

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho.

The National Programme for Improvement of Access and Quality of Basic Health Care and the work process organization.

El Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y Calidad de Atención Primaria y organización de los procesos de trabajo.

Estela Auxiliadora Almeida LOPES¹
Magda Duarte dos Anjos SCHERER²
Ana Maria COSTA³

RESUMO: Este estudo qualitativo analisa o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com foco nos dispositivos de reorganização do processo de trabalho: autoavaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento. Utilizou-se análise documental, observações e entrevistas com trabalhadores do Distrito Federal. Os resultados apontam pouca preparação das equipes na adesão ao programa; visão parcial/distorcida da proposta; fragilidades no monitoramento; incipientes processos autoavaliativos; inexistência de apoio institucional; inadequação da educação permanente; condições de trabalho insatisfatórias, e rede de apoio diagnóstico deficitária. Há de ser considerado que mudanças em processos de trabalho exigem tempo para serem concretizadas e que melhorar a qualidade vai além das prescrições e cumprimento de normas e parâmetros.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT: This qualitative study analyses the National Programme for Improvement of Access and Quality of the Basic Health Care focusing on the reorganization of work processes: self-evaluation, continuous education, institutional support and monitoring. Based on document analysis, direct observations and interviews with workers in the Federal District. The results point

¹ Mestre Saúde Coletiva na Universidade de Brasília, Consultora Técnica da CGAA -DAB do Ministério da Saúde.E-mail: stelinhalopes@hotmail.com

² Professora no Departamento de Saúde Coletiva na Universidade de Brasília.E-mail: magdascherer@unb.br

³ Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal.E-mail: dotorana@gmail.com

to lack of training of team members for the adherence to the programme; partial/distorted view about its proposal; weaknesses in the monitoring; incipient self-evaluations processes; lack of institutional support; inadequate permanent education; unsatisfactory working conditions; and deficits in the support diagnosis network. It should be considered that changes in work processes require time to be implemented and that improvement in the quality of services goes beyond prescriptions and fulfillment of standards and norms.

KEYWORDS: Work. Primary Health Care. Family Health.

RESUMEN: Este estudio cualitativo analiza el Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica con foco en los dispositivos de reorganización del proceso de trabajo: autoevaluación, educación permanente, apoyo institucional y monitoreo. Se utilizó material documental, observaciones y entrevistas con trabajadores del Distrito Federal. Los resultados apuntan poca preparación de los equipos en la adhesión al programa; visión parcial / distorsionada de la propuesta; fragilidades en el monitoreo; incipientes procesos auto-evaluativos; inexistencia de apoyo institucional; inadecuación de la educación permanente; condiciones insatisfactorias, y red de apoyo diagnóstico deficitaria. Es necesario considerar que cambios en los procesos de trabajo exigen tiempo para ser concretizados y que mejorar la calidad va más allá de las prescripciones y cumplimientos de normas y parámetros

PALABRAS CLAVE: Trabajo. Atención Primaria de la Salud. Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido objeto de permanente produção de conhecimento a nível mundial já que é consensual sua importância estratégica para a melhoria da assistência à saúde das populações se esta assume, de fato, o papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado da saúde das pessoas¹. As diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionou chamar internacionalmente de APS podem ser sintetizadas no conceito “uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”².

No Brasil, a APS, denominada Atenção Básica e regulamentada por uma política específica³, tem como prioridade a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo desafio central é expandir a cobertura e transformar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).

A ESF inicialmente esteve circunscrita às unidades básicas de saúde como modalidade de atenção desarticulada do conjunto dos serviços dos distintos níveis de atenção. Na perspectiva atual, o objetivo é integrar-se à rede assistencial e, com isso, a Atenção Básica vem se fortalecendo como porta de entrada regular ao sistema de saúde^{4,5}.

A expansão para 33.434 equipes da ESF distribuídas em 95,2% dos municípios brasileiros⁶

passou a exigir maior investimento na qualificação da atenção ofertada. A melhoria da qualidade a orientar os objetivos presentes nas iniciativas adotadas pelo Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído em 2012.

O PMAQ-AB está condicionado à capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente. Depende fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação, gestão compartilhada entre equipes, gestores e usuários, voltados a produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços de saúde⁷.

O pressuposto para o seu êxito é o protagonismo, a motivação e a pró-atividade dos atores envolvidos nas ESF. Assim, mobilizar a vontade para a participação do profissional está relacionada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os profissionais, seja na assistência ou no âmbito da gestão, sintam-se motivados e se percebam essenciais⁶.

O PMAQ-AB está concebido em quatro fases complementares: 1) adesão ao programa; 2) implantação de dispositivos de reorganização dos processos de trabalho da equipe e da gestão (auto avaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento); 3) avaliação externa e; 4) processo de pactuação com o incremento de padrões e indicadores de qualidade⁶.

A melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, tal como preconizado pelo PMAQ, está estreitamente relacionada à participação efetiva dos trabalhadores da saúde para implementar as mudanças propostas, o que constitui um desafio e envolve situações complexas que merecem ser estudadas. Nessa perspectiva, o presente artigo analisa o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Distrito Federal (DF), com foco nos dispositivos da segunda fase, de reorganização dos processos de trabalho: auto avaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento.

METODOLOGIA

Este estudo de caso, realizado no Distrito Federal (DF), de novembro de 2011 a março de 2013, foi iniciado no momento de adesão ao PMAQ, 1º ciclo, pelo gestor e equipes de atenção básica do DF. A adesão, com 28 equipes estruturadas no modelo ESF, significava 25,23% da cobertura de Atenção Básica ofertada no DF naquele momento.

Participaram da pesquisa 2 enfermeiros, 2 médicos, 4 técnicos de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde, de duas equipes de saúde da família de duas regionais de saúde, incluídos intencionalmente⁸ de acordo com os seguintes critérios: serem equipes do modelo ESF; com adesão ao PMAQ-AB; e terem sido indicadas pelo gestor por se destacarem na atuação alinhada com as prescrições da ESF.

Os doze participantes, sendo onze (11) mulheres e um (1) homem, na faixa etária dos vinte e oito aos cinquenta e seis anos de idade, tinham, na sua maioria, menos de cinco anos de experiência na ESF. A carga horária era de 40 horas semanais, todos eram servidores públicos estatutários, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), contratados por regime celetista (CLT).

A coleta de dados foi feita mediante análise documental, entrevista semiestruturada e observação. Foram analisadas as atas de reuniões, termos de compromisso do PMAQ assinados pela equipe, e fichas de produção do Sistema de Informação da Atenção Básica que continham informações relativas às duas primeiras fases do PMAQ. A observação, de 120 horas, foi guiada por roteiro orientado pelos compromissos assumidos no Termo assinado pelo gestor e pela equipe na fase de adesão, e encerrada segundo critério de saturação⁸. As entrevistas seguiram um roteiro que abordou questões sobre a implantação do programa, a utilização dos dispositivos da segunda fase, sobre as facilidades, dificuldades e potencialidades para reorientar os processos de trabalho a partir da adesão.

Os dados foram analisados e sistematizados com base na análise temática de conteúdo, que se constituem, segundo Minayo⁹, num conjunto de técnicas de análise, que incluem a leitura das evidências produzidas (documentos, registros decorrentes das observações e transcrição das entrevistas), codificação das unidades de significado e elaboração das categorias temáticas. Deste processo emergiram cinco categorias temáticas: Bases para a implantação do PMAQ; Dispositivos indutores da melhoria do processo de trabalho; Limites para a reorientação do processo de trabalho; Boas práticas e organização das equipes; Contribuições do PMAQ-AB ao processo de trabalho.

Quadro 1 - Categorias e respectivos temas encontrados na análise de dados

CATEGORIA	TEMA	Nº
1. Bases para a implantação do PMAQ-AB	1. Preparação/participação da equipe para a adesão	12
	2. Percepção dos objetivos do PMAQ-AB pela equipe	11
	3. Visão parcial/equivocada sobre a proposta do PMAQ-AB	10
	4. Conhecimento sobre o Termo de Compromisso	9
	5. Motivação para a adesão ao PMAQ-AB	6
2. Dispositivos indutores da melhoria do processo de trabalho	1. Existência do apoio institucional	15
	2. Desenvolvimento da educação permanente	10
	3. Instituição dos processos autoavaliativos	9
	4. Discutindo o monitoramento dos indicadores	8
3. Limites para a reorientação do processo de trabalho	1. Rede de apoio institucional deficiente	21
	2. Condições de trabalho insatisfatórias	15
	3. Conflito entre os membros da equipe	5
4. Boas práticas e organização das equipes	1. Realização sistemática de reunião de equipe	9
	2. Interdisciplinaridade e trabalho em equipe	3
	3. Renormalizações efetuadas no cotidiano	5
5. Contribuições do PMAQ-AB ao processo de trabalho na ESF	1. Estimulo ao alcance de melhores resultados na certificação	4
	2. Desenvolvimento de cultura avaliativa/reflexiva nas equipes	3

Fonte: Entrevistas, observações e análise documental.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde do DF (SES-DF), sob o nº 204.388 de 25 de fevereiro de 2013. Os participantes assinaram Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e para garantia do anonimato, as entrevistas foram codificadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Bases para a implantação do PMAQ

De acordo com as diretrizes do PMAQ, o seu êxito depende do protagonismo e da motivação dos atores envolvidos, num meio que favoreça. No contexto estudado, os profissionais entrevistados, quando questionados sobre a preparação e participação da equipe para adesão, manifestaram ausência de escolha e de preparo, ambas condições necessárias para o envolvimento deles no processo, o que constitui uma fragilidade na implantação e condução do PMAQ.

A sensação que eu tenho é que a forma como o PMAQ chegou à equipe, foi tipo: olha participem do PMAQ e ponto final. Não teve uma preparação, um conhecimento integral, o que eu sinto é falta de apoio, de incentivo, de dialogo, de conversa, de acompanhamento, até de andar junto, pra saber o que tá acontecendo, eu sinto falta de um retorno, seja da gestão ou de quem tá mais perto do PMAQ. (E1).

O processo de implantação do PMAQ prevê a garantia de espaços de diálogos e de mobilização entre os diversos atores, através de métodos de problematização e de negociação articulados na gestão das mudanças¹⁰, entretanto, não foi o que ocorreu nas equipes estudadas. A compreensão dos profissionais das ESF sobre o PMAQ foi identificada como uma concepção parcial e, em alguns casos, distorcida acerca dos princípios e diretrizes do programa. Foi recorrente a compreensão do programa como uma proposta focalizada, exclusivamente composta por uma ferramenta de auto avaliação.

Olha, em relação ao PMAQ, eu acho ele muito bom. Assim, a gente só respondeu, sim ou não. Se faz ou não faz. Quando trouxeram os cadernos, isso faz tempo, foi em 2009, 2010. Mas a gente usou pouco, porque a Dra. que estava aqui na época começou a fazer com a gente, mas depois ela foi embora, ai você sabe, quando muda para tudo. (AC3).

Ah eu não sei dizer bem né. Acho que se tivesse tido uma oficina sobre como fazer, o que ele traz de bom, como fazer, ai seria diferente né? (AC4).

Então, eu não conheço a proposta do PMAQ-AB. Só agora esses dias, com a vinda da senhora que explicou sobre sua pesquisa e fez a apresentação é que tomei conhecimento. (TE1).

O PMAQ-AB é visto, entre os trabalhadores que participaram da pesquisa, como um projeto para avaliar as ações desenvolvidas pela equipe, e confundido com a proposta de Autoavaliação Melhoria da Qualidade – (AMQ), uma ferramenta autoavaliativa disponibilizada anteriormente pelo Ministério da Saúde.

Sobre o PMAQ é? Sempre foi o PMAQ? Não tinha outro? É o AMQ, não é? Ou é a mesma coisa? Só mudou o nome né? Não, não me lembro. Melhoria na avaliação de qualidade, né? Eles vão avaliando, a que ponto você vai, parece que tem a contagem de pontos, vai aparecendo se você melhora, se você

recai, mas assim, eu acho que eu não cheguei a participar da reunião de adesão. (AC2).

[...] o responsável pela equipe ficou de comparecer lá na Secretaria de Saúde para fazer o cadastro, eu lembro que eu gerei uma senha, então eu tive ciência desse processo, que a SES tava fazendo esse contrato com o Ministério. (M1).

O estudo sugere que os profissionais das ESF que fizeram adesão ao PMAQ-AB não foram envolvidos na fase de contratualização e desconheciam os objetivos, os princípios e as diretrizes do programa, o que acarreta possíveis riscos à implementação de ações indutoras de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Entretanto, deve-se considerar que a permanente criação de normativas e programas, entre outros, pelo Ministério da Saúde, gera certa instabilidade nas prescrições que guiam o trabalho, podendo ocasionar confusão, descontinuidade e descrédito. Os resultados sugerem que os trabalhadores ainda estavam em processo de aprendizagem da ferramenta AMQ quando surgiram novas diretivas com o PMAQ.

No cenário analisado não foi possível observar a presença de estratégias que conduzam os profissionais da equipe a se engajarem no processo de implantação do PMAQ-AB, de forma que a adesão processasse as mudanças no trabalho esperadas pelo programa.

Uma vez por mês a gente tem o NASF nessas reuniões, e uma vez por mês, o CAPS. Em relação ao PMAQ não teve ninguém que apresentasse, que dissesse como fazer, o que fazer. É como eu te falei: veio no início, e depois, mais ninguém! [...] Na nossa reunião mensal com a Diretoria, a gente leva as questões pendentes. Mas vai um coordenador de cada equipe, né?! Então, a gente tem esse diálogo dessa maneira, e não eles vindo aqui. (M2).

Dispositivos indutores da melhoria do processo de trabalho

Dentre os objetivos específicos do PMAQ, a promoção da qualidade e inovação na gestão da AB, visa o fortalecimento dos processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo. Neste estudo, os depoimentos demonstraram a forma incipiente da implantação destes quatro dispositivos.

No que diz respeito à avaliação é importante considerar que se trata de um poderoso instrumento de mudança que ao invés de ameaça, deve ser visto como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade. A finalidade da avaliação no contexto da melhoria da qualidade vai além da identificação de problemas e propostas de soluções para os problemas detectados. O alvo principal deve ser a produção de mudanças no processo de trabalho apropriadas que conduzam à melhoria de qualidade dos cuidados prestados.

No que se refere ao monitoramento dos indicadores do PMAQ-AB, há evidências de que os profissionais das equipes participantes da pesquisa não conhecem acerca dos indicadores de monitoramento do programa:

A gente tentou alimentar a planilha, só que os resultados estavam muito discrepantes, não representavam a realidade, então isso por conta da falta de tempo, do acúmulo de serviço todo dia aqui na unidade. (M1).

Não. Nós não monitoramos. Em 2012, nós chegamos a fazer alguns cadernos do AMQ, alguns meses! Depois não tivemos mais tempo de sentar e preencher. (E2).

[...] monitoramento dos indicadores? O que a gente faz todo mês é preencher as fichas de produção do SIAB. Sei do número de visitas que temos que fazer por mês, se não, recebemos reclamação da Regional. Não conheço indicador do PMAQ-AB. (TE-3).

Os resultados encontrados mostram não haver envolvimento das equipes na discussão dos indicadores do PMAQ-AB, essenciais para a implantação do monitoramento. Identifica-se nos depoimentos dos profissionais que há falta de tempo para implantar esse dispositivo. Em 2010, por meio de iniciativa pessoal de uma enfermeira da equipe, houve a realização de vários encontros dos profissionais, com objetivo de incorporar no processo de trabalho ações de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde. No entanto, a profissional foi transferida para outra unidade, ocasionando a descontinuidade do uso da ferramenta.

[...] quando na época da Dra [...], a gente sentava todo mundo junto [...] ela lia a pergunta e a gente concordava se fazia, ou não concordava e ia respondendo à autoavaliação, mas, agora com esta sobrecarga de trabalho não fazemos mais isso. (TE3).

As práticas autoavaliativas devem ser realizadas de forma contínua pelas ESF e a descontinuidade, tal como observado, pode incidir na potencialização de mudanças no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica no DF.

A educação permanente em saúde é um processo oposto ao ensino-aprendizagem mecânico, no qual os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro¹¹. Com relação a esse dispositivo, os entrevistados expressam que as estratégias de educação permanente voltadas para os profissionais das equipes estudadas, foram abordagens centralizadas e descendentes. Desta forma perdem potencia e não proporcionam as transformações em suas práticas.

[...] educação permanente oferece muito, só que tem um probleminha, eles não ouvem a equipe para saber a nossa necessidade, não tem nada a ver com a nossa necessidade, na maioria das vezes somos obrigadas a ir a dois cursos. (E2).

O dispositivo do apoio institucional, compreendido como um processo de trabalho de coletivos, que se organizam para produzir saúde, transformar as relações de supervisão e os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais¹², revelou-se incipiente na voz dos entrevistados. Os profissionais das equipes referiram que nem sempre contam com o apoio da gerência regional, muito embora, uma vez por mês, a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) participa na UBS-1 de discussão de casos clínicos, que necessitam de intervenção interdisciplinar. Identifica-se ainda distorção nesse processo como expressa o depoimento:

[...] apoio institucional no sentido de ser aquela pessoa presente, que socorre, não vou mentir e dizer que tem, a diretoria aqui está mais no sentido de fiscalizar, de cobrar mesmo, mais no sentido de impor, impõe, cobra, o documento que não mandou, um mundo de papeis, controle de patrimônio, e marca prazo[...] apoio mesmo, nenhum. (E2).

Os profissionais apontaram descontinuidade na implantação do PMAQ-AB e identificam a necessidade de ser promovido um movimento que envolva a gestão nessa discussão. A revisão das estratégias de implantação dos dispositivos indutores da melhoria do processo de trabalho das equipes, de maneira a incorporar os trabalhadores a partir das suas necessidades, em função do território concreto de atuação, pode ser um caminho promissor. Ribeiro, Pires e Blank¹³, ao contextualizar alternativas para a transformação das condições de trabalho, chama a atenção para a importância do protagonismo e da motivação dos sujeitos, como estratégias indutoras de cooperação nos coletivos de trabalho:

é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade¹³.

Limites para a reorientação do processo de trabalho

A precariedade da rede física, ambiência pouco acolhedora das Unidades Básicas de Saúde – (UBS), inadequadas condições de trabalho para os profissionais, sobrecarga e baixa integração das equipes com a RAS são desafios reconhecidos pelo Ministério da Saúde⁶ e evidenciados na literatura^{14,15,16} que se coadunam com os achados deste estudo.

Deficiências na infraestrutura das unidades de saúde limitam o trabalho em equipe. A UBS 1 funciona em um prédio cedido pela administração Regional do governo do Distrito Federal, com a determinação de não poder ocorrer nenhuma modificação na estrutura. Na visão dos entrevistados, este é um dos fatores que mais influencia nas condições de trabalho da equipe, posto que o prédio é pequeno para a organização dos serviços das unidades. Na UBS-2, a sala onde é feito a coleta do exame citopatológico, por exemplo, é utilizada também para armazenamento de medicamentos, além da realização de nebulização e aplicação de injeções.

[...] aí tem esse cômodo aqui, a gente dividiu com armário, mas no dia que a Dra está fazendo o exame ginecológico, quem chega para pegar remédio, ou aplicar injeção, aí volta. (TE1).

A infraestrutura é crítica [...] quem chega acha a “casinha linda” [...] mas não tem nada a ver com uma UBS, não é adequada para o funcionamento, na mesma salinha dispenso medicamento, peso criança, lavo espécuro na pia, nesta mesma pia eu empacoto curativo [...] aqui não tem como fazer um curativo. (E2).

As condições de trabalho relatadas prejudicam a eficácia da atenção prestada aos usuários, e, para além, segundo Ribeiro, Pires e Blank¹³ as condições de trabalho podem produzir alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança, baixa autoestima, dificultando as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade

da assistência.

De acordo com as observações realizadas na UBS-1, o projeto arquitetônico, o dimensionamento e a disposição dos cômodos não correspondem às prescrições do Manual de Estrutura Física de UBS, proposto pelo Ministério da Saúde e nem com o processo de trabalho preconizado.

As condições de infraestrutura física e de insumos estão diretamente relacionadas à capacidade resolutive da atenção básica. Foram constatadas situações de insuficiência de insumos necessários a realização de procedimentos, a exemplo da coleta de papanicolau, em que havia falta de fixador para as amostras e falta de fita específica de identificação do estojo porta lâmina, sendo utilizado esparadrapo para esta finalidade. A UBS-2 não tem consultório com banheiro, as coletas são realizadas em espaço improvisado, em que não há garantia da privacidade das usuárias. Faltam ainda medicamentos dos programas de acompanhamento dos pacientes crônicos. As unidades não dispõem de sala adequada para armazenamento e dispensação de medicamentos, sendo acondicionados em armário de aço, e não dispõem de sala exclusiva para vacina, o que inviabiliza a realização da oferta de imunobiológicos. A comunicação é outro ponto que mostra a fragilidade dos serviços. A UBS-1 não dispõe de computador em funcionamento, bem como não tem telefone, o que dificulta o contato dos profissionais com a Regional de Saúde, bem como com os usuários. A UBS-2 tem computador, porém, sem conexão com a internet, o que obriga os profissionais a realizarem o registro manual da produção.

Funcionava ali na recepção mesmo, na área externa. Só que ali, principalmente à tarde, é muito calor, não é adequado [...] com menos cara de casa, que era o que você se sentia quando entrava aqui [...] tem falta de telefone que é uma coisa que dificulta muito a gente, falta da internet, aqui não tem oftalmoscópio, não tem otoscópio, não tem o mínimo pra você fazer uma medicação injetável. (E1).

As condições inadequadas de trabalho para os profissionais compromete sua capacidade de intervenção e de satisfação com o fazer cotidiano que, juntamente com a ambiência pouco acolhedora das unidades estudadas, constituem fatores limitantes apontados de modo predominante. Como a competência profissional prescinde da ação, ela é ligada à organização e às condições de trabalho, e poderá ser mais bem desenvolvida se os trabalhadores estiverem num meio favorável¹⁷.

Nós não temos nem local para fazer o acolhimento. (TE3).

Eu me sinto assim, nadar e morrer na praia, faz, faz, faz, e quando precisa de um diagnóstico de um paciente não consegue, aí tem que começar do zero, começa a buscar outros recursos, outras coisas para tentar melhorar a situação. (TE1).

A capacidade de agir, segundo Schwartz¹⁸, estará sempre de alguma maneira relacionada ao grau de apropriação de saberes, ao grau de apreensão das dimensões históricas da situação e ao debate de valores realizado pelo indivíduo, em função daquilo que ele exige de si e daquilo que os outros exigem dele, na relação com o meio. O que significa que melhorar a qualidade de um determinado serviço pressupõe agir não apenas sobre os indivíduos, mas também na gestão, na organização

e condições de trabalho, bem como considerar uma pluralidade de aspectos institucionais e relacionados aos atores envolvidos. “A gestão cotidiana de compromissos, implícitos ou explícitos, definindo responsabilidades, pode articular as diversas lógicas dos distintos atores”¹⁹.

Na UBS-2, os profissionais reconhecem como limitação para exercerem suas funções as questões relacionadas à qualificação dos processos de trabalho da equipe. Relatam que, na convivência diária, as dificuldades para realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde e a ausência de integração dos membros das equipes tornam o processo de trabalho frágil e pouco resolutivo.

Na análise do caderno de agendamento chamou atenção o número elevado de usuários faltosos ao exame ginecológico, fato atribuído à demorada entrega dos resultados dos exames:

O que mais me incomoda é o seguinte: a comunidade tem acesso ao atendimento aqui, clínico. Só que aí, a doutora pede exames e as pessoas tem dificuldade pra conseguir fazer esses exames e também pra receber os resultados. Assim, é a maior dificuldade, demora uns três meses ou mais para receber. (AC-5).

Foi observado, na UBS-2, a predominância do pronto atendimento como modalidade de atendimento, em que as ações em saúde são centradas na queixa apresentada pelo usuário. A explicação obtida é que, em função da crescente demanda provocada pela expansão demográfica da área de abrangência da unidade em um bairro com alta densidade demográfica, sem infraestrutura de saneamento e de serviços de saúde suficientes para atender as suas necessidades, seria necessário a realização de nova territorialização e implantação de novas equipes da ESF, para atender a prescrição da PNAB, referente à média de três mil habitantes sob a responsabilidade de cada equipe.

Boas práticas e organização das equipes

Na UBS-1 são positivas as menções sobre a existência e preservação de espaços coletivos sistemáticos de discussão da equipe, bem como de estratégias de troca de conhecimento entre os diferentes profissionais, possibilitando momentos de organização coletiva do trabalho.

O dia de reunião de equipe é sagrado: terça-feira à tarde. É o tempo que a gente tem pra sentar, combinar as visitas domiciliares, os trabalhos que vão ser desenvolvidos. (M2).

Observou-se que, mesmo em um contexto adverso de condições de trabalho, os trabalhadores evidenciam protagonismo na UBS. Destaca-se, por exemplo, a formação de grupos de mulheres para a prática de exercícios físicos e automassagens na UBS-1, que, segundo os profissionais, integra um conjunto de iniciativas que buscam potencializar a cooperação entre eles e o vínculo com as famílias do território de abrangência. Observaram-se também algumas iniciativas pontuais de implantação do acolhimento e de desenvolvimento de uma dinâmica de planejamento e avaliação nas reuniões da equipe.

A postura de corresponsabilidade e cooperação, a construção de vínculo com o território, a busca de alternativas para os problemas nas condições de trabalho e as práticas de trabalho integradas com o NASF e o CAPS do território, identificados, sobretudo em uma das equipes, constituem elementos facilitadores para o trabalho na ESF. Entretanto, como iniciaram antes de 2011, tais movimentos indutores da melhoria dos processos de trabalho não podem ser atribuídos à adesão ao PMAQ.

Cada trabalhador programa suas atividades na hora da execução, fazendo a gestão dos objetivos do seu trabalho, improvisando e servindo-se dos meios disponíveis, para enfrentar a distância entre o prescrito e o real:

[...] a gente deve trabalhar seguindo os protocolos da SES, mas de vez em quando temos que fugir, até para se adaptar a realidade dentro do possível. Por exemplo, o exame Papanicolau a gente usa fixador. Quando não tem, a gente usa álcool. Às vezes, quando podemos, compramos um frasco. Então assim as coisas que não estão em nossa alçada, a gente dá uma saidinha do protocolo né? (E2).

Trabalhar de outro modo pode ampliar a eficácia do trabalho, obtida graças a um trabalho de apropriação normativa e de incessantes renormalizações, que no processo articulam e redefinem saberes e valores²⁰. Supõe que o trabalhador, na relação com o meio, se autorize a recriar em função da necessidade de realizar o seu serviço e ser eficaz.

Contribuições do PMAQ-AB ao processo de trabalho

A contribuição do PMAQ para a melhoria do trabalho na ESF aparece timidamente, sinalizando pouca contribuição do programa ao processo de trabalho das equipes das UBS-1 e UBS-2.

Com certeza, o PMAQ provocou mudanças, o problema é que não houve continuidade, mas a gente sabe da importância disto [...] O PMAQ propõe avaliar nosso trabalho. (E2).

A gente vai fazer algumas modificações na dinâmica do trabalho pra ver se consegue aumentar a nota, digamos assim. (M2).

A única contribuição que o PMAQ trouxe para a equipe é a questão das estatísticas, quando a gente respondeu as perguntas no caderno, e vimos que muitas coisas não fazíamos, sendo que muitas delas não tínhamos conhecimento, e também na parte do acolhimento ajudou. (TE1).

Eu acho que o que ele trouxe foi despertar o senso crítico no processo de trabalho, da organização do serviço, em relação à demanda espontânea, ao acolhimento e às consultas. (E1).

Os resultados sugerem que o PMAQ contribuiu para estimular o alcance de melhores resultados na certificação segundo os critérios do programa e daquilo que os participantes da pesquisa consideraram necessário, e para o desenvolvimento de uma cultura avaliativa ou reflexiva nas equipes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciam a força de elementos do contexto e relacionados ao processo de implantação do PMAQ no desenvolvimento da segunda fase do Programa, objeto de análise desse estudo, conferindo limites para a reorientação do processo de trabalho.

O conjunto de normas e prescrições do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB é elaborado para todo o país, reconhecidamente composto de realidades diferentes. Nesse contexto, os gestores e as equipes, ao fazerem a adesão ao Programa e implantarem as ações que foram prescritas de forma descontextualizada, o fazem de forma singular, segundo as características locais.

No presente estudo, mais que potencialidades, destacam-se os limites para se colocar em prática um trabalho coerente com os princípios e diretrizes do SUS expressos no componente PMAQ da PNAB. Os limites relacionam-se, sobretudo às condições precárias de trabalho, mas também à forma como ocorreu a adesão ao Programa, à deficiência da Rede de Atenção à Saúde e à capacidade das equipes de enfrentamento do contexto adverso.

Sob o aspecto da cobertura populacional, evidenciou-se que onde há território definido, com população adstrita, a ESF se aproxima mais do proposto pelo PMAQ para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

A análise de como são utilizados pelas equipes os quatro dispositivos para a melhoria do processo de trabalho - auto avaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento de indicadores a partir da adesão ao PMAQ-AB, permite constatar que a utilização de auto avaliação pelas duas equipes não é feita de forma sistemática, sendo mais utilizada pelos profissionais de uma das equipes sem, contudo, avançar na discussão da análise da autogestão, na identificação dos problemas e na formulação de estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços.

No tocante ao dispositivo apoio institucional, foi identificada a necessidade de incorporação desta função por parte da equipe de gestão, como uma ferramenta presente no dia-a-dia das unidades, no sentido de pensar a organização de todo o processo de trabalho, mas não foi implantado nas unidades estudadas.

São incipientes as propostas de qualificação profissional com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da atenção por meio de projetos de educação permanente. Os profissionais têm pouca motivação para participar das ofertas de qualificação profissional demandadas pela gestão, pelo distanciamento entre as necessidades técnicas do processo de trabalho e as capacitações ofertadas.

Os resultados apontam pouca preparação dos sujeitos participantes das equipes na fase de adesão ao PMAQ-AB; a visão parcial/distorcida sobre sua proposta; as fragilidades no monitoramento dos indicadores; os incipientes processos auto-avaliativos; a inexistência de apoio institucional;

a inadequação nas propostas e práticas de Educação Permanente; as condições de trabalho insatisfatórias, e a rede de apoio diagnóstico deficitária.

É preciso considerar o curto tempo de implantação, e o fato que resultados de mudanças efetivas em processos de trabalho exigem tempo para serem concretizados, mas os resultados evidenciam que melhorar a qualidade é uma tarefa complexa, que vai além da prescrição e cumprimento de normas e de parâmetros, seja para a gestão, para os coletivos de trabalho e para os sujeitos individualmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magalhães Júnior HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em saúde para debate*. 2014; 51:14-29.
2. Lampert JB. Educação médica no século XXI: mudanças no perfil do egresso. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2014; 38(3):291-2.
3. Brasil. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):783-94.
5. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2010; 34(2):261-9.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: varias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014; 38(51):43-57.
8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
9. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):621-6.
10. Pinto HÁ, Koerner RS, Silva DCA. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2012.
11. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface comum. saúde educ.* 2005; 9(16):172-4.
12. Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] Universidade Estadual de Campinas; 2011.

13. Ribeiro EM, Pires DEP, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2):438-46.
14. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev. bras. educ. med. 2009; 33(3):382-92.
15. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2010; 10(suppl.1):69-81.
16. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(3):641-9.
17. Jobert G. Travail et changement. Revue de la qualité de vie au travail. 2008; 322.
18. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. Educ. Soc. 1998; 19(65) :101-40.
19. Scherer MDA, Pires DEP, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev. Saúde Pública 2009; 43(4):721-5.
20. Schwartz Y, Durrive L. Travail & Ergologie: entretiens sur l'activité humaine II. Toulouse: Octarés; 2009.

Nota: Artigo baseado em dissertação de mestrado profissional de Estela Auxiliadora Almeida LOPES.

Artigo apresentado em 10-01-15
Artigo aprovado em 20-08-15
Artigo publicado no sistema em 26-09-15