de agir, a forma de ver as coisas, de entender o que que é bom, o que que é correto, o que que eu acho e o que que é o certo, né? [...] Como eu te falei, quando eu entrei não sabia nada. Então, no momento que eu peguei o instrumento a primeira vez pra mim foi assim... uma porta que se abriu, eu disse: ‘meu Deus, agora eu sei o que que eu tenho que fazer! Eu sei pra onde que eu vou!’. Isso era uma angústia muito grande que eu tinha, porque as atribuições do cargo estão ali, mas é... tipo, é tanta coisa que você não consegue mesmo fazer, né?” (G2).*

*“[...] Então, hoje eu acho que eu consigo levar, vender melhor a Atenção Primária a partir dali (referindo-se aos documentos do programa) porque... a gente tem um*

*embasamento de qualidade, um parâmetro, um referencial, né? Os manuais, acho que são muito bons, então a gente consegue compreender bem a lógica do programa [...]” (G6).*

*“Entender como é que funciona os atendimentos ou porque que eles (equipes de saúde) não atingem, por exemplo, um número mínimo lá de... os enfermeiros não atingem um mínimo de coleta de exames? Por quê? Como é que é o processo da coleta, né? Como é que é feita a busca ativa? [...] Porque daí a gente... entende um pouquinho de outras coisas, né? Isso qualifica também daí o nosso trabalho, na nossa parte técnica, né? É outro olhar, né? Enxerga diferente.” (G5).*

*“[...] E não é porque eu não valorizava a opinião deles (profissionais da ESF) é porque eu não tinha essa percepção. Eu achava que o comando vinha do centro e que nós tínhamos que executar aquilo.” (G2).*

Outro exemplo foi descrito por uma gestora ao relatar que o alinhamento com a qualidade incitada pelo PMAQ-AB demonstrou ter continuidade, mesmo diante da possibilidade de encerramento do programa.

*“[...] eu tô na Atenção Primária, então eu tenho que estar alinhada com o que é a qualidade da Atenção Primária no Brasil. [...] então, eu sempre pensei: o processo de planejamento local tem que mudar, a gente tem que se adequar porque a qualidade é isso aqui. Então a gente tem que... independente do programa em si, né? Porque o programa pode acabar. O programa pode acabar, mas se a gente entende que esse é o formato de qualidade, a gente tem que dar continuidade. Então, acho que muda tudo, assim... qualifica muito o processo, né?” (G6).*

As equipes de saúde observaram que o PMAQ-AB tem oportunizado uma pausa no cotidiano para refletir sobre o processo de trabalho, situação que possibilita abertura para mudanças. Com isso, entenderam com mais propriedade sua função na Estratégia Saúde da Família, ficaram mais atentos aos indicadores de qualidade, conseguiram reorganizar ações planejadas e colocar em dia atividades acumuladas.

*“[...] Nos tira às vezes da zona de conforto, porque a gente é engolido pela demanda do dia a dia, isso é uma rotina pra gente. [...], mas, ao mesmo tempo é um processo legal porque faz a gente refletir, a equipe refletir sobre vários outros pontos ao qual a gente vai esquecendo, vai deixando de lado com o passar do tempo.” (Eq13).*

*“Eu conheci mais sobre a Estratégia em si, qual era minha função ali [...] porque quando a gente entrou, passou no concurso, entrou, não veio ninguém explicar ‘vocês têm que fazer isso, assado’, foi meio que... E o PMAQ me fez ver qual era mais minha função ali e tal. (Eq6).*

*“[...] Porque daí você acaba tendo que proporcionar outras coisas para a equipe, conversar sobre assuntos diferentes, discutir indicadores, fazer matriz de intervenção, realizar atividades extramuros, digamos assim. Então, de um modo geral, eu acho que acaba ampliando um pouco a tua visão. Porque quando nós começamos a trabalhar com a Estratégia, eu pelo menos assim, era aquela coisa assim [...] a gente não tinha um protocolo todo, uma diretriz toda da dimensão desse processo. Então esse processo, ele veio a acarretar [...] e fazer com que as equipes de Estratégia, eu acho que tivessem um novo olhar sobre Atenção Primária, sobre Atenção Básica, sobre o processo de trabalho como um*

*todo, sobre o sistema do SUS como um todo [...]” (Eq10).*

As equipes de saúde descreveram também mudanças no relacionamento. O primeiro ciclo contou com maior engajamento da equipe na organização dos preparativos para receber a Avaliação Externa. Em decorrência desta experiência, os ciclos seguintes foram marcados pela divisão de tarefas e funções delegadas. Nesse sentido, as falas retrataram união, comprometimento, esforço e empenho das equipes motivadas pelo PMAQ-AB.

*“[...] Eu me lembro assim, que quando foi o primeiro (ciclo) eu fiquei um tempão levantando dados antes, porque era tudo mais difícil, assim. [...] eu lembro assim, que era muito árduo. [...] agora deu mais pra... dividir as tarefas assim, cada um ficou responsável por uma coisa, nesse sentido. Delegar funções assim, nessa questão de que não ficasse só uma pessoa fazendo tudo, né? Eu achei que ficou melhor essa parte de que todo mundo já tava sabendo o que a gente tava falando.” (Eq1).*

*“Eu acho que a gente é... consegue unir mais a equipe, assim, trabalhar de uma forma mais conjunta e com mesmo objetivo, assim sabe? A gente vê que a equipe toda fica bem engajada, fica bem comprometida em relação... que sabe que vai ter essa avaliação, que vai ter tudo isso e eles querem realmente mostrar que eles já tão fazendo, né?” (Eq14).*

Contudo, houve registro reportando que o empenho da equipe seria o mesmo, não atribuindo tal fato à uma possível mudança ocasionada pelo PMAQ-AB.

*“Alguém ficou mais empenhado em função do PMAQ? Não. Assim, a nossa equipe... ah, vamos fazer uma palestra sobre sexualidade. Cada um vai ajudar de uma forma tendo PMAQ ou não tendo PMAQ, entendeu?” (Eq1).*

O aprendizado foi outra mudança observada pelas equipes de saúde suscitada pela participação nos ciclos do programa. Além de contribuir para a formação individual, fomentou novas ideias e o desenvolvimento de projetos em conjunto.

*“E eu acho que dentro do nível de conhecimento do nível técnico de cada um, daquilo o que se espera de cada um, eu penso que os Agentes de Saúde conseguiram trabalhar muito bem esse aspecto de aprendizado, ciclo de aprendizado dentro daquilo do que se espera para o nível de conhecimento deles. A gente não espera que tecnicamente eles sejam capazes de produzir conhecimento extremamente bem elaborado, mas dar ideias, iniciar ideias, elaborar, desenvolver coisas que nós iniciamos - eu acho que a gente conseguiu trabalhar bastante nesse aspecto.” (Eq13).*

Gestão de Atenção Básica e equipes de saúde descreveram maneiras pelas quais o processo de avaliação do PMAQ-AB tem sido utilizado para promover **“mudança na cultura organizacional”**. Cinco aplicações deste uso foram identificadas a partir das entrevistas: infraestrutura e recursos materiais nas Unidades de Saúde, organização do processo de trabalho, apoio às equipes de saúde, mudança organizacional e prática de avaliação.

As entrevistas identificaram mudanças na infraestrutura e recursos materiais nas Unidades de Saúde condicionadas à adesão, ou seja, relacionadas ao processo de avaliação e não aos resultados. Para a gestão, uma mudança importante relacionada ao programa diz respeito à padronização das unidades de saúde, observando um movimento consistente para atender às exigências para adequação da estrutura física, ambiência e necessidades de materiais e insumos.

*“Então, desde o primeiro ciclo onde a gente teve o maior movimento, né? de adequar desde placa, sinalização, tudo o que... em algumas unidades tinha, outras não tinha da mesma forma... Então, aquela padronização e tudo o que veio trazendo o PMAQ de mudança*

*em termos de adequação de estrutura física.” (G2).*

*“Hoje a gente tá numa outra situação com essa coisa da avaliação. A gente conseguiu identificar quais eram as necessidades de materiais e insumos e fazer toda a parte de licitação e ata licitatória com base no que que a gente precisa ter.” (G5).*

*“Sim, inclusive pra... pra elencar as prioridades, né? [...] Então, questão de reforma de unidade, de aquisição de sinalização adequada. [...] Por exemplo, os totens externos, né?” (G2).*

*“Principalmente o número de população por equipe, né que era exorbitante. Tinha equipe com cinco mil pessoas, no ciclo 1, né? Então isso foi... ajudou bastante, né? Até como comentar com o gestor: assim não dá. (G3).*

As equipes de saúde também observaram esse movimento de padronização e reforma das unidades de saúde influenciado pelo PMAQ-AB. Placas de identificação, pintura, lista de materiais e insumos, computador para a Regulação e sala para Agentes Comunitários de Saúde foram exemplos citados.

*“Nesse sentido assim, de melhoria antes de receber o processo de avaliação pra ficar mais bonito etc.” (Eq10).*

*“[...] quando a gente recebeu o manual do Ciclo 1 do que ia ser avaliado, do que precisava, a gente já viu tudo o que a gente tinha, o que que faltava.[...] tipo, a gente recebeu balança que pesava até 200 quilos, a gente só tinha balança que pesava 150, aparelho pra obeso de pressão, algumas coisas assim foram... a gente foi recebendo.” (Eq14).*

*“[...] uma das perguntas do PMAQ era se elas (Agentes Comunitárias de Saúde) tinham... se tem um computador pro Sisreg (Sistema de Regulação) ou pra elas também fazerem a produção dentro da unidade, né? Então, isso também ajudou.” (Eq3).*

Os entrevistados reconheceram mudanças direcionadas à organização do processo de trabalho. Para os gestores da Atenção Básica, o PMAQ-AB motivou o desenvolvimento de ações para ampliar o acesso dos usuários e a integração entre as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

*“[...] que o PMAQ também pergunta o horário de atendimento das unidades e tal... Agora a gente começou a ter horário estendido, né? que é uma mudança também nesse sentido, pra dar mais acesso.” (G2).*

*“[...] já começou pelo mapa por exemplo, que dentro do mapa já tinha que inserir as informações da Saúde Bucal que antes não estavam sendo cobradas, entende? Esse ciclo (terceiro) exigiu um mapa do território com a Estratégia de Saúde Bucal, com a identificação de grupo, de área de risco da Saúde Bucal, por exemplo.” (G5).*

As decisões apoiadas pela gestão que dizem respeito à orientação e mudanças nas ações das equipes de saúde foram mediadas pelo debate e discussão acerca da implementação e/ou aprimoramento do acolhimento e referenciais para melhoria do acesso, como por exemplo, o funcionamento da unidade de saúde durante o almoço.

*“[...] a gente fez uma discussão grande no município sobre acolhimento que vem até hoje, mas começou lá em 2016. A gente utilizou os referenciais que tinham lá, de acesso né? da última avaliação do PMAQ. Como foi? Olha, tantas equipes não tão mantendo o horário do almoço aberta. Isso a gente vai propondo mudanças, né ao longo do*



*tempo considerando o que é proposto pelo programa.” (G6).*

As reflexões oportunizadas pela autoavaliação foram especialmente lembradas na programação das ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família, como: formação e sistematização de grupos, investigação e acompanhamento de casos suspeitos, acolhimento, puericultura, pequenas cirurgias, atividades na escola, teste de acuidade visual e visitas domiciliares. Com relação ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a autoavaliação orientou o matriciamento e as práticas integrativas e complementares, como horta comunitária. A organização do processo de trabalho também foi lembrada pelos entrevistados que citaram maior frequência das reuniões de equipe e registro dos encaminhamentos, ações de planejamento local, sistematização e registro de encaminhamento para especialidades.

*“Acho até em função do acolhimento, né? [...] acho que no início do PMAQ já veio essa ideia do acolhimento daí a gente já começou a se... a fazer coisas pra se enquadrar, né? [...] livre demanda, escuta qualificada.”. (Eq1)*

*“Por exemplo assim, quando eu encaminho algum paciente pra especialidade tem que ter a referência. Tu tens que ter tipo um caderno, um controle que tu enviou, que data, se voltou e eu era meio falha nisso. Daí eu vi que: opa, preciso melhorar nisso!”. (Eq6).*

*“E registro, porque muitas vezes a gente fazia e não tinha registro”. (Eq21).*

As equipes de Saúde Bucal destacaram aproximação com os profissionais da equipe de Atenção Básica, estreitamento da comunicação com o médico, programação de atividades na escola, ampliação da cobertura de gestantes e rastreamento de câncer bucal.

*“Eu acho que foi usado assim bastante, pelo menos na parte de programar atividade na escola [...] da parte da cobertura de quantas vezes ao ano ir em cada escola, né? Que tipo, vamos dizer... de atividade fazer pra cobrir melhor as crianças, né?” (Eq16).*

*“Uma coisa que melhorou pra mim, eu achei que foi a comunicação com o médico. Porque antes do PMAQ vir, eu morria de medo, porque tem uma parte ali de interdisciplina, de comunicação, de discussão de caso e eu nunca tive esse negócio com médico. Depois do PMAQ, agora a gente tem uma ótima comunicação, aí ele me chama: olha aqui, está com uma lesão. Vamos ver juntos? E a mesma coisa, eu chamo ele às vezes e a gente faz junto, vai referência para o buco às vezes com lesão suspeita... Eu achei que melhorou”. (Eq6).*

*“[...] , mas assim... mesmo regulando eu tenho no meu computador, salvo ali pra cada especialidade, sempre deixo registradinho, a data que botou, o nome do paciente certinho, os encaminhamentos salvos ali porque a gente faz tudo no... no computador, né? [...] Depois a hora que volta, se é uma biópsia alguma coisa, já coloca o próprio nome no arquivo, o resultado que deu, né? [...] Na verdade, foi mais começado a fazer pensando nessas coisas do PMAQ e daí a gente vai vendo que vai funcionando e vai... vai facilitando o nosso dia a dia, pra... pra gente fica mais organizado, né? Tem um acompanhamento melhor”. (Eq16).*

Para as equipes de saúde, participar do PMAQ-AB tornou rotineira a realização de algumas atividades, como registro e a realização de grupos. Outro exemplo foi a preparação da horta, requisito que agregava pontos para o programa, mas que poderia ficar abandonada após a Avaliação Externa. No entanto, continua sendo cuidada a partir de uma escala organizada pela equipe.

*“E a questão de organizar mesmo os documentos, mas isso agora já fica [...] a gente já tem um outro olhar assim, né? já vou deixar aqui registrado [...] na correria do dia a dia de não registrar ou de não fazer uma*

*lista de presença [...] Porque a gente atende, a gente faz, a gente participa, a gente orienta e muitas vezes não registra...” (Eq1).*

*“[...] Então, por exemplo, quando a gente sentou com os Agentes Comunitários, principalmente na questão dos pacientes hipertensos [...] ‘ah, mas a gente já faz, mas a gente já tem’. ‘Tá, mas está onde, está anotado onde? Tem planilha, tem isso, tem aquilo?’ Aí o (nome do Agente Comunitário), a gente tem um ACS que mexe muito com Excel, aí ele já planejou tudo e colocou tudo certinho [...]” (Eq12).*

*“Mas o que muda mesmo é assim... o processo de trabalho. O anotar, o registrar. Isso para mim é o grande ‘X’ da questão no processo de trabalho, a importância que o PMAQ tem de fazer a gente melhorar e modificar o nosso processo de trabalho, né? [...]” (Eq11).*

*“[...] A horta foi uma coisa que eu pensei: ‘vai acabar o PMAQ [...] a horta vai morrer e vai desaparecer e quando chegar o PMAQ de novo, eles vão lá plantar coisinha de novo, e vai ter a horta de novo’. Não aconteceu, a horta está lá até hoje, eles estão fazendo a escalinha.” (Eq13).*

As equipes de saúde melhoraram sua compreensão diante de ações que envolvem a Atenção Básica e, conseqüentemente estão aprimorando o processo de trabalho. O conjunto de atividades elencadas pelo programa suscitou reflexões e discussões em equipe com o intuito de compreender por que não eram realizadas e planejar formas de colocá-las em prática.

*“Porque a gente viu assim: ‘tá, mas a gente não fazia reunião programada com a equipe de Saúde Bucal’, o que acontecia era ocasionalmente. Aí a gente pensa: ‘mas por que a gente não fazia?’”. (Eq8).*

Segundo informação dos gestores entrevistados, a função de apoio às equipes de saúde ocorreu de acordo com os tempos do programa. Reuniões para orientar a condução do PMAQ-AB no município tinham o intuito de esclarecer dúvidas, estabelecer cronograma de atividades e alinhar as ações das equipes aos propósitos do programa.

*“[...] a gente tem uma reunião mensal de coordenação de Unidades de Saúde e a gente trabalha [...] todas as situações e... Então, a gente já anuncia que vai ter um novo ciclo, né e que nós vamos estar fazendo essa organização. Esses profissionais junto com... o Coordenador de Distrito vai, eles vão até a unidade, a gente já estabelece um, um cronograma para sentar com as equipes e começar as discussões, assim.” (G1).*

*“[...] eu procurei assim, desde aquele momento chamar, orientar, tentar alinhar e que eles instituíssem aquilo que o programa, né? pede na rotina [...] de entender como seria esse novo ciclo, de orientar as equipes [...] eu chamei eles várias vezes, fiz reunião, fiz webconferência com pessoal do Telessaúde, trouxe todo mundo para cá [...] Então a gente deu o suporte, né? aquele Apoio Institucional teve.” (G5).*

Os gestores dos cinco municípios relatam apoiar as equipes para a autoavaliação. Esse suporte envolveu questões mais elementares de acesso ao sistema, orientações para estimular a participação durante o processo e discussão conjunta das matrizes de intervenção.

*“[...] a gente senta com eles: ‘olha, você vai entrar lá, ali tem todo norte. Peça que você faça a avaliação, se reúna com a tua equipe e faça a AMAQ e construa a matriz de intervenção’. E aí depois que eles constroem a gente senta pra discutir, né? pra ver o que eles colocaram.” (G2).*

*“Teve equipe que a gente teve que ir orientar como fazer a autoavaliação toda, abrir o*

*sistema. Teve uma das reuniões, eu abri o sistema, mostrei: ‘olha, vocês vão fazer assim, assim, assado tal’”. (G5).*

*“A gente fazia isso através das reuniões, né (nome da outra entrevistada? [...] aonde a gente fazia uma roda, uma roda de conversa e ia lendo item por item, depois a gente pegava a matriz de intervenção. A gente as orientou, às vezes estavam na frente do computador, nos ligavam pra tirar alguma dúvida: ‘onde é que eu clico, onde é que eu vou, qual é o próximo passo’, né? Ou elas faziam e nos mandavam, né (nome da outra entrevistada)? pra gente dar uma olhada.” (G4).*

A fala dos gestores de Atenção Básica revelaram a importância da função de apoio. Para algumas equipes era difícil relacionar as ações e atividades realizadas cotidianamente com os processos de melhoria da qualidade solicitados pelo programa, demandando suporte da gestão para esclarecimentos.

*“[...] E aí a gente fazia uma discussão e tinha algumas coisas que foram interessantes de serem percebidas [...] algumas questões ali colocadas eles faziam aquilo que tava sendo dito, eles precisaram ser questionados na verdade em relação ‘tá, mas tu não faz isso?’, ‘ah não, faço!’. Mas pra ele não, não tinha sentido o que tava escrito com o que era feito. Uma coisa até estranha.” (G1).*

*“O que a gente via assim, é que algumas Unidades (de saúde) elas vinham até perguntar: ‘tal situação tu entendes que a gente tem ou não tem né, porque eu enxergo que não’. ‘Não, mas vamos voltar lá no padrão. Olha, o padrão diz isso, isso e isso. O dez lá em cima, o cem por cento é isso, mas vocês têm isso, isso e isso. Então não dá para dizer que a gente não tem... não tem acesso.’” (G6).*

Outra forma de apoio descrita pelos gestores foi oportunizar tempo para que as equipes realizassem reuniões internas para discussão de aspectos relacionados à autoavaliação e planejamento. Tal atitude sinaliza um compromisso organizacional com a condução de ações avaliativas.

*“[...] a equipe faz a autoavaliação, planeja as ações e compartilha no Conselho Local [...] então, a gente oportuniza um espaço de reunião interna pra que seja feito tal...” (G6).*

O compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos foram maneiras citadas pelos gestores entrevistados para dar suporte às equipes participantes do PMAQ-AB durante a preparação para a fase de Avaliação Externa. A Cooperação Horizontal foi mediada pela gestão, mas também ocorreu pela articulação entre os profissionais.

*“Então a gente buscou assim, modelos dentro do município: ‘ah, fulano tá fazendo legal. Então vamos lá, vamos conversar.’ [...] Fulaninho lá de uma Unidade trazia qual era a experiência dele em fazer registro das atividades, em fazer as tabelas de acompanhamento dos grupos de risco, como é que ele tava controlando isso, né?” (G5).*

*“[...] teve uma das regionais que eles se reuniam, os enfermeiros, pra fazerem as trocas, pra apoiar, pra ajudar um ao outro. Eles se reuniam assim [...] pra ver se estavam alinhados da mesma forma pra... pra... pra subir o nível de quem tava abaixo, né e ficar meio equilibrado, né?” (G5).*

A fase de Avaliação Externa demandou uma ação coordenada entre gestão de Atenção Básica e equipes de saúde. Nesse caso, os gestores relataram a condução de oficinas com coordenadores das Unidades de Saúde para leitura detalhada, esclarecimento de dúvidas sobre os instrumentos de coleta de dados e convidaram outros setores da Secretaria de Saúde para contribuir com questões específicas do programa. As equipes de saúde receberam pastas para organizar instrumentos e manuais referentes ao PMAQ-AB, bem como, os documentos comprobatórios exigidos pelo avaliador externo.

*“[...] a gente leu todo o instrumento e a gente respondeu todas as questões com todos os enfermeiros, né? pra gente responder a mesma coisa, pra esclarecer qualquer dúvida, né?” (G4).*

*“[...] A questão também do... do levantamento, né? da fila de espera, essas coisas. Aí a gente foi pegando a parceria do Controle e Avaliação, daí a gente respondia junto, né? [...] então a gente fazia oficinas, dividia também em grupos pra não ser tão grande [...] respondemos o instrumento inteiro. E daí pegávamos no DVE (Direção de Vigilância Epidemiológica) a questão da dengue [...] como ia pedir do município todo, a gente já pegava da equipe toda.” (G3).*

*“[...] Então assim, tudo o que o Ministério (da Saúde) ia liberando de apostila, de documento, de manual [...] cada equipe ganhava uma pra discutir, pro seu enfermeiro ter aquele instrumento, né?” (G4).*

O papel de Apoiador Institucional tem sido desempenhado por coordenadores de microrregião ou de distrito e pelos próprios gestores da Atenção Básica. Estes últimos assumem frentes de atuação mais amplas. Ao mesmo tempo em que prestam apoio às equipes de saúde, eles são a referência do programa para o nível central do município e participam da formação de coordenadores das Unidades de Saúde sobre aspectos relacionados ao PMAQ-AB.

*“[...] As coordenações de micro, elas têm esse papel (Apoiador Institucional), né? elas estão na unidade diariamente, né? Então elas têm também essa responsabilidade, mas muitas não têm conhecimento, não tem vivência na unidade, né? A maioria das nossas coordenações hoje são... agentes administrativos, então... precisam muitas vezes desse apoio técnico, né? Eu faço um momento com elas, com todas... explico [...]”*

*todo o programa, tal... Daí, no outro dia cada indicador, o que que é, qual é a fonte, o que que significa quando tá assim, quando tá assado, né? e disponibilizo a planilha pra elas discutirem com as equipes.” (G6).*

Em dois municípios visitados o Apoio Institucional estava instituído antes da implementação do PMAQ-AB. Na percepção dos gestores de Atenção Básica, o programa contribuiu para tornar esse papel mais claro, sistematizando as ações dessa função de acordo com as fases do programa e influenciando na interlocução com as equipes de saúde.

*“[...] porque a gente sempre ia já nas Unidades, isso sempre foi uma rotina, não tão sistematizada, mas a gente sempre teve esse contato. Mas quando a gente tem um parâmetro de qualidade nacional ou pros municípios do nosso porte, faz com que a gente se reorganize também diferente pra esse alinhamento com a equipe, né?” (G6).*

*“[...] essa necessidade do Apoio Institucional lá com a equipe pra fazer essa comunicação, isso teve influência [...]” (G6).*

A comunicação e a discussão dos resultados do PMAQ-AB é outro exemplo de apoio relacionado à cultura organizacional. Os relatos dos gestores para este indicador confirmam a análise relativa ao uso instrumental, em que tais ações ainda não estão sistematizadas na rotina gerencial. Quando há apoio, este foi descrito da seguinte maneira: com a publicação dos resultados, uma reunião entre atores do nível central e coordenação das equipes de saúde é convocada e a coordenação fica responsável por repassar as informações para a equipe. Havendo dúvidas relacionadas aos resultados, a gestão busca esclarecimentos junto à Secretaria de Estado ou ao Ministério da Saúde.

*“É, a gente daí vai discutindo... não é individual com cada equipe muitas vezes, né? Mas... nessa reunião com os enfermeiros, que são as chefias de cada equipe, a gente traz os resultados, né? e vai conversando com todos porque às vezes o que serve pra um serve pro outro, né?” (G2).*



*“Então, a gente fez isso também quando veio resultado, né (nome da outra entrevistada), do segundo ciclo, né? Do primeiro também a gente deu essa devolutiva, né? Tivemos alguns questionamentos [...] todos eles nós mandamos alguns e-mails, né pro Estado e pro Ministério questionando e depois cada enfermeiro ficou de repassar pra sua equipe. Em algumas equipes nós fomos ainda, algumas equipes que a gente foi chamada nós fomos.” (G4).*

*“[...] eu lembro que quando saiu a nota foi pra leitura de todos os apoiadores, naquela época a gente não tinha coordenação e na reunião interna, na reunião nossa, do setor a gente foi discutindo item a item e algumas coisas não ficavam muito claras... dos indicadores, né?” (G6).*

Não houve registros relatando a apoio para a discussão dos resultados com o objetivo de retroalimentar o ciclo avaliativo. Uma das gestoras entrevistadas reconheceu esta fragilidade, sugerindo a necessidade de apoio da Secretaria de Estado da Saúde.

*“[...] Eu acho que poderia ter um processo diferenciado, da nossa parte também precisa acontecer isso, tu entendes, né? Mas eu acho que aí, a gente poderia ter realmente o Apoio Institucional do Estado, por exemplo.” (G1).*

No que se refere ao apoio, as equipes de saúde informaram participar de reuniões com a gestão que tratavam da condução do PMAQ-AB para esclarecimentos sobre adesão, alcance de metas e mudanças no processo de trabalho atinente aos objetivos do programa. Os entrevistados lembraram participar de capacitações e webconferências para esta finalidade.

*“A gente tem o coordenador da Odonto, né? [...] foram feitas várias reuniões, daí a gente a gente se reunia como eu falei pra... pra explicar certinho, pra ver como é que era,*

*como é que eram as metas, o que tinha que ser feito, o que tinha que ser modificado...” (Eq16).*

*“Teve alguns encontros pro Ciclo 3, teve alguns encontros aqui na Secretaria de Saúde pra gente vir, tirar as dúvidas, teve... umas webs, uma teleconferência teve também.” (Eq14).*

Identifica-se dissonância entre as falas da gestão de Atenção Básica e das equipes a respeito do Apoio Institucional e entre as equipes também houve divergências. Enquanto alguns relatos demonstraram disponibilidade e suporte da gestão para elaboração das matrizes de intervenção e cálculo dos indicadores da qualidade, outros manifestaram não encontrar apoio para esclarecimento de dúvidas, realizando tais atividades por conta própria.

*“[...] Aí eu tinha dúvidas assim, nas matrizes de intervenção eu pedia ajuda pra ela. Uma vez ela me mostrou como é que fazia e tal: ‘não, faz assim, assim, assim’ porque eu nem sabia o que era uma matriz de intervenção também no começo, né?” (Eq16).*

*“Pra ajudar a fazer a matriz de intervenção, sentar e conversar o que poderia ser mudado? [...] Isso realmente a gente faz por conta, né?” (Eq2).*

*“E outra coisa, quando fala se a gestão apoiou, a parte da Odonto é muito pouca... tem muito pouco apoio. Na realidade as nossas dúvidas a gente tem que sanar sozinho, porque não tem ninguém que saiba: ‘não, olha esse indicador tu vai calcular assim, tu vai calcular assado’.” (Eq11).*

Outra assimetria de informações entre gestão e equipes foi identificada no apoio durante a Avaliação Externa e novamente divergências foram observadas entre as equipes entrevistadas. Alguns profissionais receberam previamente os roteiros para acompanhar a

avaliação da estrutura física e do processo de trabalho e, pastas para organizar os documentos a serem apresentados ao avaliador externo, como registro de acompanhamento de grupos e visita nas escolas. Ao mesmo tempo, uma entrevistada relatou usar recurso próprio para aquisição destes materiais.

*“[...] E aí, a gente tem as pastinhas, né? que aí a secretaria que entregou pra gente com... tudo certinho. [...] aí já tá tudo pronto, pacientes que a gente precisa acompanhar ou grupos, visita na escola... a gente já deixa certinho.” (Eq3).*

*“[...] No Ciclo 2 nós tivemos isso (apoiador institucional) e era bem mais fácil de conseguir as coisas, tanto que em relação a fotos e material, tudo. Era só o próprio agente de saúde, não precisava nem ser nós de nível superior, ligava aqui (na Secretaria de Saúde) ou vinha aqui, passava e-mail, alguma coisa para a (nome da apoiadora): ‘estou mandando para vocês na semana que vem’”.* (Eq13).

*“E se depois quiser comprar pastinha para te deixar bem bonito é tu que vai ter que comprar, o catálogo tu que vai ter que comprar, as fotos tu vai ter que imprimir. Então, é um momento que tu gasta um dinheirinho porque senão, se tu depender da gestão não sai nada.” (Eq11).*

Tal assimetria ocorreu entre profissionais que atuam na mesma Unidade de Saúde, percebida durante a condução das entrevistas com as equipes.

*“Mas também assim, não sei quanto a vocês, mas eu me preparava porque nunca ninguém me deu nada, eu fui atrás e ali tinha alguns critérios que eu sabia que eles iriam me questionar. Eu não sabia se eu teria que comprovar ou não então, eu já estava preparada. Se eu tinha que comprovar estava*

*ali, se eu não tinha também estava tudo bem [...]” (Eq21).*

*“Mas para ver como é discrepante dentro da unidade, porque eu recebi um manual de Avaliação Externa que eu tinha exatamente todas as perguntas que o avaliador ia me fazer e o que eu tinha que apresentar comprovante ou não.” (Eq19).*

Uma forma de cooperação descrita pelas equipes de saúde foi lançar mão do uso de ferramentas tecnológicas. Informações sobre o programa, dúvidas e esclarecimentos eram compartilhados por meio de um aplicativo de mensagens de celular.

*“E nesse último ciclo foi bem isso que também ajudou, que a dúvida de um às vezes era a dúvida de outros e a gente acabava não perguntando. Soltava uma dúvida no celular: mas isso aqui também eu tinha dúvida. Então ajudava bastante.” (Eq5).*

No entendimento das equipes de saúde não houve apoio para a comunicação dos resultados do PMAQ-AB, que ocorre informalmente. Durante a Avaliação Externa, a gestão entra em contato com as equipes para saber como foi o processo e com base nas impressões dos avaliadores externos, os resultados são repassados.

*“[...] porque no dia que eles foram avaliar ela ligou depois pra perguntar: ‘como é que foi, o que que faltou, o que que não deu’. No dia da avaliação sim, mas o feedback é que...” (Eq1).*

*“[...] a impressão que eu tenho é assim, é uma loucura até o dia que vem. Passou, virou a página, morreu, não se fala mais.” (Eq11).*

*“[...] o avaliador acabou de sair, daqui a 15 minutos alguém da gestão liga para nós e pergunta: ‘tudo tranquilo?’ [...] A gente só vai receber uma ligação de novo de alguém da gestão no próximo ciclo.” (Eq10).*

Apenas uma entrevistada lembrou que a classificação de desempenho da sua equipe foi apresentada na unidade de saúde pelo Apoiador Institucional.

*“[...] Foi um apoiador, teoricamente, aqui da Secretaria apresentar os dados para nós na unidade. E quando apresentou os dados eu fiquei sabendo que a Avaliação Externa tinha sido boa, mas os outros dados foram muito ruins, são os dados que a gente registra no Siscan, no SisPréNatal, essas coisas assim.” (Eq19).*

As equipes informaram não receber apoio para a discussão dos resultados e identificação de fragilidades que necessitam de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade.

*“Eu estou esperando até hoje porque eu pedi esse apoio, de a gente sentar e analisar esses dados. Já faz uns dois ou três anos já, que foi do segundo (ciclo do PMAQ-AB) e até hoje ninguém falou.” (Eq19).*

*“Eu não... tive. O nosso foi ‘muito acima da média’ daí a gente não... eles não vieram falar nada do que precisava melhorar e nada.” (Eq14).*

Os resultados desta pesquisa identificaram mudanças organizacionais ocorridas no âmbito da gestão de Atenção Básica. A readequação do Plano de Cargos e Salários, redisão dos territórios de saúde e a expansão da Estratégia Saúde da Família foram mudanças informadas pelos gestores em decorrência da participação no programa. Essa expansão ocorreu pela transformação das equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde em equipes de Estratégia Saúde da Família e pela inclusão de equipes parametrizadas no PMAQ-AB.

*“[...] Então tinha um Plano de Cargos e Salários só pros efetivos, emprego público não tinha. Hoje tem, né? É singelo, mas é uma mudança que já aconteceu por conta do PMAQ também.” (G2).*

*“[...] , mas ao longo do tempo, segundo início do terceiro ciclo, eu vi que a gente conseguiu também levar isso pras Equipes Parametrizadas. Então, a inclusão das Equipes Parametrizadas no programa foi muito bom pra isso.” (G6).*

Outro sentido que guarda relação com cultura organizacional é a presença de uma equipe que desenvolva e apoie a avaliação, indicando a integração desta atividade na rotina da instituição. Nossos resultados apontam que a participação em três ciclos do PMAQ-AB não despertou nos municípios visitados a necessidade de uma equipe designada para o acompanhamento desta atividade. Os entrevistados relacionaram amplamente a criação da Comissão do PMAQ-AB como uma mudança organizacional decorrida do programa. Porém, esta comissão tinha como principal finalidade discutir a divisão do recurso financeiro, sem envolvimento com a construção da capacidade avaliativa no município.

*“[...] com a criação da lei do PMAQ foi criada uma comissão [...] aonde a gente tinha representante da supervisão da Estratégia (Saúde da Família, do RH, da auditoria e um representante de cada categoria dos servidores da Estratégia), né? no qual, a gente... não ganhávamos nada, nós fazíamos reuniões mensais ou quinzenais dependendo da demanda, até pros colegas entenderem o processo do PMAQ, né?” (G4).*

*“[...] E eu fazia parte de uma comissão, que a gente criou uma comissão para desenvolver o PMAQ. Ver, dividir valores, como é que ia ficar tudo [...]” (Eq22).*

Outra mudança organizacional percebida pela gestão de Atenção Básica foi que o PMAQ-AB motivou o desenvolvimento de ações para ampliar o acesso dos usuários e a integração entre as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Uma contribuição do programa para este indicador ocorreu em um dos municípios visitados com a criação dos cargos de Supervisão da Estratégia Saúde da Família e Supervisão de Áreas Prioritárias.

*“Sim, o nosso cargo, né? [...] antes do segundo ciclo acontecer, com a criação da Lei do PMAQ foi criado os 3 cargos de supervisão da Estratégia (Saúde da Família), né aonde vincula que só quem pode assumir o cargo são os servidores efetivos ou da Estratégia, né? Isso é bem importante, isso é um ganho, né?” (G4).*

*“E o cargo de Supervisão das Áreas Prioritárias, né que a gente trouxe junto, né?” (G3).*

Mudanças relacionadas à prática de avaliação foram aspectos levantados nas falas de gestores da Atenção Básica e equipes de saúde. De acordo com informações da gestão, o PMAQ-AB é o processo avaliativo instituído na Atenção Básica, não havendo outra metodologia utilizada. Antes da sua implementação os municípios tinham como rotina o acompanhamento de indicadores pelo SisPacto ou pelo Plano Municipal de Saúde. Com a implantação do programa, observou-se a existência de indicadores similares e que o registro de certas atividades já era praticado por algumas equipes.

*“É... sistemático assim, não. [...] antes de chegar o PMAQ tinha o Sispacto, quer dizer, ainda tem né? mas... a Atenção Básica agora acabou se voltando mais pros indicadores do PMAQ[...] então... a gente acabou acompanhando mais a avaliação do PMAQ.” (G2).*

*“Não. A gente tinha o Plano Anual de Saúde, o Plano Municipal de Saúde. Então, a gente sempre trabalha com os indicadores com as equipes, isso a gente trabalhava, mas não com... com... as metas assim né, que são pactuadas. Mas não processo avaliativo direto [...]” (G3).*

*“E a gente percebeu com essas conversas que algumas equipes tinham já uma forma de organização, né que indiretamente sem saber, mas já trabalhavam com os indicadores do*

*PMAQ. Alguns instrumentos que no momento da Avaliação Externa tinham que ser apresentados, algumas equipes já tinham [...]” (G4).*

Uma maneira de institucionalizar o programa descrita pela gestão foi incorporar indicadores do PMAQ-AB ao Plano Municipal de Saúde, envolvendo e ampliando a discussão para outros setores da Secretaria de Saúde.

*“[...] a gente tem um indicador nosso do Plano Municipal é... as Unidades de Saúde com os indicadores do PMAQ implantados e monitorados. [...] eu acho que o fato de estar no Plano é algo que assim... dá uma... institucionaliza a coisa, né? [...] a partir desse último plano eu tenho percebido bastante, é que... não é algo mais só da Atenção Primária, é do município. Então, quando a gente foi discutir o módulo do gestor, o módulo eletrônico que tinha que preencher, participou gerente da Atenção Primária, da referência, do laboratório, da regulação... Todo mundo no auditório pra preencher o módulo eletrônico porque não é da Atenção Primária, é maior, né? E eu acho que o fato de estar no indicador do Plano traz isso.” (G6).*

Autoavaliação, planejamento e instrumento para verificação da estrutura e funcionamento das unidades de saúde já aconteciam antes do PMAQ-AB em dois municípios pesquisados. De acordo com os gestores, tais práticas foram revistas buscando alinhamento aos propósitos do programa. Num destes municípios, a irregularidade entre os ciclos avaliativos fez com a gestão da Atenção Básica desenvolvesse um instrumento próprio de autoavaliação a ser utilizado por todas as equipes, independente de terem ou não aderido ao programa a fim de não perder a rotina anual de autoavaliação.

*“[...] então isso sempre existiu (autoavaliação e planejamento). Com o PMAQ, acho que a gente teve essa preocupação de buscar sempre um alinhamento a partir os*



*parâmetros do PMAQ, mas não só para as equipes do PMAQ.” (G6).*

*“[...] porque a gente viu que deixar só no AMAQ como ele não tem essa periodicidade [...] então a gente perdia um pouco nesse processo nosso interno. Então, a gente fez um instrumento municipal de autoavaliação. Hoje, nesse momento ele é igual ao AMAQ [...] aí, sinaliza a cada três meses o que precisa monitorar. Então eles têm que entrar lá, acessar, monitorar as ações e no final do ano tem a avaliação, né? [...], mas a gente mantém essa rotina anual de autoavaliação e né? monitoramento e avaliação as ações planejadas no ano.” (G6).*

A participação no programa estimulou colocar em prática o monitoramento de indicadores de saúde que, há algum tempo, estavam na pauta da gestão municipal. A proposta, segundo a gestora, é discutir bimestralmente um conjunto de indicadores e fazer a avaliação ao final do período.

*“[...] A gente trouxe no primeiro momento os resultados já que nós tínhamos do ano anterior [...] e trabalhando com eles como é que esse indicador é construído. Então, desde o início do ano (2018) nós estamos fazendo isso a cada mês, né? pras equipes. A gente reúne dois distritos de saúde com a enfermagem e a coordenação de cada unidade e trabalhou exatamente cada indicador de saúde. Isso já está trabalhado. Então, agora eles vão ver o resultado e fazendo algumas discussões de acordo com os temas que nós vamos levando a cada período. Esse acompanhamento do quanto tá atingindo... a gente tá fazendo aos poucos, de bimestralmente é que a gente tem levado para ver como que tá essa situação. Então agora com essa construção, a gente pretende assim, até setembro por aí levar mais alguma coisa*

*já, do que foi estabelecido e novembro fechamos a avaliação.” (G1).*

Na percepção dos gestores da Atenção Básica, o comportamento avaliativo das equipes está sendo modificado pelo processo do PMAQ-AB, descrito pela preocupação diante de projetos de intervenção que não saíram da gaveta e que tem gerado movimentos para alterar essa situação. Apesar disso, algumas equipes participam com a finalidade de cumprir os requisitos do programa, não havendo continuidade das ações após a Avaliação Externa.

*“[...] , mas é uma outra frustração também porque a maioria das vezes a Matriz de Intervenção vai pra gaveta e ela só é retirada depois quando tá na nova fase, né? quando se tem que fazer o processo novamente. Mas mesmo assim, eu considero positivo [...] depois de seis meses tira da gaveta vem aquela consciência, né: ‘poxa vida, tô vendo aqui de novo, disse aqui eu não fiz nada ou fiz muito pouco’. E aí, aquela sementinha aos poucos vai germinando, sabe? A gente vê esse movimento, ele não é muito expressivo, mas a gente percebe que isso acontece, sabe?” (G2).*

*“[...] digo de algumas aqui também, fizeram o processo só pro dia da avaliação, só pra ter a nota, a nota e depois vai se perdendo, sabe? Não dá conta de manter. Daí é ruim, né?” (G5).*

Uma situação que tem se tornado mais clara para os entrevistados com a repetição dos ciclos avaliativos é a possibilidade de utilizar os resultados do PMAQ-AB. Como justificativa para a fragilidade deste uso, os gestores entrevistados apontaram a falta de compreensão de que eles e os Apoiadores Institucionais poderiam contribuir para essa função e acreditam a utilização dos resultados seja colocada em prática a partir do terceiro ciclo.

*“[...] não... não... a gente usou mais a Autoavaliação pra saber, sabe?” (G5).*

*“Eu acho que seria bem importante a gente fazer essa questão do resultado. Tu sabes o*

*que eu acho [...] por que que a gente não estabeleceu essa questão? Porque eu acho que na verdade o papel da gestão nesses... [...] O papel da gestão ele ainda era muito distante, até a gente estabelecer o papel do Apoiador Institucional e eles entenderem que teriam esse apoio pra [...] estruturação do processo de trabalho ou (para) avaliação [...] a gente meio que talvez... se eximiu dessa questão por essa situação, tu entende?” (G1).*

*“[...] Eu acho que a partir dessa próxima, acho que vai dar pra gente poder sentar com cada equipe, estabelecer isso (uso dos resultados) [...] de poder estar trabalhando isso melhor, né? [...] que eu acho que agora a gente conseguiria, como se a gente tivesse o processo mais na mão, tu entendes?” (G1).*

Em relação à prática de avaliação, as equipes de saúde reconhecem o PMAQ-AB como a estratégia adotada pelo município. Propostas avaliativas próprias ainda não foram colocadas em prática. Alguns profissionais citaram a QualiAB (Avaliação da Qualidade Organizacional de Serviços de Atenção Básica) e a Matriz FOFA (tradução do inglês da Análise SWOT que significa Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) como exemplos de avaliação realizadas previamente à implementação do PMAQ-AB.

*“Não, a gente faz a AMAQ. [...] eles tavam querendo implantar uma avaliação que fosse interna, nossa, mas ainda não... não passou.” (Eq1).*

*“Que eu saiba, não. A gente até tem os dados controlados, mas se precisar de preventivo tem mais ou menos o que o PMAQ tem. Mas um instrumento que a prefeitura use não existe, que a gente precise apresentar isso para alguém, não tem.” (Eq19).*

*“A gente fez a QualiAB que é uma avaliação também da equipe, tá? [...] a gente já fez*

*outras matrizes de intervenção. A gente já fez a FOFA na Unidade, a gente levantou os pontos que... o que traria mudanças ou quais são os pontos críticos. Na nossa unidade a gente já fez um outro esqueminha, assim.” (Eq1).*

O monitoramento dos indicadores tem ocorrido mais sistematicamente, seja incorporando aqueles destacados pelo programa ou novas pactuações a partir das necessidades observadas no município. As equipes de saúde também informaram que utilizam os relatórios de monitoramento para embasar discussões, fazer planejamento e promover melhorias no processo de trabalho.

*“Na verdade, a gente trabalha em relação ao que o PMAQ já preconiza, a gente já tem essa orientação. Sempre a gente tem que fazer com base nisso e trabalhar com base no instrumento do PMAQ pra sempre manter o mesmo indicador, né? O PMAQ ele avalia só aqueles meses, né? por três meses ele avalia, mas a orientação é que a gente mantenha esses indicadores sempre.” (Eq14).*

*“Eu mensalmente vejo os relatórios [...] eu emito relatórios de todos os profissionais e a gente faz um somatório e discute na reunião de equipe.” (Eq14).*

Para a maior parte das equipes entrevistadas, a participação no PMAQ-AB trouxe mudanças no comportamento avaliativo. Ao ter contato com o primeiro ciclo, o volume de atividades necessárias para se adequar ao programa gerou um sentimento de incapacidade. A partir da experiência anterior, as atividades se integraram à rotina e as equipes conseguiram observar as melhorias conquistadas.

*“[...]O primeiro ciclo foi algo que quando a gente sentou para ler aquele caderno, falou: ‘nossa, se a gente precisar fazer tudo isso aqui nós vamos ter que parar de atender. Vamos fazer só o que diz o caderno, não vamos atender paciente nunca mais na vida’. E sentamos... vamos fazer [...] não era um bicho*

*de sete cabeças no final das contas, claro que a gente não conseguiu fazer absolutamente tudo o que estava no caderno. E do primeiro para o segundo foi uma coisa que foi relativamente mais tranquila e me surpreendeu agora no terceiro que quando a gente começou a discutir [...] então, curiosamente nesse ano a gente quando sentou e avaliou... a gente estava fazendo praticamente tudo o que está no caderno [...]" (Eq10).*

*"[...] E agora, conforme a gente foi fazendo as avaliações, isso tudo foi entrando na nossa rotina [...] de agora para frente fica mais fácil, assim." (Eq3).*

*"E no segundo a gente já tinha corrido atrás das coisas que o PMAQ pedia, agora no terceiro já estava tudo pronto. Só manter e ver se... trabalhar em cima daquilo o que a gente tinha planejado." (Eq11).*

Todavia, algumas equipes ainda retomam o processo a partir do anúncio de um novo ciclo avaliativo, mesmo reconhecendo limitações nesta postura.

*"A gente acaba se organizando melhor quando vai ter... por exemplo, esse terceiro ciclo: 'ah, vai ter o terceiro ciclo, vamos juntar e vamos...'. Aí sim, mas não seria a maneira correta." (Eq8).*

À semelhança do que foi relatado pelos gestores, as equipes de saúde também não têm como prática o uso dos resultados da avaliação, embasando-se na AMAQ para observar avanços no processo de trabalho.

*"Na verdade, a gente revê quando senta a cada seis meses para fazer AMAQ, dá uma olhada ali." (Eq9).*

*"[...] O ideal se a gente tivesse uma junção de tudo isso para ser discutido se está sendo*

*alcançado esses indicadores que são propostos ou não, e isso não foi feito.” (Eq8).*

**ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP**