

**PROGRAMA DE MELHORIA DE ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE AMARGOSA, BAHIA**Renata Tannous Sobral de Andrade^aAdriano Maia dos Santos^bMarcio Campos Oliveira^c**Resumo**

O Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica, implantado pelo Ministério da Saúde, visava garantir a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados pela Atenção Básica. O presente estudo teve como objetivos identificar as estratégias utilizadas por gestores e trabalhadores no momento em que se processou a implantação desse programa, analisar o apoio institucional como ferramenta de gestão e destacar os limites/dificuldades, facilidades, avanços e desafios para a melhoria do acesso aos serviços de saúde ofertados pelas Unidades de Saúde da Família. Estudo fundamentado na abordagem qualitativa descritiva, que contou com 26 pessoas entrevistadas, distribuídas em dois grupos: trabalhadores da atenção básica e gestores municipais. Os resultados encontrados demonstraram que houve mudanças no processo de trabalho das equipes e na gestão municipal, assim como no acesso aos serviços de saúde, garantindo a melhoria na qualidade dos serviços ofertados à população; possibilitaram ainda identificar as estratégias utilizadas pela gestão, como acolhimento, educação permanente e papel desenvolvido pelos apoiadores institucionais municipais, elementos considerados balizadores na implantação do Programa no município em questão. Concluiu-se que a implantação do PMAQ no município de Amargosa foi de suma importância para a qualificação dos serviços da atenção básica, modificando as práticas de cuidado e de gestão implementadas no município.

Palavras-chave: PMAQ. Acolhimento. Apoio institucional. Educação permanente.

^a Mestre em Saúde Coletiva, especialista em Saúde Pública, Odontologia do Trabalho e Gestão em Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana. Sanitarista concursada atuando na saúde do trabalhador. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

^b Doutor em Saúde Pública. Mestre em Saúde Coletiva. Professor Dedicção Exclusiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^c Doutor e mestre em Patologia Oral. Professor titular e do quadro permanente do Programa de Pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Endereço para correspondência: Faculdade Mauricio de Nassau. Rua dos Maçons, número 364, Pituba, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 41810-205. E-mail: renatatannous@gmail.com

PROGRAM FOR THE IMPROVEMENT OF PRIMARY HEALTH CARE ACCESS AND QUALITY
IN AMARGOSA, BAHIA

Abstract

The Program for the Improvement of Primary Health Care Access and Quality, by the Ministry of Health, sought to guarantee the improvement of access and quality of primary health care services. The objective of this study was to identify the strategies of managers and employees at the time of implementation of this program, to analyze the institutional support as means of management and to highlight the limits/difficulties, facilities, advancements and challenges to the improvement of access to health care services offered by Family health unities. The study is based on the descriptive qualitative approach, interviewing 26 people, divided into two groups: primary health care workers and municipal managers. Results show there were changes to the process of work of municipal management groups, as well as the acces to health care services, ensuring the improvement of quality of services offered to the population; allowing to identify the management strategies, such as reception, permanent education and the role of municipal institutional supporters, elements considered as guidelines to the implementation of the Program in the municipality in question. In conclusion, the implementation of PMAQ in Amargosa was very important to the qualification of primary health care, changing care and management practices implemented at the municipality.

Keywords: PMAQ. Embracement. Insitutional support. Permanent education.

PROGRAMA DE MEJORAS DEL ACCESO Y DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMÁRIA
DE SALUD DE AMARGOSA, BAHIA

Resumen

El Programa de Mejoras del acceso y de la calidad de la atención primaria, implantado por el Ministerio de la Salud, tenía el fin de garantizar la mejora del acceso y de la calidad de los servicios ofrecidos por la Atención Básica. Este estudio tuvo como objetivos identificar las estrategias utilizadas por gerentes y trabajadores en el momento de implementación de este programa., analizar el apoyo institucional como herramienta de gestión y destacar los limites/dificultades, facilidades, avances y desafíos para la mejora del acceso a los servicios de salud ofrecidos por las unidades de salud de la familia. Estudio basado en el abordaje cualitativo descriptivo, con 26 personas entrevistadas, distribuidas en dos

grupos: trabalhadores de la atención básica y gerentes municipales. Los resultados encontrados demuestran que hubo cambios en el proceso de trabajo de los equipos en la gestión municipal, así como en el acceso a los servicios de salud, garantizando la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos a la población; posibilitaron aún identificar las estrategias utilizadas por la gestión, como acogimiento, educación permanente y papel desarrollado por los apoyadores institucionales municipales, elementos considerados balizadores en la implementación del Programa en el municipio en cuestión. Concluyese que la implementación del PMAQ en el municipio de Amargosa fue de suma importancia para la calificación de los servicios de la atención básica, cambiando las prácticas de cuidado y de gestión implementadas en el municipio.

Palabras clave: PMAQ. Acogimiento. Apoyo institucional. Educación permanente.

INTRODUÇÃO

A partir de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se necessário apostar em novas práticas nos serviços de saúde, visto que se tornava imperioso incorporar os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Até então, o modelo de prestação de serviços de saúde pautava-se na assistência individual e desarticulada de uma rede de atenção orientada para a cura de doenças e centrada no atendimento hospitalar.

Diante disso, no ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantado com a missão de materializar os atributos da Atenção Primária à Saúde no Brasil por meio da reorientação da prática assistencial predominante no cotidiano dos serviços de saúde. Esse programa buscava consolidar um modelo de saúde capaz de superar as iniquidades e garantir o acesso da população aos serviços básicos de saúde¹. No entanto, a maioria dos municípios não dispõe de uma rede de serviços integrada e organizada, dificultando a consolidação desse modelo. Assim, a incorporação da ESF, por si só, não foi capaz de garantir o acesso da população aos serviços de saúde, representando um grande desafio para a gestão municipal. A necessidade de reformular as práticas de cuidado e repensar a organização dos serviços tornava-se evidente. A temática avaliação dos serviços de saúde constituía-se em elemento irrefutável de gestão. O ato de avaliar possibilita aos sujeitos que atuam no SUS (gestores e trabalhadores) repensar a forma como o cuidado é produzido, garantindo, assim, a melhoria da qualidade da atenção prestada e o acesso da população aos serviços, fortalecendo a ESF como modelo de saúde².

Assim, no ano de 2003, o MS implantou a política de avaliação da atenção básica (Portaria n. 676) na tentativa de fortalecer a avaliação nos serviços de saúde. Essa política possuía como premissa a melhoria da qualidade dos serviços ofertados. A partir desse momento, a avaliação configurava-se como política de governo, envolvendo estados e municípios no acompanhamento e monitoramento da atenção básica. A consolidação dessa política de avaliação ocorreu depois que foram implantados dois programas: o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que adotou instrumentos de análise de desempenho e processo no contexto da Atenção Básica, e o Programa de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), da ESF, que integrou um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PROESF, desenvolvido com o apoio da cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Entretanto, cabe destacar que muitos municípios não aderiram aos programas, visto que não era obrigatória a sua adesão. Por esse motivo, a proposta de consolidação do monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde não foi instituída no território nacional, como planejado.

No ano de 2011, o MS realizou uma nova tentativa para desinstitucionalizar a avaliação. Lançou a Portaria n. 1.654, que instituía o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), o qual busca “[...] induzir a ampliação do acesso e melhoria da Atenção Básica, com garantia de um padrão comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em saúde”³.

Com a implantação do PMAQ, o MS buscava qualificar o SUS, vinculando o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e qualidade dos serviços ofertados pelas equipes de atenção básica. Para tal, reuniu indicadores capazes de medir e refletir a situação atual das redes de atenção à saúde. Esse programa propôs-se a avaliar o desempenho dos serviços de saúde, potencializando a consolidação de um modelo de atenção que defendesse a melhoria da qualidade de vida das pessoas⁴. Com a sua implantação, apostava-se na construção de uma nova base produtiva para a saúde, apoiada na implementação de mudanças no ato de cuidar baseadas no agir cotidiano dos sujeitos. A avaliação sistemática passaria a fazer parte da agenda dos sujeitos que atuam no SUS (gestores e trabalhadores). Partindo desse pressuposto, o PMAQ apostou em algumas estratégias de gestão, estimulando a adoção do Apoio Institucional, Educação Permanente à Saúde, Acolhimento e a Participação dos Trabalhadores.

O Apoio Institucional caracteriza-se por tecnologia de gestão municipal. Possui a função estratégica de produzir processos de democratização institucional, considerando a

ativação de espaços de cogestão e de redes que se propõem a pensar coletivamente o trabalho, a produção do cuidado, suas condições e relações⁵. Trata-se de uma ferramenta estratégica que possibilita disparar fluxos, visando construir um modelo de gestão do trabalho que dê suporte aos movimentos de mudança deflagrados pelo coletivo, buscando fortalecê-los no exercício da produção de novos sujeitos.⁶

A Educação Permanente como dispositivo de reorganização do processo de trabalho potencializa a sua transformação e a produção do cuidado pelos trabalhadores e gestores, de modo que estes recriem suas práticas, reflitam sobre a organização e sobre as mudanças necessárias, melhorando a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população⁷.

O Acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso é capaz de inverter a lógica e o funcionamento dos serviços de saúde, tendo como princípios o acesso e o atendimento a todos os usuários. Tal dispositivo viabiliza a reflexão crítica do fluxo de entrada na USF, revelando seu processo de trabalho. Aposta nas relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com resolubilidade e trabalho multiprofissional, qualificando os serviços de saúde⁸. Implantar o acolhimento como estratégia de gestão possibilita refletir sobre a saúde como direito de cidadania, transpondo, para o cotidiano do serviço, os princípios do SUS: universalidade de acesso, integralidade da assistência, bem como responsabilização clínica e sanitária.

A participação dos trabalhadores como coautores da gestão dos serviços de saúde é de suma importância para transformar suas práticas de produção do cuidado em saúde⁸. O trabalhador deve ser capaz de romper o paradigma técnico-burocrático dos serviços, com as práticas fragmentadas do cuidado. O processo de cuidado deve ser visto como dinâmico, que necessita ser reinventado a todo o momento. As relações devem ser transversalizadas, potencializando a mudança no modelo de atenção⁹.

Por fim, o sucesso da implantação do PMAQ está condicionado à sua capacidade de mobilizar e envolver os sujeitos que atuam no SUS, buscando modificar as ações desenvolvidas, alterando o fazer e o cuidar em saúde, bem como mudar as práticas de atenção e gestão⁸⁻¹¹.

Assim, este trabalho buscou analisar o processo de implantação do PMAQ no município de Amargosa (BA), apoiado na percepção dos trabalhadores da saúde e dos gestores. Os pesquisadores realizaram suas análises com os seguintes objetivos: identificar as estratégias utilizadas por gestores e trabalhadores no momento que se processou a implantação do programa, analisar o apoio institucional como ferramenta de gestão, e destacar os limites/dificuldades, facilidades, avanços e desafios para a melhoria do acesso aos serviços de saúde ofertados pelas Unidades de Saúde da Família (USF).

METODOLOGIA

Para tratar da temática em questão, optou-se pelo método exploratório com abordagem qualitativa. A metodologia qualitativa¹²⁻¹³ foca principalmente no social, como mundo repleto de significados passíveis de investigação. Esse tipo de pesquisa almeja não apenas explicar a ocorrência de um fenômeno centrado na percepção das pessoas, mas analisar seu comportamento perante a situação¹³.

O campo de pesquisa foi o município de Amargosa, localizado na região econômica do Recôncavo Sul da Bahia, pertencente à Região de Saúde de Santo Antonio de Jesus, conforme Resolução n. 275/12¹⁴, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no ano de 2012. Os dados e informações foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação direta.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o critério numérico não foi responsável para estabelecer a quantidade de participantes no estudo previamente, e sim a saturação teórico-empírica das informações obtidas no momento das entrevistas. Sendo assim, definiu-se o número de sujeitos da pesquisa pela relevância das suas informações e observações, as quais trouxeram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. Para selecioná-los, elegeram-se os seguintes critérios: quando da atuação na assistência, ser trabalhador da ESF, ter participado da adesão do PMAQ e ter participado do momento de autoavaliação das equipes; quando da atuação na gestão, ser gestor municipal e ter participado da contratualização do PMAQ. Com base nos critérios estabelecidos participaram 26 sujeitos, que foram categorizados em dois grupos: gestores municipais e trabalhadores das unidades de saúde. As unidades que participaram da pesquisa foram selecionadas aleatoriamente, sendo seis da zona urbana e uma da zona rural. Para proteger a identidade dos depoentes, os trabalhadores de saúde, sujeitos das unidades, estão identificados por algarismos romanos seguido por letras maiúsculas e os gestores, por números.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, sendo observadas as recomendações da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto que deu origem à pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob Parecer n. 213.674 e CAE n. 11654312.7.0000.0053, datado de 7/3/2013, assim como foi também apreciado e aprovado pela Secretaria de Saúde do município de Amargosa.

As entrevistas ocorreram no mês de março de 2013, após a aprovação do projeto pelo CEP. Os sujeitos, antes de realizarem a entrevista, assinaram um Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, escrito em linguagem acessível, contendo informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, riscos potenciais, dentre outras informações, conforme indicado pela Resolução n. 466/12¹⁵.

Para análise das entrevistas, utilizou-se o método de análise de conteúdo do tipo temática. Esse método caracteriza-se por ultrapassar os significados manifestos, considerando que relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, ao articular a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem¹⁶. Das informações obtidas, identificaram-se as estruturas de relevância, possibilitando a visualização das ideias centrais e a construção das categorias empíricas, compostas por vários núcleos de sentido. As ideias contidas nos diferentes grupos foram cruzadas, filtrando os temas mais relevantes, relacionando-os ao objeto, à questão norteadora do projeto e ao pressuposto teórico. Essa análise possibilitou identificar os temas mais relevantes apontados pelos gestores e trabalhadores, surgindo as seguintes categorias de análise: Apoiadores Institucionais na Implantação do PMAQ em Amargosa (BA): desafios concretos na cogestão de coletivos e mudanças nas práticas de gestão; acesso às unidades de saúde da família em Amargosa: acolhimento como dispositivo para fortalecer a porta de entrada após a implantação do PMAQ; e implicações no processo de trabalho em saúde após implantação do PMAQ em USF de Amargosa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão discutidos por categoria empírica. A primeira categoria a ser apresentada buscou discutir como o apoiador institucional de Amargosa matriciou as ações no momento da implantação do PMAQ.

APOIADORES INSTITUCIONAIS NA IMPLANTAÇÃO DO PMAQ EM AMARGOSA (BA): DESAFIO CONCRETO NA COGESTÃO DE COLETIVOS E MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DA GESTÃO

Após a análise dos dados, constatou-se que os trabalhadores da saúde concebiam o apoio institucional como ferramenta promotora de integração da gestão com as equipes das unidades de saúde, reconhecendo-o como dispositivo que possibilitou melhorar o funcionamento e suprimento material da rede. Veja-se discurso a seguir:

“O apoiador institucional estava sempre conosco, ouvindo nossas necessidades, o que estávamos precisando [...] [Apoio institucional] Foi bem efetivo mesmo!

Tudo que nós precisamos nós tivemos. Na questão da estrutura, material e equipamentos... Ficou muito rápido, trouxe tudo.” (Trabalhador de saúde III, Unidade B).

“Houve modificações, pois, antes, a gente não sabia pra quem ou com quem resolver os problemas. Com o apoio institucional definido, a gente teve um *feedback* melhor, né? Levava o problema e tinha resposta. Isso foi muito bom!” (Trabalhador de saúde V, Unidade D).

Os trabalhadores destacaram que o apoio institucional facilitou o acesso aos recursos materiais, equipamentos e ajustes estruturais das unidades de saúde, assim como melhorou a comunicação estabelecida entre gestão e equipes de saúde. Observa-se que, após essa inserção, houve melhor organização dos fluxos, com a sensibilização dos responsáveis sobre a necessidade real das equipes, permitindo maior agilidade nas ações.

Contudo, cabe ressaltar que a melhoria dessa comunicação não se deu apenas pela presença do apoiador no município, considerando que esses já faziam parte da gestão municipal e que, por inúmeras vezes, tentaram instituir esse fluxo, mas sim por se tratar de uma solicitação advinda das necessidades de adequar o município à proposta do PMAQ e ao momento da avaliação externa. No momento da implantação do PMAQ, a Secretaria de Saúde realizou uma reunião com toda a equipe e solicitou o envolvimento e compromisso de todos, para que o município alcançasse êxito na avaliação externa.

As falas também mostram, nas entrelinhas, a precariedade nas gestões municipais, posto que questões de ordem técnica-estrutural ficam emperradas, levando ao desabastecimento de insumos que comprometem ações clínicas e procedimentos. Assim, ainda que numa perspectiva estreita da real função do apoiador institucional, os trabalhadores sentem a diferença imediata pela melhoria no fluxo organizativo de distribuição de equipamentos/insumos. Em geral, na maioria dos municípios de pequeno porte, as unidades de saúde permanecem desabastecidas não pela falta de insumos, mas sim pela ausência da organização no fluxo de suprimento e entrega. As dificuldades apontadas são diversas, ora pela ausência de transporte, ora pela falta de profissional capacitado na identificação e separação do material, ora pela deficiência no acompanhamento pelos coordenadores da entrega e distribuição desses insumos ou simplesmente pela falta de solicitação antecipada.

É importante destacar que o fato de os apoiadores institucionais serem também gestores possibilitou que acionassem corretamente os sujeitos para cada situação apresentada,

considerando também que muitos desses sujeitos estão hierarquicamente subordinados ou vinculados a esses coordenadores. Assim, o fato de o apoiador institucional ser também gestor, como no caso do município de Amargosa, agilizou a resolução dos problemas trazidos pelas unidades de saúde.

Para os trabalhadores, a inserção do apoiador institucional viabilizou uma rede de conversação mais horizontalizada entre assistência e gestão municipal, assinalando que se estabeleceu um espaço de diálogo, mediado por esses. Os apoiadores institucionais começaram a utilizar os espaços das reuniões de equipe, nas USF, para debater sobre as dificuldades enfrentadas tanto pelos trabalhadores das equipes de saúde quanto pela equipe de gestão. Conseguiram sensibilizar os trabalhadores das unidades acerca das dificuldades também vivenciadas pela gestão municipal, fazendo com que entendessem as limitações de gerir o sistema de saúde municipal e produzissem novas subjetividades em torno dos seus processos de trabalho em saúde, ressignificando-os. Assim, a reunião de equipe passou a um momento de escuta, onde todos podiam expressar suas opiniões, dar sugestões e propor mudanças para a organização dos serviços de saúde. Esse espaço funcionou como lugar indutor de mudanças nas relações e práticas de cuidar. Esta situação merece ser refletida, visto que a proposta do SUS é a participação de todos os sujeitos na construção da política pública de saúde. Essa prática deveria ser inerente à gestão municipal, independente da proposta do PMAQ, porém evidencia-se que foi necessário o Ministério da Saúde prescrever e determinar o caminho, com base em um Programa de Governo, para que fosse utilizada como balizadora do direito à saúde.

“A gente participava da reunião de equipe e via a necessidade das unidades.”
(Gestor 4).

Os espaços de cogestão preconizados pelo PMAQ buscam romper com um modelo burocrático e verticalizado, ao reconhecer as fragilidades da rede e necessidades de todos os sujeitos implicados na construção do SUS (gestores da Secretaria Municipal de Saúde, apoiadores institucionais, trabalhadores das USF e usuários dos serviços). Todavia, não dá conta de repensar a burocratização e a verticalização do sistema, já que os apoiadores municipais de Amargosa tentaram a todo custo implantar as ações propostas pelo PMAQ *ipsis litteris*, desprezando, em muitos casos, as singularidades municipais. Observa-se então, que efetivamente não foram criados espaços de cogestão em Amargosa, mas sim, que os apoiadores buscaram envolver as equipes das USF no planejamento das ações a serem desenvolvidas no

processo de trabalho em saúde. Planejamento que se deu, apesar de ser visto como de forma colegiada, já que os trabalhadores reconhecem que passaram a ser ouvidos, norteado pelas ações reconhecidas como elementares para a implantação do Programa e essenciais para o momento de autoavaliação das equipes.

Alguns trabalhadores apontaram que a gestão municipal estava mais aberta ao diálogo no momento de implantação do PMAQ, levando a uma maior aproximação, o que possibilitou a formação de um canal de diálogo entre os sujeitos e garantiu a melhoria das condições de trabalho ao longo do tempo. A partir desse momento, as demandas dos trabalhadores e suas opiniões passaram a ser acolhidas pela gestão municipal. Assim, buscou-se instituir espaços de diálogo, excluindo a ideia de subordinação entre os sujeitos, desmonopolizando a hegemonia da gestão¹⁷, com o envolvimento de todos os sujeitos na construção do sistema de saúde local. Esse fato foi bastante ressaltado pelos trabalhadores nos momentos que antecederam e sucederam as entrevistas, destacando a importância do apoio institucional como direcionador dessa nova prática de gestão do trabalho em saúde em Amargosa. Contudo, vale novamente refletir sobre essa abertura de diálogo, visto que a gestão passaria por um processo de avaliação externa pelo MS, quando seriam mensuradas as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde.

“Acho que foi o único momento que todas as unidades se sentiram acolhidas pela gestão. Foi o único momento que a gente teve voz, que a gente dava opinião, que a gente solicitava as coisas e era atendido. Era nesse momento do PMAQ. Era um momento que a gestão estava disposta a ouvir, a acolher as equipes.” (Trabalhador de saúde II, Unidade C).

Desta forma, constata-se que, após a implantação do apoio institucional, a gestão tentou implantar espaços de diálogo com os trabalhadores, considerando que houve maior envolvimento dos diversos sujeitos (trabalhadores e gestores), levando à ampliação da capacidade do grupo em analisar de forma compartilhada as intervenções a serem desenvolvidas nos espaços de trabalho, configurando o apoio institucional como prática. Entretanto, mais uma vez torna-se necessário refletir que esse deveria ser o papel do gestor, independente de uma determinação trazida por um Programa Ministerial. Entretanto, para que essa se efetivasse como prática no município de Amargosa, foi necessário que o Ministério definisse essa metodologia de trabalho como meta que seria pontuada positivamente pelo Programa.

Destaca-se que o tempo de formação dos apoiadores institucionais municipais não foi suficiente para aprofundar a temática. Além disso, não houve um acompanhamento

permanente das suas atividades, principalmente após a conclusão do momento de autoavaliação das equipes (primeira etapa do PMAQ). Este fato evidenciou que os apoiadores participaram exclusivamente da organização das unidades para receber a visita dos avaliadores. A fala de alguns trabalhadores enfatizou a necessidade de avaliar as condutas e o processo de implantação do apoio institucional no município, a fim de garantir sua continuidade.

“[...] teve esse apoio institucional e, no nosso caso, foi da FESF e também o apoio do município. Então, nós tivemos dois apoios aqui na unidade. Eu acho que a facilidade foi essa [...] Depois do apoio institucional, que foi a fundação [FESF] que veio e ajudou na questão do apoio institucional, foi que a gente teve um apoio melhor, porque o apoiador municipal vinha para as reuniões e nos ajudava não só naquela lógica de infraestrutura, isso e aquilo, e sim ajudar mesmo no processo de trabalho, que foi essa ideia que a pessoa da FESF trouxe para o município.” (Trabalhador de saúde IV, Unidade A).

Outro ponto que merece destaque é a permanência de traços de um estilo de gestão centrado na supervisão do fazer como elemento balizador das práticas.

“Eu achei que o papel que o apoiador desenvolveu foi super importante, porque alguns enfermeiros tinham certas dificuldades de traçar algumas estratégias e pôde contar com a ajuda dos apoiadores. Ficou mais fácil. Às vezes, tem até a ideia, mas não sabe por onde começar. Eu acho que valeu a pena ter apoiador nesse sentido. No sentido de tá ajudando um ao outro, para chegar a um denominador comum. E assim, porque se a gente tivesse deixado, cada um faria de um jeito. Um faria e outro não. E assim, a gente sentou junto. Nós, os apoiadores, decidimos o que seria feito em todas as unidades. Padronizando as ações. Tudo deveria ser daquela forma. Assim conseguíamos alcançar o que esperávamos. No fim, a gente fazia um relatório do que a gente fazia. A gente criava um guia para realizar a mesma ação em todas as unidades, entendeu?” (Gestor 3).

“[...] o apoio institucional, que a gente não tinha isso, veio para orientar ações específicas do PMAQ. Teve algumas palestras, com alguns profissionais.” (Trabalhador de saúde I, Unidade B).

As falas desses trabalhadores são instigantes, já que a ideia de padronização de condutas contrapõe-se à proposta do apoio institucional, uma vez que as singularidades de cada unidade de saúde, de cada sujeito não estão sendo potencializadas. Tais posicionamentos podem ser reflexo da dificuldade de mobilização dos diferentes profissionais em torno de uma proposta comum ou, ainda, da incompreensão sobre o real sentido do apoio institucional. De uma forma ou de outra, fica evidente que o tempo para construção de uma proposta de mudança foi insuficiente, estando atrelado ao tempo-espço da implantação do PMAQ, isto é, servindo a critérios externos de avaliação. Nessa perspectiva, percebeu-se uma fragilidade, posto que o apoio institucional deve fomentar a mudança por dentro das práticas, por meio de reflexões dos profissionais, requerendo tempo para reconstrução das subjetividades e da própria clínica.

Sendo assim, o apoio institucional também pode ser reprodutor de “velhos” modelos, sustentando-se em discursos supostamente “novos”. Assim, a concentração de poderes/saberes por cargos e corporações (apoiador institucional, Ministério da Saúde), formalizada com base em formas prescritivas de funcionamento das unidades de saúde (PMAQ), ainda que carregada de boas intenções, pode constituir um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada de decisões centralizadas, travestidas de democracia e cogestão.

Tais questões podem justificar a falta de continuidade ou mesmo sustentabilidade das mudanças. Nesse aspecto, após mudança da gestão municipal em Amargosa, não houve a continuidade do processo de trabalho desses apoiadores institucionais, fato identificado como negativo pelos trabalhadores das USF, que se distanciaram da gestão, extinguindo os espaços de cogestão anteriormente implementados. Cabe destacar ainda que, por decisão da gestão atual, os apoiadores institucionais foram reposicionados em outras funções na Secretaria de Saúde. Assim, como não ocorreu a inserção de novos apoiadores institucionais na gestão municipal desse município, não há, sequer, garantia do andamento das ações a serem desenvolvidas nas próximas etapas do PMAQ, bem como a continuidade das propostas anteriormente pactuadas com as equipes de saúde da família. Algumas entrevistas trouxeram essa problemática:

“[...] mas a gestão não se interessou por nós, que poderíamos dar essa continuidade. É frustrante! Tem três meses e nada foi feito em relação ao PMAQ. Não sentaram nem com as unidades ainda, para ver o que é o PMAQ, principalmente com aqueles novos que entraram agora [...] Quais são as ações que devem ser desenvolvidas? Quais os indicadores? Isso já me preocupa. Estamos em março, semana que vem já é Semana Santa e na próxima semana já é abril. A gente vê

que já é em outubro, se não me engano, a avaliação externa retorna. Tem três meses que os indicadores não são avaliados. Não se sabe o que tem que melhorar, e acho que a gente tá perdendo com tudo isso.” (Gestor 3).

“[...] um trabalho que infelizmente, com a mudança da gestão, a gente não sabe como vai ficar [...]” (Gestor 4).

“Porque, principalmente os apoiadores, no momento da implantação, a gente tinha mais contribuições, mas agora, não. Porque se perdeu. Mudou algumas pessoas e a gente não está tendo muita participação da gestão nesse sentido. De apoiar até o fato de não estar participando da reunião de equipe [...] o que precisa mudar, mas não houve acompanhamento.” (Trabalhador de saúde I, Unidade D).

Desta forma, a mudança da gestão interferiu negativamente, ao desconstruir a lógica do trabalho estabelecido, interrompendo a avaliação e o monitoramento dos indicadores do PMAQ, que constituem a segunda parte do ciclo de avaliação externa, que será realizada ainda em 2013. A fala do trabalhador possibilita refletir sobre o “contrato” firmado entre apoio institucional e equipes das USF. Por essa razão, o apoiador institucional não deve tornar-se elemento imprescindível no cotidiano dos serviços. O que se almeja é o fazer com os trabalhadores, não por eles¹⁸. Sendo assim, a relação de dependência e/ou tutela deve ser quebrada e o trabalhador e a gestão local devem apropriar-se de um novo fazer, independente da condução do apoiador institucional. A reflexão das práticas deve tornar-se inerente ao processo de trabalho das equipes, considerando que os espaços de reunião de equipe devem potencializar o debate sobre como os serviços de saúde têm sido ofertados.

ACESSO ÀS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM AMARGOSA: ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO PARA FORTALECER A PORTA DE ENTRADA APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PMAQ

Nesta categoria, analisa-se o acesso dos usuários aos serviços ofertados por profissionais da USF, após a implantação do PMAQ em Amargosa. A pesquisa tentou identificar os pontos críticos e as estratégias da gestão para concretizar, no cotidiano dos serviços, o acesso aos serviços, tendo as USF como ponto de entrada preferencial na rede.

Pôde-se constatar, na pesquisa de campo, que, para alguns trabalhadores de saúde de Amargosa, após a implantação do PMAQ, houve melhoria de acesso da população aos

serviços públicos de saúde ofertados no município. As falas a seguir resumem essas primeiras perspectivas:

“A acessibilidade com certeza melhorou bastante. As pessoas hoje têm um acesso mais compatível [aceitável, justo] muito diferente do anterior [antes do PMAQ].” (Trabalhador de saúde I, Unidade A).

“A oferta aumentou [reorganização dos serviços do município], o acesso foi garantido, e a gente deve lembrar que mudou o serviço oferecido [processo de trabalho redefiniu as práticas].” (Trabalhador de saúde I, Unidade X).

Ocorreram mudanças na forma da organização dos serviços que reverberaram na melhoria e na garantia do acesso após a implantação do PMAQ, ratificada, a seguir, por um gestor municipal, que se referiu tanto a uma maior procura dos usuários pelos serviços ofertados em USF quanto à melhoria do funcionamento dos serviços após a implantação do PMAQ.

“A gente viu que, após o PMAQ, [a USF] começou a funcionar melhor. Porque as pessoas entenderam melhor [o funcionamento das unidades].” (Gestor 3).

É importante destacar que, após a implantação do PMAQ, a gestão municipal apostou em várias frentes de trabalho balizadas pela análise da proposta do programa, do termo de compromisso assinado entre os gestores e os profissionais das unidades, além dos aspectos apontados pelo instrumento Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMAQ). Este instrumento é utilizado pelo programa para avaliar as ações e os serviços desenvolvidos pela gestão municipal e pelas equipes.

A gestão municipal analisou alguns pontos para organizar o serviço: o acesso da população, com base nos indicadores disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); a organização dos serviços pelas equipes; e os nós críticos para o desenvolvimento das atividades. Dessas análises concluiu-se que as atividades realizadas nas unidades eram basicamente voltadas à assistência e focadas essencialmente em grupos populacionais específicos como mulheres e crianças¹⁹, e que estas não acolhiam a demanda espontânea. O acesso aos serviços de saúde no município, nas USF, dava-se exclusivamente pela marcação de consultas, desconsiderando a necessidade da população. As equipes apontaram a carência de melhoria dos fluxos de referência e contrarreferência, que pudessem possibilitar a fluidez da comunicação

entre as unidades e os serviços especializados (centro de especialidades odontológicas, central de regulação, policlínica, hospital e laboratório municipal), de modo a garantir a integralidade das ações entre os distintos profissionais.

A gestão municipal apostou em algumas estratégias, como a qualificação dos profissionais da Atenção Básica, por meio de oficina realizada pela equipe do HumanizaSUS, implantação do apoio institucional municipal (descrita na categoria anterior), e sensibilização dos profissionais de outros pontos da rede de atenção, buscando organizar fluxos de comunicação com as unidades de saúde. A rede começou a ser estruturada e seus profissionais foram sensibilizados para compreender as dificuldades do acesso aos usuários. Os trabalhadores começaram a identificar e reconhecer os limites operacionais do sistema e planejar sua atuação.

As falas a seguir demonstram que as ações realizadas pela gestão municipal reforçaram mudanças sobre a forma como os serviços passaram a ser ofertados pelas USF. Os trabalhadores foram sensibilizados, modificando o olhar e estruturando os serviços para atender à necessidade dos usuários, com o objetivo de melhorar a oferta dos serviços prestados.

“[...] nós tivemos uma capacitação [oficina do HumanizaSUS]. E, a partir daí, nós fomos melhorando [processo de trabalho] na saúde. O que era que os pacientes estavam precisando? O que é o acolhimento mesmo? Foi um processo de trabalho [modificação das práticas], um trabalho a longo prazo. A gente foi aos pouquinhos fazendo e tal e qual [aos poucos mudaram a organização dos serviços ofertados pela unidade].” (Trabalhador de saúde I, Unidade B).

A realização da oficina do HumanizaSUS, segundo a gestão municipal, buscou qualificar o cuidado ofertado pelas equipes de saúde de Amargosa. As equipes foram sensibilizadas a utilizar o acolhimento como ferramenta capaz de ampliar o acesso dos usuários que buscam espontaneamente os serviços de saúde. Os trabalhadores tornaram-se mais críticos, passando a problematizar a forma como os serviços de saúde se organizavam, identificando as barreiras de acesso e buscando criar estratégias para facilitar o acesso à demanda espontânea, conforme preconizado pelo PMAQ. Os trabalhadores começaram a se preocupar com o usuário, instituindo espaços de escuta qualificada no âmbito das unidades de saúde. As falas a seguir evidenciam algumas dessas mudanças:

“Eu acho que a questão mesmo de uma nova atuação [mudanças de práticas] depois que nós tivemos o curso do acolhimento, que fez a gente rever nossas

ações, [incluindo] o processo de humanização do atendimento.” (Trabalhador de saúde I, Unidade D).

“Por exemplo, realmente o formato da unidade no geral mudou, sim! Por exemplo, se existia 10 marcações diárias, por exemplo, hoje a gente pode considerar que existe muito mais que 10 consultas diárias.” (Trabalhador de saúde II, Unidade A).

Os profissionais das USF modificaram a forma de marcação de consultas após a implantação do PMAQ, possibilitando uma melhoria de acesso da população aos serviços. De certa forma, as equipes compreenderam a necessidade de ouvir os usuários que buscavam a USF como demanda espontânea, acolhendo as suas demandas, buscando inseri-los, imediatamente na agenda, quando necessário, viabilizando maiores níveis de resolubilidade ao sistema de saúde municipal.

Os trabalhadores também destacaram a necessidade do desenvolvimento de estratégias que possibilitassem a inclusão das demandas dos usuários ao cardápio dos serviços ofertados pelas unidades de saúde da família.

“Pensar em novas estratégias de planejamento como atingir homens, como atingir mulheres, como atingir os idosos. Fazer com que mais mulheres fizessem o seu preventivo.” (Trabalhador de saúde I, Unidade B).

Percebe-se, nesta fala, que houve um avanço no tocante ao acesso e à compreensão dos trabalhadores acerca do papel da estratégia de saúde da família como local de promoção à saúde, uma vez que ampliou-se o número de pessoas beneficiadas. Algumas unidades passaram a organizar as ações de saúde, de modo que distintos grupos utilizassem os serviços disponíveis.

No tocante à continuidade do cuidado em outro nível de atenção, destaca-se que houve uma melhora significativa após a implantação do PMAQ, visto que foram efetivamente instituídos fluxos de referência e contrarreferência entre os serviços especializados e as equipes das USF. Segundo informações dos trabalhadores, apesar de o município possuir uma rede de atenção que possibilitasse garantir o acesso da população ao atendimento de média densidade tecnológica, não havia como acompanhar o caminhar do usuário na rede, pela dificuldade de comunicação entre os diferentes níveis. Assim, o usuário que era encaminhado da USF para outros pontos da rede, não retornava para a USF com a contrarreferência,

impossibilitando que o trabalhador da Atenção Básica tomasse conhecimento do atendimento e das ações realizadas. Desta forma, o cuidado tornava-se fragmentado, descaracterizando a integralidade da atenção e dificultando o seguimento adequado do tratamento em alguns casos.

Infere-se, pela fala a seguir que a implantação do PMAQ instituiu um fluxo com retorno das informações da atenção secundária para as USF, possibilitando o estabelecimento de uma relação compartilhada de cuidado.

“Só tínhamos dificuldade com especialidades, mas, após o PMAQ, a referência e a contrarreferência melhoraram bastante!” (Trabalhador de saúde I, Unidade C).

Cabe destacar que, antes da implantação do PMAQ, as equipes de saúde de Amargosa atuavam no modelo focado nas ações programáticas. Esse modelo caracteriza-se pela programação das ações em saúde e seu direcionamento a grupos populacionais específicos, e também pela sua verticalização e pontualidade e por não levar em consideração os problemas de saúde local da comunidade²⁰. A participação dos trabalhadores na oficina do HumanizaSUS possibilitou que refletissem suas práticas e inserissem no rol de suas atividades o acolhimento à demanda espontânea, conforme descrito anteriormente, já que sua atividade focava basicamente o atendimento a grupos populacionais específicos, com horário e dia da semana pré-definidos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a oficina possibilitou iniciar uma mudança no modelo de atenção no município de Amargosa, dando os primeiros passos em direção a humanizar o atendimento. As ações e os serviços foram organizados, de modo a responder satisfatoriamente às demandas, bem como às necessidades de saúde da comunidade, com base na associação das práticas de atendimento à demanda espontânea, possibilitando materializar o princípio constitucional da universalidade do acesso.

IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE APÓS IMPLANTAÇÃO DO PMAQ EM USF DE AMARGOSA

Nesta categoria, buscou-se compreender as mudanças que ocorreram na produção do cuidado prestado pelos trabalhadores da saúde após a implantação do PMAQ. A maior parte deles afirma que, após a implantação do Programa, houve mudanças significativas no registro das atividades realizadas pelas unidades de saúde da família do município, possibilitando a identificação do cuidado prestado pelas unidades à comunidade.

“[...] a gente começou a fazer as ações da estratégia de saúde da família, pois antes o posto atendia e não tinha tudo que o PMAQ pedia. Todas as fichas, todos os livros. Fazia atendimento, mas não era assim, voltado para ter o cuidado, de ter tudo organizado [...] o PMAQ, ele organizou. Na verdade, assim, além de organizar, deu assim um outro *tcham* [sentido ao trabalho] e a gente [começou] a fazer coisas que antes a gente não fazia, mas a gente não tinha despertado para a qualidade do atendimento.” (Trabalhador de saúde I, Unidade B).

“[...] hoje a gente, dentro da unidade, tem mapas, livros das metas e de atendimentos. Tudo isso a gente fez. A gente tinha isso, mas não tão organizado antes do PMAQ. Tudo isso a gente fez com o PMAQ. A organização foi que mudou [...] Mudou coisa que precisava mesmo.” (Trabalhador de saúde IV, Unidade B).

Com a implantação do PMAQ, houve uma mudança na forma como os trabalhadores organizavam o processo de trabalho, ao modificarem a rotina de trabalho e incluírem, na agenda, o debate sobre indicadores, metas, tipos de atendimento, possibilitando o reconhecimento do território de atuação. A produção do cuidado passou a ser associada aos processos e tecnologias de trabalho, considerando que os trabalhadores da saúde passaram a agir para ofertar produtos que buscassem qualificar o cuidado e, com base neles, obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário. A situação de saúde anterior ao PMAQ centrava-se na organização do trabalho pautada essencialmente na atividade clínica, delimitando um núcleo de cuidado apoiado na lógica instrumental de produção da saúde, sem garantir a integralidade da atenção e a construção das “linhas de cuidado”².

Um dos pontos fortes da avaliação externa é o momento da autoavaliação das equipes. Para os gestores municipais, no município de Amargosa, esse momento possibilitou às equipes compreenderem melhor a ESF, modificando a forma de organização do trabalho e analisando sua prática.

“[...] eu vejo que houve realmente muita mudança em relação a isso [processo de trabalho]. O pessoal, ou seja, a equipe enxergou mais a unidade como unidade de saúde da família. É o processo de trabalho até em registro [...] Depois dos livros, atas do material de faturamento. Tudo isso melhorou!” (Gestor 1).

“[...] ponto positivo do PMAQ, o enfermeiro, o profissional de saúde, está mais atento às ações que deveriam ser desenvolvidas, tudo que deveria ser desenvolvido na unidade. Assim, depois do PMAQ, conseguimos sensibilizar a equipe para estas ações. Na verdade, essas ações eram pra ser feitas antes do PMAQ. Desta forma, o PMAQ alertou para o desenvolvimento de um trabalho que já era pra ser desenvolvido.” (Gestor 3).

No que tange ao processo de trabalho da gestão, destaca-se que, anteriormente à implantação do PMAQ, estava centrado, sobretudo na resolução de problemas imediatos relacionados à burocracia do trabalho (escala de férias, admissão de trabalhadores para tirar férias, licença maternidade, afastamento profissional por doença e outros), à infraestrutura (manutenção, conserto de equipamentos, abastecimento de materiais e insumos necessários para o funcionamento das USF, escala de veículos para garantir as visitas domiciliares, entre outros). Assim, a gestão também modificou seu processo de trabalho, planejando os serviços ofertados com base na priorização das maiores necessidades da população, possibilitando que as equipes desenvolvessem adequadamente as ações previstas, para garantir o cuidado de forma integral.

“O planejamento, por exemplo, partindo da Secretaria de Saúde. Como eu falei, a gente realizava, mas como não havia registro, isso aí fez com que a própria secretaria desse prioridade aos serviços, melhorasse os serviços.” (Trabalhador de saúde I, Unidade C).

Assim, ao reorganizar o trabalho com base nas recomendações do PMAQ, os trabalhadores conseguiram desconstruir uma organização centrada exclusivamente na mera produção de procedimento.

Algumas falas destacaram também a integração da equipe na formulação das estratégias de ação, ao promoverem mudanças nas práticas de saúde com o envolvimento de todos os trabalhadores, para garantir uma assistência mais resolutiva após a implantação do PMAQ. O trabalho de um depende do trabalho do outro, já que a caixa de ferramenta de um torna-se necessária para completar a do outro. Assim, à medida que todos participam, sentem-se parte dessa construção e valorizados como profissionais. Os fragmentos seguintes trazem alguns desses aspectos:

“[...] a gente instituiu outros formulários que atraíam o olhar do médico, o olhar do ACS [...]” (Trabalhador de saúde I, Unidade B).

“Ah, a vivência entre a equipe facilitou muito. Porque, assim, a equipe não é um só, é todos juntos. Não é só o enfermeiro, não é só o dentista. É agente comunitário; é técnico de enfermagem; é a menina da limpeza. Então, assim, as técnicas e ACD. Assim é uma equipe, é você sabendo todo o trabalho do outro e o outro sabendo todo o seu trabalho. Porém, cada um sabendo a sua competência e passando para as pessoas certas a competência do outro.” (Trabalhador de saúde III, Unidade B).

Assim, as mudanças nas práticas de cuidar no município de Amargosa só se efetivaram porque os trabalhadores foram envolvidos no processo de implantação do PMAQ, sendo considerados agentes, ao refletirem e avaliarem os atos produzidos no cotidiano dos serviços. Desta forma, a produção da saúde no município passou a ser estruturada por relações intercessoras, potencializando o encontro com o usuário e o reconhecimento de suas necessidades como elemento balizador do ato de cuidar. Por muito tempo, o trabalho foi desenvolvido de forma burocrática e prescrita, não aproximando o trabalhador do resultado do seu trabalho. Isto posto, o PMAQ foi de suma importância no movimento de qualificar a atenção básica no município, ao considerar os trabalhadores como sujeitos capazes de reinventar e conduzir práticas democráticas de cuidado, envolvendo a comunidade e suas necessidades.

CONCLUSÕES

Após a implantação do PMAQ em Amargosa, percebeu-se uma mudança das práticas, considerando que os profissionais foram sensibilizados e passaram a atuar de maneira mais humanizada, ao acolher o usuário e suas queixas, utilizando o acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso. O acolhimento, como tecnologia de qualificação do acesso, possibilitou reorganizar o processo de trabalho das equipes, produzindo novas formas de interação entre trabalhadores e usuários, ao qualificar os vínculos, tomando como base os aspectos sociais e a subjetividade dos diversos sujeitos.

Outra mudança que se evidenciou foi a organização da comunicação da rede de serviços, necessidade apontada pelos trabalhadores como um dos “nós” críticos do sistema de saúde municipal. Após o PMAQ, os fluxos de referência e contrarreferência entre

as unidades e os serviços especializados foram ressignificados e modificados, garantindo a integralidade do cuidado. O retorno das informações da atenção secundária para a USF foi instituído como prática, estabelecendo uma relação compartilhada de cuidado por toda a rede municipal.

No que tange à educação permanente, cabe ressaltar que foi utilizada como dispositivo de reorganização do processo de trabalho das equipes, como propõe o PMAQ. Esta ferramenta, possibilitou iniciar as transformações no processo de trabalho das equipes, ao apostar na reflexão das suas práticas, orientando a melhoria da qualidade das ações e serviços, e por potencializar o desenvolvimento da reflexão crítica do cuidado ofertado à comunidade. Entretanto, deve-se ter cautela quando se aponta a implantação dos espaços de educação permanente como resultado da implantação do PMAQ em Amargosa, visto que, naquele momento, era necessário fomentar novas práticas de cuidar, considerando que as equipes seriam avaliadas em pouco tempo.

A gestão municipal potencializou esses espaços de discussão com a constituição do apoio institucional como tecnologia de gestão capaz de mobilizar o coletivo na formulação de novas práticas de cuidado em saúde. Essa mobilização, porém, ocorreu de forma que contemplasse as ações previstas pelo PMAQ. Identificou-se a fragilidade no processo de capacitação dos apoiadores institucionais do município, situação que reflete a adversidade dos pequenos municípios para atraírem e reterem profissionais com experiência e/ou com qualificação suficiente para sustentarem processos vigorosos de mudança institucional.

Foi desvelado também que, antes da implantação do PMAQ, a organização do processo de trabalho das equipes pautava-se na atividade clínica delimitada por uma produção de cuidado centrada na lógica instrumental. Contudo, após sua implantação, a produção do cuidado passou a se estruturar em processos e tecnologias de trabalho que buscavam melhorar a situação de saúde do usuário. Desse modo, após a implantação do PMAQ, o processo de trabalho foi ressignificado, incorporando efetivamente atribuições da saúde da família no âmbito dos serviços ofertados pelas unidades de saúde do município.

Por fim, este trabalho não esgota a necessidade de conhecer esse programa e compreender a dinâmica do seu funcionamento em diferentes espaços, conquanto pode reconduzir condutas e apoiar o desenvolvimento de ações que realmente consolidem um modelo de gestão pautado na defesa do usuário e de suas necessidades, na consolidação do acesso a saúde como direito constitucional e na qualidade dos serviços ofertados.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Renata Tannous Sobral de Andrade, Adriano Maia dos Santos e Marcio Campos Oliveira.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Renata Tannous Sobral de Andrade, Adriano Maia dos Santos e Marcio Campos Oliveira.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Renata Tannous Sobral de Andrade, Adriano Maia dos Santos e Marcio Campos Oliveira.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Renata Tannous Sobral de Andrade, Adriano Maia dos Santos e Marcio Campos Oliveira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 2488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011 [citado 2012 jun 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
2. Merhy EE, Franco TB. PSF: contradições e desafios de um programa destinado à mudança do modelo técnicoassistencial. In: Merhy EE, Franco TB, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) [citado 2012 jun 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
4. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS – R Eletr Com Inf Inov Saúde. 2012 ago;6(2 sup):1-19.
5. Oliveira GN. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva. 2012;6:223-35.

6. Vasconcelos MFF, Morshel A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes em saúde coletiva. *Interface: Comunic Saúde Educ.* 2009;13(sulp1):729-38.
7. Franco T, Chagas RC, Franco CM. Educação permanente como prática. In: Pinto S, Franco TB, Magalhães MC, Pinto S, Mendonça PEX, Cruz KT. *Tecendo redes: os planos de educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ.* São Paulo: Hucitec; 2012. p. 427-38.
8. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface.* 2007;11(23):427-38.
9. Santos Filho SB, Barros MEB. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise- intervenção. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva.* 2012;6:101-22.
10. Malta DC, Ferreira LM, Reis AF, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados de experiências de Belo Horizonte. *Saúde em debate.* 2001;24:21-34.
11. Merhy EE, Franco TB. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda.* Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 181-93.
12. Minayo MC, Sanches O. Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública.* 1993;9:239-62.
13. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005;39:507-14.
14. Bahia. Secretaria da Saúde. Plano Diretor de Regionalização: regiões de assistência em saúde. Salvador; 2007 [citado 2012 set 20]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/
15. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
17. Bertussi DC. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde [tese].* Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.
18. Barros MEB, Guedes CR, Roza MMR. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;12:4803-14.

19. Assis MMA, Jesus WA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições no planejamento. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(1):161-70.
20. Teixeira CF, Solla JP. Modelos de atenção à saúde: vigilância e saúde da família. Salvador: EdUFBA; 2006.

Recebido: 28.8.2015. Aprovado: 27.11.2015. Publicado: 12.9.2017.