



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL
DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE (PMAQ) NO ESTADO DO CEARÁ**

Paulo Henrique Arruda Linhares

Orientador:

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira

Linha de Pesquisa:

Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

SOBRAL

2013

PAULO HENRIQUE ARRUDA LINHARES

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL
DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE (PMAQ) NO ESTADO DO CEARÁ**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da família, da Universidade Federal do Ceará/Campus de Sobral como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Orientador:

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira

SOBRAL

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

L728a Linhares, Paulo Henrique Arruda.

Avaliação do processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) no Estado do Ceará. / Paulo Henrique Arruda Linhares. – 2013.

189 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.

Área de Concentração: Saúde da família.

Orientação: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.

1. Atenção primária à saúde. 2. Qualidade, acesso e avaliação da Assistência à Saúde. I. Título.

CDD 614.098131

PAULO HENRIQUE ARRUDA LINHARES

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL
DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE (PMAQ) NO ESTADO DO CEARÁ**

Dissertação defendida e aprovada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/Campus de Sobral, em 26/08/2013, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira (Orientador)

Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib

Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Profa. Dra. Izabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

AGRADECIMENTOS

A Deus, que na sua infinita misericórdia me escolheu, abençoou, e oportunizou este mestrado.

À Nossa Senhora Rainha da Paz e ao meu Anjo da Guarda, companheiros fieis nos momentos de desafios e lutas no decorrer do curso.

Aos meus pais Francisco Henrique (in memoriam) e Maria das Virgens Linhares, o primeiro que intercede no céu e a segunda, lutadora, que nunca desistiu de me mostrar o caminho de Deus.

A minha esposa Katiany Linhares, que muito amo, pela sua compreensão, paciência e força nos dias ausentes e frenéticos deste curso.

As minhas Filhas Iany Maria e Cristine e ao meu filho Paulo Henrique Filho, motivos de alegria, realização e bênçãos na minha vida.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, pelas palavras de forças durante a caminhada.

Aos meus Padrinhos Bartolomeu e Maria de Jesus, primos Henrique, Juvenal, Inácio e Isabel, que me acolheram em sua casa e foram fiéis propulsores no caminho de volta aos estudos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Geison, através de seu exemplo e dignidade, ensinou-me com palavras e atitudes, que a fé remove montanhas e que o campo da pesquisa é o horizonte que deve ser buscado para o bem da humanidade.

A todos os professores do mestrado, pela dedicação, zelo e diversas contribuições para meu desenvolvimento acadêmico.

A Prof^a Dr^a Izabelle, pelo incentivo, presença e paciência constante nos momentos de dificuldades durante o desenvolvimento do estudo.

Ao Prof. Dr. Odorico que abriu as portas do Ministério da Saúde para que esta pesquisa fosse realizada.

Aos amigos Sérgio, Doralice, Roberta Marinho, Carla Roberta Amélia e Karine que me apoiaram e acompanharam de perto nesta caminhada ao conhecimento da Ciência.

A todos os discentes da nossa turma, compartilhadores de alegrias e tristezas, pessoas que conheci e aprendi a gostar.

Ao Carlos Hilton Albuquerque, pela compreensão e liberação para cursar o mestrado.

Aos amigos da Secretaria de Saúde de Sobral, Mônica, Aline, Juliana, Sandra, Meykel e Socorro Melo pela amizade, apoio e aprendizado na prática da atenção primária à saúde e no Sistema Municipal de Saúde de Sobral.

A todos os gestores de saúde participantes da pesquisa das diversas esferas da gestão e a todos que contribuíram, para que este trabalho possa gerar tomada de decisões e proporcionar melhoria da qualidade e acesso aos serviços de saúde.

RESUMO

Em 2011 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ no intuito de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica à Saúde (ABS), com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS. Este estudo, tendo em vista a necessidade de orientar a tomada de decisões de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde, propõe como objetivo geral avaliar formativamente o processo de implantação do PMAQ no Estado do Ceará. Como referencial teórico, utilizou-se o Modelo CIPP de avaliação, proposto por Daniel L. Stufflebeam, baseado em quatro componentes heurísticos: Contexto, *Inputs*, Processos e Produto, os quais orientaram a elaboração de uma matriz avaliativa para a avaliação do PMAQ. A metodologia adotada neste estudo foi orientada por abordagem qualitativa de natureza exploratória-descritiva, tendo como cenário o Estado do Ceará. Foram utilizadas como técnicas de pesquisa: (1) a pesquisa documental e (2) a entrevista estruturada. O processo de organização e análise de dados foi efetuado a partir da Análise Temática de Conteúdo. Foram observadas as diretrizes éticas constantes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o nº 133.724. Como resultados, o estudo aponta que o processo de implantação do PMAQ no Estado Ceará se deu de forma verticalizada pelo Ministério da Saúde, com fragilidades apontadas pelos participantes do estudo, gerando divergências de percepções entre os representantes dos Municípios e os do Ministério da Saúde. Outra constatação é a convergência das opiniões na readequação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros. Por fim as divergências dos discursos dos gestores em pontos significantes como financiamento, atuação da gestão estadual, envolvimento dos profissionais, especialmente o profissional médico e a participação popular. Como fator limitante do estudo destacamos: (1) a não inclusão dos usuários do SUS como fonte de dados; e (2) a dificuldade de entrevistar os gestores municipais no período eleitoral de 2012. Novos estudos são sugeridos para aprofundamento do tema.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de Programas, Acesso e Qualidade, Modelo de Avaliação CIPP, Atenção Básica à Saúde

ABSTRACT

In 2011 the Ministry of Health launched the National Programme for Improving Access and Quality - PMAQ in order to expand access and improve quality of Primary Health Care (PHC), with a guarantee of a quality standard comparable national, regional and locally in order to allow greater transparency and effectiveness of government action to PHC. This study, in view of the need to guide the decision making of management in the Health System, proposes general objective formatively evaluate the implementation process of PMAQ in Ceará. The theoretical approach used the CIPP evaluation model proposed by Daniel L. Stufflebeam, heuristic based on four components: Context, Inputs, Process and Product, which guided the development of a matrix for assessing the evaluative PMAQ. The methodology used in this study was guided by qualitative approach exploratory-descriptive, against the backdrop of the state of Ceará. Were used as research techniques: (1) documentary research and (2) a structured interview. The process of organization and data analysis was performed from a content analysis. Were observed ethical guidelines in Resolution 196/96 of the National Health Council, and the research protocol was approved by the CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú, under No. 133 724. As a result, the study indicates that the process of implementation of the state Ceará PMAQ took so vertically by the Ministry of Health, with weaknesses identified by the study participants, generating differences in perceptions between the representatives of the municipalities and the Ministry of Health Another finding is the convergence of opinions on the upgrading of human, technological and financial. Finally divergences of discourses of managers on significant points as financing activities of state management, involvement of professionals, especially medical professional and popular participation. Limiting factor of the study include: (1) the non-inclusion of SUS as a data source, and (2) the difficulty of interviewing city managers in the 2012 electoral period. Further studies are suggested to further the theme.

KEY WORDS: Assessment Programs, Access and Quality, CIPP Evaluation Model, Primary Health Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde – Brasil	28
Figura 2	Componentes-chave do modelo CIPP de avaliação	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diferenças entre o Modelo Hegemônico e o Novo Modelo ESF/SUS	27
Quadro 2	Síntese dos Indicadores selecionados do PMAQ	36
Quadro 3	Estrutura do Instrumento do AMAQ - Dimensões e Subdimensões da Gestão no AMAQ	37
Quadro 4	Estrutura Padrão de Qualidade – AMAQ	38
Quadro 5	Crítérios para Certificação das Equipes da Atenção Básica	39
Quadro 6	Relevância dos quatro tipos de avaliação e suas funções de avaliação formativa e somativa	49
Quadro 7	Matriz de Avaliação do PMAQ consoante ao Modelo CIPP	53
Quadro 8	Participantes do Estudo, segunda as Esferas de Gestão Interfederativa do SUS envolvidas no PMAQ	56
Quadro 9	Matriz de Coleta e Análise de Dados para Avaliação do PMAQ Consoante o Modelo CIPP	59
Quadro 10	Índices e sub-índices que orientaram o processo de análise	63
Quadro 11	Índices e sub-índices que orientaram o processo de análise, e categorias/temas identificados	66
Quadro 12	Síntese da distribuição das categorias/temas identificados segundo os índices e sub-índices que orientaram o processo de análise	71
Quadro 13	Síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Contexto entre os sub-índices que orientaram o processo de análise	73
Quadro 14	Síntese da Categoria Avaliação	79
Quadro 15	Síntese da Categoria Financiamento	83
Quadro 16	Síntese da Categoria Infraestrutura	86
Quadro 17	Síntese da Categoria Educação Permanente	88
Quadro 18	Síntese da Categoria Qualidade da Atenção Básica	91
Quadro 19	Síntese da Categoria Envolvimento dos Profissionais	94
Quadro 20	Síntese da Categoria Participação do Gestor Estadual	97
Quadro 21	Síntese da Categoria Fixação dos Profissionais	98

Quadro 22	Síntese da Categoria Valorização dos Profissionais	101
Quadro 23	Síntese da Categoria Participação Popular	103
Quadro 24	Síntese da Categoria Diagnóstico	105
Quadro 25	Síntese da Categoria Tempo Exíguo	108
Quadro 26	Síntese da Categoria Mudança no Modelo de Atenção	110
Quadro 27	Síntese da Categoria Transparência	111
Quadro 28	Síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Inputs entre os sub-índices que orientaram o processo de análise	112
Quadro 29	Síntese da Categoria Correspondência das Diretrizes aos Objetivos Propostos do Programa	117
Quadro 30	Síntese da Categoria Suficiência do Orçamento para o Plano de Trabalho	119
Quadro 31	Síntese da Categoria Factibilidade Diretrizes e do Cronograma de Execução	122
Quadro 32	Síntese da Categoria Viabilidade Política	125
Quadro 33	Síntese da Categoria Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes	129
Quadro 34	Síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Processos entre os sub-índices que orientaram o processo de análise	130
Quadro 35	Síntese da Categoria Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ	134
Quadro 36	Síntese da Categoria Processo de Adesão	138
Quadro 37	Síntese da Categoria Adequação dos Recursos ao Programa	142
Quadro 38	Síntese da Categoria Obstáculos a Serem Vencidos na Fase Atual do Programa	145
Quadro 39	Síntese da Categoria Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa	149
Quadro 40	Síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Produto entre os sub-índices que orientaram o processo de análise	150
Quadro 41	Síntese da Categoria Resultados Imediatos do Programa	153
Quadro 42	Síntese da Categoria Resultados Esperados do Programa	156

Quadro 43	Síntese da Categoria Atualização de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados	159
Quadro 44	Síntese da Categoria Resultados Inesperados do Programa	161
Quadro 45	Síntese da Categoria Sustentabilidade do Programa	164

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIPP	Contexto, Entrada, Processo e Produto
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
ELB	Estudos de Linha de Base
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IRQ	Instrumento de Reconhecimento da Qualidade
JCEE	Joint Committee on Standards for Educational Evaluation
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
PCA-Tool	Primary Care Assessment Tool
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PACS	Programa Agente de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROGRAB	Programa para Gestão por Resultados da Atenção Básica
PECs	Programas de Extensão de Cobertura
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	ESTADO DA QUESTÃO	20
2.1.	Políticas de Saúde no Brasil: dos Primórdios à Estratégia de Saúde da Família	21
2.2.	Avaliação da Atenção Básica no Brasil	29
2.3.	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ	32
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	40
3.1.	Terminologia da Avaliação	41
3.2.	Avaliação de Programas	43
3.3.	Modelo CIPP de Avaliação de Programas	45
4.	METODOLOGIA	55
4.1.	Cenário de Estudo	55
4.2.	Participantes do Estudo	56
4.3.	Técnica e Procedimentos para Coleta dos Dados	57
4.4.	Procedimentos para Organização e Análise dos Dados	61
4.5.	Procedimentos Éticos	69
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO	71
6.	CONCLUSÕES	165
	REFERÊNCIAS	177
	APÊNDICE	185
	ANEXO – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	188
	– UVA	

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como tema a avaliação do processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) no Estado do Ceará.

Inicialmente, ressalto a importância deste tema na minha trajetória profissional como graduado em Administração inserido na gestão da saúde nos últimos doze anos, onde atuei nas seguintes áreas: recursos humanos, transportes e manutenção predial, custos, financeira, contratos e convênios, licitações, planejamento e projetos. Ao longo essa trajetória fiz uma especialização em controladoria e auditoria efetivando meus conhecimentos técnicos na gestão da saúde, muito embora apresentasse uma grande dificuldade de diálogo com os profissionais da saúde, principalmente nos assuntos do planejamento, do monitoramento e da avaliação em saúde.

Conceitos como Epidemiologia, Indicadores de Saúde, Morbimortalidade eram estranhos para mim, da mesma forma que Metas, Diretrizes, Monitoramento e Avaliação soavam artificiais para eles. A fim de acabar com esse espectro, empreendi meus estudos na Especialização de Gestão em Saúde na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), tendo em vista novas oportunidades e uma gama de conhecimentos a serem adquiridos. Para Drucker (1998) a área mais importante para o desenvolvimento de novos conceitos, métodos e práticas será no gerenciamento dos *recursos do conhecimento* da sociedade – especificamente educação e assistência à saúde, ambas hoje super-administradas e sub-gerenciadas.

Ensejei, então, estudos na área da Estratégia Saúde da Família (ESF), e assumi a coordenação de Projetos do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), onde as análises e reflexões estavam diretamente ligadas ao monitoramento e à avaliação dos indicadores pactuados, bem como ao acompanhamento da avaliação de qualidade do Programa Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ).

Com o advento do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, surge então um novo desafio pessoal e inovador. Mais do que as ferramentas de estudo para ingressar no Curso, vislumbrei os conceitos de aprendizagem da academia, em duas perspectivas: a primeira como colaborador no processo de avaliação da gestão da atenção primária à saúde e a segunda como membro docente nas atividades pedagógicas, onde já atuava em universidades de Sobral.

A minha opção pelo estudo do PMAQ tem um forte envolvimento na nova roupagem que ele traz da AMQ e do PROESF, na intenção de propor revigoramentos para execução da gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população.

No entanto, esse processo iniciou-se na década de 90, com a nomenclatura de Atenção Básica à Saúde (ABS)¹, que hoje é conhecida internacionalmente de Atenção Primária à Saúde (APS). Inicialmente foi criada a Coordenação de Investigação no interior do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, cujo objetivo era formular e conduzir propostas de avaliação em atenção básica que, neste primeiro momento, focava o monitoramento da estrutura, do processo e do resultado por meio de dados obtidos dos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas (BRASIL, 2005).

Em 2003, o Ministério da Saúde desencadeou um processo de fortalecimento da ABS por meio do PROESF. Com uma previsão de ser desenvolvido em três fases no período de oito anos, o projeto visava assegurar uma melhor organização dos sistemas locais de saúde, a qualificação do processo de trabalho e a melhoria nos desempenhos de serviços. A primeira fase estruturava-se em três componentes: 1) apoio à conversão do modelo de atenção (municípios com população acima de cem mil habitantes); 2) formação e capacitação de recursos humanos; 3) monitoramento e avaliação (BRASIL, 2004). Os componentes 2 e 3 destinava-se ao conjunto de Municípios, independente de seu porte populacional e seu principal objetivo era a qualificação da ESF. O componente de monitoramento e avaliação foi compreendido como fator impulsionador de uma política de avaliação que vinha se desenhando do âmbito do DAB do Ministério da Saúde.

Ao se investir na institucionalização da avaliação, busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade – e, abrangentes em suas várias dimensões, da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

¹ Sem pretender fazer uma análise sobre a origem e a distinção teórica e morfológica entre ambos, adoto neste trabalho o termo Atenção Primária à Saúde (APS) ao me referir ao cenário internacional, e ao termo Atenção Básica à Saúde (ABS) ao me referir ao cenário brasileiro.

No ano de 2006, cerca de 82 milhões de brasileiros estavam cadastrados pelas equipes de saúde da família, segundo dados do Ministério da Saúde. Nesse contexto, os debates voltaram-se aos impactos produzidos na saúde com a implantação da ESF, à necessidade e ao interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, bem como ao crescimento contínuo no acesso aos serviços da ABS. Diante disso, ressurgiu a discussão sobre a institucionalização da avaliação, redimensionando as competências da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CAA/DAB/SAS/MS) que além de monitorar e avaliar a atenção básica é instrumentalizar a gestão e fomentar a cultura avaliativa no SUS (BRASIL, 2005).

Com o acelerado crescimento da ESF, surge a necessidade de reflexão sobre sua concepção, operacionalização e sustentabilidade. Nisso, Bodstein (2009) defende a necessidade de se avaliar a significativa expansão que a ESF teve no país. É preciso verificar seu impacto sobre a saúde da população e os resultados sobre seu desempenho dentro do sistema de saúde.

Nessa lógica, o Ministério da Saúde lança a AMQ, com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, permitindo aos atores envolvidos nos municípios a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para construção dessa história por si mesma. Este processo, onde a adesão por parte dos gestores dar-se-á de forma voluntária, com metodologia de autoavaliação, orientando a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas, com identificação de estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos, assim como das potencialidades e pontos consolidados. Ademais, sugere a elaboração de planos de intervenção para resolução dos problemas verificados (BRASIL, 2008).

No entanto, no decorrer dos anos, foram identificadas algumas limitações na AMQ que foram enfraquecendo o programa, tais como: (1) baixa adesão em nível nacional; (2) ausência de definição de escores; (3) padronização em face da diversidade de cenários do Brasil; (4) paradoxo da adesão livre sem financiamento e a necessidade dos recursos; (5) intervenção de coordenadores no preenchimento dos dados no sistema; e (6) resistência de alguns profissionais com receio da autoavaliação.

Neste contexto o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, o PMAQ com o objetivo de instigar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS (BRASIL, 2011). Em face desse contexto de evolução das práticas de avaliação da ABS no Brasil, e considerando a incipiência do PMAQ como proposta avaliativa no âmbito do SUS, formulei a seguinte questão de pesquisa: **Como está se dando o processo de implantação do PMAQ no Estado do Ceará?**

Com efeito, para realização deste estudo, tendo em vista a necessidade de orientar a tomada de decisões de gestão no âmbito do SUS, propus como objetivo geral: **Avaliar formativamente o processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) no Estado do Ceará.**

Como objetivos específicos, propus os seguintes:

- Modelar uma matriz de avaliação formativa do processo de implantação do PMAQ orientada para a tomada de decisões;
- Aplicar a matriz de avaliação no cenário do Estado do Ceará, comparando as percepções, opiniões, conhecimentos e comportamentos comuns, convergentes e divergentes, dos atores envolvidos na implantação do PMAQ;

Diante do exposto, destaco a relevância deste projeto pela incipiência do PMAQ, e, em virtude disso, a necessidade de pesquisarmos seu processo de implantação, a roupagem nova do AMQ dentro do programa, bem como a concomitância da pesquisa e do acompanhamento e monitoramento do primeiro ano de implantação, visando produzir conhecimento para viabilizar tomada de decisões necessárias à reorientação do programa. Ademais, pode ter um valor de descrição de implantação podendo contribuir nas potencialidades e fraquezas do processo.

Esta dissertação de mestrado está estruturada em seis capítulos:

- Esta **Introdução**, onde apresento a temática escolhida, a partir de minha experiência profissional, a questão e os objetivos da pesquisa;

- O **Capítulo 2**, onde desenvolvo detalhadamente o estado da questão, um resgate histórico da origem dos serviços de saúde no Brasil, desde os primórdios até os dias de hoje, apresentando fatos relevantes que nortearam a criação da Estratégia Saúde da Família, apresentado seus avanços e desafios, e os programas de avaliação instituídos no âmbito do SUS até a implantação do PMAQ, objeto deste estudo.
- O **Capítulo 3**, onde trato do referencial teórico utilizado para o enfrentamento heurístico da questão de pesquisa, onde explicitaremos o arcabouço conceitual inerente ao Campo da Avaliação, e apresentamos o Modelo CIPP de avaliação, proposto por Daniel L. Stufflebeam. Baseado neste referencial, modelei uma matriz de avaliação do PMAQ consoante o Modelo CIPP.
- O **Capítulo 4**, em que descrevo a metodologia adotada neste estudo, caracterizada por abordagem qualitativa, e tendo como cenário o Estado do Ceará. Descrevo os participantes do estudo, e ordeno os procedimentos de coleta de dados de acordo com a matriz de avaliação modelada a partir do referencial teórico. Finalizando este capítulo descrevo o processo de organização e análise de dados efetuada a partir da Análise Temática de Conteúdo, bem como os procedimentos éticos.
- O **Capítulo 5**, em que apresento e discuto os principais resultados do estudo, a partir da sistematização dos dados, e da interpretação dos mesmos, através das categorias que emergiram dos processos de análise temática de conteúdo distribuídas em 4 índices, correspondendo aos quatro componentes do Modelo CIPP (Contexto, Inputs, Processos e Produto), e 4 sub-índices, correspondendo às fontes dos dados (Manual do PMAQ, Macro-Contexto, Meso-Contexto e Micro-Contexto)
- **As Conclusões**, comparo as percepções Macro-, Meso- e Micro-Contexto a partir dos quatro componentes do Modelo CIPP (Contexto, Inputs, Processos e Produto), respondo à questão de pesquisa, presto contas dos objetivos traçados e indico as limitações deste estudo e as diretrizes para futuras pesquisas.

2. ESTADO DA QUESTÃO

Definir o problema de pesquisa é uma dificuldade, teórica e prática, para a qual se deve encontrar uma solução. Neste capítulo, desenvolvo como o tema da Avaliação da ESF tem sido abordado na literatura especializada, a fim de indicar como o PMAQ surgiu como proposta institucional de avaliação no âmbito do SUS, e delimitar a questão de pesquisa formulada neste trabalho. No dizer de Nóbrega-Therrien e Therrien (2004), empreendo aqui o desenvolvimento do “estado da questão”.

Segundo Nóbrega-Therrien e Therrien (2004), a finalidade do “estado da questão” é de levar o pesquisador a registrar, a partir de um rigoroso levantamento bibliográfico, como se encontra o tema ou o objeto de sua investigação no estado atual da ciência ao seu alcance. Trata-se do momento por excelência que resulta na definição do objeto específico da investigação, dos objetivos da pesquisa, em suma, da delimitação do problema específico de pesquisa. Nos processos de produção científica o “estado da questão²” pode ser distinguido do “estado da arte³” ou da “revisão de literatura⁴”.

Nesse sentido, faço um breve resgate histórico da origem dos serviços de saúde no Brasil desde o Período Colonial, passando pela República Velha e pelo Estado Novo, descrevendo a conformação das Políticas de Saúde Pública no Brasil. Introduzo fatos importantes da saúde pública no mundo, de interesse para a temática por mim escolhida, tais como a concepção da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do Relatório Dawson e da Conferência de Alma-Ata, dentre outros. Descrevo a evolução do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira até o advento da Estratégia Saúde da Família. Apresento os programas correlatos de APS desenvolvidos no decorrer das últimas duas décadas até introduzir os desafios de hoje, identificados por Sousa e Hamann (2009) como estando vinculados às exigências da incorporação tecnológica, à formação da força de trabalho, à criação de novas formas para financiar a ABS e à necessidade de formulação de novas ferramentas nos processos de monitoramento e avaliação.

² **Estado da questão:** Delimitar e caracterizar o objeto (específico) de investigação de interesse do pesquisador e a conseqüente identificação e definição das categorias centrais da abordagem teórico-metodológica.

³ **Estado da arte:** Mapear e discutir certa produção científica/acadêmica em determinado campo do conhecimento.

⁴ **Revisão de literatura:** Desenvolver a base teórica de sustentação/análise do estudo, ou seja, a definição das categorias centrais da investigação.

Nesse contexto, o estudo percorreu o processo de avaliação na ABS no Brasil, apontando os programas institucionalizados pelo Ministério da Saúde até a implantação do PMAQ, a partir do qual surgiram as questões norteadoras do estudo.

5.1. Políticas de Saúde no Brasil: dos Primórdios à Estratégia de Saúde da Família

No Brasil, durante todo o Período Colonial até meados do século XIX os problemas de saúde e higiene eram responsabilidade das localidades. Elas tomavam medidas contra a imundície das ruas e quintais. A população pobre e indigente ficava sob os cuidados das Santas Casas de Misericórdia, entidades beneficentes ligadas à Igreja Católica e algumas iniciativas filantrópicas. Os demais buscavam socorro aos médicos, cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, mezinheiros, parteiros e curiosos (COSTA, 1985; SOARES, 2001).

Nesse período, a organização dos serviços de saúde era precária, com o predomínio das doenças pestilenciais (varíola, febra amarela, malária e tuberculose), e a sociedade não se articulava para instituir medidas capazes de enfrentar o perigo da morbidade e mortalidade (MACHADO, 1978).

De forma embrionária, surge na República Velha, um processo de elaboração de normas e de organização tecno-assistencial que contribuiu para a formulação da legislação sanitária incorporada ao incipiente aparelho estatal brasileiro (LUZ, 1979). Foi neste período que a sociedade brasileira inicia a constituição do seu Estado Moderno, com o nascimento da Saúde Pública no Brasil, destacando-se o saber médico-sanitário com a adoção dos saberes fundamentados pela bacteriologia e pela microbiologia em detrimento dos saberes tradicionais baseados na teoria dos miasmas (MEHRY, 1992).

Na década de 1920, foi instituída a Lei Elói Chaves que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), dando início à Previdência Social, orientada pelo modelo do Seguro Social. Nessa mesma década, mais precisamente em 1920, na Inglaterra, o médico real Lord Bertrand Dawson publicou um relatório histórico que recebeu o seu nome, Relatório Dawson. Constituído como um marco para de grande importância para compreensão da APS, ele discutia

a organização do sistema de saúde composto por três grandes níveis de atenção: centros de saúde primária, centros de saúde secundária e hospitais de ensino, tendo-se então o conceito de regionalização. Está baseado em quatro diretrizes: o Estado como provedor e órgão encarregado do controle de políticas de saúde; trabalho em equipe nos serviços de saúde; desenvolvimento de instituições designadas para o diagnóstico e tratamento de casos agudos; medicina curativa e preventiva em conjunto, sem separações (SAMICO, 2003, p, 25).

Dentro dessa construção, Starfield (1998) apresenta a APS como as atividades essenciais com enfoque nas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação a saber: (1) educação para saúde, (2) saneamento básico, (3) programas de saúde materno-infantil, (4) prevenção de doenças endêmicas locais, (5) tratamento apropriado de afecções e ferimentos comuns, (6) provisão de medicamentos essenciais, (7) promoção da nutrição e (7) medicina tradicional (STARFIELD, 1998).

Mendes (2002a, p. 9) afirma que a moderna concepção de APS surgiu com o Relatório Dawson, na Inglaterra. Essa proposta, conforme o autor, “constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo”, sendo conhecida como Medicina Familiar.

A Conferência de Alma-Ata em 1978 estabeleceu como meta a “Saúde para Todos no Ano 2000” e definiu a APS como

a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitos, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, constituindo-se o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária. É parte integrante do sistema nacional de saúde como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato entre os indivíduos, à família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui-se no primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde (WHO/UNICEF, 1978, p. 3).

Nesse contexto, alguns países adotaram novas posturas. Em Cuba, a partir de 1984, houve a adoção de um novo modelo de APS, por meio do Programa Médico da Família, que tem por objetivo “melhorar o estado de saúde da população mediante ações integrais dirigidas à família, à comunidade e ao ambiente, mediante a vinculação com as populações e com os diferentes setores e instituições” (SILVA, 2007, p. 27-28). Na Espanha, as modificações no sistema de APS, foram fundamentais para o movimento de Reforma Sanitária, que se iniciara

no país nos períodos de 1983 a 1990. Após a Reforma, cerca de 80% das consultas começaram a ser realizadas pelo Médico da Família, que pretende atender cerca de 85% da demanda (MARTINS, 2008).

No Brasil, alguns programas foram instituídos na década de 1980 influenciados por Alma Ata. Dentre elas, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), elaborado em 1980 (que não chegou a se efetivar), o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1982 e a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), implementada em 1983. Essas foram as ações embrionárias da criação da ABS no Brasil, contribuindo de forma significativa para o processo de descentralização da saúde (MENDES, 1995; SILVA 2011).

Em 1984, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) promoveram uma reunião para avaliação das AIS. O encontro reforçou a posição do movimento da reforma sanitária no sentido de se promover a unificação do sistema de saúde (CORDEIRO, 1991). Nesse contexto, em 1986, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde que propôs uma reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde. Essa conferência foi um marco na história das Políticas de Saúde no Brasil, e para ela convergiram as reflexões e formulações do chamado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que congregou uma série de atores, entre acadêmicos, profissionais de saúde, integrantes do movimento popular, dentre outros, comprometidos com a democratização da saúde em nosso país (GERSCHMAN, 1995; ESCOREL, 1998).

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1991).

Para Viana e Dal Poz (2005), são três as características que definem este novo processo: (1) a criação de um sistema nacional de saúde, (2) a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal) e (3) a criação de novas formas de gestão, que incluem a

participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

Com efeito, o princípio central do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira passa a ser garantido pela Constituição Federal de 1988, no Título VII, da Ordem Social, no Capítulo II, Seção II, artigos 196, 197, 198 e 200, os quais constituem os marcos do setor saúde no ordenamento jurídico do país. O Artigo 196, define a saúde como direito de todos e dever do Estado; o Artigo 197 dá o caráter de relevância pública às ações e aos serviços de saúde; o Artigo 198 garante que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o SUS; o Artigo 200 estabelece outras atribuições, dentre as quais destaca-se a regulação da formação de recursos humanos para o setor (BRASIL, 1988).

Entre a VIII Conferência Nacional de saúde de 1986 e a Constituição de 1988, dois fatos marcantes ocorreram: a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS). O primeiro deu impulso ao movimento político pela plena municipalização da gestão da saúde. O segundo deu uma guinada assistencial na saúde, uma vez que objetivava prioritariamente a universalização do atendimento com a redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde, e controle social (ANDRADE, et al. 2007). Com o processo de descentralização influenciado pelas AIS, pelo SUDS e, principalmente, pelo SUS, muitas foram as ações e programas de saúde diferenciados, trabalhados em alguns municípios ou estados, com o intuito de acertar, de se buscar uma fórmula de organização da APS, estrategicamente.

No dia 2 de janeiro de 1988, por meio do Decreto Nº 19.945/1988 do Governo do Estado do Ceará, foi instituído o Programa Agente de Saúde-PACS, com o objetivo de “melhorar o nível de saúde das populações carentes, fortalecendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde no Ceará”, além de buscar “melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da saúde” (CEARÁ, 1991, p. 6). Baseado na experiência exitosa do Ceará, o Ministério da Saúde lança em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS com a finalidade de reduzir a mortalidade infantil e materna através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para áreas mais pobres e desvalidas (ROSA; LABATE, 2005).

Diante do êxito da proposta do PACS, e com a necessidade de inserir novos profissionais para que os agentes comunitários não atuassem de forma isolada e possuíssem uma retaguarda o Ministério lança em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF) (ROSA; LABATE, 2005).

Em 1996, MS edita a portaria nº 1.742, que institui a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/1996) que estabelece a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão, divide a responsabilidade do financiamento entre as três esferas do governo e garante repasse automático para as ações básicas, através do Piso de Atenção Básica (PAB), de acordo com um per capita nacional pela população em cada município, abandonando a modalidade de repasse por produção de procedimentos e serviços, conforme NOB-SUS 01/1993 (ANDRADE, 2007).

Em 2002, o MS publica a portaria nº 373 criando a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) que teve como finalidade a ampliação das responsabilidades dos municípios definindo ações estratégicas mínimas na ABS, tais como: 1) controle da tuberculose, 2) eliminação da hanseníase, 3) controle da hipertensão, 4) controle da diabetes *melittus*, 5) ações da saúde bucal, 6) ações de saúde da criança e 7) Ações da saúde da mulher; ademais de estabelecer o processo de regionalização dos serviços de saúde, buscando maior equidade (ANDRADE, et al. 2007).

Em 2004, aconteceu em Natal o XX Congresso dos Secretários Municipais de Saúde, do qual resultou a Carta de Natal que indicava a necessidade e a oportunidade de construção de “um novo pacto de gestão do SUS”, que respeitasse a autonomia das três esferas de governo, exigindo o cumprimento de suas competências no SUS, tendo como consequência a consolidação e formalização do Pacto pela Saúde do SUS, em 2006.

Neste processo histórico, a ABS é gradualmente fortalecida, constituindo-se como porta preferencial de entrada do SUS e ponto inicial da reestruturação dos sistemas locais de saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em 2006, define que

a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que vem resolver os

problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p.10).

Como política para a reorganização da ABS, o Ministério da Saúde vem, ao longo dos anos, estimulando a expansão do PSF com: (1) a implantação de equipes de saúde da família, (2) a qualificação dos recursos humanos mediante participação das universidades e dos pólos de capacitação e educação permanente e (3) da implementação do monitoramento e da avaliação. Como prioridade estratégica, e tendo em vista a sua crescente universalização, percebeu-se a necessidade de se conhecer melhor este processo nos municípios brasileiros. Após cinco anos do início da implantação do PSF, foi realizada em 1999 a “Pesquisa de Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família no Brasil” que abrangeu 24 estados com 1.219 municípios e 3.119 equipes em atividade. Constatou-se, dentre outros resultados, que em 83% dos municípios pesquisados, o programa havia sido implantado entre 1997 e 1998. Ao final do ano de 1999, o PSF encontrava-se implantado nos 27 estados, e em 1.870 municípios (BRASIL, 2000; 2002).

Com o avanço das implantações nos Municípios, o MS admite ser o PSF uma estratégia, por sua abrangência, impacto e resolubilidade, além de procurar reorganizar a prática assistencial e sua forma de atuação. Cohen (2002) sinaliza para o fato de ser o PSF uma estratégia que se propõe qualificar a porta de entrada do sistema de saúde, vincular a população aos serviços, apreender a demanda reprimida e identificar precocemente os riscos e agravos à saúde das pessoas. Em conformidade (Souza 2001a),

afirmar e reafirmar em todos os lugares que o Saúde da Família não é um PROGRAMA foi necessário; ao mesmo tempo, deixar a marca do PSF, que lhe deu viabilidade política, maior espaço para o diálogo com a cultura institucional e popularidade nos meios de comunicação. Pensar e agir uma ESTRATÉGIA fez do PSF a semente que vem brotando, em todos os municípios que o adotou, um novo modelo de atenção à saúde.

Em consonância, Antunes e Egry (2001, p. 98) afirmam a ESF é a “principal estratégia para solucionar os males da saúde pública seja no universo político-partidário, das corporações profissionais da saúde, no setor de formação em saúde e na própria sociedade”. Quanto à institucionalização da ESF no Brasil, busca-se reverter o modelo hegemônico de atenção à

saúde. Nesse sentido, Andrade et al, (2005, p. 91) discutem as diferenças entre o Modelo Hegemônico e a ESF no âmbito do SUS (**Quadro 1**).

Quadro 1

Diferenças entre o Modelo Hegemônico e o Novo Modelo ESF/SUS

MODELO HEGEMÔNICO	NOVO MODELO: ESF/SUS
Saúde como ausência de doença	Saúde como qualidade de vida
Base em práticas freqüentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como um favor e não como um direito do cidadão	Prestação de serviços de saúde como um Direito de cidadania
Atenção centrada no indivíduo	Atenção centrada no coletivo
Centrado em ações curativas	Centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação
Hospital como serviço de saúde dominante	Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária (ESF), secundária e terciária, articulados entre si.
Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios	Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios, permitindo acesso de toda a população
Predomínio da intervenção do profissional médico	Predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar
Planejamento e programação desconsiderando o perfil epidemiológico da população	Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer
Não-consideração da realidade e autonomia local, e não-valorização da participação comunitária	Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família
Funcionamento baseado na demanda espontânea	Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita

Fonte: ANDRADE, et al. (2005).

Silva e Caldeira (2010) observam que, mesmo ainda não se tendo atingido a reversão do modelo de atenção, a ESF teve amplo crescimento em todo o território nacional a partir do forte movimento indutor do Ministério da Saúde (**Figura 1**), fato que torna essencial investigar a qualificação e a resolubilidade das equipes. Mendes (2001b) afirma que a APS vista como uma estratégia exige um padrão de qualidade e resolubilidade.

Histórico de Cobertura do PSF

Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde BRASIL - AGOSTO 2011



Figura 1

Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde - Brasil

Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>, acessado, em 30 de março de 2012.

Alguns desafios institucionais são indicados pelo MS (BRASIL, 2012) para expandir e qualificar a ESF como estratégia de implantação da ABS no Brasil: (1) a expansão e a estruturação de uma rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que favoreçam a atuação dos profissionais de saúde em consonância com o formato da estratégia; (2) a contínua inspeção dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com fortalecimento do arcabouço gerencial; (3) a criação de protocolos assistenciais integrados focados aos problemas mais contínuos do estado de saúde do usuário, com denotação do seguimento da atenção, sob o ponto de vista da regionalização, maleável em decorrência dos contextos estaduais, municipais e locais; (4) ações que corroboram as estruturas gerenciais nas esferas municipais e estaduais, enfocando a programação da atenção básica e as áreas das supervisões com o uso das informações voltadas para a tomada de decisão; (5) a educação na saúde com destaque na educação permanente de todos os atores envolvidos na atenção básica; (6) o redirecionamento

e readequação das formas de financiamento, buscando minimizar as desigualdades regionais e proporcionar melhor distribuição de recursos nos níveis de atenção; (7) a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica; (8) diálogo das instituições formadoras, aperfeiçoando os currículos da graduação e da pós-graduação na área da saúde, correspondendo aos desafios propostos pela expansão e qualificação da ABS em conformidade com os demais níveis de atenção.

O Plano Nacional de Saúde para o quadriênio 2004-2007 aponta que o fortalecimento da ABS tem sido estratégia fundamental nos planos das agencias governamentais, organismos internacionais e organizações não-governamentais em todo o mundo. Finalizado o ano 2000, reconhece-se, entretanto, que resta muito a fazer para garantir às pessoas o acesso a uma ABS de qualidade (BRASIL, 2005h). Na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), um dos fundamentos da política é possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; (BRASIL, 2006a, p. 13).

Neste contexto, surge a necessidade não apenas da adesão dos municípios, como também da avaliação relativamente a como os serviços de saúde estavam sendo realizados, e a com que qualidade os serviços eram oferecidos aos usuários. A discussão em torno da qualidade dos serviços primários de saúde se impõe para a consolidação dos princípios do SUS (CAMPOS, 2005). No entanto, avaliar a qualidade é um campo subjetivo com caminhos indefinidos, de grande variabilidade, visto que as necessidades e expectativas implicadas diferem de acordo com a cultura, condições de vida, características pessoais, dentre outros.

5.2. Avaliação da Atenção Básica no Brasil

No âmbito específico do Setor Saúde, as atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção – apesar de insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis – são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, à medida que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações (BRASIL, 2004).

Diversos autores já evidenciaram a relevância da prática avaliativa no processo de tomada de decisão em qualquer ponto do sistema de saúde (FIGUEIREDO; TANAKA, 1996; HARTZ, 1999; NOVAES, 2000; BRASIL, 2005). Como prática desse processo, os países desenvolvidos têm utilizado como ferramenta a incorporação da avaliação como política governamental (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) e, conseqüentemente, como prática institucional (SARTI, 2008).

Para Camargo (2008), é essencialmente necessário a análise do contexto de implementação da estratégia de monitoramento e avaliação da ABS, por meio da percepção e observação dos atributos do arranjo institucional e da política municipal de saúde, por entender que tais atributos determinem um campo de possibilidades e de limites para os resultados da consolidação do novo modelo de reordenamento da ABS, em especial do PSF.

Bodstein (2002) discute a política de reorganização da ABS a partir do processo de descentralização do SUS e, em particular, a transferência para os municípios da responsabilidade sobre ela. Ela destaca que “é no nível municipal que ocorre o processo de implementação dessa política, gerando efeitos de difícil avaliação, dada a diversidade de contextos locais”. A autora prioriza a importância de se avaliarem os processos e resultados intermediários voltados para o desempenho institucional, uma vez que eles podem ser traduzidos em “vontade política e compromisso público, capacidade de gestão e maior controle e participação social”, mais do que exatamente “efeitos ou impactos mais direto sobre a oferta de serviços”. Em decorrência, o desafio metodológico é estender a avaliação visando atender os princípios do SUS e promover a responsabilização do gestor público, em um contexto democrático e de participação social.

Em resposta a essa demanda, surge em 2005, Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) como uma proposta pela qual os gestores municipais deveriam aderir de maneira voluntária e participativa, motivados pelo anseio de oferecer uma atenção em saúde de melhor qualidade. Tinha por metodologia nuclear o processo auto-avaliativo orientado por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos com perspectiva interna, de autogestão, protagonizada por aqueles que desenvolvem as ações na estratégia (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pela portaria GM 2.488/2011, caracteriza a ABS como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011).

A PNAB tem na ESF sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da ABS, visando a sua reorganização no País, de acordo com os princípios do SUS. A ESF é vista pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da ABS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos desta, e de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Uma das estratégias previstas da PNAB é reconhecer a qualidade dos serviços da ABS ofertados à sociedade, estimulando a ampliação do acesso e da qualidade. (BRASIL, 2011).

Diversas propostas de avaliação foram desenvolvidas no âmbito da APS. Um deles é o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool – PCA-Tool*), que é sugerido pelo Ministério da Saúde para o Brasil (BRASIL, 2010a). Outro é o Programa para Gestão por Resultados da Atenção Básica (ProGRAB) criado pelo Ministério da Saúde em 2006, *software* de programação para as equipes, que trabalha, de forma integrada, os pactos de indicadores, com possibilidade de elaboração de um Termo de Compromisso de Gestão por Resultados, a ser assumido no âmbito local, por meio da pactuação de metas entre equipes de atenção básica, gestores locais e conselhos de saúde (BRASIL, 2006).

Melo (2012), em seu estudo de avaliação da ESF no Município de Sobral utilizou o PCA-Tool, instrumento de avaliação que possibilita mensurar a extensão e a qualidade dos serviços de APS, por meio da verificação de suas características indicadas por profissionais de saúde e usuário de serviços, identificando aspectos relacionados a estrutura e processo, revelando sua potencialidade em consonância com a aplicação da avaliação na APS. A autora optou por este instrumento para avaliar, a partir dos usuários e profissionais de saúde, se ESF do município é

desenvolvida com qualidade e em obediência aos atributos preconizados por Starfield (2002). Dos resultados apresentados, a pesquisa mostrou melhores resultados nos Centros de Saúde da Família (CSF) dos distritos, e que os profissionais fazem uma avaliação mais satisfatória de sua assistência que os usuários que a recebem. Observou-se ainda que os distritos apresentam maior utilização dos CSFs pelos usuários, fato que pode ser explicado por estes serem os únicos equipamentos de saúde nas respectivas localidades. Ademais, recomenda a necessidade de estimular o aumento de estudos avaliativos na ESFA de forma a aperfeiçoar a qualidade da APS, apresentando ainda as iniciativas do Ministério da Saúde com a AMQ e o PMAQ.

Em continuidade na recomendação da autora, Silva (2012) analisa a implementação da AMQ na ESF e sua relação com a institucionalização da avaliação em municípios de pequeno e médio porte do Estado do Ceará, discutindo todo o processo da AMQ nesse Estado como instrumento em potencial para o equacionamento de problemas relacionados ao processo de trabalho, muito embora, não se configurando como uma estratégia de avaliação sistemática da ABS. O estudo apresenta como principal fator limitante da AMQ a ausência de recursos financeiros e humanos a ele vinculados. A AMQ, então, contribuiria para que se identificassem problemas concernentes à ESF, mas com possibilidades exíguas de que os mesmos fossem resolvidos. Além disso, autora expressa que a instituição do PMAQ como nova estratégia avaliativa do Ministério da Saúde, priorizando indicadores de acesso, processo de adesão voluntária, incrementalidade, comparabilidade entre as equipes e responsabilização, alteraria a aparência do AMQ para AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

Em 2011, o Ministério da Saúde institui o PMAQ com o objetivo de instigar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS (BRASIL, 2011).

5.3. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)

Em julho de 2011, através Portaria 1.654/2011 o Ministério da Saúde institui o PMAQ buscando empreender esforços para execução da gestão pública com base na indução,

monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população.

Resultado de um processo de negociação entre as três esferas de governo, o PMAQ foi instituído num cenário onde se estimava que mais de 50% da população brasileira é coberta pela ESF, e em que uma média de 30% da população tem cobertura de outros modelos de ABS, surgindo assim a necessidade de ampliação do acesso e da qualidade dos serviços.

O objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS (BRASIL, 2011).

Destacam-se como objetivos específicos do programa (BRASIL, 2011):

- Melhorar as condições de saúde da população e a satisfação dos seus usuários, através da qualificação e acesso aos serviços e ações da ABS;
- Padronizar as técnicas e processos das unidades que orientam a melhoria da qualidade da ABS;
- Fomentar uniformidade das unidades de saúde com os princípios da ABS, ampliando a efetividade, a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde;
- Corroborar os processos de autoavaliação, de monitoramento e avaliação, de apoio institucional e de educação permanente nos três níveis de governo, proporcionando inovação e qualificação da gestão na ABS;
- Fortalecer a gestão da ABS através dos sistemas de informação, aperfeiçoando a alimentação dos dados;
- Instituir a prática de avaliação da ABS no SUS, bem como de gestão com base na indução e monitoramento de processos e resultados; e

- Instigar, no usuário, o objetivo da ABS, através da transparência dos processos de gestão, da participação e controle social e da responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde.

De acordo com o PMAQ, a melhoria da qualidade deverá ser pauta prioritária em todas as esferas de gestão inter-federativa do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em todas as adesões e em todas as discussões, sendo fortalecida pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento de novas iniciativas e realidades contextualizadas em cada região, vista sua complexidade epidemiológica, demográfica e as expectativas da população quanto a sua eficiência.

Ele se dará através de monitoramento e avaliação da ABS, e está vinculado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Este incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

Dentre os desafios que o PMAQ pretende superar, visando contribuir para a qualificação da ABS, destacam-se (BRASIL, 2011):

- Precariedade da rede física;
- Ausência de acolhimento adequado nas unidades, instilando nos usuários uma ideia de descaso com a qualidade dos serviços prestados;
- Insatisfação dos profissionais pelas más condições de trabalho;
- Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de ABS, devido a sua ineficácia no acolhimento e na detecção dos problemas de saúde e à desintegração dos membros das equipes, sem priorizar metas e resultados, definidos por todos os atores da gestão envolvidos e a comunidade;
- Volubilidade das equipes, com alta rotatividade dos profissionais, enfraquecendo o vínculo, gerando descontinuidade do cuidado e a desintegração das mesmas;
- Incipiência de processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;

- Excesso de pessoas para serem assistidas e acompanhadas pela equipe de saúde, implicando baixa cobertura e qualidade de suas ações;
- Ausência de diálogos entre ABS e os demais níveis de atenção;
- Práticas voltadas ao modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, centrada no modelo biomédico; e
- Recursos financeiros insuficientes para ABS atrelado ao cadastro de equipes, sem mensurar resultados e/ou melhoria da qualidade.

Refletindo estes desafios, e observando as melhorias instauradas pela implantação PNAB, o Ministério da Saúde, juntamente com representantes das esferas de gestão estaduais e municipais, elabora o PMAQ, estruturado em sete diretrizes que norteiam a sua organização e o seu desenvolvimento (BRASIL, 2011):

- Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da ABS, considerando as diferentes realidades de saúde;
- Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e dos indicadores de acesso e de qualidade que envolvam a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da ABS;
- Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade;
- Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, os gestores estaduais (incluindo o do Distrito Federal), os gestores municipais e locais, as equipes e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da ABS;
- Desenvolver cultura de negociação e de contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

- Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de ABS quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e da proatividade dos atores envolvidos.

Quanto à organização, o PMAQ apresenta quatro fases cíclicas de melhoria e da qualidade da ABS a saber:

A) **Adesão e Contratualização:** Formalizada pela adesão do Município, pela contratualização do gestor com as equipes e destes com o Ministério da Saúde. No momento da contratualização, são pactuados pelos gestores um grupo de 47 indicadores, distribuídos em 7 (sete) áreas, identificadas segundo a natureza de seu uso, desempenho e monitoramento. A escolha dos indicadores ficou limitada ao Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), pois o mesmo é o único sistema que tem a capacidade de alimentação e monitoramento das equipes individualizadas (**Quadro 2**).

Quadro 2

Síntese dos Indicadores selecionados do PMAQ

ÁREA	FINALIDADE		TOTAL
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da Mulher	6	1	7
2. Saúde da Criança	6	3	9
3. Controle de Diabetes e Hipertensão Arterial	4	2	6
4. Saúde Bucal	4	3	7
5. Produção Geral	4	8	12
6. Tuberculose e Hanseníase	0	2	2
7. Saúde Mental	0	4	4
Total	24	23	47

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ministério da Saúde. Brasília, 2011

B) **Desenvolvimento:** Implementada pela autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da ABS (AMAQ), do monitoramento, da educação permanente e do apoio institucional. A AMAQ foi ordenada em dimensões e subdimensões para um grupo de

padrões de qualidade que compreendem o que é previsto em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da ABS (**Quadro 3**). Esses padrões de qualidade distinguem-se por sua compreensão, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde, e por serem capazes de comprovar alterações – sejam as melhorias, sejam os retrocessos (**Quadro 4**).

Quadro 3

Estrutura do Instrumento do AMAQ - Dimensões e Subdimensões da Gestão no AMAQ

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
GESTÃO	Gestão Municipal (gestor municipal)	A – Implantação e implementação da Atenção Básica no Município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do Trabalho
		D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica (coordenação da atenção básica)	E – Apoio Institucional
		F – Educação Permanente
		G – Gestão do Monitoramento e Avaliação
	Unidade Básica de Saúde (gerentes dos CSFs)	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imuno-biológicos e medicamentos
EQUIPE	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J – Perfil da Equipe
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica (AMAQ-AB). Brasília, 2012

Quadro 4

Estrutura Padrão de Qualidade – AMAQ

Número do padrão	Descrição do padrão de qualidade: afirmação	Escala numérica: grau de adequação do padrão à situação analisada
Detalhamento do padrão de qualidade: comentário explicativo/detalhamento do padrão		
Exemplo		
4.40	A equipe de atenção básica reúne-se periodicamente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal) com duração média de 2 horas. Utiliza esse momento para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outros		

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica (AMAQ-AB). Brasília, 2012

No AMAQ, a qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas, aos protocolos, aos princípios e às diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 2011).

Para avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade, é utilizada uma escala de pontuação, variando entre 0 (=Muito insatisfatório) a 10 pontos (=Muito satisfatório).

C) **Avaliação Externa:** Composta por certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da ABS, realizada por instituição de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências a partir do monitoramento de indicadores; e de avaliação no apoio à gestão local, que contemple: (1) avaliação da rede local, (2) avaliação da satisfação do usuário, e (3) estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da ABS. Os critérios para certificação das equipes serão de: (1) AMAQ = 10% , (2) indicadores= 20%, e (3) padrões de qualidade = 70%, conforme **Quadro 5**.

Quadro 5

Critérios para Certificação das Equipes da Atenção Básica

DIMENSÃO	% DA NOTA FINAL DA CERTIFICAÇÃO
I – Implementação de processos autoavaliativos	10
II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	20
III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de Qualidade	70

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 1654, de 19 de julho de 2011. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ministério da Saúde. Brasília, 2011

D) **Recontratualização:** Caracteriza pela pactuação singular dos Municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático.

Nesse contexto incipiente de implantação do PMAQ, surgiram algumas questões problematizadoras para o desenvolvimento do estudo, delimitadas ao cenário do Estado do Ceará, a saber:

- Como o contexto político-institucional nas esferas federal, estadual e municipal está afetando a implantação do PMAQ?
- Em que medida o PMAQ atende as necessidades dos implicados no programa?
- Quais os fatores limitantes e facilitadores da implantação do PMAQ, e em que medida ele supera a AMQ em efetividade?
- Qual o papel dos atores (Ministério da Saúde, Universidade, Estado e Municípios) envolvidos na implantação do PMAQ?
- Em que medida as diretrizes que norteiam a organização e o desenvolvimento do PMAQ têm sido adotadas?
- Que mudanças já foram induzidas com a implantação do PMAQ e em que medida ele é sustentável?

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Para o desenvolvimento do marco teórico de referência deste estudo, adotei o conceito de *pólo teórico*, formulado por Bruyne et al. (1977) ao estabelecerem a estrutura metodológica da pesquisa em Ciências Sociais, no âmbito do que eles denominam de estratégia topológica quadripolar, que é constituída dos polos epistemológico, morfológico e técnico, ademais do polo teórico.

Na visão dos autores, o *pólo teórico* é o lugar da formulação sistemática dos objetos científicos. É onde se dá a sua construção, a objetivação dos fenômenos de que se ocupa a pesquisa científica.

No Campo da Avaliação, Shadish et al. (1991) indicam que uma teoria avaliativa ideal descreveria e justificaria por que certas práticas avaliativas levariam a tipos particulares de resultados através de situações com as quais os avaliadores são confrontados. Nesse sentido, ela teria o papel de (1) tornar claros as atividades, os processos e os objetivos da avaliação; (2) explicar as relações entre as atividades avaliativas e os processos e os objetivos que essas atividades facilitam; e (3) testar empiricamente as proposições formuladas, com o objetivo de identificar aquelas que conflitam com a pesquisa avaliativa e com o conhecimento já sedimentado sobre a avaliação.

Abordarei neste capítulo a evolução do conceito de *avaliação* e a terminologia correlata. A seguir, tratarei da emergência e do desenvolvimento da Avaliação de Programas, particularmente no cenário estadunidense. Por fim, apresento o Modelo CIPP de avaliação, voltado para tomada de decisão. Com base neste referencial, construí uma matriz de avaliação do PMAQ consoante o Modelo CIPP que trabalha a avaliação de **contexto**, **inputs**, **processos** e **produto**, percorrendo as três esferas de gestão inter-federativa do SUS – pauta prioritária do PMAQ – e que denominamos de **Macro-contexto** (Gestor Federal do SUS), **Meso-contexto** (Gestor Estadual do SUS) e **Micro-contexto** (Gestor Municipal do SUS).

5.1. Terminologia da Avaliação

Em sentido lato, avaliar é, certamente, um ato inerente ao processo de cognição do ser humano. Representa uma tomada de posição frente ao vivido, um julgamento subjetivo acerca da realidade, o engendramento de um novo devir para a nossa existência. Em sentido estrito, vinculado a uma prática institucionalizada e científica, avaliar assume um caráter polissêmico, cuja delimitação semântica é influenciada pelo desenvolvimento histórico de um campo específico denominado Campo da Avaliação (LIRA, 2010).

Guba e Lincoln (1989), por exemplo, informam que, nos últimos cem anos, o conceito de *avaliação* sofreu muitas mudanças em seu significado, decorrente de estudos e pesquisas teórico-morfológicas e empíricas empreendidas e de resultados obtidos por avaliadores em sua práxis avaliativa. Diante disso, os autores criaram uma tipologia histórica da avaliação em quatro gerações.

- A **Avaliação de Primeira Geração** caracteriza-se pela *mensuração*. Nesta fase, o avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e usar os instrumentos que permitam medir os fenômenos estudados.
- A **Avaliação de Segunda Geração** caracteriza-se pela *descrição* e o papel do avaliador estava muito mais concentrado em descrever padrões e critérios, embora ainda bastante técnico em sua atuação.
- A **Avaliação de Terceira Geração** caracteriza-se pelo *julgamento*, devendo a avaliação permitir o julgamento de uma intervenção. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar, agora, porém, acrescida daquela de estabelecer o *mérito* e o *valor* do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos.
- A **Avaliação de Quarta Geração**, proposta por aqueles autores, também por eles denominada de Avaliação Responsiva e Construtivista (*Responsive Constructivist Evaluation*), caracteriza-se por ser uma avaliação inclusiva e participativa, que é então feita como um processo de *negociação* entre os atores implicados na intervenção a ser avaliada (*stakeholders*).

Seguindo a tipologia geracional do conceito de Avaliação segundo Guba e Lincoln (1989), uma **Avaliação de Quinta Geração** pode ser identificada na *Empowerment Evaluation* de David M. Fetterman (FETTERMAN, 1996; 2001; FETTERMAN; WANDERSMAN, 2005) e na Avaliação Inclusiva de Donna M. Mertens (MERTENS, 1999; 2009), caracterizada pelo reconhecimento da questão das relações de poder no âmbito dos contextos avaliados, e na constituição de uma avaliação dirigida à *emancipação*.

Ademais do conceito de *avaliação*, desenvolvimentos sobre os papéis da Avaliação redundaram nos conceitos de *avaliação formativa* e de *avaliação somativa*, bem como na noção de *avaliação para a tomada de decisão*.

Scriven (1966) foi o pioneiro na distinção entre *avaliação formativa* e *avaliação somativa*, termos que ele definiu como os *papéis* ou os *usos* de toda avaliação. Desde seu trabalho seminal, esses dois termos tiveram uma aceitação universal no campo da Avaliação (SCRIVEN, 1966; 1991):

- **Avaliação Formativa:** Quando o propósito primária é prover informação para a melhoria de um programa, provendo frequentemente informação para *julgar o valor e o mérito* de uma parte do programa.
- **Avaliação Somativa:** Está preocupada em prover informação para a servir à tomada de decisões ou ajudar a julgar sobre a adoção do programa, sobre sua continuação ou sobre sua expansão.

Uma das importantes contribuições ao campo da Avaliação, particularmente no que concerne à Avaliação de Programas foi dada por Lee J. Cronbach. Em um ensaio publicado em 1963, "*Course improvement through evaluation*" (CRONBACH, 2000), ele define a *avaliação* como "a coleta e o uso da informação para a tomada de decisões sobre um programa educacional." (Ibid., p. 235). Para Cronbach, a avaliação é usada para subsidiar a tomada de vários tipos de decisões, que podem ser agrupadas na seguinte tipologia:

- **Melhoria de um curso, currículo ou programa:** decidindo-se que materiais e métodos instrucionais são satisfatórios e que mudanças são necessárias.

- **Decisões sobre indivíduos:** identificando-se necessidades discentes para orientar o planejamento instrucional, julgando-se o mérito dos alunos para seleção e agrupamento, e conscientizando-se os alunos de seus progressos e deficiências.
- **Regulação administrativa:** julgando-se quão bom é o sistema escolar, quão bom são os professores, etc.

Como referirei adiante, o Modelo CIPP enquadra-se na Avaliação de Terceira Geração de Guba e Lincoln (1989), incorpora os conceitos de *avaliação formativa* e de *avaliação somativa* e tem por finalidade subsidiar a tomada de decisões em quatro dimensões: **contexto**, **inputs**, **processos** e **produto**.

5.2. Avaliação de Programas

A avaliação de programas enquanto prática formal ainda está em franca maturação. A despeito de ser tão antiga no setor público, remontando a 2000 a.C., quando oficiais chineses conduziam exames públicos para medir a proficiência de candidatos a posições no governo imperial, foi apenas durante as quatro últimas décadas que ela teve seu mais rápido e consistente desenvolvimento (FITZPATRICK; SANDERS; WORTHEN, 2004). As raízes desse movimento mais recente de desenvolvimento podem ser encontradas no desenvolvimento das ciências sociais e na demanda por responsabilização quanto a prestação de contas e do controle fiscal referentes à aplicação dos recursos públicos em programas educacionais e sociais, marcadamente nos Estados Unidos (ALKIN; CHRISTIE, 2004). Nesse país, o campo da Avaliação encontrou sua máxima evolução teórico-metodológica e profissional, sobejamente descrita em literatura especializada (MADAUS; STUFFLEBEAM, 2000; ALKIN; CHRISTIE, 2004; FITZPATRICK; SANDERS; WORTHEN, 2004).

No cenário brasileiro, por outro lado, existe um grande número de programas, projetos e ações desenvolvidas nos últimos anos, para os quais poucas avaliações foram realizadas, não se conhecendo minimamente o grau de integralidade das ações ofertadas, sua eficiência, eficácia e efetividade (HARTZ, 2008).

Para Takeda (2006), a prática da avaliação é constante e requer responsabilidade, seja examinando nossa competência em dar a resposta às necessidades em saúde; monitorando os

resultados das ações; observando e retificando conflitos; proporcionando *feedback* às equipes de saúde, aos gestores e às comunidades.

Para Silva (2005) a avaliação de políticas, programas e projetos pode recortar todos os níveis do sistema de saúde. E, embora a avaliação de políticas frequentemente envolva a avaliação de programas, a distinção entre essas duas dimensões das práticas pode ser necessária para fins analíticos. O intento da avaliação, nesse sentido, é minimizar as dúvidas inerentes à tomada de decisão em saúde, apresentando para a sociedade, a importância e os efeitos da implantação das políticas e/ou programa, principalmente, as que se referem à ABS.

As avaliações de implantação e impacto são voltadas para gestão, basicamente, quando o intuito é o monitoramento de algumas conclusões desenvolvidas por pesquisas de avaliação ou avaliações de decisão, ao se prever algum tipo de continuidade para a avaliação realizada. As avaliações de programas em saúde têm como objeto de estudo os programas, como processos complexos de organização de rotinas voltadas para análises especificadas. Portanto, são considerados programas, tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção para populações específicas (NOVAES, 2000).

Dado o seu caráter sempre conjuntural e de contexto, uma das formas frequentes de criar categorias para as avaliações de programas é pela especificação da fase (ou fases) do programa que está sendo avaliado (de desenvolvimento e proposição, também denominados de estratégica; de implantação; e de resultados e impacto) e pelo detalhamento da questão, ou questões, que orientam a avaliação ou o(s) foco(s) a serem privilegiados (descritivo, causal, comparativo, prospectivo, econômico, de mobilização social, de monitoramento, entre outros), gerando longas listas de tipos de avaliação, que mais confundem do que auxiliam na sua compreensão (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Nas últimas décadas, várias iniciativas voltadas para a Avaliação em Saúde vêm sendo desenvolvidas progressivamente. Primeiramente, foram realizadas pesquisas acadêmicas avaliando serviços ou sistemas de saúde. Posteriormente, os Programas de Extensão de Cobertura (PECs) e outros programas especiais demonstravam uma preocupação quanto à avaliação com indicadores e montagem do sistema de informações (HARTZ, 2008). Contudo, o cenário brasileiro ainda se ressentia da incorporação de modelos avaliativos já consagrados

na literatura do campo da Avaliação, e mesmo do desenvolvimento de novos modelos, fato que é fator limitante ao desenvolvimento do campo em nosso país, particularmente no Setor Saúde.

Tentando superar esse óbice, adoto nesta pesquisa, para avaliar o PMAQ, um modelo de avaliação desenvolvido na década de 1960 nos Estados Unidos, denominado Modelo CIPP (acrônimo de **Contexto, Inputs, Processos e Produto**), o qual tem sido utilizada nas empresas e instituições, nas áreas de serviços, incluindo habitação, educação, segurança e transporte centrado na função da avaliação voltada à tomada de decisões (STUFFLEBEAM, 2003).

5.3. Modelo CIPP de Avaliação de Programas

Antes de discor sobre o Modelo CIPP, a ser utilizado neste estudo, convém, antes, caracterizar o termo *modelo*, e explicitar o seu significado no que concerne à prática da pesquisa, particularmente no campo da Avaliação, onde se trata de conceito fundante (LIRA, 2010). Para Domingues (2004), ele significa três coisas, ainda que intercambiáveis e não exclusivas: (1) o arquétipo de alguma coisa, o protótipo de uma série, o original de uma espécie qualquer; (2) a simulação, a abreviação, a simplificação, o resumo da própria realidade; e (3) a construção ou a criação de algo pelo espírito que serve de instrumento para conhecer alguma coisa ou conduzir uma pesquisa, sem necessariamente referir-se à realidade ou a algum de seus aspectos. E mais: numa acepção tecnológico-científica, pode designar uma ferramenta teórica ou um instrumento analítico de que o cientista se serve para orientar suas pesquisas, assim como para contrastar o real empírico e o que se pensa sobre ele. Com efeito, integra os modelos científicos, em sua qualidade de ferramentas de conhecimento, todo um conjunto de esquemas, de diagramas, de tipologias e de outros tantos artifícios por meio do qual os cientistas simulam o que poderia ocorrer se um elemento do real varia ou se as condições previstas *in abstracto* não se alteram, ainda que o real varie—simulações que lhes permitem controlar a teoria, verificar suas hipóteses e submeter suas predições a testes precisos. Tais esquemas, em seu uso científico, podem ser ou bem meras construções do espírito, sem qualquer referente no real, que só existe na teoria, ou bem uma simples abreviação do real.

Com respeito à importância da noção de *modelo* para a epistemologia, cabe destacar que, de acordo com van Fraassen (2007), a atividade científica é essencialmente construtiva: em vez da descoberta da verdade sobre o que é inobservável trata-se da construção de modelos que devem ser adequados aos fenômenos, tendo em vista o ‘contexto’ no qual estes são explicados. Seguindo essa linha, Dutra (2005; 2008) afirma que a investigação científica é, em sua pragmática, a atividade de modelagem.

Bruyne et al (1977), definem como *pólo morfológico* aquele que permite à metodologia da pesquisa pensar seu objeto num espaço configurativo ao articular os conceitos, os elementos, as variáveis numa arquitetura construída com mais ou menos rigor, visando à objetivação da problemática formulada no pólo teórico.

Esse pólo representa o plano de organização dos fenômenos, os modos de articulação da expressão teórica objetivada da problemática da pesquisa. Ao mesmo tempo, ele é o quadro operatório, prático, da representação, da elaboração, da estruturação dos objetos científicos. (Ibid., p. 159).

Trata-se de um pólo autônomo de pesquisa, mas apenas em suas relações concretas com o conjunto das abordagens metodológicas: epistemológica, teórica e técnica. Segundo aqueles autores, três são os caracteres fundamentais que permitem evidenciar a função do pólo morfológico na economia geral da pesquisa: (1) a exposição, (2) a causação e (3) a objetivação, os quais são complementares e indissociáveis.

- A **exposição** é a função através da qual o pólo morfológico pode ser visto como um desdobramento, uma distribuição espacial, uma rede morfológica de conexões entre teses ou acontecimentos, entre conceitos ou proposições, entre fatos ou leis; como o lugar da articulação do sentido, da estruturação das teorias e das problemáticas úteis à pesquisa.
- A **causação** é a operação que permite que os elementos das conexões da rede morfológica—teses, acontecimentos, variáveis, proposições—aconteça sob certas condições teóricas determinadas. A causalidade é posição de uma coerência lógica e/ou significativa que articula os fatos científicos numa configuração operatória, sendo dita “expressiva” ou “compreensiva” num tipo ideal, “positiva” num sistema empírico e “estrutural” nos modelos formalistas.

- A **objetivação** é a colocação em evidência de uma forma, a especificação de uma rede de relações que tem a função indispensável de constituir um espaço de causação e de significação, implicando, além disso, uma “analogia”, uma operação referencial que funda a validade da estruturação da problemática, regulada pela crítica intersubjetiva dos pesquisadores.

No âmbito da objetivação, o pólo morfológico possui dois regimes de funcionamento conforme seu papel metodológico: configurativo e arquitetônico, conforme os modelos fornecidos pelo espaço metodológico visem, respectivamente, a uma cópia do real, da problemática, ou visem um simulacro desse real, dessa problemática.

O modelo CIPP, aqui entendido em sua função de objetivação e na acepção morfológica arquitetônica, é composto por quatro tipos de avaliação (**Contexto**, **Inputs**, **Processos** e **Produto**), muito embora não seja necessário utilizar os quatro tipos para alcançar as finalidades de uma dada avaliação.

A empresa/instituição escolhe que tipos de avaliação utilizará tendo em vista seu planejamento. A **Avaliação de Contexto** avalia as necessidades, os problemas, ativos e as oportunidades para ajudar os tomadores de decisão; define metas e prioridades para alcançar os resultados. O principal objetivo da Avaliação de Contexto é fazer um diagnóstico geral do objeto a ser avaliado, destacando os pontos fortes e fracos. Sua principal característica é identificar as virtudes e os defeitos do objeto avaliado (política, instituição, programa, serviço, ação, etc.) e proporcionar um guia para seu aperfeiçoamento (STUFFLEBEAM, 2003).

A Avaliação de Contexto procura responder alguns questionamentos:

- Que objetivos devem ser alcançados para atender às necessidades?
- Que objetivos devem receber apoio de agentes externos?
- Que objetivos têm possibilidades de serem concretizados?

A **Avaliação de Inputs** avalia alternativas e abordagens, enfocando planos de ações, funcionários e orçamentos para a sua viabilidade, e potencial para atender às necessidades específicas e para alcançar as metas. Isto é, avalia os modos pelos quais se podem usar os

recursos para alcançar os objetivos do programa. Algumas indagações inerentes à Avaliação de *Inputs* são:

- As estratégias adotadas pelo programa estão coerente com os objetivos propostos?
- As estratégias e o cronograma são factíveis?
- As estratégias estão vinculadas à viabilidade política?

A **Avaliação de Processos** avalia a implementação de planos para ajudar o pessoal a exercer as suas atividades e, mais tarde, para ajudar o grupo mais amplo de usuários no desempenho do programa e no julgamento e na interpretação dos resultados. Para Stufflebeam (1971), a Avaliação de Processos promove acompanhamento de informações e relatórios aos gestores com o objetivo de garantir a execução do programa. Seus questionamentos podem ser:

- Os projetos e ações inerentes ao programa obedecem o cronograma?
- As ações são aplicáveis às estratégias do programa?
- Os recursos são suficientes para execução das estratégias?

A **Avaliação de Produto** identifica e avalia os resultados desejados e os não intencionais, de curto e longo prazo, tanto para ajudar a manter uma equipe de funcionários de uma empresa/instituição focada em atingir os resultados importantes. Busca caracterizar alguns pontos como:

- As discrepâncias e consequências dos objetivos pretendidos e alcançados.
- Resultados alcançados e que não estavam programados.
- Análise sobre se as estratégias devem ser atualizadas para atingir objetivos não atingidos.

Stufflebeam (2003) enfatiza que o propósito mais importante da avaliação não é provar, mas aperfeiçoar, com aplicação prospectiva e retrospectiva. O **Quadro 6** resume os usos do Modelo CIPP para as modalidades de avaliações *formativa* e *somativa*. A matriz de oito

células engloba muitas das informações necessárias à avaliação, e o que deve constar dos relatórios de avaliação, seja *formativa* seja *somativa*.

Quadro 6

Relevância dos quatro tipos de avaliação e suas funções de avaliação *formativa* e *somativa*

FUNÇÃO DA AVALIAÇÃO	CONTEXTO	INPUTS	PROCESSOS	PRODUTO
Avaliação Formativa: Aplicação prospectiva de informações CIPP para auxiliar a tomada de decisões e garantia de qualidade	Orientação para a identificação de intervenções necessárias, escolhendo e classificando metas (com base na avaliação das necessidades, problemas, vantagens e oportunidades)	Orientação para a escolha de um programa ou outro estratégica (com base na avaliação de estratégias alternativas e planos de alocação de recursos), seguido pela análise do plano de trabalho	Orientação para a implementação do plano de trabalho (com base no acompanhamento, monitoramento e avaliação periódico e feedback)	Orientação para a continuidade, modificando, adotando, ou encerra o esforço (com base na avaliação dos resultados e consequências)
Avaliação Somativa: Utilização retrospectiva de informações CIPP para resumir o mérito do programa, vale a pena, a probidade eo significado	Comparação das metas e prioridades para as necessidades avaliadas, problemas, vantagens e oportunidades	Comparação da estratégia do programa, projeto e orçamento para as críticas dos concorrentes e às necessidades específicas dos beneficiários	Descrição completa do processo real e registro dos custos. Comparação dos processos desenhados e real dos custos	Comparação de resultados e consequências para as necessidades específicas e, quando possível, resultados de programas competitivos. Interpretação dos resultados quanto avaliação de contexto, entrada e processos

Fonte: Stufflebeam, 2003, tradução nossa.

O Modelo CIPP é um esquema global de orientação de avaliações *formativa* e *somativa* de projetos, programas, pessoal, produtos, instituições e sistemas. O modelo é configurado para uso em avaliações internas realizadas por avaliadores de uma organização (de auto-avaliações realizadas por equipes de projetos ou por prestadores de serviços individuais), ou por avaliadores contratados para avaliações externas. O modelo tem sido empregado em todo os EUA e ao redor do mundo, em avaliações de curto e longo prazos, em investigações tanto de pequeno quanto de grande portes. Os setores beneficiados pela utilização do modelo

estendem-se à habitação, à educação e ao desenvolvimento comunitário, à segurança, ao transporte e às forças armadas (STUFFLEBEAM, 2003).

A avaliação formativa, definida com desenhos que priorizam a melhoria do programa, pode ser compreendida como uma importante intervenção visando a garantir que inovações sejam implantadas com fidelidade ao modelo proposto, e que as lições aprendidas, em todo o processo de implantação, possam gerar propostas de soluções que viabilizem a garantia da replicação de outras iniciativas com as adequações necessárias (FELISBERTO, 2008).

Observa-se uma dificuldade na avaliação de programas, isto é, nas várias formas utilizadas na implantação e nos resultados esperados. De forma que, a avaliação formativa colabora na analogia entre os objetivos previstos e alcançados.

Segundo Stufflebeam,

os conceitos nucleares do modelo são denotados pelo acrônimo CIPP, correspondendo a contexto, *inputs*, processos e produtos de um objeto de avaliação, que determinam, respectivamente, quatro focos de avaliação: objetivos, planos, ações e resultados, configurando, por fim, os quatro tipos de avaliação. Stufflebeam (2004, p.7).

O Modelo CIPP pode ser esquematizado graficamente em três círculos concêntricos (**Figura 2**). O círculo interno representa os valores fundamentais que devem ser identificados e utilizados para fundamentar a avaliação. O círculo em torno dos valores está dividida em quatro focos de avaliação associados a qualquer programa ou outro empreendimento: objetivos, planos, ações, e resultados. O círculo externo indica o tipo de avaliação que serve a cada um dos quatro focos de avaliação, ou seja, **contexto**, **inputs**, **processos** e **produto**.

Cada seta bidirecional representa uma relação recíproca entre um enfoque particular de avaliação e um tipo de avaliação. A tarefa de definição de metas levanta questões para uma **avaliação de contexto**, que por sua vez, fornece informações para validar ou melhorar esforços de planejamento que geram dúvidas para uma **avaliação de inputs**. Esta, correspondentemente, fornece juízos de planos e direção reforçando as ações do programa e que levanta questões para uma **avaliação do processos**, a qual, por sua vez, fornece juízos de atividades e comentários para fortalecer o desempenho da equipe. Êxito e falta de êxito são o foco de atenção da **avaliação do produto**, que em última análise, emite juízos de resultados e identifica as necessidades para a realização de melhores resultados. Essas relações são

avaliações funcionais e têm valores fundamentais, referenciados no círculo interno do modelo. O valor de avaliação é a raiz do termo e refere-se a qualquer um de uma série de ideais realizadas por uma sociedade, grupo ou indivíduo.

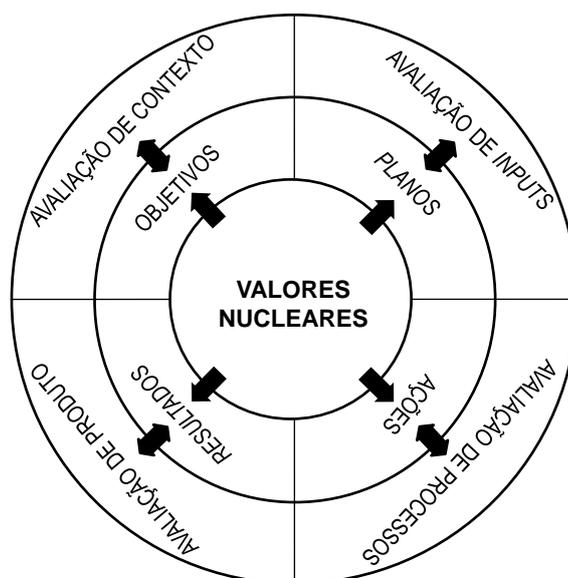


Figura 2

Componentes-chave do modelo CIPP de avaliação

Fonte – Tradução de Stufflebeam (2004)

Apresento no **Quadro 7** a Matriz de Avaliação elaborada para a pesquisa avaliativa do PMAQ empreendida por mim, com base nos componentes-chave do Modelo CIPP. Identifiquei como valores nucleares de avaliação aqueles constantes das diretrizes do PMAQ. Os objetivos, planos, ações e resultados, correspondendo, respectivamente, a *contexto*, *inputs*, *processos* e *produto*, foram distribuídos por informantes-chave das três esferas de gestão inter-federativa do SUS: (1) o **Macro-contexto** (Gestor Federal do SUS, avaliadores externos do PMAQ), (2) o **Meso-contexto** (Gestor Estadual do SUS) e (3) o **Micro-contexto** (Gestores Municipais do SUS: representados por diretores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Ceará – COSEMS – e por secretários de saúde dos municípios de pequeno, médio e grande porte do Estado do Ceará). Sugiro como elementos deste processo as seguintes considerações: a avaliação é um processo sistêmico, onde esboçamos as questões a serem

respondidas, obtendo informações importantes para responder as questões norteadoras e proporcionando aos responsáveis pela tomada de decisão todas as informações necessárias, tendo em vista que avaliação modelo CIPP serve para tomada de decisões.

QUADRO 7

Matriz de Avaliação do PMAQ Consoante o Modelo CIPP

VALORES DO PMAQ	ETAPA AVALIATIVA	ATIVIDADES (DESCRITAS PARA O MODELO CIPP E ADAPTADAS AO PMAQ)
<p>1. Comparabilidade entre as equipas da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde</p> <p>2. Incrementalidade, prevendo-se um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e qualidade que envolva gestão, processo de trabalho e resultados alcançados pelas equipas de saúde na atenção básica</p> <p>3. Responsabilização dos gestores, equipas e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica</p> <p>4. Desenvolvimento de cultura de negociação e contratualização</p> <p>5. Estímulo a efetiva mudança no modelo de atenção</p> <p>6. Adesão voluntária</p>	<p>CONTEXTO (Objetivos)</p> <p>Avalia necessidades, trunfos e oportunidades em um determinado cenário</p>	<p>Recolhe e avalia informação de base, especialmente as necessidades dos beneficiários</p> <p>Entrevista os líderes do programa para revisar e discutir suas perspectivas sobre as necessidades dos beneficiários e para identificar qualquer problema que o programa precisa resolver</p> <p>Avalia os objetivos do programa à luz das necessidades avaliadas dos beneficiários, oportunidades e trunfos potencialmente úteis</p>
	<p>INPUTS (Planos)</p> <p>Avalia os planos de trabalho e o orçamento da estratégia adotada</p>	<p>Avalia a estratégia adotada pelo programa com respeito a sua responsividade às necessidades avaliadas e à factibilidade</p> <p>Avalia o orçamento do programa com respeito a sua suficiência para dar conta do trabalho necessário</p> <p>Avalia o plano de trabalho do programa e a agenda de trabalho quanto a sua suficiência, factibilidade e viabilidade política</p>
	<p>PROCESSOS (Ações)</p> <p>Avalia as atividades do programa</p>	<p>Entrevista os beneficiários, líderes e <i>staff</i> do programa para obter suas avaliações sobre o progresso do programa</p>
	<p>PRODUTO (Resultados)</p> <p>Avalia os resultados e par-efeitos do programa</p>	<p>Entrevista com os implicados no programa para apreender suas perspectivas sobre como o programa está influenciando positiva ou negativamente os diferentes contextos (macro, meso e micro), bem como sobre sua sustentabilidade</p>

Fonte: Adaptado de Stufflebeam (2003)

Conforme destacam Lima et al. (2008), o Modelo CIPP procura promover a cultura da avaliação no âmbito das organizações (empresariais e educacionais), para fundamentar as decisões gerenciais com base em investigações sistemáticas, pautadas na coleta de dados relevantes (fatos) e na análise racional destes.

Em minha revisão de literatura para o Estado da Questão, não identifiquei trabalhos que utilizassem o Modelo CIPP na Avaliação em Saúde. Não obstante, em estudo realizado no Brasil, Andriolla (2010) ilustra o emprego do Modelo CIPP para efetivar diagnóstico das atividades educacionais de alunos reclusos de unidades prisionais brasileiras desenvolvidos nos Estados do Acre, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará e Pernambuco. Conforme seu estudo, dentre as principais vantagens do Modelo CIPP, destaca-se a boa adaptação em quaisquer tipos de avaliação, tais como, avaliação de projetos, de programas e de organizações. Outro benefício é o fato de este modelo poder fornecer, quer informação pró-ativa (*formativa*), isto é, informação que pode ser usada para suportar decisões de alteração dos objetivos e processos durante a própria implementação, quer informação retroativa (*somativa*), isto é, julgar o mérito e o valor após o término da avaliação (STUFFLEBEAM, 2001).

O Modelo CIPP trata a avaliação como um corolário essencial da melhoria e prestação de contas dentro de um quadro de valores adequados e como uma busca por uma clara e inequívoca resposta. Ele tem, pois, potencialidades de emprego no Setor Saúde, que ensejaram sua escolha por mim como referência teórico para esta pesquisa avaliativa.

5. METODOLOGIA

Para a consecução dos objetivos deste estudo, realizei uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratório-descritiva. A pesquisa qualitativa é vista como uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz textos que nas diferentes técnicas analíticas são interpretados hermeneuticamente (FLICK, 2000). Segundo Minayo (2006, p. 22-23, grifos do autor), a abordagem de pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de “incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.” Para Minayo e Sanches (1993), esse tipo de abordagem faz com que exista uma aproximação íntima entre o pesquisador e o interlocutor, pois “ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas” (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 244).

Conforme Flick (2000) a pesquisa qualitativa apresenta quatro bases teóricas: 1) a realidade social é vista como construção e atribuição social de significados; 2) a ênfase no caráter processual e na reflexão; 3) as condições objetivas de vida tornam-se relevantes por meio de significados subjetivos; e 4) o caráter comunicativo da realidade social permite que o refazer do processo de construção das realidades sociais torne-se ponto de partida da pesquisa.

5.1. Cenário do Estudo

O Cenário do estudo é o Estado do Ceará. A escolha do estado é pelo seu pioneirismo e suas experiências exitosas com a instituição do PACS, em 1988, e com o Instrumento de Reconhecimento da Qualidade (IRQ), criando projeto de Implantação da Metodologia de Melhoria da Qualidade em 2001.

Outra característica para delimitação do estudo é a existência de um processo diferenciado, pelo menos na perspectiva quantitativa, de adesão livre dos municípios ao PMAQ. Processo que nos remete ao de adesão da AMQ no Estado do Ceará que teve uma distinção dos outros estados. O estado do Ceará possui 184 municípios, classificados pelo IPECE em função do porte populacional, dos quais 171 aderiram ao PMAQ.

Segundo Silva (2011), o processo de adesão dos municípios ao AMQ no Estado do Ceará foi fortemente induzido pela gestão estadual, para garantir o alcance das metas pactuadas pelo Estado junto ao Banco Mundial, em decorrência de uma negociação entre os dois entes.

Outra razão é facilidade inserção do pesquisador no campo de estudo, o acesso aos *informantes-chave* e pela quantidade de Municípios inseridos, bem como sua diversidade populacional, tendo em vista que o PMAQ faz uma estratificação dos Municípios quanto ao seu porte populacional.

5.2. Participantes do Estudo

Foram definidos como participantes do estudo *informantes-chave* representativos das três esferas de gestão inter-federativa do SUS conforme prioridade do PMAQ, obedecendo-se o critério de amostragem por máxima variação (PATTON, 2007), a saber:

QUADRO 8

Participantes do Estudo, segunda as Esferas de Gestão Interfederativa do SUS envolvidas no PMAQ

ESFERA DE GESTÃO INTERFEDERATIVA	DESCRIÇÃO	INFORMANTES-CHAVE	CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO
Macro-contexto	Gestão do PMAQ no Ministério da Saúde no Estado do Ceará,	Coordenador do PMAQ e Articulador do MS no NE (n=2)	MACRO 1 e MACRO 3
	Gestão do PMAQ no Ministério da Saúde no Estado do Ceará,	Apoiador do MS que implantou PMAQ do CE (n=1)	MACRO 2
	Universidade responsável pela Avaliação Externa na Macrorregião Norte do Estado	Supervisores avaliação externa (n=1)	MACRO 4
Meso-contexto	Gestão do PMAQ da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, Gestão do PMAQ nas microrregiões que compõem Macrorregião Norte do Estado do Ceará	Técnico articulador do estado no CE (n=1)	MESO
Micro-contexto	Diretoria do COSEMS, secretarias de saúde de municípios de grande, pequeno e médio porte	Presidente COSEMS (n=1)	MICRO 1
		Representantes do COSEMS de municípios de pequeno porte (n=2)	MICRO 2 e MICRO 3

Representante do COSEMS de municípios de médio porte (n=1)	MICRO 4
---	---------

5.3. Técnica e Procedimentos para Coleta dos Dados

Para as finalidades heurísticas deste estudo, utilizei duas técnicas de pesquisa: (1) a pesquisa documental e (2) a entrevista estruturada.

A pesquisa documental foi dirigida ao Manual do PMAQ que foi submetido à análise preliminar, incluindo: (1) o exame do contexto social no qual ele foi produzido, (2) a identificação dos *stakeholders* que se expressam nos documentos, bem como sua ideologia e interesses; (3) a informação sobre a qualidade da informação transmitida, particularmente sobre a autenticidade e a confiabilidade do texto; (4) a caracterização da natureza do texto; e (5) a compreensão dos conceitos-chave e da lógica interna do texto (CELLARD, 2008). A seguir, o material de texto coligido dessa análise preliminar foi submetido à etapa de *pré-análise de conteúdo*, cujos produtos foram registrados em fichas elaboradas em processador de texto, compondo o *corpus* para as demais etapas da Análise de Conteúdo.

A entrevista estruturada foi descrita por Lakatos e Marconi (2005, p. 199) como aquela que “o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano”. Para Lakatos (2005) a padronização permite obter dos entrevistados, respostas as mesmas perguntas, consentindo que elas sejam examinadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devam retratar diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas. Foi utilizado um *roteiro de entrevista estruturada* com questões abertas (Apêndice 1), que versam sobre avaliação de **contexto**, de *inputs*, de **processos** e de **produto**, observando-se a Matriz de Avaliação do PMAQ elaborada com base no modelo CIPP, apresentada no **Quadro 7**. Esclareço que, dadas as limitações de tempo disponível para o trabalho de campo, tendo em vista o prazo para conclusão do trabalho de dissertação, enfoquei, na utilização da Matriz de Avaliação do PMAQ, as percepções, opiniões e comportamentos dos *informantes-chave* dos **Macro-, Meso- e Micro-contextos**, como discorreremos na seção de organização e análise de dados.

As entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados, por meio de dois gravadores. Também foram feitas anotações das respostas no decorrer das entrevistas, pois estes são os únicos modos de reproduzir com exatidão as respostas (GIL, 1991). Segundo Marconi e Lakatos (1982), as anotações feitas posteriormente apresentam duas desvantagens: “falha de memória e/ou distorção do fato, quando não se guardam todos os elementos”. As entrevistas foram transcritas pelo próprio pesquisador para manter a fidedignidade dos registros.

Os dados qualitativos foram coletados através da pesquisa documental e das entrevistas estruturadas com os *informantes-chave* do estudo, em quatro etapas:

- Na primeira etapa da coleta de dados, avaliando o **Contexto**, analisamos o Manual do PMAQ, em busca das necessidades institucionalmente definidas.
- Na segunda etapa, ainda avaliando o **Contexto**, entrevistamos os *informantes-chave* do PMAQ para revisar e discutir suas perspectivas sobre as necessidades dos beneficiários identificando problemas que o programa precise resolver.
- Na terceira etapa, ainda avaliando **Contexto**, entrevistamos os *informantes-chave* do PMAQ para verificar se os objetivos do programa atendem as necessidades dos beneficiários, bem como para identificar oportunidades e trunfos potencialmente úteis.
- Concluído avaliação de **Contexto**, partimos, na quarta etapa, para as avaliações de **Inputs**, de **Processos** e de **Produto**, em referência ao objetivo que trata da avaliação na perspectiva da percepção dos implicados

Uma síntese da organização da coleta de dados, tendo por referência a Matriz de Avaliação do PMAQ (**Quadro 7**), é apresentada no **Quadro 9**.

Quadro 9

Matriz de Coleta e ANÁLISE de Dados para Avaliação do PMAQ Consoante o Modelo CIPP

VALORES DO PMAQ	ETAPA AVALIATIVA	ATIVIDADE (DESCRITAS PARA O MOEDLO CIPP ADAPTADAS AO PMAQ)	NÍVEL/MÉTODO DE ANÁLISE		
			Macro-contexto	Meso-contexto	Micro-contexto
<p>1. Comparabilidade entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde</p> <p>2. Incrementalidade, prevendo-se um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e qualidade que envolva gestão, processo de trabalho e resultados alcançados pelas equipes de saúde na atenção básica</p> <p>3. Responsabilização dos gestores, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica</p> <p>4. Desenvolvimento de cultura de negociação e contratualização</p> <p>5. Estímulo a efetiva mudança no modelo de atenção</p> <p>6. Adesão voluntária</p>	<p>CONTEXTO (Objetivos)</p> <p>Avalia necessidades, trunfos e oportunidades em um determinado cenário</p>	<p>Recolhe e avalia informação de base, especialmente as necessidades dos beneficiários</p>	<p>Análise documental do manual do PMAQ, em busca das necessidades institucionalmente definidas</p>	<p>***</p>	<p>***</p>
		<p>Entrevista os líderes do programa para revisar e discutir suas perspectivas sobre as necessidades dos beneficiários e para identificar qualquer problema que o programa precisa resolver</p>	<p>Entrevista estruturada com responsáveis técnicos do MS pelo PMAQ para identificar as necessidades do macro-contexto e problemas potenciais que o programa precisa resolver</p>	<p>Entrevista estruturada com responsáveis técnicos da SESA-CE pelo PMAQ para identificar as necessidades do meso-contexto e problemas potenciais que o programa precisa resolver</p>	<p>Entrevista estruturada com a Diretoria do COSEMS para identificar as necessidades do micro-contexto e problemas potenciais que o programa precisa resolver</p>
		<p>Avalia os objetivos do programa à luz das necessidades avaliadas dos beneficiários, oportunidades e trunfos potencialmente úteis</p>	<p>Entrevista estruturada com responsáveis técnicos do MS pelo PMAQ para avaliar em que medida os objetivos do programa atendem às necessidades avaliadas dos beneficiários, bem como para identificar oportunidades e trunfos potencialmente úteis</p>	<p>Entrevista estruturada com responsáveis técnicos da SESA-CE pelo PMAQ para avaliar em que medida os objetivos do programa atendem às necessidades avaliadas dos beneficiários, bem como para identificar oportunidades e trunfos potencialmente úteis</p>	<p>Entrevista estruturada com a Diretoria do COSEMS para avaliar em que medida os objetivos do programa atendem às necessidades avaliadas dos beneficiários, bem como para identificar oportunidades e trunfos potencialmente úteis</p>

Quadro 9

Matriz de Coleta e ANÁLISE de Dados para Avaliação do PMAQ Consoante o Modelo CIPP

VALORES DO PMAQ	ETAPA AVALIATIVA	ATIVIDADE (DESCRITAS PARA O MOEDLO CIPP ADAPTADAS AO PMAQ)	NÍVEL/MÉTODO DE ANÁLISE		
			Macro	Meso	Micro
<p>1. Comparabilidade entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde</p> <p>2. Incrementalidade, prevendo-se um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e qualidade que envolva gestão, processo de trabalho e resultados alcançados pelas equipes de saúde na atenção básica</p> <p>3. Responsabilização dos gestores, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica</p> <p>4. Desenvolvimento de cultura de negociação e contratualização</p> <p>5. Estímulo a efetiva mudança no modelo de atenção</p> <p>6. Adesão voluntária</p>	INPUTS (Planos) Avalia os planos de trabalho e o orçamento da estratégia adotada	Avalia a estratégia adotada pelo programa com respeito a sua responsividade às necessidades avaliadas e a sua factibilidade	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos do MS pelo	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos da SESA-CE pelo PMAQ	Entrevista estruturada com a Diretoria do COSEMS
		Avalia o orçamento do programa com respeito a sua suficiência para dar conta do trabalho necessário	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos do MS pelo PMAQ	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos da SESA-CE pelo PMAQ	Entrevista estruturada com a Diretoria do COSEMS
		Avalia o plano de trabalho do programa e a agenda de trabalho quanto a sua suficiência, factibilidade e viabilidade política	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos do MS pelo PMAQ e com os avaliadores externos	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos da SESA-CE pelo PMAQ	Entrevista estruturada com a Diretoria do COSEMS
	PROCESSOS (Ações) Avalia as atividades do programa	Entrevista os beneficiários, líderes e <i>staff</i> do programa para obter suas avaliações sobre o progresso do programa	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos do MS pelo PMAQ e com os avaliadores externos	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos da SESA-CE pelo PMAQ	Entrevista estruturada com a Diretoria do COSEMS
	PRODUTO (Resultados) Avalia os resultados e para-efeitos do programa	Entrevista com os implicados no programa para apreender suas perspectivas sobre como o programa está influenciando positiva ou negativamente os diferentes contextos (macro, meso e micro), bem como sobre sua sustentabilidade	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos do MS pelo PMAQ e com os avaliadores externos	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos da SESA-CE pelo PMAQ	Entrevista estruturada com a Diretoria do COSEMS

Fonte: Adaptado de Stufflebeam (2003)

5.4. Procedimentos para Organização e Análise dos Dados

Para Bardin (1977, p. 42), a Análise de Conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A investigação destas variáveis inferidas (as causas que se procura determinar no processo heurístico) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto), confere à Análise de Conteúdo o caráter de ser um bom instrumento de indução. Numa palavra, a indução é a essência do método.

Este está organizado em diferentes fases, em torno de três pólos cronológicos: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

5.1.1 Pré-análise

É a fase de organização propriamente dita, que corresponde a um período de intuições, mas que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise que, para os fins desta pesquisa incidirá sobre o próprio processo de coleta de dados.

Nesta fase, ainda sob as recomendações de Bardin, cumpri as seguintes tarefas:

- **Escolha do material a ser submetido à análise:** Tendo sido definido *a priori*, constituiu-se como o *corpus*⁵ submetido aos procedimentos analíticos os textos transcritos das entrevistas e os documentos normativos sobre o PMAQ.

⁵ Segundo Bauer e Aarts (2002), o *corpus*, no sentido lingüístico, é uma coleção de dados de linguagem que serve para vários tipos de pesquisa. Esses autores afirmam que o termo técnico *corpus* não é amplamente empregado na metodologia das ciências sociais. Porém à medida que a pesquisa qualitativa vai ganhando magnitude crítica, a seleção das entrevistas, dos textos e de outros materiais exige um tratamento mais sistemático comparável ao da pesquisa por levantamento. Assim, a noção de *corpus* nas ciências sociais procura dar conta da necessidade de um tratamento sistemático dos dados qualitativos.

- **Preparação do material:** Antes da análise propriamente dita, o material reunido procedente das entrevistas foi preparado de forma adequada. As entrevistas foram transcritas pelo próprio pesquisador e catalogadas para um melhor controle do material.
- **Leitura “flutuante”:** Nesta etapa, fiz uma leitura vertical do *corpus*, para estabelecer contato com o material a analisar e conhecer o texto de cada componente em sua singularidade, e, particularmente no caso das entrevistas, a subjetividade de cada sujeito entrevistado, deixando-me invadir por impressões e orientações. Procurei seguir as recomendações de Bardin, usando as perguntas: “*Que está querendo dizer este texto realmente? Como isso é dito? Que poderia ele ter dito de diferente? Que ele não diz? Que diz sem o dizer? Qual é a lógica discursiva do conjunto? Será que posso resumir a temática de base e a lógica interna específica de cada componente do corpus?*” Nessa operação, Bardin (1977, p. 96) nos indica que “pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas sobre materiais análogos”.
- **Formulação de hipóteses e objetivos:** Enquanto a hipótese é uma afirmação provisória verificável (confirmável e infirmável), recorrendo aos procedimentos de análise, o objetivo é a finalidade geral do estudo (ou que é fornecida por uma instância exterior), ou seja, o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos seriam utilizados. No primeiro caso, a leitura flutuante do material fez-me levantar a hipótese de que as motivações, as opiniões, as atitudes, os valores, as crenças, as tendências etc. sobre o PMAQ diferiam quanto às três esferas de gestão inter-federativa do SUS avaliadas (**Macro-, Meso- e Micro-contextos**), e que essas diferenças tinham impacto na percepção sobre os *inputs*, processos e produtos concernentes ao programa. O objetivo, então, nas fases seguintes da análise consistia em, ademais de confirmar tal hipótese, caracterizar tais diferenças e sistematiza-las num quadro geral de motivações, de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc. sobre o PMAQ.
- **Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores:** Trata-se de passo crucial na análise dos dados, onde se dá o desenvolvimento de uma lista de índices depois de os dados terem sido recolhidos, e de o pesquisador estar preparado para organizá-los. Nesta fase de pré-análise, procedi à elaboração do processo de codificação para organizar os dados, implicando na escolha de um sistema de índices e de sub-índices para classificar os

dados descritivos recolhidos. Tais índices e sub-índices foram tomados da Matriz de Avaliação do PMAQ, construída com base no Modelo CIPP, listados no **Quadro 10**. Como indicadores adotamos a presença (ou a ausência) das *unidades de registro* em cada índice e/ou sub-índice, como veremos a seguir.

Quadro 10

Índices e sub-índices que orientaram o processo de análise

ÍNDICES	SUB-ÍNDICES
ETAPAS DO PROCESSO AVALIATIVO NOMELO CIPP	<p>Contexto (Objetivos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual do PMAQ • Macro-Contexto: Gestor Federal • Meso-Contexto: Gestor Estadual • Micro-Contexto: Gestor Municipal
	<p>Inputs (Planos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual do PMAQ • Macro-Contexto: Gestor Federal • Meso-Contexto: Gestor Estadual • Micro-Contexto: Gestor Municipal
	<p>Processos (Ações)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual do PMAQ • Macro-Contexto: Gestor Federal • Meso-Contexto: Gestor Estadual • Micro-Contexto: Gestor Municipal
	<p>Produto (Resultados)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual do PMAQ • Macro-Contexto: Gestor Federal • Meso-Contexto: Gestor Estadual • Micro-Contexto: Gestor Municipal

5.1.1 Exploração do material

Consistiu essencialmente na operação de releitura vertical do corpus e de codificação e enumeração. Para Bardin (1977, p. 103):

A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto. (grifo da autora).

A organização da *codificação* utilizada neste estudo compreendeu a escolha de *unidades de registro* e de *unidades de contexto*, e a enumeração, a qual, considerando que a Análise de

Conteúdo efetuada aqui foi do tipo qualitativa, fundou-se na regra da presença (ou da ausência) de *unidades de registro* (no caso aqui expresso, dos temas sobre o PMAQ que emergiram do material).

Fiz, para cada componente do *corpus*, recortes a nível semântico, ou seja, tendo o “tema” por *unidade de registro*, cuja noção é largamente utilizada em análise temática, e é característica da Análise de Conteúdo. Trata-se da unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc., numa palavra, de SIGNIFICADO e INTENCIONALIDADE, elementos estruturantes da perspectiva qualitativa. Assim, “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” (BARDIN, 1977, p. 105). No que diz respeito às *unidades de contexto*, que servem de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro, correspondendo aos segmentos da mensagem, referi as unidades de registro às correspondentes unidades de contexto, como forma de compreender seu verdadeiro sentido. As *unidades de contexto* foram referenciadas aos níveis previstos na matriz de avaliação do PMAQ, baseada do Modelo CIPP: **Macro-**, **Meso-** e **Micro-contextos**. E, como dito anteriormente, ao afirmar que aqui se trata de uma análise do tipo qualitativa, adotei como *indicador* referente à regra de enumeração a presença (ou ausência) dos temas em cada um daqueles três níveis.

Após esse processo, fiz a leitura horizontal do texto dos componentes do *corpus*, utilizando as seguintes perguntas como auxílio (BARDIN, 1977): “*Será que posso nomear a especificidade de determinado componente do corpus, dar-lhe um título, por exemplo? Este texto manifesta em tal lugar tal tema, onde é que já o vi no texto de outro componente? Ou, que outro componente do corpus encontrei manifestação de tema equivalente?*”.

5.1.1 Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Trata-se da operação em que os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Consistiu (1) na categorização e (2) na inferência e na interpretação.

- **Categorização:** A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, por seu turno, são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. Suas qualidades englobam: (1) a exclusão mútua (não permite a classificação de um elemento em mais de uma categoria); (2) a homogeneidade (organização categorial governada por um único princípio de classificação); (3) a pertinência (adequação ótima ao material escolhido e ao quadro teórico definido); (4) a objetividade e a fidelidade (codificação precisa e homogênea); e (5) a produtividade (fornece resultados férteis). O critério de categorização utilizado nesta pesquisa foi o semântico, através de categorias temáticas que emergiram da investigação sobre o programa. Dado o caráter exploratório desta pesquisa, o sistema de categorias não foi fornecido *a priori*, antes resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos, sendo o título conceitual de cada categoria, definido somente no final da operação. A categorização foi realizada em duas etapas: (1) o inventário (isolamento dos elementos); e (2) a classificação (repartição dos elementos e procura por ou imposição de certa organização às mensagens).
- **Inferência e interpretação:** Considerei os pólos de atração sobre os quais centrei a análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Utilizando as orientações dessa autora, apoiei-me nos elementos constitutivos do mecanismo clássico de comunicação: (1) o emissor, ou produtor da mensagem e (2) a própria mensagem. No primeiro caso, procurei categorizar as representações dos emissores sobre o programa. No segundo caso, analisei as mensagens que nuclearmente representam as percepções, preocupações e julgamentos de valor e mérito sobre o programa.

Após o tratamento dos dados, identifiquei 26 categorias nas quais foram agrupados 90 temas, conforme distribuição apresentada no **Quadro 11**, abaixo.

Quadro 11

Índices e sub-índices que orientaram o processo de análise, e categorias/temas identificados

ÍNDICES	SUB-ÍNDICES	CATEGORIAS: TEMAS
ETAPAS DO PROCESSO AVALIATIVO NOMELO CIPP	Contexto (Objetivos)	
	• Manual do PMAQ	• Categoria AVALIAÇÃO: (1) <i>Cultura de Avaliação</i> , (2) <i>Práticas Avaliativas</i> e (3) <i>Resultados Avaliativos</i>
	• Macro-Contexto	• Categoria FINANCIAMENTO: (1) <i>Financiamento como desafio</i> , (2) <i>Melhora do financiamento</i> , (3) <i>Adesão ao programa pelo incentivo financeiro</i> e (4) <i>Concretização do financiamento</i>
	• Meso-Contexto	• Categoria INFRAESTRUTURA: (1) <i>Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica</i> e (2) <i>Infraestrutura como possibilidade de concretização</i> .
	• Micro-Contexto	• Categoria EDUCAÇÃO PERMANENTE: (1) <i>Educação permanente como compromisso de gestão</i> , (2) <i>qualificação dos profissionais</i> e (3) <i>qualificação dos processos de trabalho</i>
		• Categoria QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: (1) <i>PMAQ como oportunidade de discussão sobre qualidade da Atenção Básica</i> , (2) <i>Qualidade como consequencia do aumento do repasse financeiro</i> e (3) <i>PMAQ como programa que aperfeiçoa as estratégias existentes</i> .
		• Categoria ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS: (1) <i>Necessidade de envolvimento dos médicos</i> , (2) <i>Avaliação prejudicada por “maqueamento” da informação</i> e (3) <i>Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais</i>
		• Categoria PARTICIPAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL: (1) <i>Gestor Estadual como parceiro envolvido</i> , (2) <i>Não-participação do Gestor Estadual</i>
		• Categoria FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: (1) <i>alta rotatividade dos profissionais</i> , (2) <i>elemento na continuidade do cuidado</i>
		• Categoria VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: (1) <i>necessidade de uma cultura de negociação e contratualização dos recursos humanos</i> , (2) <i>a valorização dos profissionais pode ser prejudicada pelo modo de financiamento</i>
		• Categoria PARTICIPAÇÃO POPULAR: (1) <i>foco no usuário</i> , (2) <i>satisfação do usuário</i> , (3) <i>envolvimento do usuário</i>
		• Categoria TEMPO EXÍGUO: (1) <i>fator de pressão nos municípios</i> , (2) <i>tempo político dos municípios</i> , (3) <i>ressignificação do tempo</i> , (4) <i>necessidade de tempo para os municípios se informarem e se prepararem</i>
		• Categoria MODELO DE ATENÇÃO: (1) <i>estímulo à mudança efetiva do modelo de atenção</i> , (2) <i>mudança efetiva do modelo de atenção como virada histórica</i> , (3) <i>não atende as necessidades da Atenção Básica</i>
	• Categoria TRANSPARÊNCIA: (1) <i>permite o permanente acompanhamento das ações do PMAQ pela sociedade</i> , (2)	

<i>objetivo já concretizado na Atenção Básica, (3) o PMAQ não atende as necessidades dos municípios</i>		
Inputs (Planos)	<ul style="list-style-type: none"> • Manual do PMAQ • Macro-Contexto • Meso-Contexto • Micro-Contexto 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoria CORRESPONDÊNCIA DAS DIRETRIZES AOS OBJETIVOS DO PROGRAMA: (1) diretrizes pensadas a partir dos objetivos do programa, (2) pressão do Ministério da Saúde para concluir as fases do programa, (3) efetividade da diretriz da transparência, (4) efetividade da diretriz da comparabilidade, (5) incoerência das diretrizes • Categoria SUFICIÊNCIA DO ORÇAMENTO PARA O PLANO DE TRABALHO: (1) o orçamento é adequado, (2) o orçamento é insuficiente • Categoria FACTIBILIDADE DAS DIRETRIZES E DO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO: (1) as diretrizes e os cronogramas são factíveis, (2) o cronograma prejudicou a avaliação externa, (3) o atraso no repasse dos recursos atrasou o cronograma, (4) não houve tempo para discussão nos municípios • Categoria RELAÇÃO DO REPASSE FINANCEIRO COM O PROCESSO DE ADESÃO E O DESEMPENHO DAS EQUIPES: (1) a relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes foi fundamental, (2) pode haver um processo de descontinuidade do programa, (3) a relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes
Processos (Ações)	<ul style="list-style-type: none"> • Manual do PMAQ • Macro-Contexto • Meso-Contexto • Micro-Contexto 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoria AÇÕES QUE EFETIVAM AS DIRETRIZES DO PMAQ: (1) transparência do processo, (2) construção coletiva, (3) cultura de negociação, (4) desenvolvimento tecnológico, (5) educação permanente, (6) rotinas de supervisão e visitas técnicas, (7) não há nenhuma ação que tenha efetivado as diretrizes do PMAQ • Categoria PROCESSO DE ADESÃO: (1) adesão voluntária como processo de construção coletiva, (2) não adesão das equipes por rivalidade política, (3) divulgação do processo de adesão, (4) processo de adesão por obrigatoriedade • Categoria ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS AO PROGRAMA: (1) recursos humanos estão inadequados, (2) recursos tecnológicos são inadequados, (3) recursos financeiros são ainda insuficientes, (4) todos os recursos são inadequados • Categoria OBSTÁCULOS A SEREM VENCIDOS NA ATUAL FASE DO PROGRAMA: (1) logística, (2) conclusão da avaliação externa, (3) conscientização do gestor, (4) intersectorialidade dentro da secretaria de saúde, (5) quebra de paradigmas de muitos profissionais, (6) reestruturação da avaliação externa • Categoria NECESSIDADE DE EVENTOS PARA REORIENTAÇÃO DO PROGRAMA: (1) eventos para debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar a discussão nos municípios, (2) esclarecimentos do que está acontecendo na fase atual e de qual será a próxima fase, (3) educação permanente como medida eficiente para reorientar o programa
Produto (Resultados)	<ul style="list-style-type: none"> • Manual do PMAQ • Macro-Contexto • Meso-Contexto • Micro-Contexto 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoria RESULTADOS IMEDIATOS DO PROGRAMA: (1) ainda é muito cedo para apresentar resultados, (2) conflito entre as categorias de profissionais, (3) avanços dos serviços prestados com qualidade, população satisfeita e sem nenhuma discrepância • Categoria RESULTADOS ESPERADOS DO PROGRAMA: (1) mudanças efetivas como desprecarização do trabalho, fixação dos profissionais, melhoria da qualidade dos serviços e acessibilidade, (2) mudança está estritamente ligada à apropriação das equipes no território, do conhecimento do território que atua e da coerência dos gastos nos processos

da Atenção Básica, (3) mudanças efetivas no desempenho da qualidade, na melhoria da assistência e na padronização da unidade

- *Categoria ATUALIZAÇÕES DE DIRETRIZES PARA CONCRETIZAR OBJETIVOS NÃO ALCANÇADOS: (1) ainda é muito cedo para avaliar se precisa ou não atualizar as diretrizes, (2) não há necessidade de atualizar, (3) necessidade de ampliar as diretrizes do PMAQ para outros programas do ministério, (4) desconhecimento dos resultados, (5) é necessário serem revistas todas as diretrizes para aperfeiçoar o programa*
- *CATEGORIA RESULTADOS INESPERADOS DO PROGRAMA: (1) aumento no diálogo dos gestores municipais, (2) satisfação do usuário, a organização do serviço e a integração*
- *Categoria SUSTENTABILIDADE DO PROGRAMA: (1) possui viabilidade política, orçamento significativo, interesse dos atores envolvidos, repercussão positiva do programa, e outras estratégias que colaboram, (2) é um programa sem volta, porque muda o comportamento da população e trará a inserção no PMAQ dos NASFs e CEO, (3) ele será sustentável se os profissionais de saúde entenderem o programa e atuarem para melhoria na assistência e se os repasses financeiros permanecerem, (4) o programa é insustentável*

5.5. Procedimentos Éticos

Tomamos em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa envolvendo seres humanos e que incorpora em seu contexto os quatro referenciais básicos da bioética que inclui: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, os quais passamos a descrever (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002):

- **Autonomia:** Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, de modo que sejam tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;
- **Beneficência:** Ponderação entre riscos e benefícios tanto atuais como potenciais, indivíduos ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- **Não-maleficência:** Garantir que danos previsíveis serão evitados;
- **Justiça:** Fundamenta-se na relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garanta a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humana.

Na condução deste estudo será assegurada aos atores envolvidos, a total liberdade para decidir quanto à participação na pesquisa, garantindo-se assim o direito a autonomia de todos os sujeitos da pesquisa, informando-as sempre que nenhum prejuízo seria acarretado diante de qualquer decisão por ela tomada.

Serão utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Consentimento Pós-informado (Apêndice 2), documentos que asseguram aos participantes o respeito aos princípios éticos.

Ainda seguindo tal posicionamento de tomarmos em consideração os princípios, afirmamos que no que se refere à beneficência e não-maleficência do estudo, estes foram norteadores deste estudo, já que, foram ponderados os riscos e benefícios, nos responsabilizamos por todos os dados coletados, garantindo que estes estão sob o mais rigoroso sigilo, ao mesmo

tempo em que preservamos o anonimato de todas que foram alvo desta investigação. E que as informações serão utilizadas apenas com a finalidade científica.

Com relação à justiça e equidade esses princípios foram considerados pela relevância social implícito através desta pesquisa.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob o número 133.724.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para melhor visão geral dos resultados, apresentamos no **Quadro 12** as categorias que emergiram dos processos de análise temática de conteúdo distribuídas em 4 índices, correspondendo aos quatro componentes do Modelo CIPP (Contexto, Inputs, Processos e Produto), e 4 sub-índices, correspondendo às fontes dos dados (Manual do PMAQ, Macro-Contexto, Meso-Contexto e Micro-Contexto).

Quadro 12

Síntese da distribuição das categorias identificados segundo os índices e sub-índices que orientaram o processo de análise

	ÍNDICES	SUB-ÍNDICES/CATEGORIAS			
		Manual do PMAQ	Macro-Contexto	Meso-Contexto	Micro-Contexto
ETAPAS DO PROCESSO AVALIATIVO NOMODELO CIPP	Contexto (Objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação • Financiamento • Infraestrutura • Educação Permanente • Qualidade da Atenção Básica • Envolvimento dos Profissionais • Participação do Gestor Estadual • Fixação dos Profissionais • Valorização dos Profissionais • Participação Popular • Tempo Exíguo • Modelo De Atenção • Transparência 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação • Financiamento • Infraestrutura • Educação Permanente • Qualidade da Atenção Básica • Envolvimento dos Profissionais • Participação do Gestor Estadual • Fixação dos Profissionais • Valorização dos Profissionais • Participação Popular • Participação Popular • Tempo Exíguo • Modelo De Atenção • Transparência 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação • Financiamento • Infraestrutura • Educação Permanente • Qualidade da Atenção Básica • Envolvimento dos Profissionais • Participação do Gestor Estadual • Fixação dos Profissionais • Valorização dos Profissionais • Participação Popular • Tempo Exíguo • Modelo De Atenção • Transparência 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação • Financiamento • Infraestrutura • Educação Permanente • Qualidade da Atenção Básica • Envolvimento dos Profissionais • Participação do Gestor Estadual • Fixação dos Profissionais • Valorização dos Profissionais • Participação Popular • Tempo Exíguo • Modelo De Atenção • Transparência
	Inputs (Planos)	<ul style="list-style-type: none"> • Correspondência das diretrizes aos objetivos do programa • Suficiência do orçamento para 	<ul style="list-style-type: none"> • Correspondência das diretrizes aos objetivos do programa • Suficiência do 	<ul style="list-style-type: none"> • Correspondência das diretrizes aos objetivos do programa • Suficiência do orçamento para 	<ul style="list-style-type: none"> • Correspondência das diretrizes aos objetivos do programa • Suficiência do orçamento para

	<p><i>o plano de trabalho</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Factibilidade das Diretrizes e do Cronograma de Execução</i> • <i>Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes</i> 	<p><i>orçamento para o plano de trabalho</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Factibilidade das Diretrizes e do Cronograma de Execução</i> • <i>Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes</i> 	<p><i>o plano de trabalho</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Factibilidade das Diretrizes e do Cronograma de Execução</i> • <i>Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes</i> 	<p><i>o plano de trabalho</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Factibilidade das Diretrizes e do Cronograma de Execução</i> • <i>Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes</i>
Processos (Ações)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ</i> • <i>Processo de Adesão</i> • <i>Adequação dos Recursos ao Programa</i> • <i>Obstáculos a Serem Vencidos na Atual Fase do Programa</i> • <i>Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ</i> • <i>Processo de Adesão</i> • <i>Adequação dos Recursos ao Programa</i> • <i>Obstáculos a Serem Vencidos na Atual Fase do Programa</i> • <i>Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ</i> • <i>Processo de Adesão</i> • <i>Adequação dos Recursos ao Programa</i> • <i>Obstáculos a Serem Vencidos na Atual Fase do Programa</i> • <i>Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ</i> • <i>Processo de Adesão</i> • <i>Adequação dos Recursos ao Programa</i> • <i>Obstáculos a Serem Vencidos na Atual Fase do Programa</i> • <i>Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa</i>
Produto (Resultados)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resultados imediatos do Programa</i> • <i>Resultados Esperados do Programa</i> • <i>Atualizações de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados</i> • <i>Resultados Inesperados do Programa</i> • <i>Sustentabilidade do Programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resultados imediatos do Programa</i> • <i>Resultados Esperados do Programa</i> • <i>Atualizações de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados</i> • <i>Resultados Inesperados do Programa</i> • <i>Sustentabilidade do Programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resultados imediatos do Programa</i> • <i>Resultados Esperados do Programa</i> • <i>Atualizações de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados</i> • <i>Resultados Inesperados do Programa</i> • <i>Sustentabilidade do Programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resultados imediatos do Programa</i> • <i>Resultados Esperados do Programa</i> • <i>Atualizações de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados</i> • <i>Resultados Inesperados do Programa</i> • <i>Sustentabilidade do Programa</i>

5.1. Avaliação de Contexto

Para Avaliação do Contexto utilizamos a matriz de coleta de dados para avaliação do PMAQ consoante o modelo CIPP (**Quadro 9**), que busca as necessidades institucionalmente definidas no instrumento do PMAQ por meio de uma análise documental do manual e da percepção dos participantes dos **Macro-, Meso- e Micro-Contextos**. Com referência a este índice, identificamos as categorias:

- AVALIAÇÃO
- FINANCIAMENTO
- INFRAESTRUTURA
- EDUCAÇÃO PERMANENTE
- QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
- ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS
- PARTICIPAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL
- FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS:
- VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS:
- PARTICIPAÇÃO POPULAR
- TEMPO EXÍGUO
- MODELO DE ATENÇÃO
- TRANSPARÊNCIA

A síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Contexto entre os sub-índices que orientaram o processo de análise é apresentada no **Quadro 13**, abaixo.

Quadro 13

Síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Contexto entre os sub-índices que orientaram o processo de análise

CATEGORIAS	SUB-ÍNDICES/TEMAS			
	Manual do PMAQ	Macro-Contexto	Meso-Contexto	Micro-Contexto
<i>Avaliação</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cultura de Avaliação</i> • <i>Práticas Avaliativas;</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cultura de Avaliação</i> • <i>Práticas Avaliativas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resultados Avaliativos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resultados Avaliativos</i>
<i>Financiamento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiamento</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiamento</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiamento</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiamento</i>

	<i>como desafio</i>	<i>como desafio</i>	<i>como desafio</i>	<i>como desafio</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao programa pelo incentivo financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora do financiamento • Adesão ao programa pelo incentivo financeiro • Concretização do financiamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora do financiamento • Concretização do financiamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora do financiamento • Concretização do financiamento
<i>Infraestrutura</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica • Infraestrutura como possibilidade de concretização
<i>Educação Permanente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Educação permanente como compromisso de gestão • Qualificação dos profissionais • Qualificação dos processos de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação permanente como compromisso de gestão • Qualificação dos profissionais • Qualificação dos processos de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualificação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualificação dos profissionais • Qualificação dos processos de trabalho
<i>Qualidade da Atenção Básica</i>	<ul style="list-style-type: none"> • PMAQ como programa que aperfeiçoa as estratégias existentes 	<ul style="list-style-type: none"> • PMAQ como oportunidade de discussão sobre qualidade da Atenção Básica 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade como consequência do aumento do repasse financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> • PMAQ como programa que aperfeiçoa as estratégias existentes
<i>Envolvimento dos Profissionais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de envolvimento dos médicos • Avaliação prejudicada por “maqueamento” da informação • Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de envolvimento dos médicos • Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais
<i>Participação do Gestor Estadual</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestor Estadual como parceiro envolvido 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestor Estadual como parceiro envolvido 	<ul style="list-style-type: none"> • Não-participação do Gestor Estadual 	<ul style="list-style-type: none"> • Não-participação do Gestor Estadual
<i>Fixação dos Profissionais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Alta rotatividade dos profissionais • Elemento na 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta rotatividade dos profissionais • Elemento na 		

	<i>continuidade do cuidado</i>	<i>continuidade do cuidado</i>		
<i>Valorização dos Profissionais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de uma cultura de negociação e contratualização dos recursos humanos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de uma cultura de negociação e contratualização dos recursos humanos</i> • <i>Valorização dos profissionais pode ser prejudicada pelo modo de financiamento</i> 		
<i>Participação Popular</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Foco no usuário</i> • <i>Satisfação do usuário</i> • <i>Envolvimento do usuário</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Satisfação do usuário</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Satisfação do usuário</i> • <i>Envolvimento do usuário</i>
<i>Diagnóstico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diagnóstico como orientador do planejamento</i> • <i>Importância do diagnóstico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Importância do diagnóstico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Importância do diagnóstico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Importância do diagnóstico</i>
<i>Tempo Exíguo</i>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fator de pressão nos municípios</i> • <i>Tempo político dos municípios</i> • <i>Ressignificação do tempo</i> • <i>Necessidade de tempo para os municípios se informarem e se prepararem</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de tempo para os municípios se informarem e se prepararem</i>
<i>Modelo De Atenção</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estímulo à mudança efetiva do modelo de atenção</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mudança efetiva do modelo de atenção como virada histórica</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Não atende as necessidades da Atenção Básica</i>
<i>Transparência</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Permite o permanente acompanhamento o das ações do PMAQ pela sociedade</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Objetivo já concretizado na Atenção Básica</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>PMAQ não atende as necessidades dos municípios</i>

5.1.1 Avaliação

Na análise da categoria *avaliação*, unificamos as relações dos temas de avaliação que apareceram nas falas para que pudéssemos melhor compreender a percepção dos participantes do estudo. Dos temas relacionados a esta categoria temos: (1) *Cultura de avaliação*, (2) *Práticas avaliativas* e (3) *Resultados avaliativos*, conforme descrito abaixo.

No manual, a categoria *avaliação* está dentro dos objetivos específicos, pretendendo-se institucionalizar uma *cultura de avaliação* na Atenção Básica (AB) e fortalecer a *prática avaliativa* de auto-avaliação.

Objetivos Específicos: Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS; Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo (BRASIL, 2011).

5.1.1.1 Percepção sobre Avaliação no Macro-Contexto

Na percepção do Ministério da Saúde a *cultura de avaliação* desponta como uma das necessidades da AB.

Do que eu me lembro do que chegava pra gente e do que chega até hoje é porque a gente sabe que tem muitos municípios que são pequenos, e aí a gente percebe que tem uma desestruturada, ou um pouco essa cultura de avaliação... A gente tentou formular algo que trouxesse um processo cíclico de avaliação, entendendo que os municípios precisam instituir uma cultura de avaliação... da necessidade de avaliar, até de ter um agente externo avaliando e essa necessidade de entender essa cultura de conseguir implementar um programa que ajude eles a avaliar como que está a situação da saúde deles no município e dos serviços que vão ser ofertados para aquela população (MACRO 3).

Nas falas do representante do ministério e da universidade a proposta das *práticas avaliativas* é considerada como ponto positivo no programa. Na compreensão deles, vem de encontro à necessidade da cultura de avaliação na AB, legitima o que preconiza a PNAB, dar uma continuidade do AMQ e subsidia no planejamento.

O PMAQ tem vários pontos muito positivo, eu acho que como citei anteriormente, principalmente traz a cultura de práticas avaliativas na atenção básica, nós não temos essa cultura de práticas avaliativas e eu acho que é muito emblemático ele vir com uma proposta de práticas avaliativas com um forte teor de co-responsabilização entre os atores envolvidos...O que a gente induz nesse contexto são práticas avaliativas que de alguma forma reafirmem e legitimem aquilo que já estão nas diretrizes da própria política nacional de atenção básica (MACRO 2).

Uma das coisas que eu acho que o PMAQ trás muito forte é essa cultura de avaliação, ela vem de um processo, ela vem lá do AMQ (MACRO 3).

Primeiro acho que parte dessas respostas eu já falei, acho que positivo é a avaliação, a gente não tem como planejar sem ter uma boa avaliação (MACRO 4).

Quanto aos objetivos com possibilidades de concretização, as *práticas avaliativas*, autoavaliação e avaliação externa despontam apenas na percepção dos representantes do ministério da saúde.

A outra coisa é delas conseguirem se reconhecer, nos avanços que elas tiveram com as avaliações realizadas, seja a auto avaliação, ou seja, avaliação externa, nenhuma é melhor que a outra, as duas se complementam. A equipe se avalia e isso é um momento muito importante pra equipe, de parar, sentar e avaliar o processo de trabalho deles e traçar uma linha de prioridades que eles vão tá tentando avançar nelas (MACRO 3).

As praticas avaliativas na atenção básica, vão assumir um papel muito importante na gestão da atenção básica. O monitoramento, o acompanhamento que essas equipes vão ter de suporte, de informações que lhe subsidiaram mais potência pra fazer diagnostico, de processos de trabalho, vão fundamentalmente produzir uma qualificação do trabalho na atenção básica... Mas eu não tenho duvida que vai haver uma repercussão muito positiva disso nos processos de trabalhos das equipes, na medida em que o monitoramento e o acompanhamento dos indicadores mais fielmente sendo de alguma forma fidelizados e acompanhados a partir de pactuação de metas que produz muita co-responsabilização. Esse é um ponto que eu acho que é um dos mais importantes que o PMAQ traz (MACRO 2).

Quando analisamos as falhas do processo de implantação, a avaliação externa é apresentada na percepção do representante do ministério da saúde e da universidade, como “maquiada” para alguns municípios. Na tentativa de serem bem avaliados, alguns municípios tentaram “maquiar” sua realidade durante o processo de avaliação externa ocasionando um viés nos resultados.

A gente teve algumas questões um pouco complicadas, por exemplo, a gente estava avaliando um município X, chegava na unidade A, tinha lá todos os equipamentos, ai a gente saiu da unidade A e ia pra unidade B, chegava lá estava todos os equipamentos, o investigador começou a olhar e disse “eu já vi esses equipamentos em outro canto... Então em alguns municípios, não todos, na minoria deles, a gente tá vendo que arrumaram a casa pra receber a gente, enquanto o nosso entrevistador saia de uma unidade pra outra, os equipamentos saiam pela porta do fundo de uma unidade pra outra. Então o que a gente estava avaliando não era a verdade, era o que estava maquiado pra nos mostra (MACRO 4).

Já aparece muita denúncia ou informação não em forma de denúncia que há um certo objetivo de falseamento das coisas que estão acontecendo na realidade, sobretudo por parte dos gestores municipais...para que no momento da avaliação externa a gente seja melhor avaliado do que efetivamente ela seria se elas não fossem maquiadas ou produzidas para gerar esse falseamento (MACRO 1).

5.1.1.2 Percepção sobre Avaliação no Meso-Contexto

Na percepção da representante da Gestão Estadual do SUS a *os resultados avaliativos* são expressos em termos positivos e negativos no PMAQ. Ela descreve como ponto positivo a avaliação nacional de toda a AB que o Ministério da Saúde hoje disponibiliza em suas mãos. Porém considera negativa a ausência dos resultados desta avaliação para os profissionais para que com estas informações eles possam se reorganizar e definir estratégias.

Outro fator importante é avaliação nacional da atenção básica. Não me lembro do Ministério da Saúde ter feito uma avaliação desta, onde terá toda a situação das unidades de saúde do Brasil inteiro (MESO).

O retorno da avaliação, pois quais são os resultados dos indicadores o profissional também pode até se desmotivar porque ele pactuou indicadores que depois ele não tem um retorno, isso é um ponto negativo, Como que eu vou avaliar se eu não tenho resultados, como é que eu posso avaliar pra eu me reorganizar ou redefinir metas e redefinir estratégias se eu não tenho o resultado a tempo (MESO).

5.1.1.3 Percepção sobre Avaliação no Micro-Contexto

Na percepção dos representantes dos municípios os *resultados avaliativos* também são expressos em termos positivos e negativos no PMAQ.

Em termos positivos, a avaliação surge como um dos objetivos que atendem as necessidades da AB, fortalecendo o processo de autoavaliação, monitoramento e avaliação.

Promover a qualidade e inovação da atenção básica fortalecendo o processo de autoavaliação, monitoramento e avaliação, isso que a gente não tinha, a gente programa mas você avaliava e você não tinha essa continuidade, esse monitoramento e isso é muito importante, você fazer por fazer. Eu acho que assim, o monitoramento e esse processo auto avaliativo e essa avaliação externa é muito válido para que funcione realmente (MICRO 2).

Em termos negativos, em primeiro lugar, é referida a ausência dos resultados avaliativos dos profissionais e da estrutura da avaliação externa onde os avaliadores externos não têm conhecimento da Atenção Básica e os formulários utilizados na avaliação externa abrangem apenas duas alternativas de respostas, podendo assim prejudicar os resultados das equipes.

O processo de avaliação não contribui para melhoria efetiva, não tivemos devolutiva desse processo, não tivemos o envolvimento das equipes a não ser que o gestor municipal o tenha feito (MICRO 3).

Então o nível estrutural pode ser para a experiência que a gente teve...pode ser os avaliadores, os avaliadores eles vem com uma planilha avaliatória, onde muitos avaliadores não tem o conhecimento específico da atenção básica. São profissionais de saúde que são requisitados pelo ministério, a resposta deles, conforme ou não conforme, são muito fechadas, porque você pode avaliar alguma coisa que está mais perto do conforme do que o não conforme mas a partir daí como eles não tem conhecimento eles colocam não conforme, e prejudica o trabalho da equipe. Então essa parte dos avaliadores eu considero um ponto negativo (MICRO 4).

Em segundo lugar, o despreparo dos avaliadores externos aparece como uma das falhas do processo de implantação do programa na percepção de um gestor municipal.

Outra falha é essa história dos avaliadores, eles tem que ser melhor treinados, melhor preparados para a aplicação da avaliação (MICRO 4).

5.1.1.4 Comparação da percepção sobre Avaliação nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 14** apresentamos a síntese da categoria Avaliação dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 14

Síntese da Categoria *Avaliação*

MANUAL PMAQ		
Temas:		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cultura de Avaliação</i> • <i>Práticas Avaliativas</i> 		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cultura de Avaliação</i> • <i>Práticas Avaliativas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resultados Avaliativos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resultados Avaliativos</i>

Na percepção contextual do tema avaliação destacamos alguns pontos importantes. As falas dos representantes do Ministério da Saúde e da universidade (avaliadora externa) coincidem com o manual do PMAQ, caracterizando uma fala global mais normativa. Percebemos uma maior apropriação do manual por parte destes em suas falas quando utilizam expressões como cultura de avaliação, diretrizes basilares, legitimidade do PNAB, continuidade da AMQ, fortalecimento da autoavaliação, avaliação externa, dentre outros. Outro ponto importante que

destacamos é a denúncia da avaliação externa “maquiada” tanto na fala do representante do Ministério da Saúde quanto da universidade.

Ao analisarmos a fala do estado são ressaltados dois pontos importantes: o primeiro é avaliação nacional da Atenção Básica que o ministério dispõem hoje em suas mãos e a segunda é justamente a ausência de *feedback* desta avaliação em tempo hábil. A demora desta devolutiva ou a não devolutiva dos resultados, pode ocasionar um desprivilegio ao programa e conseqüente uma desconfiança do processo.

Quanto à fala dos representantes dos municípios, salientamos a fala normativa, quando um dos representantes apresenta a avaliação como um dos objetivos que atendem as necessidades da Atenção Básica no fortalecimento do processo de auto-avaliação, monitoramento e avaliação. Nas demais falas critica-se a estrutura da avaliação externa como um fator que pode prejudicar as equipes e há consenso com o gestor estadual na ausência de *feedback* da avaliação por parte do Ministério da Saúde.

Por estarmos avaliando um Estado que atuou fortemente com o AMQ, o tema avaliação mostrou-se timidamente nas falas ou mesmo de forma esquecida e não prioritária fortalecendo o discurso da necessidade de uma *cultura de avaliação* na AB.

5.1.2 Financiamento

Na análise da categoria *financiamento*, unificamos as relações dos temas das finanças que apareceram nas falas, para que possamos melhor compreender a percepção dos gestores. Dos temas relacionados temos: (1) *Financiamento como desafio*, (2) *Melhora do financiamento*, (3) *Adesão ao programa pelo incentivo financeiro* e (4) *Concretização do financiamento*.

No manual, a categoria *financiamento* está descrita como desafio, descrito em termos de sua atual insuficiência e inadequação na AB e como uma diretriz para instituir mecanismos de sua execução por meio de compromissos por parte das equipes da AB.

Desafio: Financiamento insuficiente e inadequado da AB;

Diretriz: Instituir mecanismos de financiamento da AB mediante contratualização de compromissos por parte das equipes da AB (BRASIL, 2011).

5.1.2.1 Percepção sobre Financiamento no Macro-Contexto

Na opinião de um dos gestores do Ministério da Saúde o tema do *financiamento como desafio* é apresentado como uma necessidade na saúde agravando-se quando relacionado à AB.

São muitas coisas, desde aspectos relacionados a maneira mais estrutural ao financiamento da atenção básica, de uma maneira geral ao financiamento da saúde ainda é muito ruim no Brasil, e quando a gente vai pro campo específico da atenção básica o financiamento poderia ser ainda maior (MACRO 1).

Na fala de outro gestor, é apontada como ponto positivo do programa a *melhora do financiamento*, tendo em vista que os recursos da AB ficaram estagnados durante anos e com o PMAQ os Municípios receberam um aumento nos valores repassados para que possam implementar as ações do programa

O recurso, o financiamento que durante muitos anos ficou estagnado, o ano passado a gente teve uma melhoria e um avanço no aumento do “PAB FIXO” e no “PAB VARIÁVEL”, saiu as portarias o ano passado teve aumento, esse ano já teve outro aumento...Então o recurso não é só na forma de incentivar o município que implemente, mas que a gente não tinha outra forma de além de induzir, financiar, então a gente arranhou uma forma de ajudar os municípios a ter outro tipo de financiamento a melhorar esse repasse entre o ministério para os municípios (MACRO 3).

Já um terceiro tema se manifesta como ponto negativo, pois observou-se entre os municípios a *adesão ao programa pelo incentivo financeiro*, tendo o programa como processo de os municípios cumprirem tarefas normativas (“processo tarefeiro”) para “receber mais dinheiro”, o qual desvirtua os objetivos do programa. Mas reconhece-se que esse é um processo cultural e que deverá ser reorientado nas reconstrutualizações.

Outra coisa que eu acho muito importante ser dita em relação a aspectos que podem ser considerados negativos, é que por uma cultura que a gente tem de gestão muito verticalizada, a gente e os gestores municipais tendem a achar que o PMAQ é mais um processo tarefeiro de receber um plus de dinheiro pra a atenção básica...que o PMAQ, ele não é um mero instrumento um mero artifício pra você receber mais dinheiro do Ministério, tem um sentido pedagógico que vai extrapolar muito e é esse o nosso objetivo o contexto de qualificar a atenção básica, que é o objetivo principal... agora isso tá fora da governabilidade, e faz parte de um processo cultural que só vai ser de alguma forma desconstruído com o movimento das mesmas, das contratualizações e reconstrutualizações e de uma credibilidade, de uma acreditação por parte dos gestores municipais (MACRO 2).

Por último, a representante da universidade o *financiamento* do programa é um objetivo que têm possibilidades de *concretização*, e que o mesmo já está posto.

O que já está sendo concretizado é o repasse financeiro, e isso já tá posto (MACRO 4).

5.1.2.2 Percepção sobre Financiamento no Meso-Contexto

Para o representante da Gestão Estadual, o *financiamento* aparece *como um desafio* e uma das muitas necessidades da Atenção Básica;

As necessidades são muitas... não tem essa estrutura física, financiamento, profissional médico, sistemas de informação, o acesso da internet, educação permanente dos profissionais de saúde (MESO).

Surge ainda como ponto positivo do programa a *melhora do financiamento*, devido ao aumento do repasse financeiro, ainda insuficiente. Contudo, na medida em que os municípios forem se qualificando estes recursos poderão tornar-se suficientes. Afirma ainda que, se os recursos forem utilizados de acordo com o que foi discutido no programa, isto é em ações da AB e dialogado com os profissionais, este objetivo será um dos que atendem as necessidades da AB.

Analisando todo o programa observamos como ponto positivo o aumento do repasse financeiro, visto que hoje ainda é pouco, mas a medida em que os Municípios estão se qualificando estes recursos vão aumentando ao ponto de se tornarem suficientes para qualificação da atenção básica (MESO).

Eu acho que ele atende, eu acho que os objetivos dele vem pra atender. Se o gestor entender que esse recurso deve ser discutido entre os profissionais inicialmente e prioritariamente, e que a utilização desse recurso é pra execução das ações. Se o gestor entender isso então é a medida certa mesmo, ele tem tudo pra melhorar mesmo a qualidade do acesso (MESO).

Ademais, apresenta a importância deste repasse como um dos objetivos propostos de *concretização*.

A gente recentemente num encontro a gente percebeu isso “ah e quando é que vai abrir a adesão?”, é claro que tem o componente do financiamento que é importante (MESO).

5.1.2.3 Percepção sobre Financiamento no Micro-Contexto

Na fala de um dos gestores municipais o *financiamento* suficiente para o custeio das equipes é apresentado *como um desafio*, sendo o aumento do repasse financeiro uma das necessidades da Atenção Básica:

Primeiro o aumento do recurso financeiro pra atenção básica, que seja suficiente para o custeio das equipes (MICRO 4).

Para outro gestor, o aumento do repasse financeiro é visto como insuficiente, mas que é uma *melhora* e por isso considera como um ponto positivo do programa:

Apoio na requalificação com recurso para investimento, a “melhoria no financiamento” apesar de não ser suficiente para custear uma equipe, mas já é uma melhora (MICRO 3).

Em outra fala, é ressaltada a importância do repasse e da atenção por parte do ministério da saúde sobre esta fragilidade nos município, considerando assim, um dos objetivos com possibilidades de *concretização*.

Isso é muito importante, o ministério da saúde teve observado essa fragilidade na parte de financiamento da atenção básica e com isso incentivar as melhorias para aqueles que realmente estão desempenhando um bom funcionamento das suas equipes... esse grande incentivo financeiro e com essa melhoria da reestruturação das unidades básicas e também esse apoio de custeio para que realmente não falte nada dentro das unidades, isso melhora todas as condições de saúde (MICRO 2).

5.1.2.4 Comparação da percepção sobre Financiamento nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 15** apresentamos a síntese da categoria Financiamento dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 15

Síntese da Categoria *Financiamento*

MANUAL PMAQ		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiamento como desafio</i> • <i>Adesão ao programa pelo incentivo financeiro</i> 		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiamento como desafio</i> • <i>Melhora do financiamento</i> • <i>Adesão ao programa pelo incentivo financeiro</i> • <i>Concretização do financiamento</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiamento como desafio</i> • <i>Melhora do financiamento</i> • <i>Concretização do financiamento</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiamento como desafio</i> • <i>Melhora do financiamento</i> • <i>Concretização do financiamento</i>

Considerado como uma das necessidades da AB nas três esferas é visível para todos os representantes o subfinanciamento da AB. Notório também que o aumento do repasse financeiro para as equipes que aderiram ao PMAQ, embora insuficiente, veio proporcionar uma oxigenação nas finanças dos municípios incentivando um melhor desempenho das equipes da AB. No entanto, é importante destacar duas questões: A primeira é a divergência dos objetivos do programa apresentada no discurso do ministério, onde na visão deste o município aderiu ao programa apenas para receber o recurso financeiro enquanto a visão do ministério da saúde o incentivo é um forma de proporcionar a qualidade da AB e melhoria do acesso. A segunda questão é a opinião do estado e vem de encontro com a primeira onde é apontado que o recurso poderá atender ao objetivo do programa e tornar-se suficiente na medida em que os municípios utilizarem os recursos de forma coerente, nas ações da Atenção Básica.

5.1.3 Infraestrutura

A categoria *infraestrutura* incluiu dois temas: (1) *Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica* e (2) *Infraestrutura como possibilidade de concretização*.

No manual, a infraestrutura é uma das sub-dimensões do instrumento de certificação das equipes de AB da avaliação externa.

A infraestrutura é uma das subdimensões do Instrumento de Certificação das Equipes de Atenção Básica da avaliação externa (BRASIL, 2011).

5.1.3.1 Percepção sobre Infraestrutura no Macro-Contexto

A *infraestrutura* é considerada como uma das *necessidades da Atenção Básica* no intuito de garantir uma estrutura física mínima, com acesso facilitado e espaços onde os profissionais possam desenvolver suas ações na AB.

Eu acho que as necessidades são grandes, um fato extremamente positivo do ministério é de ver como que tá essa estrutura, tanto a estrutura física quando a estrutura de profissionais, e em cima disso a gente poder qualificar e a qualificação vai desde prédios adequados, acessibilidade a portadores de necessidades especiais, a estrutura física mínima necessária pra que os profissionais possam desenvolver suas atividades (MACRO 4).

Aí passa tanto do ponto de vista das condições de infraestrutura, de equipamentos necessários para o funcionamento das unidades básica de saúde (MACRO 1).

5.1.3.2 Percepção sobre Infraestrutura no Meso-Contexto

Na visão do estado a *infraestrutura* é apontada também como uma das *necessidades da Atenção Básica*.

As necessidades são muitas... não tem essa estrutura física, financiamento, profissional médico, sistemas de informação, o acesso da internet, educação permanente dos profissionais de saúde (MESO).

5.1.3.3 Percepção sobre Infraestrutura no Micro-Contexto

Na visão dos gestores municipais, a *infraestrutura* desponta como *necessidade da Atenção Básica*,

A necessidade maior para qualificar, além do investimento, a questão da infraestrutura e melhoria na formação dos recursos humanos voltados a atenção básica (MICRO 1).

E é apresentada como objetivo que atende as necessidades da AB e que são propostos *como possibilidade de concretização*.

Eu acho que a reestruturação da unidade de saúde, eu acho que esse é um dos objetivos que a gente acredita que tende a ser concretizado com facilidade, porque a gente imagina que o padrão criado pelo PMAQ é objetivando a melhoria do acesso com qualidade, a infraestrutura vem em primeiro lugar, dar condição ao trabalhador e ao usuário de ter uma estrutura com condições suficientes para acolher a todos (MICRO 1).

Eu acho que promover a conformidade de UBS foi muito importante, nós sabemos que não tínhamos condições, financiamentos adequados, apropriados, para que a gente conseguisse dar essa melhorada na parte de infraestrutura, isso foi muito bom, esse grande incentivo financeiro e com essa melhoria da reestruturação das unidades básicas e também esse apoio de custeio para que realmente não falte nada dentro das unidades, isso melhora todas as condições de saúde (MICRO 2).

5.1.3.4 Comparação da percepção sobre infraestrutura nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 16** apresentamos a síntese da categoria Infraestrutura dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 16

Síntese da Categoria *Infraestrutura*

MANUAL PMAQ		
• <i>Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica</i>		
Macro	Meso	Micro
• <i>Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica</i>	• <i>Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica</i>	• <i>Infraestrutura como necessidade da Atenção Básica</i> • <i>Infraestrutura como possibilidade de concretização.</i>

De acordo com o manual a infraestrutura é uma das sub-dimensões do instrumento de certificação das equipes de AB da avaliação externa. Observamos que, além de ser considerada necessidade da AB pelos representantes das três esferas de gestão, nas falas dos gestores municipais é uma das necessidades que o programa do PMAQ poderá atender, reestruturando as unidades de saúde.

5.1.4 Educação Permanente

Para análise da categoria *educação permanente*, reunimos algumas relações da educação que apareceram nas falas para que possamos melhor compreender a percepção dos gestores. Essas relações expressam-se nos seguintes temas: (1) *Educação permanente como compromisso de gestão*, (2) *Qualificação dos profissionais* e (3) *Qualificação dos processos de trabalho*.

No manual, a *educação permanente* é um dos objetivos específicos, apresentado *como compromisso das três esferas de gestão* e uma das dimensões do processo de desenvolvimento do programa. Deve pressupor um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos.

É um dos objetivos específicos, apresentado como compromisso das três esferas e uma das dimensões do processo de desenvolvimento do programa (BRASIL, 2011).

5.1.4.1 Percepção sobre Educação Permanente no Macro-Contexto

Para o ministério da saúde a educação permanente esta uniforme com que categoriza o manual do PMAQ como necessidades da Atenção Básica para *qualificação de profissionais e dos processos de trabalho* de gestão na AB.

Eu acho que as necessidades do município são muitas, se a gente pensar no programa saúde da família, tem feito um trabalho pro ministério muito bom pensando em quantidade, de cobertura, acreditando-se que basta cobertura pra ter qualidade. E de um tempo pra cá notou que não é só isso, o atendimento tem que ter qualidade, os profissionais tem que ser qualificados, eles tem que ter vínculo com a unidade básica, e eu acho que é dentro dessa lógica que o ministério tem feito esse trabalho do PMAQ (MACRO 4).

Então essas necessidades, por mais que a gente tenha aqui mapeado que vão desde provimento e fixação de profissionais diante da alta rotatividade que existe na estratégia de saúde de família, tem uma qualificação de processos de trabalhos de gestão na atenção básica desses municípios (MACRO 1).

Considerado ainda como ponto positivo na opinião de um dos gestores no ministério da saúde onde enfatiza que o processo do AMAQ é um processo de imersão das equipes nos *processos de trabalho, para a sua qualificação*. Por outro lado, o próprio ciclo de reconstrutualização fomenta a educação permanente.

A partir do momento que a gente tiver o resultado dessa avaliação externa nos vamos ter parâmetro para reconstrutualizar o segundo ciclo, todo esse movimento cria um contexto muito favorável ao fomento da educação permanente... instrumento da AMAQ que foi amplamente divulgado e distribuído para todas as equipes que aderiram ao programa, esse processo de imersão das equipes em cima dos seus processos de trabalho produziu por si só um movimento de educação permanente que tende a ser muito mais acrescido de volume na medida em que os ciclos se reconstrutualizarem (MACRO 2).

5.1.4.2 Percepção sobre Educação Permanente no Meso-Contexto

Na opinião do estado a educação permanente é considerada de forma pontual dentre muitas outras necessidades da AB, dentre elas a *qualificação dos profissionais*.

As necessidades são muitas... não tem essa estrutura física, financiamento, profissional médico, sistemas de informação, o acesso da internet, educação permanente dos profissionais de saúde (MESO).

5.1.4.3 Percepção sobre Educação Permanente no Micro-Contexto

Na opinião de todos os gestores municipais, a educação permanente é apontada como uma das necessidades da AB. Surge desde a *qualificação dos profissionais*, especialmente o médico que não colabora no processo de educação permanente, a educação continuada até a *melhoria do processo de trabalho*.

Uma das maiores dificuldades que eu acho para a qualificação da atenção básica é recursos humanos, profissional médico...Então ainda tem que capacita-los mais e é com essas dificuldades que a gente sente que temos que melhorar mais essa área que é do profissional médico (MICRO 2).

Seria um processo de educação permanente do jeito que a gente tinha antigamente o introdutório da atenção básica (MICRO 4).

A gente precisa ter mais investimento e melhoria dos recursos humanos do RH que é fundamental que você tenha essa melhoria de acesso (MICRO 1).

Infraestrutura das UBS, educação continuada e a melhoria do processo de trabalho (MICRO 3).

Mas além de necessidade da Atenção Básica é identificado como uma falha no processo de implantação do programa, por não estar adequada à necessidade de *qualificar os profissionais*.

Eu luto muito pela educação permanente, a capacitação, e isso deixa muito a desejar, principalmente na minha região. A educação continuada isso ainda está muito escasso o número de vagas... ficam mais centralizados, próximo a macro Fortaleza... deixa muito a desejar na oferta de capacitação de estimular o profissional na educação (MICRO 2).

5.1.4.4 Comparação da percepção sobre Educação Permanente nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 17** apresentamos a síntese da categoria Educação Permanente dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 17

Síntese da Categoria *Educação Permanente*

MANUAL PMAQ
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Educação permanente como compromisso de gestão</i> • <i>Qualificação dos profissionais</i> • <i>Qualificação dos processos de trabalho.</i>

Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Educação permanente como compromisso de gestão</i> • <i>Qualificação dos profissionais</i> • <i>Qualificação dos processos de trabalho.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qualificação dos profissionais</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qualificação dos profissionais</i> • <i>Qualificação dos processos de trabalho.</i>

No manual do programa a educação permanente é apresentado *como compromisso das três esferas de gestão* e uma das dimensões do processo de desenvolvimento do programa. Na percepção do Ministério da Saúde podemos mais uma vez observar o discurso normativo do manual, utilizando-se de expressões conceituais e de instrumentos que compõem o manual. Quanto a percepção do estado o tema educação permanente aparece discretamente.

No entanto na percepção dos municípios já é pautado nas dificuldades que existem na educação permanente, educação continuada, na qualificação e capacitação do profissional e surge ainda o médico como fator complicador do processo. Ademais, apontam que ela tem impacto na melhoria no processo de trabalho.

5.1.5 Qualidade da Atenção Básica

Na análise da categoria *qualidade da Atenção Básica*, buscou-se perceber a opinião dos gestores sobre o tema que é considerado como o principal objetivo do programa que é a indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção. Os temas que integram essa categoria foram: (1) *PMAQ como oportunidade de discussão sobre qualidade da Atenção Básica*, (2) *Qualidade como consequencia do aumento do repasse financeiro* e (3) *PMAQ como programa que aperfeiçoa as estratégias existentes*.

5.1.5.1 Percepção sobre Qualidade da Atenção Básica no Macro-Contexto

A qualidade da Atenção Básica é um dos objetivos essenciais do programa do PMAQ juntamente com acessibilidade. O programa elabora seus objetivos e diretrizes abrangendo seu olhar antes de percentual de cobertura, tendo em vista uma melhor qualidade dos serviços prestados à população.

Considerado como o principal objetivo do programa a indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011).

Ademais, o PMAQ tem sido entendido pelo Macro-Contexto como uma *oportunidade de se discutir efetivamente sobre a Qualidade da Atenção Básica*:

E esse desempenho vai está relacionado a uma série de questões que a gente trata como qualidade na atenção básica... O PMAQ vem num momento muito importante, decisivo, pra que a gente possa discutir questões que são absolutamente relevantes e estruturantes para a atenção básica, a gente tem algum tempo a gente não fez isso de maneira significativa porque a gente apostava de maneira muito forte na ideia da ampliação das coberturas em atenção básica, sobretudo em saúde da família, e muitos dos gargalos e dos programas que estavam relacionados à qualidade da atenção básica na saúde da família de certa maneira ou foi pouco debatido ou foi de alguma medida negligenciado (MACRO 1).

5.1.5.2 Percepção sobre Qualidade da Atenção Básica no Meso-Contexto

Na opinião da gestão estadual a qualidade surge como *consequência do aumento do recurso financeiro* repassado pelo Ministério da Saúde:

Analisando todo o programa observamos como ponto positivo o aumento do repasse financeiro, visto que hoje ainda é pouco, mas a medida em que os Municípios estão se qualificando estes recursos vão aumentando ao ponto de se tornarem suficientes para qualificação da atenção básica (MESO).

5.1.5.3 Percepção sobre Qualidade da Atenção Básica no Micro-Contexto

Considerada como ponto positivo do programa para um gestor, este diz que o PMAQ veio dar *continuidade* a um determinado programa já desenvolvido em seu município. Na opinião de outro gestor o PMAQ não tem nenhum ponto negativo, mas que deve ser *aperfeiçoado*.

Ele foi uma continuação...o ,programa de melhoria da qualidade a gente já tinha no município, tivemos um grande avanço e ele veio pra complementar. Então em todas as áreas, de infraestrutura, de planejamento, de atuação, a execução mesmo das atividades ele teve uma importância fantástica e está tendo na atenção básica, grande melhoria mesmo, ao acesso do paciente, dos profissionais, do entrosamento, tudo veio pra melhorar” (MICRO 2).

Eu acho que o PMAQ, não tem ponto negativo, na minha Percepção, não vejo ponto negativo no PMAQ. Acho que ele é um sistema que visa melhorar o acesso na qualidade do serviço prestado, e como é uma estratégia nova, lógico que ela precisa ser aperfeiçoada, mas eu não vejo ponto negativo no PMAQ (MICRO 1).

5.1.5.4 Comparação da percepção sobre Qualidade da Atenção Básica nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 18** apresentamos a síntese da categoria Qualidade da Atenção Básica dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 18

Síntese da Categoria *Qualidade da Atenção Básica*

MANUAL PMAQ		
• <i>PMAQ como programa que aperfeiçoa as estratégias existentes.</i>		
Macro	Meso	Micro
• <i>PMAQ como oportunidade de discussão sobre qualidade da Atenção Básica</i>	• <i>Qualidade como consequência do aumento do repasse financeiro</i>	• <i>PMAQ como programa que aperfeiçoa as estratégias existentes.</i>

Considerado como o principal objetivo do PMAQ, a temática da *qualidade da Atenção Básica* diverge nas três esferas de gestão. Colocado pelo Ministério da Saúde como um olhar que sai somente da ampliação da cobertura da Atenção Básica, o PMAQ tem por objetivo reorientar a qualidade dos serviços que têm chegado à população. No entanto, os municípios, juntamente com o gestor estadual, parecem que ainda não entenderam o objetivo do programa entendendo que a qualidade da Atenção Básica não é “objetivo”, consequência de outros fatores, dentre os quais, o aumento de recursos financeiros. Não obstante, entendem que se trata de programa que aperfeiçoa as estratégias já existentes.

5.1.6 Envolvimento dos Profissionais

Na análise da categoria *envolvimento dos profissionais* reunimos temas que apareceram das falas dos gestores, a saber: (1) *Necessidade de envolvimento dos médicos*, (2) *Avaliação prejudicada por “maqueamento” da informação* e (3) *Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais*.

No manual do PMAQ, uma das diretrizes do programa é envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica.

Uma das diretrizes do programa é envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica (BRASIL, 2011)

5.1.6.1 Percepção sobre Envolvimento dos Profissionais no Macro-Contexto

Esta necessidade não aparece na fala dos gestores do Ministério da Saúde, mas claramente na fala do representante da universidade, responsável pela avaliação externa do programa. O vínculo da equipe com a comunidade é apresentado como necessidade da Atenção Básica, particularmente no que se refere ao *médico*. Considerado profissional mais “complicante” que os das demais categorias, ele é visto como profissional que não foi preparado na academia para atuar na Estratégia Saúde da Família, apresentando um distanciamento da comunidade e uma alta rotatividade nas UBS’s.

Acho que um dos pontos principais hoje é o vínculo da equipe com a comunidade, e o vínculo da equipe entre si, principalmente os médicos, quando a gente pensa no interior do estado, quando poucos médicos se vinculam, eu acho que não só com os médicos mas com os outros profissionais deles serem treinados pro saúde da família, porque as nossas universidades continuam treinando os nossos profissionais, com algumas raras e positivas exceções... porque hoje há uma rotatividade muito grande de médico, médico entra, médico sai e eles não estão preparados pro perfil de atender na atenção básica (MACRO 4).

Quanto às falhas no processo de implantação, o representante do Ministério da Saúde ressalta a necessidade de envolvimento das equipes, dos trabalhadores e dos usuários no processo de contratualização. Mas a avaliação desse aspecto é prejudicada pela denúncia de que em alguns municípios houve um falseamento por parte de gestores municipais quanto às informações na avaliação externa, uma “maqueada” na gestão. E segundo ele, isso se deu pela *falha na informação*.

Eu acho que o mais importante, e pensando na implantação de maneira mais dura, é o envolvimento dos trabalhadores, das equipes e de alguma medida os usuários nesse processo de contratualização. E envolvimento pra poder garantir que os atores que são relevantes pra fazer essa modificação que a gente pretende no programa possam sentir implicado, possam sentir protagonista do processo... já aparece muita denúncia ou informação, não em forma de denúncia, que há um certo objetivo de

falseamento das coisas que estão acontecendo na realidade, sobretudo por parte dos gestores municipais... para que no momento da avaliação externa a gente seja melhor avaliado do que efetivamente ela seria se elas não fossem “maquiadas” ou produzidas para gerar esse falseamento (MACRO 1).

5.1.6.2 Percepção sobre Envolvimento dos Profissionais no Meso-Contexto

Para a gestão estadual o envolvimento dos profissionais é um objetivo com *possibilidades concretas de realização*, e que já se tem observado em alguns municípios.

O profissional ele ficou mais atento ao seu território, ele ficou mais atento a população sobre sua responsabilidade, ele ficou mais atento à questão dos indicadores e não só o cumprimento de metas, ele ficou preocupado mesmo com a questão epidemiológica, nós ouvimos nesse processo inclusive de avaliação externa, a gente acompanhou em alguns municípios, a gente percebeu como os profissionais e o gestor ficaram preocupados por exemplo em acessibilizar a unidade de saúde (MESO).

5.1.6.3 Percepção sobre Envolvimento dos Profissionais no Micro-Contexto

Para o gestor municipal surge como necessidade da Atenção Básica, mas, da mesma forma que no Macro-Contexto, denuncia o profissional *médico* como fator conflitante na equipe, por não participar da educação permanente, por sua dificuldade de trabalhar em equipe e de seu despreparo para atuar na Atenção Básica, tornando-se um ponto negativo no programa.

Nós tivemos um grande avanço nos profissionais da enfermagem, toda a equipe da odontologia, da saúde bucal, mas o profissional médico, além da dificuldade da contratação, a dificuldade dele ingressar mesmo no trabalho de equipe, ter o conhecimento e atuar mesmo a parte de promoção e prevenção a saúde (...). A única coisa que eu ainda considero negativo é essa, a dificuldade do entrosamento mesmo do profissional médico, precisa a gente tá em cima, puxando, muita parte burocrática, eles não estavam acostumados com essa burocracia, a maior dificuldade é essa (MICRO 2).

Porque hoje há uma rotatividade muito grande de médico, médico entra, médico sai e eles não estão preparados pro perfil de atender na atenção básica (MICRO 4).

Por último, a *falta de envolvimento e mobilização do profissional* é considerada como falha no processo de implantação, tendo como consequência uma pressão por parte do ministério da saúde para os municípios aderirem ao programa e caso contrário, ficariam restritos de recebimento de recursos.

Eu acho que as principais falhas vão ser implantar uma estratégia nova que os profissionais que estão envolvidos naquele processo assimilem essa estratégia. Acho que isso é um grande desafio, é um grande problema (MICRO 1).

Não tivemos mobilização devida, o envolvimento necessário, diz-se que é adesão, mas se não aderir está fora do modelo e perde o financiamento, não seria essa a mudança que queríamos e nem a melhor forma de resolver os nós críticos da Atenção básica (MICRO 3).

5.1.6.4 Comparação da percepção sobre Envolvimento dos Profissionais nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 19** apresentamos a síntese da categoria Envolvimento dos Profissionais dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 19

Síntese da Categoria *Envolvimento dos Profissionais*

MANUAL PMAQ		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais</i> 		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de envolvimento dos médicos</i> • <i>Avaliação prejudicada por “maqueamento” da informação</i> • <i>Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de envolvimento dos médicos</i> • <i>Necessidade de mobilização para o envolvimento dos profissionais.</i>

Tanto na percepção do ministério quanto do município o envolvimento dos profissionais é considerado como necessidade da Atenção Básica. Na opinião dos mesmos, o médico é um fator complicante deste envolvimento. Ele não se envolve com a equipe nem tem vínculo com a comunidade, muitos não estão preparados para atuar na Atenção Básica e nem participam da educação permanente.

Município e ministério também apresentam este tema como falha na implantação de forma divergente. O ministério diz que o município apresentou uma gestão maquiada na avaliação externa, por outro lado, o município diz que foi pressionado a aderir ao processo para não ficar de fora do financiamento.

Já o estado tem bons olhos para este tema. Na fala, já é observado o envolvimento dos profissionais e mudanças nas equipes da AB e que este é um temas possíveis de concretização.

5.1.7 Participação do Gestor Estadual

Nesta categoria, identificamos os seguintes temas: (1) *Gestor Estadual como parceiro envolvido*, (2) *Não-participação do Gestor Estadual*.

No manual são apresentados alguns compromissos das três esferas de governo. Especificamente para o Gestor Estadual apresenta:

Instituir mecanismos de apoio institucional aos municípios; implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no estado; ofertar ações de Educação Permanente e outras estratégias de qualificação da gestão; estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica; contribuir com a coordenação nacional do processo de Avaliação Externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do Programa, dentre outros (BRASIL, 2011).

5.1.7.1 Percepção sobre Ausência da Participação do Gestor Estadual no Macro-Contexto

Na percepção do representante do Ministério da Saúde, o *Gestor Estadual é um parceiro envolvido* no processo transparente do programa.

Que estou querendo dizer, do ponto de vista formal, tem dos objetivos mais importantes que já estamos conseguindo cumprir, que é dar transparência a aquilo que efetivamente está acontecendo na atenção básica do país, envolver gestão municipal e estadual e nessa parceria com o Ministério da Saúde garantir esse movimento em direção a qualificação, ampliação dos recursos pra atenção básica (MACRO 1).

5.1.7.2 Percepção sobre Não-Participação do Gestor Estadual no Meso-Contexto

Para o representante da Gestão Estadual, um dos pontos negativos do programa e que se constituiu em falha no processo de implantação é a *não-participação do Gestor Estadual* no processo de implantação do PMAQ. A pactuação e a adesão feitas diretamente entre o Ministério da Saúde e os municípios deixaram o Gestor Estadual à margem do processo de implantação. Mas, mesmo nestas circunstâncias, o Gestor Estadual procurou atender aos municípios da melhor forma possível.

O Ministério da Saúde fez a negociação direta com os municípios, deixando de fora a participação do Estado. Mesmo depois, com tantas dúvidas dos municípios, nós nos mobilizamos para tentar ajudar no que fosse possível, articulando com as regionais. Só depois foi que o MS percebeu, devido ao grande número de dúvidas dos municípios e que os apoiadores institucionais não tinham como conseguir responder a todas as dúvidas é que eles entraram em contato conosco (...). Primeiro foi a forma de como ele foi implantado e como foi feito a adesão, uma adesão que foi entre ministério e município, a gente, as secretarias estaduais apesar de todo o esforço que a gente teve e preocupação que a informação chegasse corretamente aos profissionais...a comunicação toda de indicadores, de pactuação de metas, todo município com o ministério nós não tivemos possibilidade disso no estado... a gente não tinha acesso porque a senha era municipal, nós não tivemos acesso, os municípios por sua vez com muitas dúvidas e a gente sem poder assessorá-los porque a gente não tinha a menor comunicação, não existia nenhuma possibilidade nesse sistema, nessa adesão, da gente se envolver (MESO).

5.1.7.3 Percepção sobre Não-Participação do Gestor Estadual no Micro-Contexto

Um dos representantes dos municípios compartilhou como ponto negativo a *não-participação do Gestor Estadual* no processo de implantação do programa.

O Estado ficou aquém do processo (MICRO 3).

5.1.7.4 Comparação da percepção sobre Participação do Gestor Estadual nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 20** apresentamos a síntese da categoria Participação do Gestor Estadual dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 20

Síntese da Categoria *Participação do Gestor Estadual*

MANUAL PMAQ		
• <i>Gestor Estadual como parceiro envolvido</i>		
Macro	Meso	Micro
• <i>Gestor Estadual como parceiro envolvido</i>	• <i>Não-participação do Gestor Estadual.</i>	• <i>Não-participação do Gestor Estadual.</i>

Visivelmente observamos uma divergência de opinião. No manual é clara a necessidade de participação do Gestor Estadual no programa. Na fala do Ministério da Saúde, esta parceria é concreta. No entanto, para o representante da Gestão Estadual e para um representante dos municípios, ocorreu exatamente o contrário: o Gestor Estadual ficou excluído do processo. Mas, mesmo assim, percebe-se o Gestor Estadual procurou inserir-se e colaborar com os municípios no processo de implantação do PMAQ.

5.1.8 Fixação dos Profissionais

Na análise da categoria *fixação dos profissionais*, identificamos os seguintes temas: (1) *alta rotatividade dos profissionais*, (2) *elemento na continuidade do cuidado*.

No manual um dos desafios do programa é a instabilidade das equipes pela *alta rotatividade dos profissionais*, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe.

Um dos desafios do programa é a instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe (BRASIL, 2011).

Como uma das necessidades da Atenção Básica a *fixação dos trabalhadores* é apresentada na fala dos gestores do ministério da saúde como *elemento na continuidade do cuidado*. Surge como demanda dos Municípios e como um contraste a *alta rotatividade de profissionais* na atenção básica.

Então essas necessidades, por mais que a gente tenha aqui mapeado que vão desde provimento e fixação de profissionais diante da alta rotatividade que existe na estratégia de saúde de família, tem uma qualificação de processos de trabalhos de gestão na atenção básica desses municípios, o que o PMAQ traz é muito esse diagnóstico vindo pelos próprios municípios (MACRO 2).

A fixação dos trabalhadores na continuidade do cuidado, elementos relacionados aos processos de gestão que são também importantes (MACRO 1).

A categoria *fixação dos profissionais* aparece ainda como ponto positivo do programa ao *induzir*, por meio de *incentivos financeiros*, à fixação de profissionais nos municípios.

Para, além disso, o PMAQ traz uma indução fortíssima de estímulo ao provimento e fixação de profissionais nos municípios... um campo muito fértil para que trabalhadores e gestores da atenção básica possam através das suas necessidades e demandas compatibilizarem desafios e suas próprias aspirações e necessidades enquanto trabalhadores no campo da saúde, e suas necessidades e aspirações enquanto gestores do campo da atenção básica pra que exatamente consiga de alguma forma, a gente refrear a alta rotatividade de profissionais, o provimento e a fixação de profissionais, a satisfação do usuário também é retratado no PMAQ (MACRO 2).

Então eu acho que essa coisa do recurso, de tentar ajudar eles a ter esse vínculo profissional porque as equipes precisam estar compostas na íntegra, elas precisam de todos os profissionais lá. Inclusive eles vão perceber isso não só pro PMAQ mas porque a gente está direcionado a atenção da política de atenção básica, então eles precisam estar de acordo com a política e eu acho que o que ajuda muito o município é esse repasse de recurso que durante muito tempo ficou estagnado e eles estavam precisando (MACRO 3).

No **Quadro 21** apresentamos a síntese da categoria Fixação dos Profissionais na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 21

Síntese da Categoria *Fixação dos Profissionais*

MANUAL PMAQ		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alta rotatividade dos profissionais</i> • <i>Elemento na continuidade do cuidado</i> 		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alta rotatividade dos profissionais</i> • <i>Elemento na continuidade do cuidado</i> 	-	-

De acordo com o manual a fixação dos profissionais é um dos desafios do programa. Observamos claramente na fala dos representantes do Ministério da Saúde que a demanda de fixação dos profissionais parte do município, e que a utilização do repasse financeiro para o profissional seria uma forma de lá fixá-lo. No entanto em nenhum momento este discurso aparece na fala dos gestores municipais.

Percebe-nos mais uma vez que a fala dos representantes do Ministério da Saúde é pautada normativamente no manual do programa, e que o município ou não se apropriou dos objetivos do programa, ou tem se fixado nos problemas cotidianos da gestão.

5.1.9 Valorização dos Profissionais

Na análise da categoria *valorização dos profissionais* incluímos as categorias: (1) *necessidade de uma cultura de negociação e contratualização dos recursos humanos*, (2) *a valorização dos profissionais pode ser prejudicada pelo modo de financiamento*.

No manual uma das diretrizes é desenvolver *cultura de negociação e contratualização*, que implique na gestão dos *recursos humanos* em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados.

Uma das diretrizes é desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados (BRASIL, 2011).

O PMAQ é considerado o primeiro programa que apresenta em seu formato a valorização dos profissionais, onde à medida que o município é bem avaliado progressivamente é aumentado o valor do incentivo financeiro e que por sua vez é permitido gratificar seus profissionais de saúde que contribuíram na qualificação da AB. Uma inovadora é cultura de negociação que implica na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados.

O mais importante que eu acho é que pela primeira vez a gente começa a trabalhar com a lógica que reconhece e valoriza quem tá se dedicando se empenhando mais para poder garantir uma atenção básica com qualidade (MACRO 1).

Induzindo também uma cultura de negociação que é fundamental pra exatamente a gente legitimar mais a gestão ascendente, vinda do território e saindo da macrogestão e vindo para micropolítica do território (MACRO 2).

Porque muitas coisas estão vinculadas ao médico e enfermeiro, então isso sai desse bojo, tá pagando a equipe inteira por desempenho, o gestor municipal tem a possibilidade de receber esse recurso e dizer assim: a minha equipe teve um desempenho ótimo, que que eu faço com isso?! Ah eu vou pagar um bônus, uma gratificação por desempenho. Coisa que muitos municípios que são pequenos não conseguem fazer porque eles têm um recurso reduzido (...). Mas eu acho que essa possibilidade de você aderir ao programa de forma negociada, a gente sabe que não é em todo lugar, mas a gente espera e deu oportunidade que os gestores e equipes dos municípios vissem isso de forma pactuada... Por pactuação de metas, por um plano de carreiras que pode ser induzido através dessa negociação, que vai estimular a fixação desse profissional, o estímulo desse profissional a não sair ou não trocar por qualquer oferta de trabalho, às vezes até por municípios vizinhos ao dele, a função de ser profissional saúde da família”. (MACRO 3).

Positivo também é a história das equipes que estão funcionando, que tão dando certo, vão ser valorizadas pelo ministério dessa forma, e isso faz na natureza humana, valorizar quem faz mais (MACRO 4).

Na fala do gestor da universidade *a valorização dos profissionais pode ser prejudicada pelo modo de financiamento* do PMAQ, onde a lógica de receber mais quem é mais bem avaliado, e receber menos ou não receber quem é mais mal avaliado. Tal modo de financiamento redundar numa maior discrepância entre as equipes e um desestímulo das equipes que não estão conseguindo atingir suas metas e sem recursos.

O ponto negativo é a história daquela equipe não tão bem organizada de estarem tendo risco de se sentirem desvalorizadas e simplesmente não correrem atrás do prejuízo. A mentalidade do ministério é...e quem tá lá em baixo vai ficar olhando pra cima e vai querer chegar lá em cima, só que da forma que isso acontecer, não é que existe um patamar... Então pra equipe que está aqui na ponta esquerda da turma normal, ou seja da ponta mais fraca, chegar na ponta direita, não é que ela tem que fazer certas coisas e ela sabe que vai chegar lá, não, ela tem que esperar digamos assim que quem está do lado direito da curva caiu pro lado esquerdo, então é muito mais difícil isso acontecer, do que simplesmente a gente dizer “olha quem tiver essa, essa e essa estrutura vai receber (MACRO 4).

No **Quadro 22** apresentamos a síntese da categoria Valorização dos Profissionais na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 22

Síntese da Categoria *Valorização dos Profissionais*

MANUAL PMAQ		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de uma cultura de negociação e contratualização dos recursos humanos</i> 		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de uma cultura de negociação e contratualização dos recursos humanos</i> • <i>Valorização dos profissionais pode ser prejudicada pelo modo de financiamento</i> 		

Em conformidade com outras categorias, fortalece-se a ideia de fala apropriada e normativa do Macro-Contexto, em contraste a falta de apropriação do PMAQ por partes dos outros gestores. Destacamos a opinião da representante da universidade da discrepância que o programa pode trazer diante daquelas equipes que não estão bem avaliadas e que podem cada vez mais se distanciar da qualidade dos serviços e da ampliação do acesso.

5.1.10 Participação Popular

Na análise da categoria *participação popular* agrupamos as categorias: (1) *foco no usuário*, (2) *satisfação do usuário*, (2) *envolvimento do usuário*.

No manual um dos desafios é estimular o *foco* da Atenção Básica *no usuário*, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Um dos desafios é estimular o *foco* da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

5.1.10.1 Percepção sobre Participação Popular no Macro-Contexto

Uma das dimensões da avaliação do PMAQ é avaliar a *satisfação do usuário* quanto aos serviços prestados pelos profissionais das UBSs. Considerado ponto positivo do programa do PMAQ por apenas um dos entrevistados, sendo este do Ministério da Saúde, a *satisfação do usuário* é mais um dos pontos positivos esquecidos pelos demais gestores.

Eu acho que ele tem também um contexto positivíssimo no campo da satisfação do usuário no sentido de que ele contempla fundamentalmente um dos seus eixos, ouvir o usuário e entender o que para esse usuário tá lá utilizando como unidade básica de saúde lá naquele território, o que esse usuário considera bom no serviço e o que ele não considera, que ele considera precário. Nesse ponto da satisfação do usuário também é retratado no PMAQ e isso deve ser focado (MACRO 2).

5.1.10.2 Percepção sobre Participação Popular no Micro-Contexto

O *envolvimento do usuário* é apresentado como um dos fatores essenciais para que os objetivos propostos pelo programa funcionem de acordo com uma das falas do gestor municipal. O conhecimento do programa pela população vai de encontro ao que foi posto na satisfação do usuário como ponto positivo do programa.

Eu acho que assim, estimular também a participação do usuário, e isso é muito importante, esse fortalecimento da participação popular, das pessoas entendendo o que é o funcionamento da atenção básica, vendo melhorias, a humanização do serviço, é um contexto geral que eu acho que assim, todos os pontos estão sendo muito importantes (MICRO 1).

5.1.10.3 Comparação da percepção sobre Participação Popular nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 23** apresentamos a síntese da categoria Participação Popular dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 23

Síntese da Categoria *Participação Popular*

MANUAL PMAQ		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Foco no usuário</i> • <i>Satisfação do usuário</i> • <i>Envolvimento do usuário</i> 		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Satisfação do usuário</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Satisfação do usuário</i> • <i>Envolvimento do usuário</i>

Considerado pelo programa um desafio, realmente o é, especialmente quando percebemos apenas na fala dois gestores e esquecidos pelo representante estadual. Observamos neste tema uma convergência de opinião entre município e ministério da saúde sobre a importância da participação popular no programa do PMAQ. Muito embora vimos que prevalece na fala do município um tom corriqueiro enquanto a do ministério um tom bem normativo.

5.1.11 Diagnóstico

Na análise da categoria *diagnóstico* utilizamos agrupamos os temas: (1) *diagnóstico como orientador do planejamento*, e (2) *importância do diagnóstico*.

No manual não tem nenhum objetivo ou diretriz que contemple diagnóstico, porém na leitura detalhada do manual observamos uma parte do texto que faz referência ao tema descrito.

O diagnóstico deve orientar o planejamento e a programação de ações de maneira pactuada com a comunidade e as ações implantadas pela equipe devem ser (BRASIL, 2011).

5.1.11.1 Percepção Macro Diagnóstico

Considerado como ponto positivo, o *diagnóstico* é posto conforme manual como *orientador do planejamento* das futuras ações do programa.

Primeiro acho que parte dessas respostas eu já falei, acho que positiva é o diagnóstico, a gente não tem como planejar sem ter um bom diagnóstico, sem entender o que está posto. E essa é a primeira vez que se faz diagnóstico a nível nacional, observando não só as equipes do PMAQ mas as unidades básicas de saúde do país, e isso é um avanço enorme, a gente precisa entender quais são as estruturas, pra que a gente possa planejar melhor, porque a gente precisa saber “olha eu tenho nessa região aqui pessoas qualificadas, e naquela outra não tem gente qualificada”. O ministério tem gasto muito com a universidade aberta do SUS pra fazer especialização pra trabalhadores, mas a verdade é que a gente vai ter pouco controle de quem tá saindo dessa especialização e de quem tá voltando (MACRO 4).

5.1.11.2 Percepção Meso Diagnóstico

Na percepção do gestor estadual o diagnóstico é importante instrumento captado na avaliação nacional da atenção básica.

Outro fator importante é avaliação nacional da atenção básica. Não me lembro do Ministério da Saúde ter feito uma avaliação desta, onde terá toda a situação das unidades de saúde do Brasil inteiro (MESO).

5.1.11.3 Percepção Micro Diagnóstico

Gestores municipais também concordam que o *diagnóstico* que o PMAQ disponibiliza é *importante* para Atenção Básica, podendo proporcionar melhor captação de recursos, visualizar as falhas de rotinas ou mesmo aperfeiçoar as ações de saúde.

Acho que o ponto mais positivo do PMAQ não é o financiamento e sim o diagnóstico, e o PMAQ faz com que as equipes de saúde da família tenham um padrão. Pra que você tenha esse padrão você precisa melhorar todos os aspectos dentro da unidade de saúde, não só na questão da infraestrutura, mas na infraestrutura, equipamentos e recursos humanos. Então o PMAQ lhe dá um diagnóstico local de como está aquela unidade de saúde e somado a isso ele proporciona ao município a captação de recursos para você melhorar aquela estrutura (MICRO 1).

Quando o PMAQ faz um auto diagnóstico, ele consegue mostrar pra equipe enxergar o que deve ser feito, porque as vezes você tem uma equipe que tá a tanto tempo numa determinada unidade, num determinado local e naquela rotina de trabalho, que ela começa a desvirtuar as necessidades da atenção básica, aí quando você faz o auto diagnóstico, que é o primeiro ponto positivo, eu estou me avaliando e daí eu enxergo aquilo que não está conforme, aquilo que não devia estar daquele jeito. Então a auto avaliação do PMAQ é o primeiro ponto positivo (MICRO 4).

5.1.11.4 Comparação da percepção sobre Diagnóstico nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 24** apresentamos a síntese da categoria Diagnóstico dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 24

Síntese da Categoria *Diagnóstico*

MANUAL PMAQ		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diagnóstico como orientador do planejamento</i> • <i>Importância do diagnóstico</i> 		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Importância do diagnóstico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Importância do diagnóstico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Importância do diagnóstico</i>

O diagnóstico é um dos pontos considerados positivos tanto na percepção dos gestores da universidade, estado e municípios. Com avaliação externa do ministério da saúde, foi concretizado um diagnóstico a nível nacional de toda Atenção Básica do Brasil. Com a grande diversidade territorial e epidemiológica do Brasil, o Ministério da Saúde pode, hoje, com o diagnóstico, identificar as regiões epidemiológicas e definir quais ações, serviços e quanto de recursos podem ser distribuídos para cada região de forma a atenuar as diferenças discrepantes existentes nas regiões de saúde Atenção Básica. Outro fator é quanto à alocação de recursos para educação permanente de forma a garantir a padronização dos serviços na Atenção Básica. Quanto aos Municípios poderá redirecionar suas ações e serviços das unidades que não estão sendo bem avaliadas e intensificar as ações das bem avaliadas.

Ressaltamos que no tema avaliação é apresentado como ponto negativo a ausência de feedback deste diagnóstico avaliação em tempo hábil e que a demora desta devolutiva ou a não devolutiva dos resultados, pode ocasionar um desprivilegio ao programa e consequente uma desconfiança do processo.

5.1.12 Tempo Exíguo

Na análise da categoria *tempo exíguo*, agrupamos as seguintes categorias: (1) *fator de pressão nos municípios*, (2) *tempo político dos municípios*, (3) *ressignificação do tempo*, (4) *necessidade de tempo para os municípios se informarem e se prepararem*.

No manual é descrito somente o período de inscrição que ocorreram entre os dias 1º de setembro e 31 de outubro de 2011, ficando suspensas novas inscrições para o ano de 2012 e abrindo novamente no ano de 2013, pressupondo que no ano de 2012 acontecerá o período de implantação do programa.

Neste primeiro ano de implantação do Programa, será feita uma exceção à regra, na medida em que as inscrições ocorrerão entre os dias 1º de setembro e 31 de outubro de 2011, ficando suspensas novas inscrições para o ano de 2012 e abrindo novamente no ano de 2013. (BRASIL, 2011).

5.1.12.1 Percepção sobre Tempo Exíguo no Macro-Contexto

Considerado ponto negativo no processo de implantação para os representantes do ministério o tempo exíguo para implantação do programa em todo território nacional. Percebido pelos próprios gestores, este fator negativo é apresentado como *fator de pressão nos municípios*, ocorrendo o risco de implantarem desordenadamente, sem maiores discussões entre os pares e serem prejudicados na avaliação.

Olha os pontos que eu considero negativo no PMAQ, e aí eu acho que é uma questão muito de tempo de gestão, temos o desafio de implementar uma política e fazer concretizar na prática de formular a política enquanto ministério e implementá-la na prática nos territórios e os tempos de gestão que isso leva que as vezes produzem, poderiam produzir um resultado muito maior, muito melhor se nossos tempos não estivessem tão exíguos, restritos para determinados períodos... Então houveram algumas situações que esses tempos ficaram muito atropelados... e pode ser que em alguns casos o próprio gestor tenha lá resolvido que a equipe iria fazer e não necessariamente isso tenha sido pactuado com a equipe (MACRO 2).

Outro fator é a diferença do *tempo político entre municípios*, estados e governo federal, que pode ter ferido a pactuação entre gestores e profissionais.

O tempo político, o nosso tempo político faz a gente andar com os pés nas costas. E aí os municípios e os estados têm outro tempo, a gente entende isso, mas pra algumas coisas a gente teve que imprimir um ritmo acelerado... os municípios se

sentem muito pressionados no sentido de que eu vou ter que dar conta de fazer, eu vou ser mal avaliado, e daqui a pouco vou perder o recurso e tou fora do programa... porque dificulta a gente discutir entre os pares, COSEMS, estados e os municípios para que eles consigam implantar o programa no ritmo que o ministério corre pra tentar mudar um pouco e instituir novos programas. Acho que isso é um ponto bem difícil (MACRO 3).

Também aparece a necessidade de *ressignificação do tempo*, demandando uma melhor atuação da educação permanente nos próximos ciclos de contratualização.

Então, um dos pontos que eu falei e que eu acho que precisa ser resignificado são os tempos, os tempos foram um pouco exíguos em que pesem uma série de ponte que fogem a governabilidade do próprio Ministério... todas as estruturas políticas que legitimem o SUS em consonância com o departamento de atenção básica elaboraram um cronograma, um processo, que nesse contexto de tempos, mas que de alguma forma nesse propósito de mencionar mais oportunidade pedagógica que o PMAQ tem de trabalhar diversos aspectos no que tangem a educação permanente (MACRO 2).

5.1.12.2 Percepção Micro Tempo Exíguo

Na opinião do representante municipal o tempo exíguo é considerado uma falha no processo de implantação, principalmente pela necessidade de eles se *informarem e se prepararem* para as mudanças.

O tempo, acho que o tempo de informação ao município, de preparação (MICRO 4).

5.1.12.3 Comparação da percepção sobre Tempo Exíguo nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 25** apresentamos a síntese da categoria Tempo Exíguo dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 25

Síntese da Categoria *Tempo Exíguo*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fator de pressão nos municípios</i> • <i>Tempo político dos municípios</i> • <i>Ressignificação do tempo</i> • <i>Necessidade de tempo para os municípios se informarem e se prepararem</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Necessidade de tempo para os municípios se informarem e se prepararem</i>

Percebemos que o tempo exíguo para implantação do programa precisar ser reconsiderado na fase de reconstrução dos ciclos. Na fase da implantação os cronogramas foram atropelados e restritos para todos os envolvidos do programa. De um lado o Ministério da Saúde implantava e tentava concretizar o programa na prática como a solução dos problemas da Atenção Básica, enquanto os municípios sentiam-se pressionados para aderirem algo que não conheciam e que não tinham tempo para se apropriar. Estes tempos divergentes de gestão contribuíram no atropelo cujas consequências é a ausência de apropriação do programa por parte dos municípios e um redimensionamento dos tempos de reconstrução por parte do ministério e um olhar pedagógico diferenciado com os municípios.

Destacamos ainda a ausência da percepção do estado quanto ao tema tempo, implicando sua ausência no processo de implantação.

5.1.13 Mudança no Modelo de Atenção

Na análise da categoria *mudança no modelo de atenção*, agrupamos os seguintes temas: (1) *estímulo à mudança efetiva do modelo de atenção*, (2) *mudança efetiva do modelo de atenção como virada histórica*, (3) *não atende as necessidades da Atenção Básica*.

No manual uma das diretrizes do programa é *estimular a efetiva mudança do modelo de atenção*, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários.

Uma das diretrizes do programa é estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

5.1.13.1 Percepção sobre Mudança no Modelo de Atenção no Macro-Contexto

Na opinião do representante do ministério da saúde a diretriz do programa que é estimular a efetiva mudança do modelo de atenção surge um dos objetivos proposta com possibilidade de concretização, que é factível de realização. Considerada ainda *como uma virada histórica* na estratégia saúde da família a nível nacional.

Eu acho que um dos maiores objetivos que o PMAQ, e que ele é hoje muito factível de realização ou já é uma realidade, é uma virada histórica da estratégia saúde da família a nível nacional, no sentido dela se legitimar e se resgatar fundamentalmente seus princípios mais caros no que tangem a atenção básica, no que tange o modelo de atenção básica eu acho que ele vem fortemente induzindo esse processo, acho que isso é irreversível (MACRO 2).

5.1.13.2 Percepção sobre Mudança no Modelo de Atenção no Micro-Contexto

Na percepção dos gestores municipais, ela surge como um dos pontos negativos do programa e que *não atende as necessidades da Atenção Básica* considerando que o programa ainda é centralizado no profissional médico.

O processo de avaliação não contribui para melhoria efetiva, não tivemos devolutiva desse processo, não tivemos o envolvimento das equipes a não ser que o gestor municipal o tenha feito, o estado ficou aquém do processo, não valoriza o profissional, na fase de adesão foi dado um enfoque ao gestor, mas não trabalhou muito a coordenação municipal, não contribuiu para a mudança do modelo de atenção, continua focado no médico, não consigo identificar nenhuma mudança significativa com a adesão ao PMAQ (MICRO 3).

5.1.13.3 Comparação da percepção sobre Mudança do Modelo de Atenção nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 26** apresentamos a síntese da categoria Mudança no Modelo de Atenção dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 26

Síntese da Categoria *Mudança no Modelo de Atenção*

MANUAL PMAQ		
• <i>Estímulo à mudança efetiva do modelo de atenção</i>		
Macro	Meso	Micro
• <i>Mudança efetiva do modelo de atenção como virada histórica</i>	•	• <i>Não atende as necessidades da Atenção Básica</i>

A divergência quanto à mudança do modelo de atenção observamos claramente o olhar normativo que o programa efetiva a mudança do modelo de atenção na fala do ministério e uma visão do modelo focado no médico na qual os representantes dos municípios têm vivido na prática.

5.1.14 Transparência

Na análise da categoria *transparência*, agrupamos os seguintes temas: (1) *permite o permanente acompanhamento das ações do PMAQ pela sociedade*, (2) *objetivo já concretizado na Atenção Básica*, (3) *o PMAQ não atende as necessidades dos municípios*.

No manual uma das diretrizes é ser transparente em todas as suas etapas, *permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade*.

5.1.14.1 Percepção sobre Transparência no Macro-Contexto

Como um dos objetivos específicos do programa a transparência dos processos é citada na fala de um dos representantes do Ministério da Saúde como um *objetivo já concretizado na Atenção Básica*.

Que estou querendo dizer, do ponto de vista formal, tem dos objetivos mais importantes que já estamos conseguindo cumprir, que é dar transparência a aquilo que efetivamente está acontecendo na atenção básica do país, envolver gestão municipal e estadual e nessa parceria com o Ministério da Saúde garantir esse movimento em direção a qualificação, ampliação dos recursos pra atenção básica (MACRO 1).

5.1.14.2 Percepção sobre Transparência no Micro-Contexto

Já na percepção dos gestores municipais sua fala é que o programa *não atende as necessidades dos municípios*, não há transparência do processo e que não apresenta nenhuma mudança no modelo de atenção.

Mas não estimulou o processo contínuo pois os projetos nas CIES não evoluem, nem a mudança do modelo, não houve transparência nas etapas, portanto para mim não atende as necessidades dos municípios (MICRO 3).

5.1.14.3 Comparação da percepção sobre Transparência nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 27** apresentamos a síntese da categoria Transparência dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 27

Síntese da Categoria *Transparência*

MANUAL PMAQ		
<ul style="list-style-type: none"> • Permite o permanente acompanhamento das ações do PMAQ pela sociedade 		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Objetivo já concretizado na Atenção Básica</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>o PMAQ não atende as necessidades dos municípios</i>

No tema transparência emerge novamente a divergência da opinião normativa por parte do representante do ministério em contraponto o gestor municipal opina que não houve transparência no processo de implantação do PMAQ. Ressaltamos ainda, ausência da gestão estadual.

5.2 Avaliação de *Inputs*

Para Avaliação de *Inputs* utilizamos a matriz de coleta de dados para avaliação do PMAQ consoante o modelo CIPP (**Quadro 9**), que tem seu foco na estratégia adotada pelo programa com respeito a sua responsividade às necessidades avaliadas e sua factibilidade; no orçamento do programa com respeito a sua suficiência para dar conta do trabalho necessário; e no plano de trabalho do programa e a agenda de trabalho quanto a sua suficiência, factibilidade e viabilidade política. A avaliação deu-se por meio de uma análise documental do manual e da percepção dos participantes dos **Macro-, Meso- e Micro-Contextos**. Com referência a este índice, identificamos as categorias:

- CORRESPONDÊNCIA DAS DIRETRIZES AOS OBJETIVOS PROPOSTOS DO PROGRAMA
- SUFICIÊNCIA DO ORÇAMENTO PARA O PLANO DE TRABALHO
- FACTIBILIDADE DAS DIRETRIZES E DO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO
- RELAÇÃO DO REPASSE FINANCEIRO COM O PROCESSO DE ADESÃO E O DESEMPENHO DAS EQUIPES

A síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice *Inputs* entre os sub-índices que orientaram o processo de análise é apresentada no **Quadro 28**, abaixo.

Quadro 28

Síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice *Inputs* entre os sub-índices que orientaram o processo de análise

CATEGORIAS	SUB-ÍNDICES			
	Manual do PMAQ	Macro-Contexto	Meso-Contexto	Micro-Contexto
<i>CORRESPONDÊNCIA DAS DIRETRIZES AOS OBJETIVOS DO</i>		• <i>Diretrizes pensadas a partir dos</i>	• <i>Efetividade da diretriz da transparência</i>	• <i>Efetividade da diretriz da transparência</i>

<i>PROGRAMA</i>	<p><i>objetivos do programa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pressão do Ministério da Saúde para concluir as fases do programa</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Efetividade da diretriz da comparabilidade</i> • <i>Incoerência das diretrizes</i>
<i>SUFICIÊNCIA DO ORÇAMENTO PARA O PLANO DE TRABALHO</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Orçamento é adequado</i> • <i>Orçamento é insuficiente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Orçamento é insuficiente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Orçamento é insuficiente</i>
<i>FACTIBILIDADE DAS DIRETRIZES E DO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diretrizes e os cronogramas são factíveis</i> • <i>Cronograma prejudicou a avaliação externa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diretrizes e os cronogramas são factíveis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O Atraso no repasse dos recursos atrasou o cronograma</i> • <i>Não houve tempo para discussão nos municípios</i>
<i>VIAIBILIDADE POLÍTICA</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O arranjo político foi favorável</i> • <i>A situação política foi complexa, e por último uma opinião que não houve influência política no processo</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A questão política foi indiferente.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O arranjo político foi favorável</i>
<i>RELAÇÃO DO REPASSE FINANCEIRO COM O PROCESSO DE ADESÃO E O DESEMPENHO DAS EQUIPES</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes foi fundamental</i> • <i>Pode haver um processo de descontinuidade do programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes foi fundamental</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes foi fundamental</i> • <i>A relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes</i>

5.2.1 Correspondência das Diretrizes aos Objetivos Propostos do Programa

Na análise da categoria *correspondência das diretrizes aos objetivos do programa*, agrupamos os seguintes temas: (1) *diretrizes pensadas a partir dos objetivos do programa*, (2) *pressão do Ministério da Saúde para concluir as fases do programa*, (3) *efetividade da diretriz da transparência*, (4) *efetividade da diretriz da comparabilidade*, (5) *incoerência das diretrizes*.

5.2.1.1 Percepção sobre Correspondência das Diretrizes aos Objetivos Propostos do Programa no Macro-Contexto

Para todos os representantes do Ministério da Saúde, as *diretrizes atendem de forma coerente aos objetivos propostos pelo programa*, pois foram *pensadas a partir dos objetivos* e logo após um período de revisão da PNAB.

Eu acho que de maneira bastante forte também, porque todas as diretrizes foram pensadas conforme seus objetivos, então a gente tentou pegar os principais objetivos do programa e dali determinar algumas diretrizes que seriam fundantes do ponto de vista de toda organização lógica do programa, então acredito que existe uma relação muito forte (MACRO 1).

Eu acho que disso que se trata, essas diretrizes gerais que fundamentam o programa pra melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, elas subsidiam através de objetivos muito caros para a atenção básica (MACRO 2).

Então o que a gente faz juntos pra melhorar e conseguir implementar esse programa e melhorar mesmo com o objetivo dele que é o acesso a qualidade dos serviços ofertados pelas equipes naquele município, isso é um ponto... Eu acho que a formulação do PMAQ foi muito próxima a revisão da PNAB, então a nossa tentativa foi, criar um programa que conseguisse instituir uma pactuação pra dentro, do estado, municípios e regionais, então uma coisa que nunca aconteceu antes... Essas diretrizes é pra dar possibilidade de efetivamente o cara não aderir a um programa sem ele ter possibilidades de fazer as coisas que o programa tentar implementar e ter de objetivo (MACRO 3).

Ressaltamos que a representante da universidade destaca em sua fala a possibilidade de que nem todos os objetivos são factíveis e no final expõe a *pressão do Ministério da Saúde para concluir fases do programa* atropelando os tempos, de forma imperativa.

Eu acho que varias diretrizes podem sim ter uma resposta coerente, um respaldo com os objetivos do PMAQ, eu só não sei se todas essas diretrizes conseguem ser de

fato factíveis, mas por exemplo, é transparente, é voluntário, a avaliação tá sendo feita de forma aberta (...). O que me dar medo as vezes do ministério é a pressa, querem fazer as coisas em tempos diferentes, ao mesmo tempo não dar pra ficar com os braços cruzados olhando pra trás, mas por exemplo durante a nossa pesquisa...nós não estávamos prontos pra começar em tal dia porque o financiamento não tinha saído até tal dia, porque os *tablets* precisavam ser comprados. Então uma série de coisas que aconteceram e a gente não tinha condições de começar no dia que queríamos começar, começamos depois, por isso nós vamos ter que terminar depois, então as vezes o tempo do ministério é diferente, e as vezes (sei nem se eu posso dizer isso) o ministério acha que pode dirigir as coisas na canetada (MACRO 4).

5.2.1.2 Percepção sobre Correspondência das Diretrizes aos Objetivos Propostos do Programa no Meso-Contexto

Para o representante da gestão estadual, a *diretriz da transparência é efetiva*, correspondendo ao objetivo proposto pelo PMAQ, expondo que não nenhum problema no processo de implantação chegou ao conhecimento da gestão estadual.

Eu acho assim, a transparência, ela te mostra a cara da gestão, eu acho que essas medidas mostram a cara e o compromisso do gestor, os municípios onde as equipes cumpriram todo o processo de adesão, desde a discussão interna na equipe para definição da utilização do recurso financeiro, a questão dos indicadores, e onde isso aconteceu, foi apresentado que ninguém teve problema (MESO).

5.2.1.3 Percepção sobre Correspondência das Diretrizes aos Objetivos Propostos do Programa Micro-Contexto

Na opinião dos gestores municipais a *diretriz da transparência* também é efetiva, por expor para a comunidade todo o processo de melhoria de qualidade que os profissionais têm se proposto a realizar.

A transparência, ela vem mostrar a população e aos profissionais que a unidade de saúde aderiu a um programa nacional e que se propôs a melhorar seu serviço, sua assistência, sua infraestrutura...eu acho fundamental a transparência implantada justamente na unidade de saúde com todo o adesivamento, com toda as placas que colocam (MICRO 1).

Como eu quero ampliar acesso, melhorar a qualidade, padronizar atendimento e ter transparência, tem algumas diretrizes aqui que me proporcionariam isso (MICRO 4).

Outra *diretriz efetiva é a comparabilidade*, visto como processo inovador e contínuo vem colaborar no alcance dos objetivos.

Eu acho que essa comparação, isso é muito bom, é um processo inovador e muito bom essa competição entre equipes para que funcione bem. Eu acho que assim, é um processo contínuo que você vai todo dia em busca de melhorias, e isso contribui demais para que você alcance os objetivos (MICRO 2).

Destacamos ainda, que um dos gestores aponta *incoerência das diretrizes* devido a permanência do financiamento da Atenção Básica atrelado ao profissional médico com as demais diretrizes. Em outra fala, é indicado que o caráter voluntário não corresponde ao padrão nacional da equipe tendo em vista que não houve uma efetiva adesão das equipes.

Seria muito bom a desburocratização do financiamento da educação continuada pois uma das diretrizes é estimular o processo contínuo, a responsabilização do gestor, a efetiva mudança no modelo de atenção, mas não tem jeito de tirar o médico do foco enfim não vejo muita coerência pois permanecemos como começamos (MICRO 3).

De ter caráter voluntário pra adesão das equipes municipais da atenção básica, eu já acho que não corresponde, porque se eu quero ter um padrão nacional, era pra mim ter um certo grau de efetivação de todas as equipes, não ser voluntário não me surpreende. É uma coisa da mesma diretriz mas não possibilita o objetivo (MICRO 4).

5.2.1.4 Comparação da percepção sobre Correspondência das Diretrizes aos Objetivos Propostos do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 29** apresentamos a síntese da categoria Correspondência das Diretrizes aos Objetivos Propostos do Programa dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 29

Síntese da Categoria *Correspondência das Diretrizes aos Objetivos Propostos do Programa*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diretrizes pensadas a partir dos objetivos do programa</i> • <i>Pressão do Ministério da Saúde para concluir as fases do programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Efetividade da diretriz da transparência</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Efetividade da diretriz da transparência</i> • <i>efetividade da diretriz da comparabilidade</i> • <i>Incoerência das diretrizes</i>

Percebemos uma uniformidade do discurso dos representantes do ministério que as diretrizes atendem de forma coerente os objetivos. Já para o estado e municípios as diretrizes citadas é a transparência e a comparabilidade.

No entanto, dois temas ressurgem da avaliação de contexto. Primeiro o tempo exíguo vem expor e intensificar uma fragilidade no processo de implantação e o financiamento atrelado ao médico, ambos vêm mostrar que o ministério implantou o programa de forma verticalizada em contradição ao discurso da voluntariedade.

5.2.2 Suficiência do Orçamento para o Plano de Trabalho

Na análise da categoria *suficiência do orçamento para o plano de trabalho*, agrupamos os seguintes temas: (1) *o orçamento é adequado*, (2) *o orçamento é insuficiente*.

5.2.2.1 Percepção sobre Suficiência do Orçamento para o Plano de Trabalho no Macro-Contexto

Quanto ao orçamento, as respostas dos representantes do Ministério da Saúde foram diversas. Considerado *orçamento adequado* para garantir inclusive todas as equipes para 2013.

Eu acho que não tem dúvida de que o orçamento destinado ao programa revela de maneira inequívoca sua relevância, sua prioridade pro Governo. Pra se ter uma ideia,

só pro ano de 2012 nós estamos falando em algo em torno de 800 milhões de reais, para o programa, para as equipes participantes do programa... um orçamento que dar conta de garantir com que todas as equipes de atenção básica do país, que entenderem ser importante participar do programa, fazê-lo... então do ponto de vista orçamentário é algo extraordinário (MACRO 1).

Então, o orçamento previsto pelo Ministério da Saúde ele tá totalmente adequado a essa infraestrutura do suporte pra essas equipes...já é sabido que o segundo ciclo de contratualização do PMAQ vai incorporar 100% das equipes saúde da família, com orçamento já previsto (MACRO 2).

Já em outra fala, foi *considerado insuficiente*, mas que já saiu da estagnação de há anos.

Eu acho que ainda é insuficiente, não vou aqui defender que o PAB tá muito bom, nem o fixo nem o variável, mas durante muito tempo que ficou estagnado pros municípios (MACRO 3).

5.2.2.2 Percepção sobre Suficiência do Orçamento para o Plano de Trabalho no Meso-Contexto

Na percepção do estado o *orçamento é insuficiente* até mesmo porque esta no início de implantação de uma estratégia. Porém, se o recurso for utilizado nas ações da Atenção Básica, qualificando o processo de trabalho, estes recursos gradativamente darão suficiência para execução das ações no município.

Ele não dar suficiência, isso daí a gente sempre soube desde o início que ele não daria suficiência, mas a gente também pensou “se eu estou implantando uma estratégia, se eu estou implantando uma nova ação, um novo processo de trabalho, no momento ele não resolve, mas se eu utilizo esse recurso e gradativamente eu vou organizando o processo de trabalho, eu acredito que chega no ponto onde ele vai ser suficiente, ele não é suficiente”... hoje, ele não foi suficiente na implantação porque realmente teve que fazer muitos ajustes, ajustes necessários, de instrumentalização dessas equipes, e também a gente teve o problema do recurso inicial de 20% que era pouco, não era suficiente (MESO).

5.2.2.3 Percepção sobre Suficiência do Orçamento para o Plano de Trabalho no Micro-Contexto

Percebemos uma unidade nas falas dos municípios sobre a *insuficiência do orçamento*, mas que o aumento do recurso proporcionado pelo PMAQ trouxe uma melhoria nos municípios e que devem aumentar gradativamente.

Note que eu não vou dizer que já é o suficiente, a gente sabe que já existe o “sub-financiamento” pra saúde, mas ele nos serviu bastante, e temos que lutar pra melhorar mais e vir mais recursos novos e mais investimentos (MICRO 2).

Não houve efetivamente uma mudança significativa capaz de dar suficiência aos propósitos do PMAQ pois precisamos de um financiamento capaz de melhorar o acesso, de cumprir a integralidade, ser resolutivo no cuidado com o usuário e o PMAQ não é capaz de proporcionar essa mudança (MICRO 3).

Eu acho que ele contribui em parte, porque é um aumento financeiro qualquer ganho maior, pelo que tá sendo gasto só de salario da equipe, já é um ganho real, necessário, melhora a vida da atenção básica, mas que seja insuficiente eu creio que seja, porque eu não vou poder mexer na estruturação (MICRO 4).

5.2.2.4 Comparação da percepção sobre Suficiência do Orçamento para o Plano de Trabalho nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 30** apresentamos a síntese da categoria Suficiência do Orçamento para o Plano de Trabalho dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 30

Síntese da Categoria *Suficiência do Orçamento para o Plano de Trabalho*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>O orçamento é adequado</i> • <i>O orçamento é insuficiente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O orçamento é insuficiente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O orçamento é insuficiente</i>

De um lado um discurso otimista de representantes do ministério que o orçamento é adequado, seguido do discurso do estado que poderá ser suficiente caso seja utilizado de

forma correta. Para os executores, os municípios, o aumento dos recursos foi de grande valia, mas ainda insuficientes.

5.2.3 Factibilidade das Diretrizes e do Cronograma de Execução

Na análise da *factibilidade das diretrizes e do cronograma de execução*, agrupamos os seguintes temas: (1) *as diretrizes e os cronogramas são factíveis*, (2) *o cronograma prejudicou a avaliação externa*, (3) *o atraso no repasse dos recursos atrasou o cronograma*, (4) *não houve tempo para discussão nos municípios*.

5.2.3.1 Percepção sobre Factibilidade Diretrizes e do Cronograma de Execução no Macro-Contexto

Para os representantes do Ministério da Saúde as *diretrizes e o cronograma de execução são bastante factíveis*. Reconhecem alguns atrasos, mas nada que prejudique o processo de implantação do PMAQ.

Então já no início mesmo, da adesão, enfim, nós já fizemos uma boa revisão do cronograma e de lá pra cá a gente tem cumprido com bastante eficiência, com pequenos naturais atrasos mas com muita eficiência...então nos fizemos esses ajustes no cronograma e tem sido cumprido com bastante eficiência. E repito, com pequenos atrasos, ajustes, coisas que são naturais ao processo de gestão, mas nada significativo que comprometa a execução do programa na sua plenitude... quando a gente começou a fazer ou a colocar em prática tudo aquilo que estava sendo desenhado no programa a gente percebeu que a gente talvez não conseguisse ou talvez não, certamente a gente não conseguiria dar conta daquele programa (MACRO 1).

São super-factíveis, até o presente momento tudo que a gente considerou prioritário e de alguma forma importante de ser focado nessas diretrizes ganharam concretude...todas as fases até aqui, embora muito demarcadas por períodos que nem sempre foram períodos com tempo que a gente considerava ideal, mas a gente vê claramente que houve uma concretização e uma resolutividade dos objetivos que foram propostos nessas fases (MACRO 2).

No começo eu tinha medo de não ser factível, mas agora a gente vai conseguir verificar com a certificação das equipes que é factível, logico que tem varias coisas que a gente pode mudar no próximo ciclo e que a gente até vai discutir essa reformulação de algumas coisas que a gente anda com os pés nas costas, mas que algumas coisas estão sendo factíveis (MACRO 3).

No entanto, em uma das falas apresenta a divergência de que o *cronograma foi imposto e que o atraso prejudicou no processo de avaliação externa*.

Então, os cronogramas são apertados, os cronogramas vem de cima pra baixo, sem entender as vezes, por conta de decisões de cima...por exemplo, o ministério já implantou algumas notas, alguns municípios, e os municípios tão batendo na nossa porta e dizendo “olha porque que eu não fui agraciado ainda”, porque tá sendo feito de forma aleatória digamos assim, e é um cronograma dinâmico demais (...). Nosso cronograma foi muito complicado...isso foi sendo empurrado por uma série de questões, financiamento, depois a compra do equipamento, porque foi decidido que todas as entrevistas tinham que ser feitas com *tablets*, que é uma coisa boa, porque não tem erro de digitação, teoricamente diminui esse erro de digitação, a compra de todos esses *tablets* foi mais complicado do que o ministério imaginava. Então no estado do Ceará, pra que a gente lançasse 50 entrevistadores, a gente começou com 40 *tablets*, aí só na primeira semana de agosto que a gente conseguiu os outros 10 *tablets* e os outros 10 entrevistadores de fato começaram a entrar em campo, e foi por isso que a gente não conseguiu a meta do ministério (MACRO 4).

5.2.3.2 Percepção sobre Factibilidade Diretrizes e do Cronograma de Execução no Meso-Contexto

Na opinião do representante da gestão estadual, *o cronograma foi bem programado, sendo, portanto, factível*, com prazos ideais para execução do processo de implantação do programa.

Eu acho que tudo foi bem pensado, foi bem programado, eu acho que a medida é a medida necessária, o tempo era o tempo necessário... porque todos os prazos que foram determinados eu penso que foram prazos determinados conforme a logística mesmo, que deveria ter sido adotada, eu acho que ele foi perfeito, esses prazos foram perfeitos (MESO).

5.2.3.3 Percepção sobre Factibilidade Diretrizes e do Cronograma de Execução no Micro-Contexto

Na opinião dos representantes dos municípios, o atraso do repasse dos recursos para os município que aderiram ao programa prejudicou o processo de execução das ações planejadas, sendo que os municípios tiveram que entrar com recursos próprios nesse processo.

Eu acho que é lento, ainda muito lento. Nós estamos chegando ao mês de dezembro, estamos a um bom tempo trabalhando nessa estratégia do PMAQ, muitos municípios investiram com recursos próprios o montante de recursos financeiros pra ser trabalhado nessas unidades e a gente observa que a parte que compete ao ministério da saúde demora a ser executada (MICRO 1).

Melhoria em tudo que era necessário, está vindo recurso agora, essa parcela que veio de Abril até agora e que a gente possa realmente iniciar 2013 com as unidades bem abastecidas com o que for necessário para o funcionamento da unidade básica (MICRO 2).

Quem apresentou projetos de requalificação está pensando com os repasses pois só recebemos como notícia a indisponibilidade financeira por parte do MS (MICRO 3).

Ademais, o tempo foi muito curto para que as estratégias adotadas fossem melhor discutidas no âmbito dos municípios.

O tempo foi muito pequeno, precisava de um tempo maior para que a relação das estratégias adotadas fossem discutidas. O tempo foi pequeno (MICRO 4).

5.2.3.4 Comparação da percepção sobre Factibilidade Diretrizes e do Cronograma de Execução nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 31** apresentamos a síntese da categoria Factibilidade Diretrizes e do Cronograma de Execução dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 31

Síntese da Categoria *Factibilidade Diretrizes e do Cronograma de Execução*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>As diretrizes e os cronogramas são factíveis</i> • <i>O cronograma prejudicou a avaliação externa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>As diretrizes e os cronogramas são factíveis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O atraso no repasse dos recursos atrasou o cronograma</i> • <i>Não houve tempo para discussão nos municípios</i>

Ministério e estado concordam que o cronograma foi factível, que os atrasos ocorridos não tiveram nenhum prejuízo. Todavia as divergências aparecem em uma das falas do representante macro e dos representantes do município como cronograma imposto, lento e curto prazo prejudicando o processo de implantação.

5.2.4 Viabilidade Política

Na análise da categoria *viabilidade política*, agrupamos os seguintes temas: (1) *o arranjo político foi favorável*, (2) *a situação política foi complexa*, e por último *uma opinião que não houve influência política no processo*, (3) *a questão política foi indiferente*.

5.2.4.1 Percepção sobre Viabilidade Política no Macro-Contexto

Para os representantes do Ministério da Saúde, o *arranjo político* foi fundamental e absolutamente *favorável* para o processo de implantação do programa. A estrutura foi legitimada pelo COSEMS e CONASEMS através de oficinas e em construção compartilhada com os municípios, estados e ministério.

Acho que foi absolutamente favorável, não consigo enxergar algo que pudesse ter digamos desfavorecido, aí eu repito, historicamente tem um acúmulo de demandas, de reivindicações, sobretudo por parte dos gestores municipais... que dão conta de garantir vamos dizer assim um cenário muito favorável para que técnica, política, e financeiramente os municípios e as equipes pudessem participar (MACRO 1).

Foi fundamental a viabilidade política foi legitimada e aconteceu de fato principalmente porque ela foi construída pelos municípios, com os municípios, para os municípios e em construção compartilhada com os estados e com o Ministério da Saúde... com diversas oficinas, de adesão ao PMAQ, chamando pra essas oficinas municipais ou regionais dos estados, atores estratégicos relacionados à gestão de atenção básica desses municípios, em consonância com a presença do Estado nessas oficinas e o Ministério da Saúde, os três entes federativos juntos, possibilitaram uma legitimação política de viabilizar o processo que já estava respaldada antes por um profundo consenso entre as estruturas que legitimam o SUS, repito, COSEMS e CONASEMS (MACRO 2).

A pactuação em CIT foi muito boa, o próprio ministro, secretários, e o CONASEMS tiveram lá e decidiu pactuar (MACRO 3).

Muito embora, algumas falas apontaram a *complexidade política* em alguns municípios devido ao ano de implantação do programa coincidir com ano eleitoral para prefeitos, dificultando o processo de adesão voluntária e avaliação externa.

A parte política é bem difícil, e vários lugares a gente vai ver aquele prefeito, aquele secretário que vai lá e realmente discute com as equipes e vai ver aquele cara que diz, oh tem um programa novo aí vocês tem que aderir. Tem essa diferença que a gente sabe que os extremos tudo pode ter acontecido ali no meio (MACRO 3).

A situação política municipal é complexa, de uma maneira geral nós fomos extremamente bem recebidos nos municípios, mas já aconteceram algumas coisas também do tipo, era um município em que o gestor já estava no final da gestão, o prefeito não ia fazer sucessor, então o que ele queria era acabar com o município, do mesmo jeito que a gente teve pessoas que maquiaram as unidades pra que elas ficassem melhores, a gente também teve unidades que foram colocadas abaixo digamos assim... a proximidade com a eleição municipal, principalmente cidades de pequeno porte, isso nos trouxe algumas dificuldades, do tipo, tivemos casos em que os nossos entrevistadores estavam na unidade e do lado de fora tinha 5, 6 colegas de análises de partido de oposição, esperando os nossos entrevistadores saírem pra teoricamente pegar dados (MACRO 4).

5.2.4.2 Percepção sobre da Viabilidade Política no Meso-Contexto

Na compreensão do estado a *questão política foi indiferente*, nem viabilizando nem inviabilizando o processo de implantação.

Não, eu não percebi nenhuma questão política na implantação do PMAQ, eu não percebi até porque como foi uma adesão feita a partir das equipes, então esse componente político não foi muito presente. Então com relação a essa questão política que eu saiba nós não tivemos nenhuma questão assim que incidisse nesse processo, eu acho que não, foi uma coisa de equipe, de equipe interna, de equipe saúde da família, eu não tenho conhecimento de alguma questão política que inviabilizasse ou viabilizasse (MESO).

5.2.4.3 Percepção sobre Viabilidade Política no Micro-Contexto

Na compreensão dos representantes municipais a *situação política foi favorável* e relevante para o processo de adesão do programa. Destacamos que em uma das falas é apresentado um receio por parte do município de aderir a novos programas, tendo em vista os municípios têm ficado com ônus financeiro para manter o programa depois da adesão.

Acho que foi favorável, a gente teve um processo ótimo, os municípios aderiram em massa ao PMAQ porque viram na época nessa estratégia política um avanço na atenção básica local com a melhoria (MICRO 1).

O apoio político é tudo, se eu não tivesse o apoio do gestor maior e a gente não pode fazer um trabalho somente técnico e nem somente político, mas assim, tivemos um apoio quase generalizado, é muito participativo o conselho municipal desse meu município, eu já estou lá a 12 anos então conseguimos dar uma boa continuidade desse trabalho, a participação mesmo do conselho e de toda a equipe de saúde, e com isso facilita o contexto político, o gestor municipal deu grande apoio e com isso nós estamos nesse crescimento (MICRO 2).

Os municípios estão com receio de assumir qualquer programa ou proposta do MS pois acaba que o ônus fica todo com as prefeituras tendo que ampliar seu repasse

mas do que já tem feito o nosso município já aportou 28% até agora e ainda não fechamos o ano (MICRO 3).

Foi completamente favorável, a realidade é que é desejo do gestor tanto de aumentar a qualidade do atendimento, fazer um diagnóstico das suas equipes, então foi de favorecimento, nós tivemos apoio completo da gestão política do município (MICRO 4).

5.2.4.4 Comparação da percepção sobre Viabilidade Política nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 32** apresentamos a síntese da categoria Viabilidade Política dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 32

Síntese da Categoria *Viabilidade Política*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>O arranjo político foi favorável</i> • <i>A situação política foi complexa, e por último uma opinião que não houve influência política no processo</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A questão política foi indiferente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O arranjo político foi favorável</i>

Na maioria das falas a viabilidade política favorável foi um fator relevante no processo de implantação do PMAQ. Destacamos a complexidade do processo de implantação acontecer em ano eleitoral nos municípios e do estado não perceber o fator político no processo de adesão.

5.2.5 Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes

Na análise da categoria *relação do repasse financeiro com o processo de adesão e o desempenho das equipes*, agrupamos os seguintes temas: (1) a relação do repasse financeiro

com o processo de adesão das equipes foi fundamental, (2) pode haver um processo de descontinuidade do programa, (3) a relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes é injusta.

5.2.5.1 Percepção sobre Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes no Macro-Contexto

Na percepção dos representantes do Ministério da Saúde, a *relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes foi fundamental*. A garantia de receber um recurso extra no início do programa com adesão foi uma estratégia indutiva, bem como o reconhecimento financeiro de acordo com o desempenho das equipes trouxe um processo transformador para Atenção Básica.

Do ponto de vista da adesão acho que foi fundamental, a decisão nossa eu acho que foi muito acertada de garantir ali um recurso inicial para quem só por aderir, isso foi um estímulo muito importante, teve característica de indução significativa, então esse dado que eu passei pra você de 72% dos aderidos, certamente está relacionado a isso também. E do ponto de vista da vinculação e desempenho eu acho que é algo transformador e é algo que me parece ser uma reivindicação dos processos de aperfeiçoamento da gestão pública...Então com a transferência de recurso relacionado ao desempenho a gente faz dois movimentos, primeiro, a gente reconhece aqueles que ao longo do tempo se esforçaram e ao mesmo tempo induz e gera um fator de importante motivação aos demais para que eles modifiquem sua maneira de lidar com essas questões que podem ser tratadas com problemas para que os indicadores de saúde melhorem, para que a satisfação dos usuários melhorem (MACRO 1).

No decorrer dessas próprias oficinas, a gente foi explicando pros trabalhadores e gestores que o que tá por trás desse vínculo é uma cultura de negociação de pactuação que deve existir e que cada vez mais vai produzir muito mais um resultado que a gente considere importante, que é o resultado de produção de sentido entre as partes para que além de apenas estar vinculado pelo dinheiro em si, que traz, mas fortemente estejam se vinculando pelo contexto de oportunidades várias, que o PMAQ trás no campo do trabalho, no campo da gestão, no campo da educação em saúde para saúde, no campo principal que é melhor atender a nossa população (MACRO 2).

Então isso é uma coisa que a gente pode visualizar daqui, mas eu acho que pro gestor municipal é muito importante durante esse tempo todo... mudou e agora eles estão conseguindo ter algum dinheiro e algum recurso a mais, e aí entendendo que é por desempenho dessas equipes, do trabalho suado deles no município que eles estão recebendo esses recursos... é um recurso novo pra eles e que vai dar possibilidade deles fazerem algumas mudanças no município, para alguns pontuais e para outras mudanças incríveis assim, o cara que nunca teve uma cadeira odontológica de alguma forma ele vai juntar esse recurso, vai conseguir comprar, vai conseguir colocar um médico (MACRO 3).

Salientamos a preocupação de um dos representantes sobre o processo inverso do desempenho das equipes, isto é, equipes que não estão sendo bem avaliadas, os recursos diminuíram e conseqüentemente serão desestimuladas *pode haver um processo de descontinuidade do programa.*

Eu acho que o ideal seria que todas as equipes que quisessem aderir, tivessem aderido, que não foi o caso, o ministério tinha um teto máximo. Então assim, aderiram aquelas que rapidamente entenderam... meu medo é aquilo que eu disse anteriormente, que as pessoas que não estão tão bem no lugar de serem estimuladas a melhorar fiquem desestimuladas, “não, eu tô tão ruim, que eu não vou conseguir chegar lá nunca vou conseguir mesmo (MACRO 4).

5.2.5.2 Percepção sobre Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes no Meso-Contexto

A opinião do representante da gestão estadual é similar a dos representantes do Ministério da Saúde, sobretudo ao vínculo deste repasse ser direcionado para a remuneração os profissionais.

Eu acho que a gente precisa disso mesmo, porque assim, o profissional coloca muito que ele é pouco remunerado, ele é pouco remunerado, a gente trabalha muito com a questão de direitos e deveres, e assim, eu tenho que assumir um compromisso, se eu quero uma melhoria pro meu trabalho eu num estou vinculando isso a uma questão de financiamento... o ponto da adesão era esse, você recebe se você quer. Você não é obrigado, a partir do momento que você aceitou você sabia dos compromissos que você tinha que cumprir, é uma questão de honestidade, você tá sendo honesto com a sua decisão (MESO).

5.2.5.3 Percepção sobre Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes no Micro-Contexto

Na percepção de um dos representantes do município *tal relação é injusta*, e vista com reserva a relação do repasse financeiro ao desempenho das equipes devido à diferenciação de investimentos nos municípios do norte-nordeste com municípios do sul do país.

Eu vejo um pouco de reserva, até porque a gente sabe que quando você vincula o repasse financeiro baseado única e exclusivamente na melhoria da qualidade e do acesso, você está dependendo de análises feitas por pessoas que não estão vivendo o sistema dentro do município, cada região, cada município tem suas particularidades...eu acho injusto tá vinculando o repasse do recurso financeiro para as equipes de saúde da família baseado nessa análise, acho que análise tem que acontecer e os casos tem que ser fixados, mas nesse momento nós entendemos que

os municípios do norte-nordeste estão muito mais penalizados do que os municípios do sul do país por conta dessa diferenciação do investimento na área da saúde que há nesses municípios que tem industrialização e outras fontes de renda que nós não temos aqui no nordeste (MICRO 1).

Na percepção de outros representantes do município *esta relação é fundamental* e motivadora. Os profissionais que forem bem avaliados em seus serviços receberam incentivos. Todavia ocorre um processo inverso, caso não sejam bem avaliados perdem os recursos e que alguns gestores ficaram receosos em perderem até o pouco que já recebiam.

Lógico quando você fala em dinheiro é um dos pontos de motivação ao trabalho, não discutimos nenhum tipo de incentivo e percentual ao profissional, mas todos já ficaram altamente motivados em ter melhorias de qualidade mesmo no seu atendimento, com todas as coisas necessárias para um bom trabalho, então já ficaram bastante satisfeitos, lógico que eles também pensam futuramente após uma estruturação total da unidade, desde a estrutura física de todo o equipamento como custeio que não falte nada, eles pensam também, pois afinal de contas anda bem em prol do bom desempenho deles. Muito claro isso, que o incentivo financeiro foi bem claro que melhorou o processo (MICRO 2).

O recurso financeiro do desempenho das equipes ele é usado como prêmio, ele premia a quem aderiu e a quem conseguiu melhorar a qualidade, ao mesmo tempo ele é um incentivo, quem não se cadastrou pra se comprometer ao PMAQ, vai possibilitar de receber esse recurso...muitos gestores colegas nossos que conversaram na época ficaram preocupados com essa avaliação, porque assim, o que se pensa, a gente não tem condições de oferecer um atendimento da melhor qualidade possível, mas não deixa a população sem atendimento, a partir do momento em que eu sou premiado pra fazer um atendimento que efetivamente ele reconhece que não tem condições de fazer ele ficou com medo dos recursos diminuir ao invés de aumentar, então ele é ambíguo, ele serve como prêmio e serve pra causar medo, choque a quem tá fazendo, com medo de ser pesquisado e sua equipe estar inadequada ele acabar perdendo é tudo, não oferecer nem o pouco que ele recebe (MICRO 4).

5.2.5.4 Comparação da percepção sobre Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 33** apresentamos a síntese da categoria Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 33

Síntese da Categoria *Relação do Repasse Financeiro com o Processo de Adesão e o Desempenho das Equipes*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>A relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes foi fundamental</i> • <i>Pode haver um processo de descontinuidade do programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes foi fundamental</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes foi fundamental</i> • <i>A relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes.</i>

Na percepção de praticamente todos os representantes das três esferas a relação do repasse financeiro com o processo de adesão das equipes foi fundamental. O recurso inicial no ato da adesão foi atrativo para que muitos municípios participassem do programa e o reconhecimento financeiro para as equipes bem avaliadas trouxe um processo inovador na Atenção Básica, principalmente quando a proposta é repassar este incentivo para remuneração dos profissionais. Porém, na opinião de um dos gestores municipal esta relação é injusta devido a diferenciação dos investimentos do Ministério da Saúde no eixo Norte-Nordeste.

5.3 Avaliação de Processos

Para Avaliação de Processos utilizamos a matriz de coleta de dados para avaliação do PMAQ consoante o modelo CIPP (**Quadro 9**), que tem seu foco nas atividades e progressos do programa. A avaliação deu-se por meio de uma análise documental do manual e da percepção dos participantes dos **Macro-, Meso- e Micro-Contextos**. Com referência a este índice, identificamos as categorias:

- AÇÕES QUE EFETIVAM AS DIRETRIZES DO PMAQ
- PROCESSO DE ADESÃO
- ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS AO PROGRAMA

- OBSTÁCULOS A SEREM VENCIDOS NA ATUAL FASE DO PROGRAMA
- NECESSIDADE DE EVENTOS PARA REORIENTAÇÃO DO PROGRAMA

A síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Contexto entre os sub-índices que orientaram o processo de análise é apresentada no **Quadro 34**, abaixo.

Quadro 34

Síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Processos entre os sub-índices que orientaram o processo de análise

CATEGORIAS	SUB-ÍNDICES			
	Manual do PMAQ	Macro-Contexto	Meso-Contexto	Micro-Contexto
<i>AÇÕES QUE EFETIVAM AS DIRETRIZES DO PMAQ</i>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Transparência do processo</i> • <i>Construção coletiva</i> • <i>Cultura de negociação</i> • <i>Desenvolvimento tecnológico</i> • <i>Educação permanente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rotinas de supervisão e visitas técnicas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Transparência do processo</i> • <i>Construção coletiva</i> • <i>Não há nenhuma ação que tenha efetivado as diretrizes do PMAQ</i>
<i>PROCESSO DE ADESÃO</i>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adesão voluntária como processo de construção coletiva</i> • <i>Divulgação do processo de adesão</i> • <i>Não adesão das equipes por rivalidade política</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Divulgação do processo de adesão</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adesão voluntária como processo de construção coletiva</i> • <i>Processo de adesão por obrigatoriedade</i>
<i>ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS AO PROGRAMA</i>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recursos humanos estão inadequados</i> • <i>Recursos tecnológicos são inadequados</i> • <i>Recursos financeiros são ainda insuficiente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recursos humanos estão inadequados</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Todos os recursos são inadequados</i>
<i>OBSTÁCULOS A SEREM VENCIDOS NA ATUAL FASE</i>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Logística</i> • <i>Conclusão da avaliação externa</i> • <i>Conscientização do</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conscientização do gestor</i> • <i>Intersetorialidade dentro da secretaria</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quebra de paradigmas de muitos profissionais</i> • <i>Reestruturação</i>

<i>DO PROGRAMA</i>	<i>gestor</i>	<i>de saúde</i>	<i>da avaliação externa</i>
<i>NECESSIDADE DE EVENTOS PARA REORIENTAÇÃO DO PROGRAMA</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eventos para debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar a discussão nos municípios</i> • <i>Esclarecimentos do que está acontecendo na fase atual e de qual será a próxima fase</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eventos para debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar a discussão nos municípios</i> • <i>Educação permanente como medida eficiente para reorientar o programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eventos para debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar a discussão nos municípios</i> • <i>Educação permanente como medida eficiente para reorientar o programa</i>

5.3.1 Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ

Na análise da categoria *ações que efetivam as diretrizes do PMAQ*, agrupamos os seguintes temas: (1) *transparência do processo*, (2) *construção coletiva*, (3) *cultura de negociação*, (4) *desenvolvimento tecnológico*, (5) *educação permanente*, (6) *rotinas de supervisão e visitas técnicas*, (7) *não há nenhuma ação que tenha efetivado as diretrizes do PMAQ*.

5.3.1.1 Percepção sobre Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ no Macro-Contexto

Nesta análise identificamos que os representantes trazem em seu discurso o teor normativo das diretrizes como a *transparência do processo*, a *construção coletiva* incluindo gestores das três esferas e universidades, a *cultura de negociação* entre os gestores e profissionais e o *desenvolvimento tecnológico*. Este último pretende aprimorar o monitoramento e avaliação dos indicadores e criar uma ferramenta que disponibilizará para o usuário o acompanhamento e avaliação da equipe do seu território.

São muitas as ações, se a gente decompor cada uma das diretrizes aí a gente teria que fazer uma análise mais detalhada. Eu vou dar alguns exemplos para dar mais sustentação ao que estou falando, uma das diretrizes é dar transparência... nós estamos fazendo todo um desenvolvimento tecnológico que permitirá a cada usuário a cada brasileiro ou brasileira possa ter informações detalhadas a respeito da avaliação que a unidade de saúde que esse cidadão frequenta tem relação a várias dimensões...é instituir uma cultura de contratualização entre trabalhadores e gestores, várias ações vão dando ou vão assegurando que isso efetivamente aconteça (MACRO 1).

As ações do Ministério para que efetivamente sejam aplicadas essas diretrizes elas vão desde um investimento importante no campo do acompanhamento e monitoramento dos indicadores (MACRO 2).

Eu acho que o ministério fez algo muito interessante que foi chamar a sociedade pra ajudar nesse processo, isso mostra a transparência, isso mostra que cientistas, pesquisadores, tão apoiando, ajudou muito para que o processo seja feito de uma forma cientificamente adequada. Então eu acho que nesse ponto o que o ministério fez, chamou várias instituições de ensino, e disse olha nós queremos avaliar (MACRO 4).

Outra ação que surgiu nas falas é o papel do apoiador institucional, que sai do Ministério da Saúde e vai ao encontro do estado e dos municípios, realizando *educação permanente* e discutindo o contexto real dos municípios para que possam atingir os objetivos do programa.

Um investimento importante no conceito de apoio institucional como ferramenta primordial para uma virada de gestão no campo de atenção básica com conceitos que produzem uma desconstrução de vertical de gestão para relações mais horizontalizadas em que exatamente se legitimem e se priorize a cultura de negociação e pactuação entre trabalhadores e gestores (...). A educação permanente como eixo fisiológico desse processo, norteando e transversalizando todo esse processo... eu acho que fundamentalmente além de tudo que eu disse, esse processo afirmativo de efetivação das diretrizes do PMAQ ele se dá fundamentalmente pela construção coletiva e compartilhada dos objetivos, entre os entes federados e fundamentalmente em território dos municípios (MACRO 2).

E eu acho que é o que eles estavam precisando mesmo, não da gente ficar aqui no ministério mas de ter pessoas do ministério junto com os estados e municípios discutindo o que é possível dentro do contexto deles. E isso é uma coisa que vai dar gás pro PMAQ conseguir alcançar muito dos objetivos que a gente tem colocado lá na nossa portaria e nos manuais (MACRO 3).

Por último, surgiu em uma das falas a denuncia de que municípios burlaram o processo de *negociação* com as equipes realizando todo o processo de adesão sem informar equipe ou sem transparência.

O gestor municipal adere sem que seus trabalhadores saibam que ele está aderindo, está pactuando melhor dizendo, está pactuando ali compromissos, indicadores, resultados, etc. e os trabalhadores nunca ficaram sabendo, ou se ficaram sabendo ficaram de maneira muito vaga, e não fizeram nenhum tipo de movimento pra alinhar suas ações a essa pactuação que foi feita pelo gestor municipal... com o PMAQ cada equipe teve que de maneira proativa se responsabilizar assinando um termo de compromisso, obviamente, aí eu já mencionei pra você, teve algum tipo de corrupção nesse processo, situações em que o próprio gestor foi lá e fez sem que a equipe soubesse, isso aconteceu (MACRO 1).

5.3.1.2 Percepção sobre Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ no Meso-Contexto

Em divergência do que foi explicitado pelos representantes do Ministério da Saúde, ressoa novamente a exclusão do estado no processo. Muito embora, observando a relevância do processo, decidiram incorporar *rotinas de supervisão e visitas técnicas* com as ações do programa e mobilização com as regionais.

Apesar da gente ter ficado a margem do processo, porque em nenhum momento o PMAQ exigia uma responsabilidade de estado, a responsabilidade sempre foi de município e de equipes. O que foi que a gente entendeu como importante, e a gente incorporou na rotina do nosso trabalho...a gente teve essa preocupação, mas essa preocupação também não foi uma rotina que nós incorporamos de avaliar o PMAQ, não. Quando a gente vai aos municípios a gente incorporou as informações, que informação eu tenho daquele município, seja por qual motivo for. O PMAQ já passou a ser parte da nossa visita, de ir junto ao profissional, como ele tá executando os indicadores, as ações para cumprimento dos indicadores, a questão do recurso financeiro a gente ficou atento, se ele tinha compreensão, o que é que ele estava fazendo para que junto com a gestão municipal esse recurso chegasse até a unidade, porque esse recurso é pra unidade, pra melhoria do acesso e da qualidade, a gente incorporou isso nas nossas rotinas de supervisão e de visita técnica, seja por qual for o motivo... reuniões com as coordenadorias regionais, sempre foi um ponto de pauta onde a gente andou, o PMAQ, como o PMAQ tá, como é que a gestão municipal estava se relacionando com as equipes, os problemas. Capacitações, toda e qualquer capacitação que a gente fez esse ano, a gente sempre trouxe o PMAQ como foco da capacitação, esses profissionais dessa equipe, priorizando essas equipes pra que essas capacitações tivessem inicialmente essa clientela (MESO).

5.3.1.3 Percepção sobre Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ no Micro-Contexto

Na percepção dos representantes municipais o processo de *transparência* aconteceu velozmente no lançamento do programa, mas logo depois o processo estagnou. O atraso do repasse financeiro para os municípios é visto como uma ação punitiva e que prejudica na organização dos processos.

Eu vejo muita pouca ação nesse momento, acho que ação desenvolvida no momento do lançamento do PMAQ, com a implementação da transparência, com a implementação de outras diretrizes, foi muito mais veloz do que o que está acontecendo hoje. Hoje simplesmente o ministério tá vindo ao município faz a vistoria e decide se vai pagar ou não. Acho que essa ação punitiva de análise que está acontecendo, embora esteja baseada em legislação, ela não tá fazendo com que os municípios tenham uma tranquilidade de organizar suas equipes para que consigam acessar esses recursos com mais facilidade (MICRO 1).

Outro fato é a dificuldade da *construção coletiva* principalmente para envolver o profissional médico no processo.

Até agora nós estamos trabalhando assim numa parceria com todos e tentando puxar realmente o profissional médico, que ele participe do processo. A parte burocrática que era só pra enfermeira, então ele vir assim com sua produção, ele entrar no processo juntamente com toda a equipe, com o técnico de enfermagem, de todos. Uma das coisas que a maior luta, que é uma diretriz do município é que todos entrem nesse processo, conjunto, e com isso a gente possa crescer, desenvolver e imaginar mais ações que possam ser melhor para a atuação de cada equipe (MICRO 2).

Por último em uma das respostas foi colocado que *não há nenhuma ação que tenha efetivado as diretrizes do PMAQ*.

Nenhuma ação tem efetivado as diretrizes do PMAQ (MICRO 3).

5.3.1.4 Comparação da percepção sobre Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 35** apresentamos a síntese da categoria Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 35

Síntese da Categoria *Ações que Efetivam as Diretrizes do PMAQ*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Transparência do processo</i> • <i>Construção coletiva</i> • <i>Cultura de negociação</i> • <i>Desenvolvimento tecnológico</i> • <i>Educação permanente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rotinas de supervisão e visitas técnicas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Transparência do processo</i> • <i>Construção coletiva</i> • <i>Não há nenhuma ação que tenha efetivado as diretrizes do PMAQ</i>

Na percepção dos representantes do ministério muitas ações estão sendo desenvolvidas para efetivação das diretrizes do PMAQ conforme o que preconiza no programa. Das ações destacamos a inovação de ferramentas tecnológicas para monitoramento e avaliação dos indicadores e programa de acompanhamento por parte do usuário. Outra novidade é o papel do apoiador institucional na discussão contextual em parceira com o estado e municípios. O representante do estado intensifica sua exclusão no processo, mas que inseriu em sua rotina de trabalho ações que acompanham o PMAQ nos municípios.

Quanto aos municípios, o discurso é que o processo está lento, o ministério tem atrasado os repasses dificultando as ações e que existe uma dificuldade de envolver o profissional médico na construção do processo.

5.3.2 Processo de Adesão

Na análise da categoria *processo de adesão*, agrupamos os seguintes temas: (1) *adesão voluntária como processo de construção coletiva*, (2) *não adesão das equipes por rivalidade política*, (3) *divulgação do processo de adesão*, (4) *processo de adesão por obrigatoriedade*.

5.3.2.1 Percepção sobre Processo de Adesão no Macro-Contexto

Na percepção do Macro-Contexto, os representantes do Ministério da Saúde o processo de adesão se deu voluntariamente, com uma ampla divulgação *incluindo as equipes da estratégia saúde da família e equipes tradicionais da Atenção Básica*.

Então, nós fizemos uma ampla divulgação, primeiro teve um desenvolvimento de um aparato tecnológico pra viabilizar isso, imagino que a gente esteja falando de 17, 18 mil equipes de trabalhadores que entraram no sistema pra poder fazer a adesão, que ali previa, por exemplo, apontamento de desafios para qualificação da atenção básica, a contratualização de indicadores e vários compromissos...então esse aparato tecnológico permitiu e viabilizou que isso pudesse ser feito e ao mesmo tempo nós fizemos várias ações junto aos municípios, estados, COSEMS's, etc. para sensibilizar, informar, esclarecer, lucidar as questões que eram relevantes para justamente garantir que a adesão fosse expressiva e significativa como foi efetivamente (MACRO 1).

Exatamente, esse processo tem que ser muito valorizado porque, esse é outro contexto que normalmente as pessoas estranham, porque é um processo voluntário, desde o início ninguém foi obrigado a aderir ao PMAQ, existiram várias

circunstâncias de gestores que no primeiro ciclo não aderiram porque estavam receosos, primeiro não acreditavam muito, depois ficaram receosos e acharam que não iriam dar conta daquilo que iria ser pactuado... É importante lembrar que o PMAQ contemplou para além da estratégia saúde da família, ele contemplou as unidades básicas e as equipes tradicionais que compoñham algumas unidades básicas (MACRO 2).

Foi realmente voluntario, mas que a gente sabe que muitas equipes que gostariam de aderir não tiveram a oportunidade de aderir foi bem democrático (MACRO 4).

Observamos que algumas equipes *não aderiram ao processo por rivalidade política*, isto é, por não ser partidários da gestão municipal. Outro fator que apontamos, mas que não aconteceu no Estado do Ceará, local do nosso estudo, os gestores burlaram as assinatura de profissionais para aderir ao programa.

Aliás, minto, em alguns municípios a gente soube que foi uma adesão que os gestores pediram, não vi isso no nosso estado, em outro estado um gestor pegou as assinaturas dos profissionais da saúde de uma ata de uma reunião, e utilizou essas assinaturas como se esses profissionais tivessem aderindo ao PMAQ, então quando nossos avaliadores chegaram pra avaliar essa equipe foi uma confusão, porque eles disseram que não pediram a avaliação, Então assim, até onde nós sabemos não aconteceu no nosso estado, mas aconteceu em estados vizinhos, triste né...E a gente sabe também que o município de Fortaleza por exemplo, várias equipes não aderiram por estarem “contra” a gestão municipal, não só Fortaleza mas como outros municípios do interior, “ah eu vou aderir pro município ganhar mais dinheiro, então não vou aderir.” Foi uma represaria dos profissionais quanto a gestão do município (MACRO 4).

5.3.2.2 Percepção sobre Processo de Adesão no Meso-Contexto

O discurso da gestão estadual permanece como de excluída do processo, mas que participando ativamente na *divulgação da adesão ao PMAQ* inclusive com o COSEMS.

Como esse processo foi todo, a gente não acompanhou muito isso, porque esse processo foi ministério/município, então nós não acompanhamos muito não, mas sempre ficamos todos os eventos que a gente fez pra divulgar a adesão do PMAQ a gente colocou as diretrizes e a gente colocou a questão da adesão, de como a adesão deveria ser feita, mas nós não interferimos em nada disso não, não tivemos nenhuma influencia nisso não, tivemos reuniões com os COSEM’S alertando para a questão da adesão, sempre lembrando, adesão, como era o processo, esclarecendo a questão dos indicadores mas muito por iniciativa própria mesmo (MESO).

5.3.2.3 Percepção sobre Processo de Adesão no Micro-Contexto

Quanto ao processo de adesão os representantes municipais falaram que o processo foi voluntário e *construído coletivamente com profissionais, gestores, conselhos de saúde*.

Hoje eu vejo com muito otimismo, até porque no estado do Ceará todos os municípios do estado aderiram ao PMAQ. Então a gente ver que os municípios tem interesse em aderir e sentem-se estimulados a aderir a essa estratégia do PMAQ (MICRO 1).

Esse processo nós mostramos logo o que era, todo o programa, fizemos tipo um seminário, a coordenadora da atenção básica, no caso eu como a gestora da saúde, a coordenadora da epidemiologia, nós apresentamos tanto ao conselho municipal e chamamos todos os profissionais de cada equipe, desde o técnico, expomos, mostramos tudo que era necessário para atingir, dissemos que ficássemos a vontade, não podia ser nada forçado (MICRO 2).

Foi apresentada a portaria ao gestor, o gestor aceitou o processo, e depois foi discutida com a coordenação da atenção básica e o colegiado de gestão, foi aprovado por todos, repassado para as gerentes das unidades de saúde que o município teve a adesão de todo o potencial que devia ser aderido (MICRO 4).

Uma fala apresenta o *processo de adesão como obrigatório*, pois era o único modelo proposto.

Não foi voluntária fomos obrigados pois não temos outro modelo (MICRO 3).

5.3.2.4 Comparação da percepção sobre Processo de Adesão nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 36** apresentamos a síntese da categoria Processo de Adesão dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 36

Síntese da Categoria *Processo de Adesão*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adesão voluntária como processo de construção coletiva</i> • <i>Divulgação do processo de adesão</i> • <i>Não adesão das equipes por rivalidade política</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Divulgação do processo de adesão</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adesão voluntária como processo de construção coletiva</i> • <i>Processo de adesão por obrigatoriedade</i>

Na maioria da percepção macro e micro o processo de adesão se deu voluntariamente, com uma ampla divulgação incluindo as equipes da estratégia saúde da família e equipes tradicionais da Atenção Básica. Surgiram questões de equipes que não aderiram ao processo por rivalidade política, onde membros da equipe não aderiram por não serem do mesmo partido político do gestor municipal. Outra fala relevante, mas que não aconteceu no Estado do Ceará, local deste estudo, é que gestores manipularam o processo de adesão.

Quanto a percepção meso o discurso do estado permanece como excludente do processo, mas que participou ativamente na divulgação da adesão ao PMAQ inclusive com o COSEMS. Por último uma fala do representante municipal que apresenta o processo de adesão como obrigatório, pois era o único modelo proposto pelo ministério.

5.3.3 Adequação dos Recursos ao Programa

Na análise da categoria *adequação dos recursos ao programa*, agrupamos os temas: (1) *recursos humanos estão inadequados*, (2) *recursos tecnológicos são inadequados*, (3) *recursos financeiros são ainda insuficientes*, (4) *todos os recursos são inadequados*.

5.3.3.1 Percepção sobre Adequação dos Recursos ao Programa no Macro-Contexto

Na percepção do Macro-Contexto, os *recursos humanos estão inadequados*. Eles são entendidos como um gargalo que vai desde o problema da falta de profissionais, em especial os médicos, por não cumprirem a carga horária e não trabalharem em equipe. Outra inadequação é que muitos profissionais da Atenção Básica são recém-formados e eventualmente mal formados, despreparados para atuar na Atenção Básica.

Eu acho que é um grande gargalo, do ponto de vista dos recursos humanos nós temos desde o problema da falta de profissionais, sobretudo médicos, mas isso em algumas situações pode estar relacionado a ausência de outros profissionais também, ainda no campo dos recursos humanos a gente encontra situações de baixa qualificação dos trabalhadores em muitas localidades. É muito comum na maior parte das vezes são trabalhadores recém-formados e eventualmente mal formados, que se deparam com situações extremamente complicadas e se veem com pouca habilidade para poder enfrentar e dar conta dessas situações (MACRO 1).

Inadequados olha, eu diria que dentro desses recursos, eu acho que o recurso humano ele precisa de muita qualificação, precisamos de muita ênfase na qualificação do profissional que atua na atenção básica e nós precisamos caminhar muito nesse sentido (MACRO 2).

Eu acho que os recursos humanos, eu acho que é um ponto nevrálgico aí, porque muitos lugares que não tinham ninguém pra trabalhar com atenção básica, uma coordenação instituída, uma diretoria, alguns lugares inclusive dar retorno pra gente que colocou alguém pra ser coordenador da atenção básica, do PMAQ, no município. Eu acho que a dificuldade deles não é só de vincular profissionais para a atenção básica, pras equipes, mas também de trazer profissionais capazes, dedicados, ao trabalho na atenção básica, na gestão municipal (MACRO 3).

Em termo de humanos, a gente ver muito o profissional tá lá no papel que é daquela equipe e ele não aparece, ou ele vai uma vez por semana, e quando ele vai ele não trabalha na lógica do saúde da família, ele trabalha em demanda “olha hoje é o dia do médico” aí aparece uma fila de 60 pessoas na porta e em cinco minutos ele atende todo mundo, “hoje é o dia do dentista” aí aparece.... recursos humanos a gente ver muito isso, principalmente no interior do estado, não dão a carga horária que deveriam dar, não trabalham dentro da lógica do saúde da família como deveriam trabalhar, não trabalham em equipe, o médico completamente desligado do dentista (MACRO 4).

Quanto aos *recursos tecnológicos, são diversas as inadequações*, que afetam diretamente o programa. A falta de computadores e de conectividade à internet é um problema que se encontra nos municípios, dificultando assim o acesso às informações através de prontuários eletrônicos ou mesmo a participação de projetos da Atenção Básica como o Telessaúde. Outro fator é a falta de equipamentos das unidades e equipamento obsoletos que ainda são utilizados nas unidades de saúde.

Do ponto de vista tecnológico a mesma coisa se a gente pensar, por exemplo, na disponibilização de ferramentas tecnológicas que garantem um melhor trabalho para as equipes, isso ainda é muito frágil no Brasil, algo como a existência de computadores nas unidades de saúde, conexão com a internet para que possa haver por exemplo um prontuário eletrônico. Enfim tudo aquilo que desrespeita a informatização da unidade que é extremamente importante (MACRO 1).

De recursos tecnológicos o que o PMAQ trás também muito é a valorização de todos esses aspectos, de recursos tecnológicos e como que a gente consegue equalizar e resolver de alguma forma determinados limbos que existem no campo do acesso a esses recursos, que vai desde por exemplo uma deficiência de conectividade pra gente estabelecer de repente Telessaúde em determinadas regiões do país que facilitariam muito no contexto da atenção básica, na reprodução do cuidado (MACRO 2).

Acho que essa tecnologia não só de computador, mas de telefone, de e-mail, as equipes e os gestores vão conseguir se comunicar mais com a gente via site, o que for que consiga fazer com que eles fiquem mais próximos... pelo sistema, várias coisas são online e a gente sabe que muitos municípios tem uma dificuldade de estar online pela própria internet, ou por falta de computador (MACRO 3).

Da parte tecnológica, de equipamentos... estrutura inadequada para posto de saúde, as vezes é uma casa que foi desapropriada e aquela casa se transformou numa unidade de saúde, as portas são estreitas, não entra cadeirantes, não tem iluminação, não tem uma pia dentro do consultório...o compressor do dentista fica dentro da sala com aquela “zuada” horrorosa pra atender o paciente, equipamento de esterilização ainda muito com estufas e autoclave, e algumas estufas não estão funcionando adequadamente (MACRO 4).

Quanto aos *recursos financeiros* todos reconhecem que eles *ainda são insuficientes*, inclusive para atender aos objetivos que o PMAQ pretende. Outro fator colocado é que os recursos vêm em caixinhas destinadas a serem utilizadas para tal fim sem poder manejar o recurso, isto é, o recurso entra como destino de gasto. Outra inadequação apresentada é ausência do estado no co-financiamento da Atenção Básica que poderia oxigenar as ações de saúde nos municípios.

Ponto de vista financeiro eu acho que é isso, como falei lá no início falta muito recurso ainda para a atenção básica, nós temos investido e ampliado de maneira expressiva, do ponto de vista do governo federal, acho que nunca se aumentou tanto os recursos da atenção básica, mas ainda assim nós reconhecemos que há uma necessidade de mais recursos para que a gente der conta de garantir todo o conjunto de responsabilidades, compromissos, objetivos e desempenho que a gente está tratando (MACRO 1).

Os recursos financeiros, eles deram uma oxigenação e vão dar não tenho dúvida disso, uma oxigenação no processo. O grande problema da inadequação dos recursos financeiros é que diz respeito às vezes a uma, a uma não, quase nenhuma contrapartida por parte dos estados no co-financiamento da atenção básica. Isso precisa ser ressignificado, precisa ser mais refletido no campo da atenção básica no sentido de haver maior paridade de iniciativas no campo do financiamento da atenção básica que não só pelo Ministério da Saúde, mas que tenham contrapartida tanto estadual quanto municipais, a gente sabe que o município sangra muito nesse sentido, ele tem uma contrapartida municipal que nem sempre dar conta de tudo, e

que os estados de alguma forma têm essa necessidade e essa importância ter um protagonismo maior nesse processo (MACRO 2).

Financiamento a gente sabe que esse financiamento da atenção básica tem que evoluir, sendo que ele é pactuado, não é só o ministério dizer “eu vou pagar tanto” a gente vai ter que pactuar com os COSEMS, com CONASS e CONASEMS, principalmente com o CONASS, os municípios pedem muito, tem uma ânsia que os estados participem (MACRO 3).

Mas a gente escutou muito eles reclamando de falta de recursos, de liberdade de gasto, porque às vezes o dinheiro está lá, mas a equipe não tem como gastar, as vezes eu tenho papel higiênico demais e papel toalha de menos, as vezes eu tenho muita pasta de dente e não tenho nenhuma escova de dente. Então as vezes não é nem tanto o recurso que tá faltando, é a dificuldade de se gastar certos recursos com a dinâmica que é, de gerir uma unidade de saúde (MACRO 4).

5.3.3.2 Percepção sobre Adequação dos Recursos ao Programa no Meso-Contexto

Na opinião da gestão estadual, *os recursos humanos são o maior problema* devido à alta rotatividade de profissionais. Quanto aos recursos financeiros é considerado suficiente e aos tecnológicos não faz nenhum comentário.

Recursos financeiros eu acho que eles não estão inadequados não...recursos humanos eu acredito que sim por conta da rotatividade que a gente ainda tem, eu acho que o maior problema ainda é a questão de recursos humanos (MESO).

5.3.3.3 Percepção sobre Adequação dos Recursos ao Programa no Micro-Contexto

Na percepção dos representantes municipais *todos os recursos estão inadequados*. Os recursos humanos precisam ser melhorados, capacitados e novamente o médico é citado. A estrutura tecnológica deve se modernizar e os recursos financeiros é considerado insuficiente.

Eu acho que a área de formação dos recursos humanos precisa ser melhorada. A educação permanente em saúde precisa acontecer para que a equipe, o profissional, tenha a capacidade de dar respostas à população conforme preconiza a portaria da atenção básica, a portaria do PMAQ (MICRO 1).

Eu acho que a gente em recursos humanos temos que melhorar, melhorar a qualidade a visão mesmo da atuação do profissional médico... tecnológica lógico que nós temos também que modernizar, temos que tá com tudo informatizado, temos que ter um crescimento muito grande nisso...e a gente sabe que com esse recurso financeiro não dá pra colocar ainda na visão de alta tecnologia (MICRO 2).

Todos os recursos são inadequados (MICRO 3).

Financeiro com certeza, tecnológico eu não sei, e humanos talvez, porque a equipe que veio do PMAQ de avaliadores é custeada toda pelo município, hospedagem, alimentação, traslado, então assim, eu acho que o ministério não tem recurso suficiente para manter o programa, tudo por conta do município (MICRO 4).

5.3.3.4 Comparação da percepção sobre Adequação dos Recursos ao Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 37** apresentamos a síntese da categoria Adequação dos Recursos ao Programa dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 37

Síntese da Categoria *Adequação dos Recursos ao Programa*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recursos humanos estão inadequados</i> • <i>Recursos tecnológicos são inadequados</i> • <i>Recursos financeiros são ainda insuficiente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recursos humanos estão inadequados</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Todos os recursos são inadequados</i>

Na percepção de todos existe uma inadequação dos recursos humanos. Uma necessidade de capacitação dos profissionais, de fixação nos municípios, e de melhor preparação para atuar na Atenção Básica. Destacamos em especial, o profissional médico, que é apresentado por não cumprir a carga horária exigida, não trabalhar em equipe e em alguns casos não estarem preparados para atuar na Atenção Básica.

Quanto aos recursos tecnológicos, a falta de computadores e de conectividade à internet é um problema que se encontra nos municípios dificultando o desenvolvimento do programa.

Quanto aos recursos financeiros todos reconhecem que os recursos ainda são insuficientes inclusive para atender aos objetivos que o PMAQ pretende, com exceção do estado que apresenta como adequado os recursos financeiro. No entanto, é apresentada a ausência do

estado no co-financiamento da Atenção Básica e que poderia oxigenar as ações de saúde nos municípios, minimizando esta inadequação financeira.

5.3.4 Obstáculos a Serem Vencidos na Fase Atual do Programa

Na análise da categoria *obstáculos a serem vencidos na atual fase do programa*, agrupamos os seguintes temas: (1) *logística*, (2) *conclusão da avaliação externa*, (3) *conscientização do gestor*, (4) *intersectorialidade dentro da secretaria de saúde*, (5) *quebra de paradigmas de muitos profissionais*, (6) *reestruturação da avaliação externa*.

5.3.4.1 Percepção sobre Obstáculos a Serem Vencidos na Fase Atual do Programa no Macro-Contexto

Na percepção do Macro-Contexto, são vários os obstáculos a serem vencidos na fase atual do PMAQ. A *logística e conclusão da avaliação externa*, bem como a validação deste processo. Por último, a *conscientização do gestor* de que o PMAQ não é um programa que avalia e dá uma nota, mas um processo contínuo de avaliação visando aperfeiçoar os processos e melhorar a qualidade e aumentar o acesso à população.

É garantir logisticamente a execução da própria avaliação externa, que é uma coisa colossal... mas, o grande problema é garantir a operacionalização de tudo isso, a logística desse trabalho de coleta, de chegada aos municípios, nas unidades básicas de saúde para poder fazer essa avaliação externa (MACRO 1).

Efetivamente terminar a avaliação externa... mas, tudo tá caminhando num processo bem sinérgico com o cronograma pré-estabelecido (MACRO 2).

A gente tá na avaliação externa né, os principais obstáculos eu acho que é pro gestor municipal e pra equipe entender que o PMAQ não é só avaliação externa, eles não vão tá sendo só avaliados pra ganhar uma nota e continuarem no programa, eu acho que a gente precisa discutir mais com eles... debater mais com eles essa coisa da avaliação cíclica e do que essa avaliação vai proporcionar de melhoria para o município e para o trabalho deles frente a população (MACRO 3).

Acho que a validação, tá sendo feita de forma tranquila, poucas foram às vezes que a gente teve que voltar no município... acho que parte disso é pela qualidade do trabalho desempenhado pelos entrevistadores mesmo, foram bem treinados, foram acompanhado (MACRO 4).

5.3.4.2 Percepção sobre Obstáculos a Serem Vencidos na Fase Atual do Programa no Meso-Contexto

São dois os obstáculos na percepção da gestão estadual. Primeiro o de *conscientização do gestor* sobre os projetos e programas da Atenção Básica, principalmente os novos prefeitos e secretários do processo eleitoral municipal.

Agora nós temos um desafio grande por conta dos resultados das eleições aqui a gente vai ter um trabalho muito intenso para que os novos prefeitos, e é claro as novas secretarias, os novos secretários entendam não só o PMAQ, mas entendam todos os projetos e programas que a gente tem na atenção básica, principalmente a política nacional (MESO).

Em segundo a *intersetorialidade dentro da secretaria da saúde*, entre vigilância à saúde e atenção básica por exemplo, e entre as secretarias da mesma gestão.

Um desafio que aí a gente trabalha fragmentado, eu não sei como que a gente pode tá corrigindo isso, nesse momento vigilância e atenção tem que andarem juntos, e é um dificultador muito expressivo... aí você trás todas as secretarias e a gente não pode trabalhar saúde isolada... a política ela trás um ponto forte de intersetorialidade e aí eu não estou me referindo só à secretaria de saúde, estou me referindo a secretaria de educação que tem um componente do PSE importante, estou me referindo a outras secretarias que de acordo com a especificidade de cada município tem que a gente articular com a área de saúde (MESO).

5.3.4.3 Percepção sobre Obstáculos a Serem Vencidos na Fase Atual do Programa no Micro-Contexto

Na percepção dos representantes municipais o obstáculo atual a ser vencido é a *quebra de paradigmas de muitos profissionais* em que o programa do PMAQ é mais uma política provisória do ministério da saúde e que somente com a educação permanente é que estes paradigmas irão romper.

Eu acho que é quebrar os paradigmas de muitos profissionais que não acreditam nessa política de melhoria do acesso e da qualidade, esse paradigma nós só iremos quebrar com educação profissionalizante, com educação permanente em saúde em que eles tenham justamente cursos voltados para a área de formação preparatória, e cada vez mais condições de trabalhar a atenção básica conforme a normatização do PMAQ (MICRO 1).

Outro obstáculo é a *reestruturação da avaliação externa*, sua forma e seus instrumentos de avaliação, também são apresentados como obstáculo a serem trabalhados. Apontamos ainda a falta de transparência do processo como obstáculo.

Eu acho que é isso, o compromisso mesmo de todos, mesmo querendo, mas não pode fraquejar, tem que ter o compromisso de todos, dar continuidade, agora é o processo que melhorou, temos que monitorar mesmo, avaliar, reavaliar. Eu até concordo, não pode ser só a auto avaliação não, nós brasileiros precisamos ser cobrados e avaliados (MICRO 2).

Não sabemos em que fase estamos pois não tem transparência e ninguém sabe informar nada (MICRO 3).

Eu acho que a reestruturação da forma avaliativa, dos instrumentos de avaliação e da forma como os avaliadores fazem isso dentro da unidade de saúde (MICRO 4).

5.3.4.4 Comparação da percepção sobre Obstáculos a Serem Vencidos na Fase Atual do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 38** apresentamos a síntese da categoria Obstáculos a serem Vencidos na Fase Atual do Programa dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 38

Síntese da Categoria *Obstáculos a Serem Vencidos na Fase Atual do Programa*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Logística</i> • <i>Conclusão da avaliação externa</i> • <i>Conscientização do gestor</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conscientização do gestor</i> • <i>Intersetorialidade dentro da secretaria de saúde</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quebra de paradigmas de muitos profissionais</i> • <i>Reestruturação da avaliação externa</i>

As percepções dos representantes Macro-, Meso e Micro-Contextos foram bastante diversas conforme quadro acima. Os obstáculos macro foram a conscientização do gestor, a logística da avaliação externa, sua conclusão e validação e a conscientização do gestor. Para representante do Meso-Contexto a intersectorialidade e conscientização nos novos gestores. Já

para os representantes do Micro-Contexto os obstáculos são a quebra de paradigma, continuidade do processo cíclico de avaliação e a reestruturação da avaliação externa.

5.3.5 Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa

Na análise da categoria *necessidade de eventos para reorientação do programa*, agrupamos os seguintes temas: *(1) eventos para debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar a discussão nos municípios, (2) esclarecimentos do que está acontecendo na fase atual e de qual será a próxima fase, (3) educação permanente como medida eficiente para reorientar o programa.*

5.3.5.1 Percepção sobre Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa no Macro-Contexto

Considerados como absolutamente necessários os eventos estão programados através de oficinas, seminários, rodas e fazem parte da rotina do Ministério da Saúde. O objetivo destes encontros *é debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar esta discussão nos municípios.* Para isto o ministério da saúde conta com o apoiador institucional descentralizado em todo território nacional.

Absolutamente necessário, não é possível pensar que alguns gestores e técnicos aqui do Ministério da Saúde possam por si só dar conta de incorporar todas as necessidades que estão vinculados ao programa ou a outras coisas que a gente faça sem ter um contato direto com os demais atores que fazem parte dessa engrenagem... a gente tá sempre preocupado com isso, a realização de eventos de uma maneira geral faz parte da nossa rotina, sobretudo dos apoiadores do departamento de atenção básica, que estão aí pelo território nacional debatendo com estados, municípios e as vezes até com trabalhadores (MACRO 1).

A gente tem a preocupação de não tornar o PMAQ um programa de ações meramente tarefas que sirvam somente para as equipes receberem aquilo que foi pactuado entre seus respectivos gestores, no que diz respeito a questão financeira e nada mais se faz a não ser um processo mecânico e passivo de preenchimento das metas pactuadas...a gente vem tendo retorno do território que existe todo um movimento para que isso não aconteça, e isso não vai acontecer se a gente exatamente incentivar eventos, rodas de conversa, formas de trocas permanente entre os atores em território que propiciem e legitimem o sentido pedagógico que o programa para melhoria do acesso e da qualidade trás no seu contexto de processo de trabalho de processo de gestão (MACRO 2).

A gente fez no primeiro ciclo e a gente aprendeu, e teve muitas experiências e agora eu acho a gente vai estimular muito que isso aconteça muito mais. A gente tem apoiadores institucionais... descentralizados em alguns estados do Brasil, e tem os apoiadores aqui internos, eu acho que essas oficinas vão acontecer muito mais. As câmaras técnicas pra discutir com os estados e municípios tem que acontecer muito mais...a gente teve um seminário e acho que isso tem que acontecer mais também, o fórum de atenção básica que a gente tá tentando fazer acontecer pelo menos semestralmente eu acho que isso é forma de chamar eles, se aproximar e discutir (MACRO 3).

Nesta previsão de eventos é apresentado numa das falas a necessidade de realização de encontros para *esclarecimentos do que está acontecendo na fase atual e de qual será a próxima fase*, pois na medida em que os municípios se apropriarem do programa, maiores as chances de sucesso. E que se estes encontros estivessem acontecido antes, talvez denúncias de irregularidades do processo de adesão não teriam acontecido.

Eu acho que são necessários, principalmente encontros de esclarecimento do que está acontecendo. Os municípios agora estão meio perdidos, tem tanta coisa acontecendo ao mesmo tempo que eles não conseguem absorver essa informação, e as vezes a informação muda também... então eu estou falando pra ilustrar o quanto é importante encontros pra explicar o processo, quais são os objetivos, acho que se os municípios entenderem que o objetivo não punitivo, eles não teriam feito coisas como enfeitar a casa, pegar equipamentos de uma unidade e trazer pra outra e depois ter que devolver e aquela unidade ficar sem equipamento...acho que se eles entendessem melhor esse processo eles não estariam usando essas artimanhas que a gente viu. O PMAQ é uma avaliação, acho que os profissionais que estão envolvidos na estratégia saúde da família precisam de educação permanente para que consigam desenvolver melhor suas atividades, mas os gestores precisam de encontros que esclareçam os objetivos do PMAQ (MACRO 4).

5.3.5.2 Percepção sobre Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa no Meso-Contexto

Sempre é a resposta do representante para as necessidades de eventos para reorientação do programa. E coloca a *educação permanente como fator reorientador do programa*, qualificando profissionais e transformando o processo de trabalho.

Sempre, na medida sempre é a permanência dessas ações. Nós temos que adotar isso como prática da gente, porque sem educação permanente você não faz nada, agora entendendo que a educação permanente não se restringe a só eu chegar e informar ou atualizar o profissional de determinada ação não. A educação permanente a equipe trabalhar processo de trabalho pra execução de alguma atividade, isso aí é que é a educação permanente, identificando a fragilidade, a vulnerabilidade e as estratégias para superar isso, isso é permanente, isso é educação permanente, a gente tem que ter isso como prioridade nossa (MESO).

5.3.5.3 Percepção sobre Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa no Micro-Contexto

Em consonância com os representantes do Ministério da Saúde e da gestão estadual, os representantes municipais apontam como absolutamente necessários e que a *educação permanente é alternativa eficiente* deste processo de esclarecimento e reorientação do programa.

Eu acho essa pergunta extremamente inteligente. Nós precisamos investir muito e rapidamente na educação, não só da população, mas na educação como bem frisei anteriormente, na educação do recursos humanos, na profissionalização de muitas pessoas que tá ligado direto a gestão, com a capacitação voltada a área de saúde (MICRO 1).

Nossa, é necessário demais, desde a porta de entrada do atendimento, da humanização do serviço, do acolhimento, tudo é necessário, nós precisamos ter essa visão de que a educação não pode parar e o profissional que tá lá na ponta ele tem que tá se reciclando, desde o atendimento a gestante, do pré-natal, bem feito, a todos os programas eu acho que tem que trabalhar isso (MICRO 2).

Altamente necessário, porque assim, chegou num prazo muito curto, teve que ser discutido, implantado, solicitado avaliação, foi tudo num prazo muito curto, se sente como se a união tivesse um dinheiro destinado para aquilo e tivesse que gastar em tempo recorde pra não deixar de gastar o recurso, que é um programa muito bom mas precisava ter sido feito encontros de educação permanente sobre o programa pra todo mundo ter entendido melhor, muita gente até não aderiu pela falta de compreensão (MICRO 4).

5.3.5.4 Comparação da percepção sobre Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 39** apresentamos a síntese da categoria Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 39

Síntese da Categoria *Necessidade de Eventos para Reorientação do Programa*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eventos para debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar a discussão nos municípios</i> • <i>Esclarecimentos do que está acontecendo na fase atual e de qual será a próxima fase</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eventos para debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar a discussão nos municípios</i> • <i>Educação permanente como medida eficiente para reorientar o programa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eventos para debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar a discussão nos municípios</i> • <i>Educação permanente como medida eficiente para reorientar o programa</i>

Nas três esferas foram unânimes que é extremamente necessários eventos para esclarecimentos e reorientação do programa. O objetivo destes encontros é debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar esta discussão nos municípios e que deve acontecer através da educação permanente. Para isto o ministério da saúde conta com o apoiador institucional descentralizado em todo território nacional.

5.4 Avaliação de Produto

Para Avaliação de Produto, utilizamos a matriz de coleta de dados para avaliação do PMAQ consoante o modelo CIPP (**Quadro 9**), que tem seu foco em conhecer as perspectivas sobre como o programa está influenciando positiva ou negativamente os diferentes níveis de gestão do SUS, bem como sobre sua sustentabilidade. A avaliação deu-se por meio de uma análise documental do manual e da percepção dos participantes dos **Macro-, Meso- e Micro-Contextos**. Com referência a este índice, identificamos as categorias:

- RESULTADOS IMEDIATOS DO PROGRAMA
- RESULTADOS ESPERADOS DO PROGRAMA
- ATUALIZAÇÕES DE DIRETRIZES PARA CONCRETIZAR OBJETIVOS NÃO ALCANÇADOS
- RESULTADOS INESPERADOS DO PROGRAMA
- SUSTENTABILIDADE DO PROGRAMA

A síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Contexto entre os sub-índices que orientaram o processo de análise é apresentada no **Quadro 40**, abaixo.

Quadro 40

Síntese da distribuição das categorias/temas identificados no índice Produto entre os sub-índices que orientaram o processo de análise

CATEGORIAS	SUB-ÍNDICES			
	Manual do PMAQ	Macro-Contexto	Meso-Contexto	Micro-Contexto
<i>RESULTADOS IMEDIATOS DO PROGRAMA</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Ainda é muito cedo para apresentar resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito entre as categorias de profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Avanços dos serviços prestados com qualidade, população satisfeita e sem nenhuma discrepância
<i>RESULTADOS ESPERADOS DO PROGRAMA</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças efetivas como despreciação do trabalho, fixação dos profissionais, melhoria da qualidade dos serviços e acessibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança está estritamente ligada à apropriação das equipes no território, do conhecimento do território que atua e da coerência dos gastos nos processos da Atenção Básica 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças efetivas no desempenho da qualidade, na melhoria da assistência e na padronização da unidade
<i>ATUALIZAÇÕES DE DIRETRIZES PARA CONCRETIZAR OBJETIVOS NÃO ALCANÇADOS</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Ainda é muito cedo para avaliar se precisa ou não atualizar as diretrizes • Não há necessidade de atualizar • Necessidade de ampliar as diretrizes do PMAQ para outros programas do ministério 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento dos resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • É necessário serem revistas todas as diretrizes para aperfeiçoar o programa
<i>RESULTADOS INESPERADOS DO PROGRAMA</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Aumento no diálogo dos gestores municipais 		<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação do usuário, a organização do serviço e a integração
<i>SUSTENTABILIDADE DO PROGRAMA</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Possui viabilidade política, orçamento significativo, 	<ul style="list-style-type: none"> • É um programa sem volta, porque muda o comportamento da população e trará a 	<ul style="list-style-type: none"> • Ele será sustentável se os profissionais de saúde entenderem

<i>interesse dos atores envolvidos, repercussão positiva do programa, e outras estratégias que colaboram</i>	<i>inserção no PMAQ dos NASFs e CEO</i>	<i>o programa e atuarem para melhoria na assistência e se os repasses financeiros permanecerem</i>
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>O programa é insustentável</i>

5.4.1 Resultados Imediatos do Programa

Na análise da categoria *resultados imediatos do programa*, agrupamos os seguintes temas: (1) *ainda é muito cedo para apresentar resultados*, (2) *conflito entre as categorias de profissionais*, (3) *avanços dos serviços prestados com qualidade, população satisfeita e sem nenhuma discrepância*.

5.4.1.1 Percepção sobre Resultados Imediatos do Programa no Macro-Contexto

Na percepção do Macro-Contexto, *ainda é muito cedo para apresentar resultados*, muito embora se identifique alguns resultados positivos como o envolvimento dos profissionais, a qualificação dos processos de trabalho e uma superação no processo de adesão. Em uma das falas é afirmado que não houve nenhuma discrepância no processo de implantação.

Eu acho que é cedo pra gente falar nisso, certamente existirão, eu posso até colocar algumas coisas que nos parece muito intuitivamente ou hipóteses que vão ser melhores avaliadas depois. Porque assim, como ele é muito novo, ele ainda está numa etapa muito inicial de implantação (MACRO 1).

A gente ainda não tem um parâmetro para medir essas discrepâncias entre os objetivos e os resultados alcançados... agora a gente sabe que a implantação do programa ela produziu resultados muito importante de ser dito que é o processo de mobilização dos atores envolvidos... para a questão de receber o valor, e esse valor do município ser repassado ou não, tem muitos municípios que não estão nem repassando isso para as equipes, estão é investindo em outras coisas... que essa mobilização ocorrida vai efetivamente surtir um efeito consistente de qualificação dos processos de trabalho... precariedade que eu digo é às vezes no campo das relações de trabalho, que é um fato. Essa cultura tende a cada vez mais produzir menos discrepâncias e consequências (MACRO 2).

Eu acho que os objetivos que a gente tinha colocado pra essa primeira adesão do programa, eles foram até extrapolados, a adesão foi muito mais do que a gente pretendia, inicialmente ia ser 50% das equipes e a gente chegou a 71% de equipes nos municípios que aderiram ao programa... eu acho que foi bem positivo (MACRO 3).

Acho que não tem discrepância não, meu objetivo é avaliar, e nós estamos avaliando, pra entender o que está acontecendo, e isso está sendo feito, sendo feito de uma forma transparente, isso tá sendo feito de uma forma do meu ponto de vista adequada... seja um processo contínuo de avaliação, já estão sinalizando que ano que vem deve ser o NASF, o PMAQ do NASF, e depois tem o PMAQ da odontologia (MACRO 4).

5.4.1.2 Percepção sobre Resultados Imediatos do Programa no Meso-Contexto

Na percepção do representante do estado uma das consequências é o *conflito entre as categorias de profissionais*. Isso decorreu por não ter sido discutido de como seria utilizado os recursos do PMAQ.

Conflitos entre categorias de profissionais porque o processo de adesão não aconteceu da forma orientada, exigida. Então a gente sabe que aconteceram conflitos porque aí o recurso financeiro não foi discutido pela equipe porque a equipe não sabia, e aí o recurso agora é de domínio público, essa informação todo mundo sabe, e aí as pessoas “ah eu quero esse dinheiro pra minha gratificação, eu quero receber, eu quero receber (MESO).

5.4.1.3 Percepção sobre Resultados Imediatos do Programa no Micro-Contexto

Na percepção dos representantes municipais, as consequências são extremamente positivas, com *avanços dos serviços prestados com qualidade, população satisfeita e sem nenhuma discrepância*. Apontamos ainda duas falas distintas, que o primeiro é o envolvimento médico que ainda tem sido uma dificuldade e o segundo uma fala de conflitos entre profissionais cobrando o que fora pactuado.

Eu acho que as consequências são extremamente positivas, porque nós estamos pegando uma equipe de saúde da família tradicional e aplicando nela umas metodologias para que ela consiga melhorar a assistência da população...consequência de tudo isso é você ter a população satisfeita, profissionais prestando serviço de qualidade, e uma unidade de saúde extremamente resolutiva, e acima de tudo a gente imagina que a implantação do PMAQ em todas as unidades de saúde, ela vai dar um novo padrão as equipes de saúde da família em todo o estado do Ceará (MICRO 1).

Estou em fase de construção, mas a gente já sentiu como estão trabalhando sobre um parâmetro, um norte, então as diretrizes do que rege o programa. Isso já é um grande avanço, a melhoria mesmo do acesso, a gente ver que é uma coisa assim notória, que eles estão trabalhando dentro do que é pra ser... você querer que se enquadre mesmo o médico do que é o programa, ele é o profissional que se puder ficar só no atendimento, só na consulta, não é somente a consulta e a prescrição, ele tem que tá envolvido em todo o processo, mas aos poucos a gente tendo essa visão e lutando, enfermagem, puxando, tirando um pouco de cima dela a gente chega lá (MICRO 2).

Os profissionais cobrando a melhoria que foi apregoada, a desconfiança dos prefeitos em nossos municípios tivemos vários conflitos (MICRO 3).

Acho que não teve nenhuma discrepância não, as consequências foram as melhores possíveis, nós atingimos todas as metas que gostaríamos atingir...teve nenhum problema de discrepância não (MICRO 4).

5.4.1.4 Comparação da percepção sobre Resultados Imediatos do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 41** apresentamos a síntese da categoria Resultados Imediatos do Programa dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 41

Síntese da Categoria *Resultados Imediatos do Programa*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ainda é muito cedo para apresentar resultados</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conflito entre as categorias de profissionais</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Avanços dos serviços prestados com qualidade, população satisfeita e sem nenhuma discrepância</i>

Na percepção macro e micro ainda não deu para avaliar, muito embora alguns pontos já fossem considerados positivos como o envolvimento dos profissionais, a qualificação dos processos de trabalho e uma superação no processo de adesão. Outra consonância é que não houve nenhuma discrepância no processo de implantação. O profissional médico surge como dificultador no processo de envolvimento nos processos

Já na percepção do representante do estado e que se aproxima a dos representantes dos municípios são conflitos de profissionais por municípios não estarem cumprindo o pactuado.

5.4.2 Resultados Esperados do Programa

Na análise da categoria *resultados esperados do programa*, agrupamos os seguintes temas:

(1) *mudanças efetivas como desprecarização do trabalho, fixação dos profissionais, melhoria*

da qualidade dos serviços e acessibilidade, (2) mudança está estritamente ligada à apropriação das equipes no território, do conhecimento do território que atua e da coerência dos gastos nos processos da Atenção Básica, (3) mudanças efetivas no desempenho da qualidade, na melhoria da assistência e na padronização da unidade.

5.4.2.1 Percepção sobre Resultados Esperados do Programa no Macro-Contexto

Na percepção dos representantes do Ministério da Saúde, o PMAQ utiliza as diretrizes da PNAB, independente do modelo de atenção, se equipes tradicionais ou saúde da família. O que o programa espera é *mudanças efetivas como despreciação do trabalho, fixação dos profissionais, melhoria da qualidade dos serviços e acessibilidade.*

Nós trabalhamos com a ideia de diretrizes da atenção básica, independentemente do modelo, o modelo que eu digo é como que a equipe está organizada, a gente não aposta na ideia cega que um único modelo, um determinado tipo de modelo por si só ele é capaz de dar conta do conjunto de desafios e necessidades... então nós trabalhamos com diretrizes da atenção básica e apostamos nessas diretrizes (MACRO 1).

Olha as mudanças efetivas são muito esperadas... naquilo que a gente considera fundamental, melhorar o acesso da população junto às unidades básicas de saúde, e qualificar esse atendimento. Na medida em que você pega um programa e nesse programa você através de diversas dimensões da atenção básica, você induz todo um movimento de auto reflexão dos trabalhadores e dos gestores, mais do que isso, todo um movimento de estímulo e motivação desses profissionais, não só pelas perspectivas de melhor despreciação do trabalho, em cima do que foi pactuado entre os gestores e municípios... solucionar problemas graves e crônicos da atenção básica, repito, como o provimento da fixação de profissionais, a questão da preciação do trabalho, a questão das possibilidades de você instituir metas e a partir dessas metas o desempenho (MACRO 2).

Como a gente deu a possibilidade dele parametrizar, de pegar aquela equipe, vou chamar de equipe de modalidade de atenção básica, que estava no centro de saúde, que chama-se equipe tradicional. Então agora essas equipes que trabalhavam desse jeito vão ter a possibilidade de trabalhar no território adscrito pra aquela população como se fosse uma equipe de saúde da família, mesmo eles não sendo a gente dá a possibilidade de eles trabalharem com essas diretrizes (MACRO 3).

O PMAQ em si não muda a atenção, mas eu espero que as equipes bem avaliadas se sintam instigadas a melhorar cada vez mais, que aquelas não estão bem avaliadas se sintam instigadas a observar onde estão seus erros, onde estão suas falhas, aonde elas podem melhorar, onde estão os pontos positivos e melhorar (MACRO 4).

5.4.2.2 Percepção sobre Resultados Esperados do Programa no Meso-Contexto

Na percepção do representante da gestão estadual, a *mudança está estritamente ligada à apropriação das equipes no território, do conhecimento do território que atua e da coerência dos gastos nos processos da Atenção Básica.*

Mudança efetiva tem muito haver com uma pergunta anterior que você fez, a mudança da equipe e do gestor se apropriar do território, da atenção primária do seu território, deles terem conhecimento do que está acontecendo naquele território, no tempo menos, estar mais presente, a questão dos conselhos, o controle social também. Ser mais proativo nos processos da atenção primária, de estarem mais envolvidos, do gestor ter mais coerência com a utilização dos recursos já que ele vai ter um retrato mais fiel dos processos, um retrato mais fiel da assistência prestada (MESO).

5.4.2.3 Percepção sobre Resultados Esperados do Programa no Micro-Contexto

Na percepção dos representantes municipais, são esperadas *mudanças efetivas no desempenho da qualidade, na melhoria da assistência e na padronização da unidade.* Em outra fala o representante disse que ainda não pode avaliar e por último que não tem nenhuma mudança no modelo e que o mesmo é focado na doença e no médico.

Eu acho que a principal mudança é essa que eu falei, você tem um padrão definido de unidade de saúde de atuação da equipe de saúde da família (MICRO 1).

As mudanças efetivas é essa, o que é a finalidade, o que é que tem que ser e como é que tem que ser o desempenho na atenção básica... para que tenham uma boa qualidade, uma boa assistência ao nosso usuário (MICRO 2).

Nenhum. O modelo é o mesmo focado na doença, no médico (MICRO 3).

Eu acho que isso aí a gente não pode avaliar ainda não, porque assim, as equipes que aderiram foram aderidas a pouco tempo, então assim, quando nós formos avaliar os indicadores das equipes que aderiram com os indicadores das equipes que não aderiram a gente pode comparar se teve diferença na melhoria desses indicadores ou não, aí eu vou poder dizer se tive efetiva mudança no modelo de atenção, por enquanto eu não tenho como dizer não, sem avaliar os indicadores que foram pactuados, os indicadores pactuados pelo PMAQ também estão sendo avaliados nas outras equipes que não estão cadastradas no PMAQ (MICRO 4).

5.4.2.4 Comparação da percepção sobre Resultados Esperados do Programa nos Macro, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 42** apresentamos a síntese da categoria Resultados Esperados do Programa dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 42

Síntese da Categoria *Resultados Esperados do Programa*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mudanças efetivas como desprecarização do trabalho, fixação dos profissionais, melhoria da qualidade dos serviços e acessibilidade</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mudança está estritamente ligada à apropriação das equipes no território, do conhecimento do território que atua e da coerência dos gastos nos processos da Atenção Básica</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mudanças efetivas no desempenho da qualidade, na melhoria da assistência e na padronização da unidade</i>

Na percepção dos representantes do ministério o programa do PMAQ utiliza as diretrizes da PNAB, independente do modelo de atenção, se equipes tradicionais ou saúde da família. São esperadas são mudanças efetivas como desprecarização do trabalho, fixação dos profissionais, melhoria da qualidade dos serviços e acessibilidade. Na percepção da gestão municipal a mudança está estritamente ligada à apropriação das equipes no território, do conhecimento do território que atua e da coerência dos gastos nos processos da Atenção Básica.

Na fala dos representantes municipais são esperadas mudanças efetivas no desempenho da qualidade, na melhoria da assistência e na padronização da unidade. E em outra fala o representante disse que ainda não pode avaliar e por último que não tem nenhuma mudança no modelo.

5.4.3 Atualização de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados

Na análise da categoria *atualizações de diretrizes para concretizar objetivos não alcançados*, agrupamos os seguintes temas: (1) *ainda é muito cedo para avaliar se precisa ou não atualizar as diretrizes*, (2) *não há necessidade de atualizar*, (3) *necessidade de ampliar as*

diretrizes do PMAQ para outros programas do ministério, (4) desconhecimento dos resultados, (5) é necessário serem revistas todas as diretrizes para aperfeiçoar o programa.

5.4.3.1 Percepção sobre Atualização de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados no Macro-Contexto

Foram várias as respostas dos representantes do Ministério da Saúde, dentre elas que *ainda é muito cedo para avaliar se precisa ou não atualizar as diretrizes*, em outra fala que *não há necessidade de atualizar*, em outra que, no segundo ciclo, será inserido o PMAQ dos NASFs e dos CEOs. Por último, é colocada a *necessidade de ampliar as diretrizes do PMAQ para outros programas do ministério* como a rede cegonha por exemplo.

Eu acho que é muito cedo pra gente fazer essa avaliação, a gente precisa ter mais elementos para poder chegar à conclusão de que a gente precisa rever suas diretrizes (MACRO 1).

Então um dos pontos que a gente vai agora no segundo ciclo inserir, os NASFs vão entrar no segundo ciclo, os núcleos de apoio a saúde da família são uns dispositivos importantíssimo enquanto tecnologia de cuidado que podem propiciar no campo da atenção básica que vai entrar agora no segundo ciclo no PMAQ. A saúde bucal vai entrar fortemente no PMAQ com os CEOs – Centro de Especialidades Odontológicas então isso aí a gente considera importantes agregações que vão surgir do PMAQ no segundo ciclo (MACRO 2).

Bem é porque as diretrizes do programa vão muito no sentido da nossa política, mas várias das nossas diretrizes hoje, que tão nesse sentido vão ser ampliadas, por exemplo, nas redes, que a gente tá trabalhando hoje como prioridade do Ministério da Saúde, então essas diretrizes elas vão chegar a conversar mais, se aproximar mais do que as redes estão discutindo também, não é que elas não estejam no PMAQ mas o PMAQ aprendeu muito com esse primeiro ciclo, no sentido de ampliar essas diretrizes pra outros, pra discutir e aproximar de outros programas que a gente já tem aqui no Ministério (MACRO 3).

Eu acho que aquelas diretrizes que você falou, foram de uma maneira geral cumpridas, foi voluntario, foi transparente, foi nacional, foi apartidário, então a gente tem que mantê-las, não tem que sair essa não (MACRO 4).

5.4.3.2 Percepção sobre Atualização de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados no Meso-Contexto

Na fala do representante da gestão estadual, alude-se a *desconhecimento dos resultados* e consequentemente a não conhecimento dos objetivos não alcançados.

Primeiro que eu não sei quais os objetivos não foram alcançados, eu não tenho essa informação. O que é que não foi alcançado no PMAQ? Eu não sei, formalmente, oficialmente eu não sei e como eu não sei como é que é o resultado disso, porque a gente só vai saber no final quando sair a última relação (MESO).

5.4.3.3 Percepção sobre Atualização de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados no Micro-Contexto

Para os representantes municipais, *é necessário serem revistas todas as diretrizes para aperfeiçoar o programa*, integrar o trabalho em equipe, a intersetorialidade e a mobilização social. Em outra fala, não pode responder porque ainda não avaliou os objetivos e por último o sub-financiamento é apresentado como um sério problema.

Eu acho que todas as diretrizes precisam ser revistas, como eu falei é um processo novo que tá sendo implantado, é um processo que tem por objetivo melhorar a assistência com transparência, com participação de recursos humanos, com infraestrutura e nesse percurso as diretrizes do programa elas vão se aperfeiçoando (MICRO 1).

Eu acho que tem que ser assim, eu acho que precisamos cada vez mais integrar esse trabalho em equipe... e isso ainda é um pouco falho no contexto de mobilização e nós precisamos crescer mais, é um dos pontos que detectamos de fragilidade, para que a gente alcance, atingir melhor nossos objetivos é esse contexto mesmo, a participação das pessoas a intersetorialidade, trazer todos que trabalham na saúde com a mesma visão do município, eu acho que é uma coisa que tem que crescer, eu sinto ainda essa fragilidade (MICRO 2).

Devemos sair do faz de conta e encarar que temos um problema sério de desfinanciamento e se queremos ou não esse modelo de ESF (MICRO 3).

Eu não sei te responder isso agora, primeiro eu tenho que olhar quais foram os objetivos alcançados, entendeu (MICRO 4).

5.4.3.4 Comparação da percepção sobre Atualização de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 43** apresentamos a síntese da categoria Atualização de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos.

Quadro 43

Síntese da Categoria *Atualização de Diretrizes para Concretizar Objetivos não Alcançados*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ainda é muito cedo para avaliar se precisa ou não atualizar as diretrizes</i> • <i>Não há necessidade de atualizar</i> • <i>Necessidade de ampliar as diretrizes do PMAQ para outros programas do ministério</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desconhecimento dos resultados</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>É necessário serem revistas todas as diretrizes para aperfeiçoar o programa</i>

Das respostas dos representantes observamos que os resultados ainda não foram avaliados dificultando responder quais as diretrizes deverão ser atualizadas ou quais objetivos não foram alcançados. Mesmo assim foram apresentados outros aspectos relevantes como a inserção do PMAQ dos NASFs e dos CEOs no segundo ciclo e a necessidade ampliar as diretrizes do PMAQ aos demais programas do ministério. Já para o representante da gestão estadual, há um desconhecimento dos resultados.

Na esfera municipal apresenta a necessidade de serem revistas todas as diretrizes para aperfeiçoar o programa e ressaltamos ainda a fala onde o sub-financiamento é apresentado como um sério problema e precisa ser discutido.

5.4.4 Resultados Inesperados do Programa

Na análise da categoria *resultados inesperados do programa*, agrupamos os seguintes temas: (1) *aumento no diálogo dos gestores municipais*, (2) *satisfação do usuário*, *a organização do serviço e a integração*.

5.4.4.1 Percepção sobre Resultados Inesperados do Programa no Macro-Contexto

Na percepção do representante da universidade, é colocado o *diálogo entre os gestores dos municípios* na preocupação de melhorar os resultados.

Avaliando da forma que a gente avalia, a gente sabe que vai aparecer de tudo. Eu fiquei feliz por exemplo, não era um objetivo, mas eu fiquei feliz de ver, os municípios conversando entre si, os municípios preocupados em melhorar os espaços, as qualidades, porque o PMAQ estava vindo (MACRO 4).

5.4.4.2 Percepção sobre Resultados Inesperados do Programa no Micro-Contexto

Os resultados alcançados e que não estavam programados foi a *satisfação do usuário, a organização do serviço e a integração*. Outras representantes ainda estão avaliando os resultados.

Eu acho que o principal resultado que nós alcançamos dentro do PMAQ e que não estavam contemplados dentro do processo de planejamento, foi a satisfação do usuário, a gente entende que isso foi um resultado muito maior do que o que nós esperávamos. O usuário está satisfeito com a melhoria da assistência naquela unidade de saúde por intervenção direta da implantação do PMAQ (MICRO 1).

Eu acho que a organização do serviço mesmo, em todos os sentidos, desde o acolhimento e dentro da estratégia que é pra ser o saúde da família, tem melhorado o foco do atendimento como é pra ser. Então assim é uma melhoria que vemos que tem que não é só a produção a quantidade e sim a qualidade mesmo já dá pra perceber, a integração (MICRO 2).

5.4.4.3 Comparação da percepção sobre Resultados Inesperados do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 44** apresentamos a síntese da categoria Resultados Inesperados do Programa dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

Quadro 44

Síntese da Categoria *Resultados Inesperados do Programa*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aumento no diálogo dos gestores municipais</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Satisfação do usuário, a organização do serviço e a integração</i>

Observamos nas falas que alguns pontos como diálogo entre os gestores municipais, satisfação do usuário, organização dos serviços e a integração são considerados resultados inesperados e positivos do programa.

5.4.5 Sustentabilidade do Programa

Na análise da categoria *sustentabilidade do programa*, agrupamos os seguintes temas: (1) *possui viabilidade política, orçamento significativo, interesse dos atores envolvidos, repercussão positiva do programa, e outras estratégias que colaboram*, (2) *é um programa sem volta, porque muda o comportamento da população e trará a inserção no PMAQ dos NASFs e CEO*, (3) *ele será sustentável se os profissionais de saúde entenderem o programa e atuarem para melhoria na assistência e se os repasses financeiros permanecerem*, (4) *o programa é insustentável*.

5.4.5.1 Percepção sobre Sustentabilidade do Programa no Macro-Contexto

É unânime para todos os representantes a sustentabilidade do programa, pois *possui viabilidade política, orçamento significativo, interesse dos atores envolvidos, repercussão positiva do programa, e outras estratégias que colaboram* como o COAP, Telessaúde e as redes de saúde.

Eu acho que muito sustentável, ele é sustentável em todas as medidas, ele tem viabilidade política, ele tem orçamento significativo, existe um interesse muito forte do conjunto de atores que poderiam representar alguma ameaça do conjunto da

sustentabilidade do programa... estou falando de trabalhadores, gestores, academia, daqui a pouco certamente os usuários vão dar mais sustentabilidade (MACRO 1).

Eu acho que o PMAQ tem tudo pra ser, se tornar, uma política de Estado não uma política de Governo, a partir do momento em que você cria dispositivos de estratégias logicas de praticas avaliativas em saúde que produzam uma mobilização com a potência que o PMAQ mobilizou em termo de, principalmente dos territórios a chance da viabilidade política que esse programa produziu de ele ser legitimado de forma sustentável, permanente e independente de governo é muito grande nesse momento (MACRO 2).

Eu acho que ele vem no ritmo que se apresentou, que muitos até que não acreditavam ficaram meio pensando, mas eu acho que ele é bastante sustentável, eu acho que se tivesse uma classificação nível 1,2 e 3 eu acho que ele é sustentável nível 3, porque ele possibilitou aumento de recurso pra quem não tinha, agora vai ter um aumento de recurso que era coisas que muitos gestores vinham pedindo a muito tempo, nessa ânsia de ter um aumento de recurso... são muitas coisas que dão sustentabilidade, o COAP, o Telessaúde, as redes, o PMAQ não está sozinho, não é o PMAQ que se sustenta sozinho, acho que o PMAQ vinculado a várias outras estratégias que a gente tá tentando trazer como auxilio para os municípios melhorarem pra eles verem a mão do ministério junto deles, o que dar sustentação ao PMAQ não é só o PMAQ, é o PMAQ junto com várias outras coisas que a gente vem produzindo nesses últimos um ano e meio de gestão (MACRO 3).

Mas a gente tem a mania no Brasil infelizmente, mas não é só mania brasileira não, o ser humano as vezes quer planejar sem conhecer, eu acho que uma das enormes vantagens do PMAQ é essa avaliação, e essa avaliação pra que seja interessante ela tem que ser continua, eu avaliei agora e tenho um retrato fiel da realidade, eu vou fazer planejamento, eu vou fazer ações (MACRO 4).

5.4.5.2 Percepção sobre Sustentabilidade do Programa no Meso-Contexto

Para o representante da gestão estadual, o programa é sustentável, *é um programa sem volta, porque muda o comportamento da população e trará a inserção no PMAQ dos NASFs e CEOs.*

Eu sempre que acreditei que o PMAQ era um processo sem volta. Porque isso muda o comportamento da população também, quando chega uma ação dessa, quando a população participa disso e a população conhece, dificilmente você perde, eu sempre acreditei com a proposta do PMAQ, que não teria volta, que não tem volta, é daqui pra melhor...ele vai trazendo a adesão de outras categorias, como a gente já sabe agora, da iniciativa pro NAF, tá dando tão certo na atenção primaria, dos profissionais acreditarem, dos profissionais estarem envolvidos, aí já se pensa em ir pro NASF, de ter uma ampliação pros CEO's, é um incentivo que é importante (MESO).

5.4.5.3 Percepção sobre Sustentabilidade do Programa no Micro-Contexto

Na percepção dos representantes municipais, *ele será sustentável se os profissionais de saúde entenderem o programa e atuarem para melhoria na assistência e se os repasses financeiros permanecerem.*

Eu acho que ele é sustentável a partir do momento em que os profissionais que trabalham na atenção básica entenderem para que é que serve o PMAQ. Onde os profissionais que trabalham dentro da unidade e atuam na atenção básica de saúde entenderem que aquela unidade não pode está atendendo e não tem condições de melhorar sua assistência, as diretrizes, e sem o padrão PMAQ nós vamos ter tudo isso entendido, se os profissionais entenderem tudo isso o PMAQ é sustentável (MICRO 1).

Na medida em que você for obtendo os bons resultados, e ele é sustentável se continuar nesse mesmo pensamento, nesse incentivo financeiro de processo de avaliação, processo de monitoramento, planejamento, monitoramento e avaliação, todo esse contexto será sustentável (MICRO 2).

Alguns programas que já apareceram do governo não tinham o incentivo financeiro de melhoria de qualidade, antes não tinha, e quando você fala em melhorar aspectos financeiros da equipe de saúde da família é coisa que os gestores não vão querer retroagir, então assim, se houver condições de se manter esse incentivo ao mesmo tempo que manter o incentivo você obtém o melhor atendimento com qualidade, eu acho que ele é bastante sustentável (MICRO 4).

Na opinião de um representante *o programa é insustentável e é comparado com AMQ, um programa que não é mais utilizado.*

Acho que será igual a AMQ: já saiu do ar (MICRO 3).

5.4.5.4 Comparação da percepção sobre Sustentabilidade do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

No **Quadro 45** apresentamos a síntese da categoria Sustentabilidade do Programa dos temas que emergiram na percepção dos gestores do Programa nos Macro-, Meso- e Micro-Contextos

Quadro 45Síntese da Categoria *Sustentabilidade do Programa*

MANUAL PMAQ		
Macro	Meso	Micro
<ul style="list-style-type: none"> • Possui viabilidade política, orçamento significativo, interesse dos atores envolvidos, repercussão positiva do programa, e outras estratégias que colaboram 	<ul style="list-style-type: none"> • É um programa sem volta, porque muda o comportamento da população e trará a inserção no PMAQ dos NASFs e CEO 	<ul style="list-style-type: none"> • Ele será sustentável se os profissionais de saúde entenderem o programa e atuarem para melhoria na assistência e se os repasses financeiros permanecerem • O programa é insustentável

Para os representantes do ministério o programa é sustentável por uma série de fatores como viabilidade política, orçamento significativo, interesse dos atores envolvidos, mas para os representantes municipais a sustentabilidade esta vinculada aos profissionais de saúde no entendimento do programa e atuação para melhoria na assistência, bem como a permanência dos repasses financeiros.

Na opinião de um representante *o programa é insustentável* e é comparado com AMQ, um programa que não é mais utilizado.

6. CONCLUSÕES

Finalizamos nosso estudo comparando as percepções Macro-, Meso- e Micro-Contexto a partir dos quatro componentes do Modelo CIPP (Contexto, Inputs, Processos e Produto), respondendo à questão de pesquisa, prestando contas dos objetivos traçados e indicando as limitações deste estudo e as diretrizes para futuras pesquisas.

6.1 Conclusões da Avaliação de Contexto

Em consonância que rege o modelo CIPP de avaliação apresentamos avaliação de contexto que o programa PMAQ foi desenhado para desenvolver uma reestruturação da Atenção Básica a longo prazo através de ciclos de processos avaliativos e contratualizados de forma voluntária. Seus objetivos, desafios e diretrizes foram baseados em dados históricos dos últimos dez anos e de acordo com discursões em tripartite.

Apontamos que a maior quantidade de categorias e temas foi identificada no índice contexto, pois o PMAQ ainda está em processo de implantação, sendo necessário uma apropriação e atuação do programa por parte de todos os envolvidos como identificamos nas falas dos entrevistados.

6.1.1 Conclusão da Avaliação de Contexto na Percepção do Macro-Contexto

Quanto ao Ministério da Saúde diagnosticamos a apropriação de todas as fases do programa, diretrizes e objetivos por parte dos seus representantes e que os mesmos são confiantes do sucesso do programa. Quanto questionados das falhas do processo e pontos negativos apresentam tópicos relevantes como a incipiência do programa, o tempo, avaliação externa maquiada, o envolvimento dos profissionais e adesão do município parte do repasse financeiro. Como pontos positivos emergem as práticas avaliativas, valorização dos profissionais e a infraestrutura. Ressaltamos ainda que para eles, o programa preconiza as necessidades que partiram do município e que tanto o estado como o município são parceiros nos processos de implantação do programa.

6.1.2 Conclusão da Avaliação de Contexto na Percepção do Meso-Contexto

Ao analisarmos a opinião do estado identificamos uma denuncia da exclusão do estado no processo de implantação do programa divergente da fala anterior dos representantes do ministério da saúde. Outra divergência de opinião com o ministério é que o envolvimento dos profissionais já é fato nas equipes e que é um dos objetivos propostos já concretizados. Ademais, apresenta a educação permanente e o repasse financeiro como necessidades da Atenção Básica e avanço no processo. Por fim, declara que ausência dos resultados da avaliação externa ou atrasos na devolutiva é um ponto negativo do programa.

6.1.3 Conclusão da Avaliação de Contexto na Percepção do Micro-Contexto

Quanto ao diagnóstico do município identificamos o repasse financeiro embora insuficiente, é um avanço do programa. Que o tempo exíguo e a exclusão do estado foram pontos que afetaram negativamente no processo de implantação. E que a avaliação, educação permanente, infraestrutura e vínculo da equipe especialmente o médico são necessidades da Atenção Básica.

6.1.4 Conclusão da Avaliação de Contexto quando Comparamos as Percepções dos Macro-, Meso e Micro-contextos

Avaliando na percepção generalista do contexto, observamos que o ministério priorizou seu tempo no processo de implantação do programa, atuou de forma normativa um programa incipiente, esquecendo-se de envolver e capacitar atores importantes na execução do programa. Ademais, excluiu um parceiro importante do processo numa fase importante do programa. Como consequência, o programa foi atropelado, parceiros desmotivados e gestores desinformados dos objetivos e diretrizes do programa.

Identificamos ainda que os representantes do ministério não priorizam ou se tornam secundários temas relevantes para os municípios como o envolvimento do profissional médico, o aumento e a importância do incentivo financeiro e a educação permanente dos profissionais.

Por fim, apontamos que o programa precisa rever alguns pontos relevantes para que o programa possa atingir seus objetivos, dentre eles: disseminar o conteúdo do programa nos municípios, nas equipes e gestores com a parceria do estado, através de encontros e eventos; Considerar a real necessidade dos municípios no que se refere ao envolvimento do profissional médico e aumento dos recursos; redefinir os tempos de ciclos contínuos e por último dar feedback da avaliação externa para os municípios em tempo hábil.

6.2 Conclusões da Avaliação de *Inputs*

Em consonância que rege o modelo CIPP de avaliação apresentamos sobre avaliação de entrada que o programa PMAQ apresenta várias alternativas e abordagens, bem como planos de ações para a sua viabilidade e que tem potencial para atender às necessidades específicas e alcançar metas. Salientamos apenas o cronograma e orçamento para que este dois itens não prejudiquem os resultados do programa.

6.2.1 Conclusão da Avaliação de *Inputs* na Percepção do Macro-Contexto

Quanto ao ministério da saúde diagnosticamos o discurso normativo e que as diretrizes correspondem aos objetivos propostos pelo programa, que a suficiência do orçamento embora viável para alguns, é contestada por outros, que as diretrizes e o cronograma são factíveis embora surjam alguns atrasos, mas que em nenhum momento prejudicou o processo de implantação, com exceção da opinião da universidade que visualiza como imposição. A viabilidade política foi posta como favorável e complexa e que foi fundamental o vínculo do repasse financeiro ao processo de adesão e desempenho das equipes.

6.2.2 Conclusão da Avaliação de *Inputs* na Percepção do Meso-Contexto

Quanto ao estado diagnosticamos que a transparência é a diretriz que corresponde aos objetivos propostos pelo programa, que o orçamento no primeiro momento é insuficiente, mas que se utilizado nas ações da Atenção Básica ele gradativamente se tornará suficiente, que as diretrizes e o cronograma são factíveis e bem programados. Quanto a viabilidade política foi

posta como indiferença sem nenhuma interferência no processo. No que diz respeito ao vínculo do repasse financeiro a processo de adesão e desempenho das equipes foi fundamental e que deveria esta sendo repassados para remuneração dos profissionais.

6.2.3 Conclusão da Avaliação de *Inputs* na Percepção do Micro-Contexto

Quanto aos municípios diagnosticamos que as diretrizes que correspondem aos objetivos propostos é a comparabilidade e a transparência, porém, a permanência do financiamento imbricado ao profissional médico questiona as diretrizes. Quanto ao orçamento é unânime a insuficiência, que as diretrizes e o cronograma têm apresentado um processo lento e que tem prejudicado as ações dos municípios, principalmente quanto ao recebimento dos recursos financeiros. A viabilidade política foi posta como favorável e que foi fundamental o vínculo do repasse financeiro ao processo de adesão e desempenho das equipes, muito embora, é visto como ambíguo na medida em que as equipes são mal avaliadas, perdem recursos.

6.2.4 Conclusão da Avaliação de *Inputs* quando Comparamos as Percepções dos Macro-, Meso e Micro-contextos

Avaliando na percepção generalista da entrada, observamos que o ministério utiliza um discurso normativo onde as diretrizes correspondem aos objetivos propostos pelo programa, mas que para os outros atores estas diretrizes são pontuais. A suficiência do orçamento é questionada inclusive pelo ministério e municípios. Para o ministério e estado as diretrizes e o cronograma são factíveis com atrasos, mas que em nenhum momento prejudicou o processo de implantação, opinião contrária dos representantes do município e da universidade. A viabilidade política foi posta como favorável em todas as falas com exceção do estado que não percebeu a influência política. Por último, foi fundamental o vínculo do repasse financeiro ao processo de adesão e desempenho das equipes.

Por fim, apontamos que o programa precisa rever alguns pontos relevantes para que sua viabilidade e potencial atendam às necessidades específicas e alcance as metas do programa, dentre eles: rever o orçamento previsto para dar suficiência ao plano de trabalho e o cronograma das ações de forma compartilhada com os atores envolvidos.

6.3 Conclusões da Avaliação de Processos

Em consonância que rege o modelo CIPP de avaliação apresentamos sobre avaliação de processo que o programa PMAQ orienta para a implementação do plano de trabalho com base no acompanhamento, monitoramento e avaliação periódico e feedback.

6.3.1 Conclusão da Avaliação de Processos na Percepção do Macro-Contexto

Quanto ao ministério da saúde diagnosticamos que todas as ações que efetivam as diretrizes do PMAQ estão de acordo com o que preconiza o manual. Quanto ao processo de adesão foi construído coletivamente, voluntário e abrangeu as equipes tradicionais e as equipes da estratégia saúde da família. Com exceção de equipes de alguns municípios que não aderiram por rivalidade política. Outro fato relevante, mas que não aconteceu no Estado do Ceará, local do nosso estudo, os gestores burlaram as assinatura de profissionais para aderir ao programa.

Quanto aos recursos humanos, tecnológicos e financeiros foram considerados inadequados, tendo em vista o que o programa preconiza. Três pontos podem ser considerados a dificuldade do profissional médico no programa, equipamentos e conectividade já que o programa utiliza a versão online e por último a escassez de recursos financeiros. Este último é apresentado a alternativa de cofinanciamento por parte do estado na AB para minimizar esta inadequação.

Em relação aos obstáculos a serem vencidos na fase atual estão diretamente ligados a logística, conclusão e validação da avaliação externa.

Por último foi visto como extremamente necessários eventos de esclarecimentos e conscientização do programa.

6.3.2 Conclusão da Avaliação de Processos na Percepção do Meso-Contexto

Quanto ao estado o que se refere às ações que efetivam as diretrizes do PMAQ e adesão é indiferente, por ter sido excluído do processo. Quanto aos recursos humanos é considerado um problema pela alta rotatividade de profissionais, tecnológicos não tece nenhum comentário e financeiros é considerado adequado.

Em relação aos obstáculos a serem vencidos na fase atual a conscientização dos novos gestores nos programas e projetos da AB.

Por último foi visto como extremamente necessária educação permanente para reorientação do programa.

6.3.3 Conclusão da Avaliação de Processos na Percepção do Micro-Contexto

Quanto ao município diagnosticamos que os processos iniciaram bem mas estagnou. O atraso repasse financeiro para os municípios é visto como uma ação punitiva e que prejudica na organização dos processos. Outro fato é a dificuldade da construção coletiva principalmente para envolver o profissional médico no processo. Por último em uma das respostas foi colocado que não há nenhuma ação que efetiva as diretrizes do PMAQ. Quanto ao processo de adesão foi construído coletivamente, voluntário, no entanto surgiu também processo involuntário.

Quanto aos recursos humanos, tecnológicos e financeiros foram considerados inadequados, tendo em vista o que o programa preconiza. Ressaltamos novamente a dificuldade do profissional médico no programa.

Em relação aos obstáculos a serem vencidos na fase atual surge a quebra de paradigmas de muitos profissionais em que o programa do PMAQ é mais uma política provisória do ministério da saúde e que somente com a educação permanente é que estes paradigmas irão romper. Outro obstáculo é a continuidade do processo cíclico de contratualização. A reestruturação da avaliação externa, sua forma e seus instrumentos de avaliação, também são apresentados como obstáculo a serem trabalhados. Apontamos ainda a falta de transparência do processo como obstáculo.

Por último foi visto como extremamente necessária educação permanente para reorientação do programa.

6.3.4 Conclusão da Avaliação de Processos quando Comparamos as Percepções dos Macro-, Meso e Micro-contextos

Avaliando na percepção generalista do processo, o ministério da saúde efetiva ações de acordo com o que preconiza o manual, porém para os municípios o processo estagnou e tem prejudica estas ações principalmente quanto ao atraso do repasse financeiro e da fixação do profissional médico. O estado ficou excluído dos processos inclusive de adesão. Já para o município e ministério o processo de adesão foi voluntário e construído coletivamente.

Quanto aos recursos humanos, tecnológicos e financeiros foram todos considerados inadequados, apontando como uma fragilidade do programa que precisa ser pensado urgentemente. Ressaltamos que é apresentado a alternativa de co-financiamento por parte da Gestão Estadual na Atenção Básica para minimizar esta inadequação, no entanto o estado diz que os recursos são adequados.

Em relação aos obstáculos a serem vencidos na fase atual estão os processos da avaliação externa, conscientização dos gestores especialmente quanto ao processo cíclico de contratualização.

Ademais, foi visto como extremamente necessária educação permanente para reorientação do programa.

Por fim, apontamos que o programa precisa rever alguns pontos relevantes para que haja a orientação para a implementação do plano de trabalho com base no acompanhamento, monitoramento e avaliação periódicos e *feedback*, dentre eles: realizar eventos para disseminação e esclarecimento das fases do programa, envolvimento do estado nos processos, principalmente a viabilidade de co-financiamento por parte deste na Atenção Básica, analisar possibilidades de adequar os recursos humanos e tecnológicos tidos como inadequados e que são de suma importância para concretude dos objetivos do programa. Por último recorrer ao apoiador institucional no processo de educação permanente nas rodas e eventos com o estado e municípios

6.4 Conclusões da Avaliação de Produto

Em consonância que rege o modelo CIPP de avaliação apresentamos sobre avaliação de processo que o programa PMAQ orienta para a continuidade, modificando, adotando, ou encerra o esforço com base na avaliação dos resultados e consequências.

6.4.1 Conclusão da Avaliação de Produto na Percepção do Macro-Contexto

Quanto ao ministério da saúde sobre as consequências e discrepâncias entre os objetivos pretendidos do PMAQ e os resultados alcançados diagnosticamos que ainda é cedo para avaliar, embora percebessem que não houve discrepâncias e que alguns pontos como qualificação do processo de trabalho, envolvimento dos atores, são considerados positivos no processo de implantação do programa. No que se refere às mudanças efetivas no modelo de atenção, o ministério preconiza as diretrizes da PNAB, independente de modelo, visando sim à melhoria da qualidade e acessibilidade.

Quanto à atualização das diretrizes para alcançar objetivos não concretizados, é necessário avaliar, mas que serão inseridos os PMAQs, NASFs e CEOs e precisa revisar as diretrizes para que elas interajam com outros programas e redes do ministério. Em relação aos resultados alcançados e que não estavam programados, ainda é necessário para avaliar. Ao analisar a sustentabilidade é unanime, pois tem viabilidade política, orçamento significativo, interesse dos atores envolvidos, repercussão positiva do programa, e outras estratégias que colaboram como o coap, telessaúde e as redes de saúde.

6.4.2 Conclusão da Avaliação de Produto na Percepção do Meso-Contexto

Quanto ao estado sobre as consequências e discrepâncias entre os objetivos pretendidos do PMAQ e os resultados alcançados diagnosticamos conflitos entre profissionais por não esta sendo realizado o que fora pactuado pelas equipes. No que se refere às mudanças efetivas no modelo de atenção, o estado atrela a organização e conhecimento do território por parte das equipes e do gestor.

Quanto à atualização das diretrizes para alcançar objetivos não concretizados e em relação aos resultados alcançados e que não estavam programados, não tem acesso a estas informações, devido a exclusão do processo. Ao analisar a sustentabilidade é considerado um processo sem volta.

6.4.3 Conclusão da Avaliação de Produto na Percepção do Micro-Contexto

Quanto ao município sobre as consequências e discrepâncias entre os objetivos pretendidos do PMAQ e os resultados alcançados diagnosticamos resultados positivos como o avanço na qualificação do processo de trabalho, porém existe a dificuldade de envolvimento do profissional médico e conflitos de profissionais por não esta sendo realizado o que fora pactuado pelas equipes. No que se refere às mudanças efetivas no modelo de atenção, o município diagnostica que ainda precisa avaliar, mas que percebe uma melhoria na assistência e no monitoramento.

Quanto à atualização das diretrizes para alcançar objetivos não concretizados, precisam ser revistas e avaliadas, mas já identifica a necessidade de intersetorialidade e integralidade da equipe. Em relação aos resultados alcançados e que não estavam programados, identificamos a satisfação do usuário, a organização e qualificação do serviço. Ao analisar a sustentabilidade, é considerado sim, desde que permaneça o repasse financeiro, muito embora o PMAQ seja comparado ao AMQ, um programa que não fora sustentável e que não é mais utilizado pelo ministério.

6.4.4 Conclusão da Avaliação de Produto quando Comparamos as Percepções dos Macro-, Meso e Micro-contextos

Quanto as consequências e discrepâncias entre os objetivos pretendidos do PMAQ e os resultados alcançados diagnosticamos que embora ainda é cedo para avaliar, já surgem alguns pontos como envolvimento do profissional médicos e conflitos de profissionais que precisam ser revistos. No que se refere às mudanças efetivas no modelo de atenção, precisa também avaliar, percebemos a melhoria na assistência, muito embora o modelo que o ministério

preconiza não é o modelo tradicional nem a estratégia saúde da família e sim o modelo que compõem as diretrizes da PNAB.

Quanto à atualização das diretrizes para alcançar objetivos não concretizados, ainda é necessário avaliar. Em relação aos resultados alcançados e que não estavam programados, é necessário avaliar. Ao analisar a sustentabilidade o ministério cita diversos fatores que viabilizam, mas o município preconiza apenas o repasse financeiro.

Por fim, apontamos que o programa precisa rever alguns pontos relevantes para que oriente a continuidade, modificando, adotando, ou encerra o esforço com base na avaliação dos resultados e consequências, dentre eles: avaliar os resultados do processo de implantação e da avaliação externa, dar o feedback das avaliações para os municípios e envolva o estado neste processo, avaliar os pontos que têm surgido como negativos e falhos no processo de implantação do programa.

6.5 Conclusões Gerais

Para fecharmos o presente trabalho, retomo a questão de pesquisa inicial que é **Como está se dando o processo de implantação do PMAQ no Estado do Ceará** apontando que o processo se deu de forma verticalizada pelo Ministério da Saúde, onde o mesmo proporcionou momentos de divulgação do programa para adesão e esclarecimentos das fases aos municípios, embora considerados insuficientes gerando conflitos e denúncias por parte do Município e do Ministério da Saúde.

Ao aplicarmos a matriz de avaliação destacamos aqui algumas percepções importantes dos atores envolvidos que precisam ser vistas com urgência. Na convergência das opiniões destacamos a inadequação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros pois se todos estes recursos são considerados inadequados deixa o programa vulnerável e fragilizado.

O subfinanciamento é outro aspecto que deve ser ressaltado embora o incentivo do PMAQ seja considerado um aspecto positivo, é um tema que surge em várias falas em todos os índices e sub-índices e que precisa ser revisto pelo Ministério da Saúde para garantir a sustentabilidade do programa. Ainda neste aspecto, apontamos a participação do Estado no

financiamento da Saúde considerado como uma das alternativas apresentado pela esfera federal e municipal.

Outro fator que consideramos é o envolvimento dos profissionais em todo processo visto na maioria como um dos fatores de suma importância no programa. Ressaltamos aqui a profissão do médico como fator complicador e que poderá ser revisto. Surge em vários momentos como profissional que não se envolve no processo, não participa da educação permanente e a própria dificuldade da contratação do mesmo para garantir o repasse do recurso financeiro por parte do ministério.

Ademais, apontamos que a opinião dos representantes do Ministério da Saúde e da universidade (avaliadora externa) coincide em muitos pontos com o manual do PMAQ, caracterizando um discurso normativo, conhecedor do programa e da PNAB. Quanto aos representantes dos municípios o discurso transparece um desconhecimento do programa, um discurso prático, de quem executa e que precisa principalmente de apoio e recursos, considerados inadequados como vimos acima e que podem ser reorientados através da educação permanente. Quanto à representação estadual, destacamos as falas da ausência da Gestão Estadual no processo de implantação.

Como último ponto, o programa é considerado sustentável na percepção dos representantes do estado e do ministério da saúde, citado até como provável política de Estado. No entanto, os representantes municipais transparecem que a sustentabilidade do programa esta estritamente ligada ao incentivo financeiro.

Quanto à limitação do estudo destacamos: (1) a não inclusão dos usuários do SUS como fonte de dados, dada a limitação de tempo e de pessoal na execução da pesquisa; e (2) a dificuldade de entrevistar os gestores municipais, que coincidiu o período em que entrevistei os gestores com o período de eleições municipais de 2012. Em alguns momentos, observei a ansiedade dos entrevistados quanto ao momento político, comportamento que pode ter influenciado as respostas.

Quanto ao desenvolvimento do PMAQ sugerimos como fundamental para o desenvolvimento do PMAQ a participação popular no processo, oficinas ou seminários para esclarecimento na utilização dos recursos financeiros do programa, principalmente quanto ao incentivo aos

profissionais por cumprimento de metas e, por último, o aumento de apoiadores institucionais e a lotação dos mesmos nas regiões de saúde do estado.

Os resultados deste estudo serão apresentados aos gestores do Programa do PMAQ, bem como a todos os gestores entrevistados da gestão federal, estadual e municipal.

Concluimos este trabalho como passo inicial do estudo do PMAQ. Portanto, é importante que outras pesquisas dêem continuidade à proposta aqui trabalhada, de forma a proporcionar uma contribuição a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. M. N. **Análise da atenção primária à saúde da sede de Sobral, Ceará a partir da Teoria de Sistemas**. 2010. 109p. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

ALKIN, M.C.; CHRISTIE, C.A. Evaluation theory tree revisited. In: ALKIN, M.C. (Ed.). **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences**. Thousand Oakes: SAGE Publications, 2004b, p. 381-392.

ALMEIDA C, MACINKO J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10).

ANDRADE, L.O.M.; et al. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, março-abril, 2005, p. 327- 348.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. e Col. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Capítulo 25, p. 783-836.

ANTUNES, M.J.M.; EGRY, E.Y. **O Programa Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 54, n. 1, p. 98-107, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, 228 p.

BEAUCHAMP, T. e CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002, 574 p.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pca-tool – Brasil / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde. 2010a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1654, de 19 de julho de 2011. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

BODSTEIN, Regina. **Atenção básica na agenda da saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. 7(3):401-412, 2002.

BODSTEIN, R. **Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, Janeiro Sept./Oct. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica (AMAQ-AB)**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Norma **Operacional Básica SUS 1/91. Resolução 273/91**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 14.216-9, 18 de julho de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do programa nacional para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2134, de 6 de setembro de 2011**. Declara elegibilidade dos Estados e do Distrito Federal, temporariamente suspensos da Fase 2. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#desafios>. Acessado 29 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos Principais Resultados**. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf (Componente III) Termo de Referência para o Sub-componente D Linha de Ação 3 –

Estudos de Linha de Base: desenvolvimento de estudos de linha de base nos municípios selecionados para o Componente 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/caa/publicacoes.php>>. Acesso em: 19 de março de 2012.

BRUYNE, P. et al. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, 251 p.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de et al. **Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade.** Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s58-s68. ISSN 0102-311X.

CAMPOS, C.E.A. **Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção Primária à saúde.** Rev Bras Saúde Mater Infant, v. 5, n. suppl. 1, p. s63-s69, 2005.

CEARÁ. Governo do Estado. **Saúde para um Ceará melhor: Agente de Saúde.** Fortaleza: Governo do Estado, 1991.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2008, p. 295-316.

COSTA, N.R **Lutas urbanas e controle sanitário.** Petrópolis: Vozes. 1985

CONTANDRIOPOULOS A-P, Champagne F, Denis JF, Pineault R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: Hartz ZMA organizador. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, v. 11, n. 3, pp. 705-711. ISSN 1413-8123.

CRONBACH, L.J. Course improvement through evaluation. In: STUFFLEBEAM, D.L.; MADAUS, G.F.; KELLAGHAN, T. (Eds). **Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation.** 2nd ed. Norwell: Kluwer Academic Publishers, 2000, p. 235-248

DOMINGUES, I. **Epistemologia das ciências humanas (tomo 1): positivismo e hermenêutica.** São Paulo: Edições Loyola, 2004, 671 p.

DUTRA, L.H.A. **Os modelos e a pragmática da investigação.** Scientiae Studia, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 205-232, abr./jun. 2005.

_____. **Pragmática da investigação científica.** São Paulo: Edições Loyola, 2008, 303 p.

DRUCKER. P. **A profissão do administrador.** São Paulo: Editora Pioneira, 1998 187 p.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998, 208 p.

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 2004. 4(3): 317-321.

FELISBERTO, E. et al. **Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(9):2091-2102, set, 2008.

FETTERMAN, D.M. Empowerment evaluation: an introduction to theory and practice. In: FETTERMAN, D.M. et al. (Eds.). **Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability.** Thousand Oaks: SAGE Publications, 1996, p. 3-48.

FERRARI, A.T. **Metodologia de Trabalho Científico.** São Luiz, 1982.

FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. **A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde.** Cad Fundap, São Paulo, v. 19, p. 98-105, 1996.

FITZPATRICK, J.L.; SANDERS, J.R.; WORTHEN, B.R. **Program evaluation: alternative approaches and practical guidelines.** 3rd ed. Boston: Pearson Education, 2004, 555 p.

FURTADO, J.P **Um método construtivista para avaliação em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v.6, n.1, p.165-181, 2001.

FLICK, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Orgs.) (2000). **Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick.** [O que é pesquisa qualitativa? Uma introdução.]. Em U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke, (Orgs.), **Qualitative Forschung: Ein Handbuch [Pesquisa qualitativa - um manual]** (pp. 13-29). Reinbek: Rowohlt.

FRAASSEN, B.C. **A imagem científica.** São Paulo: Editora UNESP, 2007, 374 p.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, 189 p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

HARTZ, Z. M. A. **Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and surmesure over ready-made.** Cad de Saúde Pública, v.15, p. 229-59, 1999.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (2ª reimpressão).

HONORATO, N.T. Biblioteca UNIFAMMA – União das Faculdades Metropolitanas de Maringá – LTDA. **Metodologia Científica: Apresentação de Trabalhos Monográficos,** v.7.5, cap 7. disponível em [http:// www.unifamma.edu.br](http://www.unifamma.edu.br). Acesso em 29/04/2012.

LIMA, C.I. et al. (2008). **Avaliação Educacional e o Modelo CIPP**. In: **IV Congresso Internacional de Avaliação Educacional**, 2008, Fortaleza. Anais do IV Congresso Internacional de Avaliação Educacional. Fortaleza: IMPRECE, pp. 1076-1091

LIRA, G. V. **Avaliação da ação educativa em saúde na perspectiva compreensiva: o caso da hanseníase**. 2003. 259 p. Dissertação de Mestrado Acadêmico em Educação em Saúde, UNIFOR, Fortaleza.

LIRA, G.V. **Epistemologia, metodologia e prática de um modelo cartográfico de avaliação curricular em educação médica**. Fortaleza, 2010. Tese (Doutorado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, UFC, 2010.

LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Ed. Grall, 1979.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Grall, 1978.

MADAUS, G.F; STUFFLEBEAM, D.L. Program evaluation: a historical overview. In: STUFFLEBEAM, D.L. *et al.* (Eds). **Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation**. 2nd ed. Norwell: Kluwer Academic Publishers, 2000, p. 3-18.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 1982.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica** São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS. A.S.R. **Perfil social das pessoas com hipertensão arterial sistêmica atendidas no programa de saúde da família**. 2008. 138 p. Dissertação (Mestrado) Serviço Social. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Franca.

MEHRY, E.E. **A saúde pública como política – um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 221 p., 1992.

MELO, M. S.S. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde em Sobral – Ce: aplicação do PCA Tool**. 2012. 229p. Dissertação (Mestrado) Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, UECE, Fortaleza

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 19-92.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador- BA: Casa da Qualidade, 2001b. (Saúde Coletiva; 4).

MERTENS, D.M. **Inclusive evaluation: implications of transformative theory for evaluation.** American Journal of Evaluation, Newbury Park, v. 20, n. 1, p. 1-14, Mar. 1999.

_____. **Transformative research and evaluation.** New York: The Guilford Press, 2009, 402 p

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

____ & SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 237-48, jul. a set. 1993.

NETO, F.R.G.X. **Gerenciamento do território na estratégia saúde da família o processo de trabalho dos gerentes.** 2007. 462p. Dissertação (Mestrado) Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, UECE, Fortaleza

NÓBREGA-TERRIEN, S.; TERRIEN, J. **Trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas.** Estudos em Avaliação Educacional, São Paulo, SP, v. 15, n. 30, jul./dez., 2004

NOVAES, H.M.D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Rev Saúde Pública, v. 34, p. 547-59, 2000.

PATTON, M.Q. **How to use qualitative methods in evaluation.** Newbury Park, CA: Sage, 2007.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem.** 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.

RICHARDSON, et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3 Ed. ver. Amp. São Paulo. Atlas 2007.

RIDINS, J.M e STUFFLEBEAM, D.L. **The Project to Develop Standards for Educational Evaluation: its past and future.** Studies in Educational Evaluation, Vol 7 . Pergamon Press Ltd.Great Britain. 1981.

RODRIGUES, C.M.C. **Proposta de avaliação integrada ao planejamento anual: Um modelo para as UCGs.** Porto Alegre, 2003. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, UFRGS, 2003.

ROSA WAG; LABATE R.C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Rev. Latino-am Enfermagem, 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

SAMICO, I.C. **Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no Estado do Pernambuco.** 2003. 235 p. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM) / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife.

SARTI, T.D.; LIMA, R.C.D.; SILVA, M.Z.; MACIEL, E.L.N. **A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família.** Rev Odont, Espírito Santo, UFES, v. 10, n. 1, p. 63-69, 2008.

SCRIVEN, M. **The methodology of evaluation.** Lafayette: Social Science Education Consortium, 1966, 58 p.

SHADISH, W.R. et al. **Foundations of program evaluation: theories of practice.** Newbury Park: SAGE Publications, 1991, 529 p

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: Cortez, 2001.

SILVA, L. M. V. (2005). **Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde.** In: HARTZ, Z.M.A. & SILVA, L. M. V, Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 15-39.

SCRIVEN. M. **The methodology evaluation. Perspectives of curriculum evaluation.** AERA. Monograph 1, Rand McNally and Co., Chicago. 1966.

_____. **Evaluation thesaurus.** 4th ed. Newbury Park: SAGE Publications, 1991, 391 p.

SCRIVEN. M. The concept. In: APPLE, M. W. et al. (Ed) **Education Evalution: Analisis and responsibility.** Berkely, Califórnia. McCutchan Publishing Corportation. 1974.

SILVA, A.C. **Saúde da família, saúde da criança: a resposta de Sobral.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

SILVA, C. P. **Gestão da estratégia de avaliação para melhoria da qualidade na estratégia saúde da família.** 2012. 122p. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família / Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, UFC, Sobral.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, Antônio Prates. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, v. 6, p. 1187-1193, jun, 2010.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1187-1193, jun, 2010.

SCARATTI, D. Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção **básica à saúde no Brasil: Uma aplicação a municípios catarinenses.** 2007. 315 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **Hist. cienc. saude-Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, ago. 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 mar. 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702001000300006>.

SOUSA, M. F.; HAMANN, Edgar Merchán. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>.

SOUZA, R.R. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: STARFIELD, B, (Org.) **Atenção primária — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

STUFFLEBEAM, D.L. **The CIPP Model for Evaluation: An update, a review of the model's development, a checklist to guide implementation.** Paper read at Oregon Program Evaluators Network Conference, at Portland, Oregon. 2003

STUFFLEBEAM, D.L. **Metaevaluation.** Kalamazoo: Western Michigan University Center, 1974. (Occasional Paper, 3)

STUFFLEBEAM, D. L. **Evaluation as enlightenment for decision-making.** Paper presented at the Association for Supervision and Curriculum Development Conference on Assessment Theory, Sarasota. 1968

STUFFLEBEAM, D. L., et al. **Educational evaluation and decision making.** Itasca, IL:Peacock. 1971

STUFFLEBEAM, D.L. **The Metaevaluation imperative.** American Journal of Evaluation, 2(2): 183-209, 2001

TAKEDA S, TALBOT Y. **Avaliar, uma responsabilidade.** Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, vol 11 numero 3, julho-setembro 2006.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005

WHO/UNICEF (**World Health Organization/United Nations Children's Fund**), 1978. Reports of Alma-Ata. Geneva: WHO.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

Contexto

- 1) Quais são as necessidades do MS para qualificação da AB?
- 2) Quais os pontos que você considera positivos no PMAQ?
- 3) Quais os pontos que você considera negativos no PMAQ?
- 4) Em que medidas os objetivos do PMAQ atendem as necessidades da AB
- 5) Quais as possíveis falhas que você identificaria na implantação do PMAQ
- 6) Qual o conjunto de objetivos com maiores possibilidades de concretização

Inputs

- 1) Em que medida as estratégias adotadas pelo programa possibilita uma resposta coerente aos objetivos propostos
- 2) Em que medida o orçamento previsto é adequado para dar suficiência ao plano trabalho do programa do PMAQ
- 3) Em que medida a relação das estratégias adotadas e o cronograma de execução são factíveis?
- 4) Até que ponto a viabilidade política foi favorável ou desfavorável na implantação do PMAQ
- 5) Qual a sua opinião sobre o vínculo do repasse financeiro ao processo de adesão ao desempenho das equipes

Processos

- 1) Quais as ações que são aplicadas para efetivar as estratégias do PMAQ?
- 2) Como se deu o processo para adesão voluntária ao programa do PMAQ
- 3) Quais as deficiências de recursos (recursos (humanos, tecnológicos, financeiros) estão inadequadas no programa do PMAQ
- 4) Quais os principais obstáculos a serem vencidos na atual fase do projeto
- 5) Em que medida são necessário eventos (encontros, cursos, palestras ou educação permanente) para reorientação do programa?

Produto

- 1) Quais as consequências e discrepâncias entre os objetivos pretendidos e os resultados alcançados
- 2) Quais as mudanças efetivas no modelo de atenção
- 3) Quais as estratégias do programa devem ser atualizadas para poder concretizar os objetivos que não foram alcançados
- 4) Quais os resultados alcançados e que não estavam programados?
- 5) Em que medida você considera que o PMAQ é sustentável?

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O (a) senhor (a) _____ foi selecionado (a) e convidado (a) a participar da pesquisa intitulada avaliação do processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ no Estado do Ceará, que tem como objetivo geral “avaliar processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ no Estado do Ceará”. Este é um estudo com abordagem qualitativa, que utiliza como método a entrevista estruturada junto a atores chaves, representantes das três esferas de governo. Pretendemos com essa pesquisa contribuir no processo formativo da implantação PMAQ, tendo em vista a necessidade de orientar a tomada de decisões de gestão no âmbito do SUS. Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, aceitando que registre uma entrevista sobre sua percepção de trabalho relacionada ao PMAQ. A entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita. O (a) Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ao participar desta pesquisa.

Os dados serão apresentados à Universidade Federal do Ceará, divulgados junto à comunidade acadêmica respeitando o caráter confidencial das identidades. Garanto-lhe que sua participação não será divulgada de forma expressa, não sendo citado seu nome. Ressalvamos que sua identidade pode ser identificada por associação indireta em relação ao seu cargo, já que serão citados a representação dos informantes-chaves participantes do estudo. O (a) senhor (a) tem o direito de não participar dessa pesquisa se assim o desejar, mas seria importante sua contribuição, pelo fato de fazer parte da representação do grupo seletivo que está envolvido com a implantação do PMAQ no Ceará.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Durante a pesquisa, serão observadas as disposições da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os princípios bioéticos em pesquisa. Em caso de necessidade de esclarecimentos, entre em contato com o pesquisador no endereço: Rua Tabelaio Pedro Mendes Carneiro, 703, Cohab 3, Sobral-CE, telefone: (88) 8836-2950, email: phadm@hotmail.com. Comitê de Ética: Av. Comandante Mauricelio Rocha Pontes, 150, Derby. CEP 62041-040. Sobral – Ceará, contato: 88 3677 4255.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador

Paulo Henrique Arruda Linhares

Termo de Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende cujo título é: Avaliação do processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ no Estado do Ceará, realizado pelo pesquisador Paulo Henrique Arruda Linhares, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação da entrevista. Estou ciente de que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2012.

Ciente:

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO – PARECER DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA -UVA

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE - PMAQ NO ESTADO DO CEARÁ

Pesquisador: PAULO HENRIQUE ARRUDA LINHARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05643012.3.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 133.724

Data da Relatoria: 17/10/2012

Apresentação do Projeto:

Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que tem como tema avaliar o processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ no Estado do Ceará, a partir do modelo de avaliação CIPP, cujo acrônimo, corresponde a contexto, inputs, processos e produtos. Estudo a ser realizado no Estado do Ceará, tendo como informantes chaves: Gestor do PMAQ do Ministério da Saúde no Ceará; Supervisor da Universidade responsável pela Avaliação Externa na Macrorregião Norte; Responsável na Secretaria de Saúde do Estado no Ceará; Responsável na Secretaria de Saúde das microrregiões que compõem Macrorregião Norte do Estado no Ceará; Diretoria do Cosems, representado pelos gestores municipais de grande, pequeno e médio porte, salvaguardando os princípios éticos implicados em pesquisas envolvendo seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo principal avaliar o processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ no Estado do Ceará, a partir do modelo de avaliação CIPP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para as discussões sobre avaliação e tomada de decisão no que se refere a

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (883)677-4255 Fax: (883)677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



qualidade da atenção à saúde no Estado do Ceará.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa apresenta adequadamente os Termos obrigatórios: Carta de anuência; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; bem como instrumentos para coleta de informações considerando o referencial teórico de avaliação selecionado pelos pesquisadores.

Recomendações:

Recomendamos a aprovação do protocolo de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa não apresenta inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP considera APROVADO o protocolo de pesquisa.

SOBRAL, 29 de Outubro de 2012

Assinador por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (883)677-4255 Fax: (883)677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com