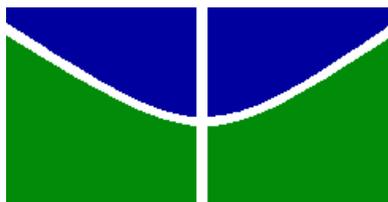


DIRCEU DITMAR KLITZKE

**APOIO INSTITUCIONAL NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UM
CAMINHO POSSÍVEL?**

Brasília-DF

2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO
PROFISSIONAL

DIRCEU DITMAR KLITZKE

APOIO INSTITUCIONAL NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UM
CAMINHO POSSÍVEL?

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão e Atenção em Saúde, pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, sob orientação da Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

Orientadora: Dra. Maria Fátima de Sousa

Brasília
2013

K65a

Klitzke, Dirceu Ditmar.

Apoio institucional na gestão da atenção básica no Brasil : um caminho possível? / Dirceu Ditmar Klitzke. – Brasília, 2013.
79 f. ; 29 cm.

Dissertação (Pós-graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa.

1. Políticas de Saúde. 2. Atenção Básica em Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Brasil. II. Título.

CDU

DIRCEU DITMAR KLITZKE

APOIO INSTITUCIONAL NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UM CAMINHO POSSÍVEL?

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão e Atenção em Saúde, pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, sob orientação da Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

Aprovado em: 27 de agosto de 2013

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa
Presidente

Profa. Dra. Eliana Golfarb Cyrino
Examinadora Externa (Titular) Universidade Estadual Paulista - UNESP

Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso
Universidade de Brasília - Examinador Interno (Titular)

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília - Examinadora Interna (Suplente)

Brasília-DF

2013

*Aos trabalhadores e trabalhadoras do setor saúde
e aos usuários do Sistema Único de Saúde.*

*Aos movimentos sociais que através da sua
organização e das suas lutas, tentam fazer desse
país um lugar melhor para a classe trabalhadora.*

AGRADECIMENTOS

A Sandra Moser a minha querida companheira de tantas jornadas.

A toda companheirada que em algum momento da vida, lutamos lado a lado, seja no trabalho, na universidade ou diretamente na luta política. A todos esses eu agradeço pela amizade, respeito, dedicação, pelos intensos debates, e principalmente pela chance de aprender e de lutarmos juntos!

RESUMO

A atenção básica à saúde no Brasil, através da estratégia saúde da família, atingiu cobertura populacional significativa; entretanto, para continuar a expansão e consolidá-la, torna-se inadiável superar alguns entraves. Entre os de maior relevância podemos destacar questões referentes à infraestrutura, financiamento, força de trabalho e aspectos relacionados ao planejamento e gestão do trabalho nas unidades básicas de saúde. O apoio institucional aposta em uma forma de gestão que organize de forma combinada a formação de colegiados, planejamento participativo, equipes dirigentes multiprofissionais, mecanismos de informação e comunicação em saúde e processos de educação permanente. Essa pesquisa analisa o resultado da avaliação das equipes da estratégia saúde da família participantes do programa nacional de melhoria do acesso e qualidade na atenção básica. Foram avaliadas 16.164 equipes de atenção básica de todas as unidades da federação. Destas, 77,9% recebem apoio institucional, sendo que, dentre as equipes bem avaliadas, apenas 4,4% não recebem; por outro lado, 24,2% das equipes regulares não recebem apoio. A capacidade do programa de induzir a prática do apoio institucional confirma-se com os resultados da pesquisa, porém é necessário considerar a necessidade de aprimorar a coleta das informações e, principalmente, estabelecer de forma mais contundente as diferenças entre a gestão tradicional e aquela que opta pela metodologia do apoio institucional.

Palavras-chave: Atenção Primária; Saúde da Família; Planejamento e Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Planning and management of primary health care is the central task for improving the quality of services. Institutional support bet on a new form of management, both in content and how we are dealing with the problems of everyday services. This paper analyzes the results from the evaluation teams of the Family Health Strategy participants of its national program in order to improve either access and quality in primary care. Were evaluated 16.164 teams, 77.9% received institutional support, only 4.4% of the well evaluated teams don't receive institutional support and evaluated and 24.2% do not receive support. The program's ability to induce the practice of institutional support is confirmed by the results of the research, but the need to establish a more striking difference between traditional management and one that chooses the methodology of institutional support is very clear in face of the results.

Keywords: Primary Care, Family Health Planning and Management in Health

Lista de Figuras

Gráfico 1 - Evolução do número de equipes de saúde da família implantadas entre dezembro de 1999 e junho de 2013	32
Gráfico 2 - Evolução dos gastos federais em AB, considerando o PAB Fixo e Variável	34

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Número de equipes de saúde da família que participam do PMAQ-AB por UF	17
Tabela 2 - Número de equipes de saúde da família e proporção de cobertura por UF	32
Tabela 3 - Número de UBS, por componente do programa de requalificação de UBS	35
Tabela 4 - Número de equipes participantes do PMAQ por UF	60
Tabela 5 – Questão I: sobre AI	61
Tabela 6 – Questão I: sobre AI, considerando o estrato de município	62
Tabela 7 – Questão I: sobre AI, considerando a classificação da equipe	62
Tabela 8 – Questão II: sobre a avaliação do trabalho do apoiador/a	63
Tabela 9 – Questão II: sobre a avaliação do trabalho do apoiador/a, considerando o estrato de município	63
Tabela 10 – Questão II: sobre a avaliação do trabalho do apoiador/a, considerando a classificação da equipe	63
Tabela 11 – Questão III: sobre quem é responsável pelo apoio	64
Tabela 12 - Questão IV: sobre quais os recursos disponibilizados para as EAB	65
Tabela 13 - Questão V: sobre como é realizado o contato do apoiador/a com as EAB	66
Tabela 14 - Questão VI: sobre as atividades que o apoiador/a realizada com as EAB	66
Tabela 15 – Questão VII: número de equipes que nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações	67
Tabela 16 – Questão VII: número de equipes que nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações, considerando o estrato de município	67
Tabela 17 – Questão VII: número de equipes que nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações, considerando a classificação da equipe	68
Tabela 18 – Questão VIII: foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano	68
Tabela 19 – Questão VIII: foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano, considerando o estrato de município	69
Tabela 20 – Questão VIII: foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano, considerando a classificação da equipe	69
Tabela 21 - Questão IX: a equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho	69

Tabela 22 – Questão IX: sobre se a equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, considerando o estrato de município	70
Tabela 23 – Questão IX: sobre se a equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, considerando a classificação da equipe	70
Tabela 24 – Questão X: sobre se a equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	71
Tabela 25 – Questão X: sobre se a equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, considerando o estrato de município	71
Tabela 26 – Questão X: sobre se a equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, considerando a classificação da equipe	71
Tabela 27 - Questão XI: sobre se foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses	72
Tabela 28 – Questão XI: sobre se foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses, considerando o estrato de município	72
Tabela 29 – Questão XI: sobre se foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses, considerando a classificação da equipe	72

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AI: Apoio Institucional

ABS: Atenção Básica à Saúde

AMAQ: Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade

APS: Atenção Primária à Saúde

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CONASS: Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

EP: Educação Permanente

EAB: Equipe de Atenção Básica

ESF: Estratégia Saúde da Família

FNS: Fundo Nacional de Saúde

MRSB: Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

PAB: Piso de Atenção Básica

PACS: Programa de Agentes Comunitários em Saúde

PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNH: Política Nacional de Humanização

PSF: Programa Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

SISMOB: Sistema de Monitoramento de Obras

SAGE: Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SCNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

UBS: Unidade Básica de Saúde

USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 GERAL	16
2.2 ESPECÍFICOS	16
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	17
3.1 COLETA DE DADOS	17
3.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE	19
3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	21
4 REVISÃO DE LITERATURA	22
4.1 CAPÍTULO I - ATENÇÃO BÁSICA	22
4.2 A ORIGEM E CONCEPÇÃO SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
4.3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL, SUAS ORIGENS E IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	28
4.4 MODELOS DESENVOLVIDOS NO BRASIL DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	30
4.5 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA	32
4.6 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	34
5 CAPÍTULO II – APOIO INSTITUCIONAL	37
5.1 PLANEJAMENTO, GESTÃO E APOIO INSTITUCIONAL	37
5.2 PLANEJAMENTO E GESTÃO NA AMÉRICA LATINA	38
5.3 O PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL	39
5.4 O APOIO INSTITUCIONAL	43
5.5 CAMINHOS PARA ORGANIZAR O APOIO INSTITUCIONAL	48
5.6 ALGUNS APONTAMENTOS DE COMO OPERACIONALIZAR O APOIO INSTITUCIONAL	50
5.6.1 Colegiados	50
5.6.2 Planejamento Participativo	51
5.6.3 Equipe Multidisciplinar	51
5.6.4 Comunicação e informação	52
5.6.5 Educação Permanente	52
5.7 O APOIADOR INSTITUCIONAL	52
5.8 AÇÕES QUE PODEM SER REALIZADAS PELOS APOIADORES INSTITUCIONAIS	53
6 CAPÍTULO III – O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	55

7 CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO E RESULTADOS	61
7.1 QUESTÕES SOBRE PLANEJAMENTO, GESTÃO E APOIO INSTITUCIONAL	62
7.1.1 Questão A - Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe	62
7.1.2 Questão B – Apoio Institucional - Avaliação do papel do apoiador: como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?	63
7.1.3 Questão C – Quem realiza o apoio?	65
7.1.4 Questão 2 – Quais são os recursos disponibilizados?	66
7.1.5 Questão 3 – Como é realizado o contato do apoiador?	66
7.1.6 Questão 4 – Quais as atividades que o apoiador institucional realiza?	67
7.2 QUESTÕES SOBRE O APOIO INSTITUCIONAL	68
7.2.1 Planejamento – Questão 1	68
7.2.2 Planejamento - Questão 2: Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?	69
7.2.3 Planejamento - Questão 3: A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	70
7.2.4 Monitoramento e Análise de Indicadores - Questão 4a: equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	71
7.2.5 Autoavaliação - Questão 5: Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses?	72
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
Referências	75
ANEXOS	79
Anexo A – Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ	79
Anexo B – Apoio Institucional com Múltipla Resposta	80

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) em Saúde se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação 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. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas (BRASIL, PNAB, 2012a).

A boa organização dos serviços de AB contribui à melhora da atenção, com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema (CONILL, 2008). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa organizar a AB e, segundo o Ministério da Saúde (MS), é a principal forma de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, PNAB, 2012a).

A gestão pública do sistema nacional de saúde tem reforçado a ideia da necessidade de tomar decisões de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. A descentralização, uma das diretrizes que orienta o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS –, gera a necessidade de pactuação entre as três esferas de governo. O Planejamento e Gestão em Saúde é um elemento que pode contribuir muito para melhorar o trabalho dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), através das formas clássicas de organização das intervenções, mas também e principalmente, na possibilidade de construção de grupalidade, de um projeto coletivo e de uma perspectiva de realização profissional (CAMPOS; GUERREIRO, 2010).

Segundo Scarazatti (2010 apud CAMPOS; GUERREIRO, 2010), o conjunto das atividades do planejamento deve ser trabalhada na perspectiva da ampliação da capacidade operativa do coletivo, municinando as equipes de atenção básica, trabalhando o planejamento como uma ferramenta da gestão compartilhada, cuja

finalidade é organizar a ação de grupos na realização das tarefas, além de estabelecer uma certa coerência entre objetivos e meios.

Segundo Merhy (2010), as contribuições de diferentes pensadores devem ser incorporadas em uma "caixa de ferramentas" dos gestores, para que possam ampliar sua capacidade de governo, diante dos múltiplos tipos de problemas que enfrentam, ali, no seu dia a dia. Desse modo, procurar entender a máquina conceitual construída pelos coletivos mostra-se um caminho pertinente para compreender que tipo de problema procura-se enfrentar e verificar, em certas circunstâncias, se aquilo faz sentido para quem está em situação de gestão, isso pode ser um elemento a contribuir para se construir alternativas de ação, diante da vida real, ali vivida como gestor (CECILIO, 2010).

O Apoio Institucional é um modo de agir que busca enfrentar os modelos de gestão verticalizados e autoritários não produtores de autonomia dos sujeitos (CAMPOS, 1998). Baseia-se na relação horizontal entre sujeitos onde todos se afetam e objetiva transformar as relações de supervisão em relações de produção de autonomia de sujeitos e das regiões, considerando as especificidades de cada local, a democratização e publicização dos mecanismos de gestão, fazendo com que as decisões sejam tomadas a partir de um processo de análise e discussão coletiva (REIS, 2004).

Portanto, esse cenário que revela a importância estratégica da atenção básica na perspectiva de organizarmos uma resposta sanitária de qualidade para o conjunto de necessidades de saúde dos brasileiros e brasileiras, por meio do sistema único de saúde, coloca-nos um desafio de extrema complexidade e relevância: aprimorarmos a gestão do sistema, e que esse aperfeiçoamento se traduza em melhores condições de saúde para a população e, também, na valorização dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar o método “Apoio Institucional”, por meio da base de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), identificando algumas de suas potencialidades e limitações para a gestão da atenção básica.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar a base de dados nacional do instrumento de avaliação externa do programa nacional de melhoria do acesso e qualidade na atenção básica (PMAQ-AB), considerando a certificação das equipes de atenção básica.
- Recomendar possíveis caminhos para o aprimoramento da gestão da atenção básica.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

Esta pesquisa é de natureza quantitativa e objetiva analisar o Apoio Institucional nos processos organizativos da gestão na Atenção Básica.

Para tanto, utilizou-se a base de dados secundários provenientes da avaliação externa das equipes de atenção básica que participaram do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

Segundo Minayo e Sanches (1993), a pesquisa quantitativa significa que os resultados da pesquisa podem ser quantificados, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato que busca descrever a “realidade observada” de toda a população-alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis. A grande potencialidade dos procedimentos estatísticos de análise de dados está contida na possibilidade de se estabelecer inferência, inferência estatística. Sendo que, à medida que as observações e mensurações tornam-se mais acuradas e extensivas, intensifica a oportunidade de se usar a linguagem matemática para descrever, representar ou interpretar a multidiversidade de formas vivas e suas possíveis inter-relações (MINAYO; SANCHES, 1993).

Dados secundários são aqueles que se encontram a disposição dos pesquisadores em boletins, livros, relatórios e estatísticas obtidas por órgãos públicos, ou ainda, aqueles que são transcritos de fontes primárias contemporâneas (MARCONI; LOKATOS, 2003).

3.1 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados deste estudo, foram utilizados as bases de dados provenientes da avaliação externa do PMAQ-AB, realizada nas UBS de cada ESF participante do programa. O levantamento das informações foi realizado por avaliadores contratados e treinados por universidades conveniadas ao MS (BRASIL, 2011d). Os avaliadores visitaram as equipes participantes do programa, com auxílio de um *tablet* (computador de mão). Foram aplicados questionários sobre condições de infraestrutura, equipamentos, materiais e medicamentos das UBS. Foi entrevistado um profissional da equipe participante PMAQ indicado pela

própria equipe para obter informações sobre a organização do trabalho e das ações desenvolvidas para os usuários. Foram observados também documentos produzidos pela equipe para verificar os registros das atividades e realizada entrevista com o usuários.

Das 17.152 equipes que aderiram ao programa, destas foram entrevistadas e certificadas (questionários validados) 16.164 equipes que permaneceram até a fase da avaliação externa. Considerando as equipes que aderiram, podemos verificar na abaixo a tabela a relação do número de equipes por estado.

Tabela 1 - Número de equipes de saúde da família que participam do PMAQ-AB por UF

UF	Nº de Equipe	Percentual
RO	97	0,6
AC	32	0,2
AM	173	1,0
RR	34	0,2
PA	350	2,0
AP	50	0,3
TO	305	1,8
MA	112	0,7
PI	369	2,2
CE	908	5,3
RN	412	2,4
PB	623	3,6
PE	1.005	5,9
AL	336	2,0
SE	247	1,4
BA	1.534	8,9
MG	2.917	17,0
ES	321	1,9
RJ	1.039	6,1
SP	2.273	13,3
PR	996	5,8
SC	1.103	6,4
RS	817	4,8
MS	184	1,1
MT	220	1,3
GO	667	3,9
DF	28	0,2
Total	17.152	100,0

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ (Módulo II), out. 2012.

Para analisar os dados utilizamos a base normativa de documentos do MS, portarias, manuais instrutivos sobre AB e Apoio Institucional, de acordo com as referências bibliográficas.

Os dados coletados por meio do Instrumento de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) foram analisados considerando-se toda a base de dados da avaliação.

3.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Procuramos descrever as dimensões e/ou categorias que servirão de base para o estudo referente às questões sobre o apoio institucional para as equipes de atenção básica considerando o contexto programático do PMAQ-AB, que orientava as equipes a utilizarem o instrumento de autoavaliação para a melhoria do acesso e qualidade na AB (AMAQ-AB) como referência para desenvolver as ações previstas no programa.

Portanto, é relevante para este trabalho apresentar como o apoio institucional foi definido no AMAQ-AB. A autoavaliação é parte fundamental na segunda fase do programa, a fase de desenvolvimento, ela inicia o processo de planejamento (BRASIL, 2011d).

A importância do AMAQ, além de disparar o planejamento da equipe a partir da reflexão do seu atual processo de trabalho, reside no fato que o instrumento da avaliação externa guarda grande similaridade com AMAQ, a intenção era induzir processos de mudança a partir da utilização do AMAQ, sendo que o manual instrutivo do PMAQ orientava para o uso do AMAQ, o qual sinalizaria para aspectos a serem avaliados no processo *in loco* (Avaliação Externa do PMAQ).

Sendo assim, os padrões sobre apoio institucionais são balizadores fundamentais para organizar a metodologia do apoio institucional para as equipes de AB participantes do PMAQ. No AMAQ, a “**dimensão apoio institucional**” está descrita da seguinte forma: “O apoio institucional busca auxiliar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções. Para isso, ajuda as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos e auxilia

na construção e na utilização de ferramentas e tecnologias para a melhoria do trabalho” (BRASIL, 2011e).

Em relação à “**dimensão papel do apoiador**”: “O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e parte dos problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano utilizando-os como matéria-prima para o seu trabalho, e sempre que necessário busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas” (BRASIL, 2011e). Realiza-se: A - discussão e montagem das agendas das equipes em função da análise das informações em saúde, necessidades e prioridades de saúde; B – Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea; C – Suporte à elaboração de projetos terapêuticos singulares e implantação de dispositivos de gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS; D – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; E – Facilitação de processos locais de planejamento; F – Mediação de conflitos, a fim de conformar projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários; G – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede.

Em relação à “**dimensão gestão da AB**”, apresentava a seguinte definição: A gestão da AB estabelece mecanismos de gestão participativa com as equipes de saúde, estimula a criação e funcionamento de espaços de gestão colegiada em que atuem trabalhadores e gestores, potencializando a democratização institucional, o compartilhamento dos problemas e a construção de soluções. Essa relação atende às realidades e singularidades de cada território e unidade de saúde, por meio de planejamento, pactuação, avaliação constante, ações de educação permanente” (BRASIL, 2011e).

E também cabe a gestão da AB dimensionar o número de equipes por apoiador, e orientar o processo de trabalho do apoiador institucional para promover ações de qualificação da AB no município, de forma democrática e solidária, contribuindo para maior autonomia e compartilhamento do trabalho, observando-se o adequado dimensionamento do número de equipes por apoiador.

Quanto ao levantamento bibliográfico para referenciar este estudo, foram utilizados livros, textos, artigos bem como as bases de dados do Ministério da Saúde, do IBGE e SciELO, considerando publicações científicas e legislações. A

análise documental foi realizada através de portarias ministeriais, questionários, relatórios, seminários e oficinas realizadas.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Entre os aspectos éticos, a necessidade do consentimento informado, da confidencialidade no manejo dos dados, foi solicitado dispensa por se tratar de base de dados secundária. Pois, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através de documento orientador¹ explicita que levando em conta as características da pesquisa, a análise ética é dispensada quando o projeto tenha por objetivo apenas o monitoramento de um serviço para fins de sua melhoria ou implementação, caracterizando que o conhecimento da pesquisa será utilizado para aquele serviço em específico.

¹ Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/documentos/08_set_perguntas_resp_ostas.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 - ATENÇÃO BÁSICA

Nesse trabalho os termos Atenção Básica (AB), que é vinculado à tradição brasileira no campo da formulação em saúde, e Atenção Primária à Saúde (APS) como é reconhecida internacionalmente os primeiros cuidados em saúde, são termos equivalentes. Segundo Sousa (2009), APS e AB no tocante aos valores e princípios, tanto em outros países quanto no Brasil, têm o mesmo sentido. Ainda que suas formas organizativas resguardem as diferenças de conjunturas e estruturas políticas, econômicas, sociais e culturais de cada país. Lembra ainda que a AB é uma formulação tipicamente brasileira, indicando ser esse um dos pontos da base estruturante do Sistema Único de Saúde (SUSA; HAMANN, 2009).

A ABS deve constituir-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, espera-se dela muito mais do que essa função de garantir acesso ao sistema, afirma-se que na AB deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (WHO, 1978), desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 a 5% dos casos sejam encaminhados (CAMPOS; GUERREIRO, 2010).

Encontramos no arcabouço jurídico organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) as mesmas premissas citadas acima, com destaque para as funções e responsabilidades da AB descritas no Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011b) o qual regulamentou a Lei nº 8.080, que deixa explícito que a porta de entrada preferencial para as ações e serviços de saúde seja a APS.

Portanto o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, combinado com o cronológico (BRASIL, 2011b). Sendo assim, a APS é considerada um arranjo assistencial fundamental e decisivo para países que almejem um sistema de saúde com atenção qualificada, com resposta sanitária satisfatória e em que seja direito de cidadania o acesso aos serviços e ações de saúde (STARFIELD, 2002; CAMPOS; GUERREIRO, 2010; SOUSA; HAMANN, 2009).

Para comprovar a tese que a ABS dever ser a porta preferencial e “resolver” a grande parte das demandas de saúde da população, tem sido possível produzir evidência do impacto positivo da ABS pela comparação entre países. O *Health Council of the Netherlands* promoveu uma revisão sistemática sobre a APS, a conclusão do trabalho foi que há evidência de uma relação significativa entre uma APS forte e melhores níveis de saúde. Além disso, duas características que estão ligadas a uma APS potente, a porta de entrada e o pagamento por lista de pessoas usuárias adscritas a um médico generalista, estiveram associadas a menores gastos dos sistemas de saúde. Também, do ponto de vista da efetividade e da eficiência, o estudo mostrou a superioridade dos sistemas com APS forte (MENDES, 2011).

A *Health Evidence Network* fez uma revisão sistemática de 107 trabalhos internacionais sobre as vantagens e desvantagens de reestruturar os sistemas de saúde com base na APS. Interessante notar que os autores não acharam, na literatura, nenhum estudo que verificasse as vantagens de estruturar os sistemas de saúde com base na atenção especializada. As evidências mostraram que os sistemas baseados numa forte APS estiveram associados com melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares (MENDES, 2011). A organização dos serviços de saúde, em todo o mundo, passa pela concepção sobre o papel do sistema de saúde que pode ser entendido no âmbito do direito social ou um serviço prestado pela iniciativa privada ou ainda um misto de ambos, essa discussão desdobra no papel dos estados nacionais na organização, regulação e efetivamente na prestação de serviços de saúde que busquem responder às reais necessidades da população.

A ABS nesse contexto pode ser compreendida de uma forma seletiva, quando ela é orientada para o atendimento a uma parcela da população e/ou tem na sua composição tecnológica (infraestrutura, profissionais e processo de trabalho) baixa capacidade de dar resposta a grande maioria dos agravos e ainda não é capaz de “se conectar aos outros serviços da rede” com qualidade de induzir o processo compartilhado do cuidado. Por outro lado, a ABS pode ser compreendida como uma ABS abrangente, caracterizada pelo fato de ser de

acesso universal com boa capacidade resolutiva e ter a capacidade de realizar ou assumir responsabilidade compartilhada sobre o cuidado mesmo em outros pontos de atenção dentro do sistema de saúde (MENDES, 2011).

A boa organização dos serviços de APS contribui à melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema (CONILL, 2008). Devemos lembrar que os organismos internacionais propuseram para a América Latina nos anos oitenta uma abordagem seletiva para organizar a Atenção Primária à Saúde (APS), ocasionando com isso uma implantação de uma cesta mínima de serviços em geral de baixa qualidade, sendo que esse movimento, além de fragmentar os sistemas nacionais de saúde, acabam por impulsionar a organização de serviços privados para suprir as deficiências de cobertura e qualidade apresentadas pelos serviços públicos (CONILL, 2008).

No Brasil podemos afirmar que a organização da ABS teve um grande impulso com a implantação do “Programa Saúde da Família”. Antes desse programa tivemos dois grandes movimentos que corriam em paralelo, um da previdência social, focado no atendimento aos trabalhadores com carteira assinada, com ampla oferta de consulta ambulatoriais e concomitante a esse processo que tem origens na década de 20, temos também a tentativa de organizar serviços de ABS como nós conhecemos hoje no Brasil, que apresentam as seguintes características: tem base territorial definida, equipe de referencia multiprofissional que organiza ações coletivas nesse território e também presta cuidado individual (SOUSA, 2007).

Nos anos noventa com a regulamentação do SUS com foco na descentralização de serviços para a esfera municipal, ocorreu um aumento significativo de cobertura, pois gestores municipais precisavam dar respostas concretas a uma parcela significativa do seu eleitorado. Nesse cenário surge o “Programa Saúde da Família”. Inicialmente voltado à extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994 como um programa paralelo, aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS (CONILL, 2008; SOUSA, 2007).

Nos últimos anos, em 2006 e 2011, tivemos respectivamente a construção e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que é resultado

da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012a). Na política ficou estabelecido que:

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

Nos próximos tópicos vamos apresentar detalhes da trajetória internacional da Atenção Primária à Saúde, a construção brasileira desse campo e, por fim, caracterizar o momento atual da Atenção Básica à Saúde no Brasil.

4.2 A ORIGEM E CONCEPÇÃO SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A identificação histórica que sinaliza os primeiros movimentos que no futuro irão originar o que hoje reconhecemos como Atenção Primária à Saúde tem origem na noção de distrito que é encontrada nas propostas da “polícia médica” e na normatização do trabalho médico na Alemanha, nos comitês da Revolução Francesa e num conjunto diversificado de ações desenvolvidas por paróquias e municípios no contexto da Revolução Industrial Inglesa (CONILL, 2008; FOUCAULT, 1979).

A moderna concepção de Atenção Básica à Saúde surgiu no início do século XX no Reino Unido com a publicação do “Relatório Dawson” (CAMPOS, 2006) que preconizava a organização dos serviços de saúde em três níveis, a saber, os centros primários de atenção à saúde organizados a partir de base territorial definida, centros de atenção secundária regionalizados e por fim os hospitais de referência para o conjunto da região.

Esta proposta faz o contraponto histórico com outro relatório publicado anteriormente ao relatório inglês, em 1910 nos EUA, o “Relatório Flexner” (FLEXNER, 1910). Que inicialmente tinha o objetivo de avaliar as escolas de

medicina dos Estados Unidos e Canadá, mas como a situação encontrada foi de muita precariedade, segundo Flexner, ele propõe um conjunto de recomendações, que destacamos: a necessidade de focar o ensino médico exclusivamente no ambiente hospitalar, utilização da racionalidade técnico-científica em todos os procedimentos associados à intensa incorporação tecnológica a partir da indústria de equipamentos médicos, exames diagnósticos e de medicamentos. Esse processo é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América, com profundas implicações para a formação médica e para a medicina mundial.

Na Conferência Mundial de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata/URSS, em 1978, organizada pela Organização Mundial de Saúde foi produzida a Declaração de Alma-Ata (1978), que é considerada uma carta de intenções resultante do movimento mundial de combater as desigualdades e iniquidades em saúde, o objetivo pactuado entre os países membros para alcançar a meta de "Saúde Para Todos no Ano 2000" foi assumir a saúde como um direito humano fundamental.

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde instou todos os países-membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de "Saúde para Todos no ano 2000". Entretanto, quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e de implementação (MENDES, 2012).

A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório sobre a saúde mundial de 2008, em que comemora 30 anos de Alma-Ata, lança uma convocatória para a renovação da APS com o lema "Agora mais do que nunca". O documento está sustentado por sólidas evidências, especialmente no que se refere aos princípios e aos atributos da APS. Em relação ao princípio do foco nas pessoas e na família, concluiu-se que sua observância produz resultados positivos (MENDES, 2012).

Segundo Starfield (2002) os princípios ordenadores da Atenção Primária à saúde são: o primeiro contato, "os mesmos com os mesmos problemas, os

mesmos com problemas novos e os novos como problemas novos”; a longitudinalidade que requer a existência de um aporte regular de cuidados que ocorrem ao longo do tempo; a integralidade, ofertar serviços que atendam os problemas mais comuns e também exercem a responsabilização pelo acesso aos outros serviços dentro do sistema; a coordenação do cuidado, garantir a execução de um plano terapêutico ao longo do tempo de dentro dos pontos de atenção; foco na família; e orientação para a comunidade.

O Ministério da Saúde, publica a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011f). Nesta, a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

4.3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL, SUAS ORIGENS E IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A origem desse processo remonta a segunda década do século XX, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo-USP, sendo que provavelmente, esses centros sofreram a influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. Eles tinham uma população adscrita, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, focalizavam na promoção da saúde e na prevenção das doenças e faziam um corte nítido entre o campo da saúde pública e o campo da atenção médica. No início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O SESP, criado como parte do esforço de guerra, num convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller e inspirado no modelo sanitário americano, foi pioneiro na criação de unidades de APS que articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais e algumas ações verticais de saúde pública (MENDES, 2012).

A partir da metade dos anos 60, e nas Secretarias Estaduais de Saúde, através do do núcleo tecnológico original sespiano que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade (MENDES, 2012).

O quarto ciclo das ações na atenção básica brasileira, nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979 (MENDES, 2012).

Surgiram diversas iniciativas visando ampliar as práticas nos centros de saúde tradicionalmente ligados à prestação de serviços de saúde pública para populações pobres, entre as quais podemos destacar: o projeto de saúde comunitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, com residência multiprofissional e que funcionou como pólo aglutinador para outros projetos semelhantes. Experiências de medicina comunitária como a de Montes Claros que serviram de base para programas de extensão de cobertura; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, que ao ser estendido para todo o país promoveu uma grande expansão da rede ambulatorial; além de experiências municipais em Lages, Campinas, Londrina e Niterói (CONILL, 2008; SOUSA, 2007).

Nos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que neste período foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. As AIS expandiram a rede de APS, uma vez que suas ações passaram de 112 municípios em 1984 para 2.500 em 1987 (MENDES, 2012). As AIS se institucionalizaram porque os recursos abundantes

da Previdência Social eram transferidos, por convênios, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Mas havia uma diferença fundamental com o modelo do PIASS: a medicina simplificada já não era suficiente porque o convênio exigia que as unidades de APS prestassem atenção médica à clientela previdenciária, um grupo social integrado e com capacidade de vocalização política. As AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e, em 1988, a nova Constituição Federal criou o SUS, adotando como uma de suas diretrizes, a descentralização. A instituição do SUS levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios. A assunção pelos municípios das responsabilidades de APS gerou uma enorme expansão da APS no SUS (MENDES, 2012).

Como o SUS tinha como princípio ordenador a integralidade da atenção, já não se podia continuar a ofertar uma APS como programa de atenção primária seletiva e exigia o fortalecimento desse nível de atenção à saúde. Tratava-se, então, de buscar um modelo de APS que desse conta de concretizar a integralidade das ações de saúde.

4.4 MODELOS DESENVOLVIDOS NO BRASIL DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Paralelamente a esse processo de municipalização da APS, desenvolviam-se experiências de modelos de cuidados primários em várias partes do país: a medicina geral e comunitária em Porto Alegre, a ação programática em saúde da Faculdade de Medicina da USP, o médico de família da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e o modelo de defesa da vida da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (MENDES, 2002).

A Medicina Geral e Comunitária desenvolveu-se em Porto Alegre, a partir de 1983, no Murialdo e, depois, no Grupo Hospitalar Conceição, impulsionada por residências médicas. Essa proposta, inspirada por movimentos semelhantes em países desenvolvidos em que se adota a medicina familiar, supõe uma prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade aos quais se pretende prestar uma atenção integral, contínua e personalizada (MENDES, 2002).

A Ação Programática em Saúde surgiu no movimento de programação da saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, nos anos 70, mas conformou-se, como proposta orgânica, a partir da implantação da reforma sanitária. Seu lugar de origem é o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. A Ação Programática em Saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde, fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca se inspirar em tecnologia de base epidemiológica e se estruturar na lógica dos programas de saúde (MENDES, 2002).

O Programa do Médico de Família foi implantado em Niterói, em 1992, e constitui um modelo de nítida influência cubana. A APS é prestada por uma equipe composta por um médico generalista e por um auxiliar de enfermagem, responsáveis por aproximadamente 250 famílias. Essa equipe desenvolve atividades no ambulatório, na comunidade e acompanhamento em hospitais. A atenção é integral, o foco é na família e as ações de saúde têm orientação comunitária (MENDES, 2002).

O modelo de Defesa da Vida foi desenvolvido no final dos anos 80, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Supõe uma descentralização da gestão dos serviços de saúde através de colegiados e organiza a APS por meio das funções de acolhimento, assistência à saúde e vigilância à saúde. O acolhimento é entendido como um vínculo capaz de instituir a responsabilização do profissional com as pessoas usuárias, na perspectiva de sua autonomia (BRASIL, 2011f).

Todas essas propostas foram importantes, algumas continuam vigentes, e representaram alternativas bem sucedidas de proporcionar uma APS de qualidade à população e de concretizar os princípios do SUS. Entretanto, não se institucionalizaram como políticas públicas de corte nacional. Isso veio a ocorrer, no final de 1993, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (SOUSA, 2007).

O Programa Saúde da Família sofreu influências internas dos modelos brasileiros de APS referidos e externas das diferentes propostas de APS, em especial dos modelos canadense, cubano e inglês. Contudo, suas origens mais significativas estão no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituído

pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, no primeiro governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de emergência para o combate à seca. Esse programa teve larga repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no estado, razão pela qual foi estendido a todo o País, pelo Ministério da Saúde, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (SOUSA, 2007).

O PSF nasce do acúmulo de experiências capilarizadas por todo o país, desde as origens do PACS, que sofreu forte influência do programa de agentes de saúde dos estados do Ceará e Goiás, que “beberam da fonte” das experiências do médico de família de Niterói e dos postos de saúde da região de Porto Alegre que era organizado pelo Grupo Hospitalar Conceição (SOUSA, 2007).

Por outro lado, a opção do Ministério da Saúde, ao institucionalizar o PSF como a política nacional de APS, foi adotá-lo como uma estratégia de organização do SUS. Estava superada, pelo menos no discurso oficial, a visão da APS como um programa de atenção primária seletiva ou de mero nível de cuidados primários. Corroborando com essa análise, Sousa e Hamann (2009) afirmam que o PSF é a estratégia política para reorganizar a atenção básica no Brasil, pois o programa, desde sua origem, foi concebido como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

4.5 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA

A Atenção Básica no Brasil conta com 39.256 Unidades Básicas de Saúde, destas, 25.577 UBS tem equipes da Estratégia Saúde da Família, onde estão distribuídas as 33.825 ESF, perfazendo uma cobertura populacional de 55,21% com a Saúde da Família, e mais 10,54 % da população coberta pelas equipes de atenção básica tradicional (SAGE, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011f) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias

de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

No gráfico a seguir, apresentamos a evolução da cobertura nos últimos 15 anos da ESF, onde podemos constatar que à partir do ano de 2005 a implantação se mantém, porém em ritmo mais lento. Por fim, observamos que aumentar a cobertura quando atingimos patamares próximos da média nacional (55% de cobertura) torna-se cada vez mais difícil implantar novas equipes.

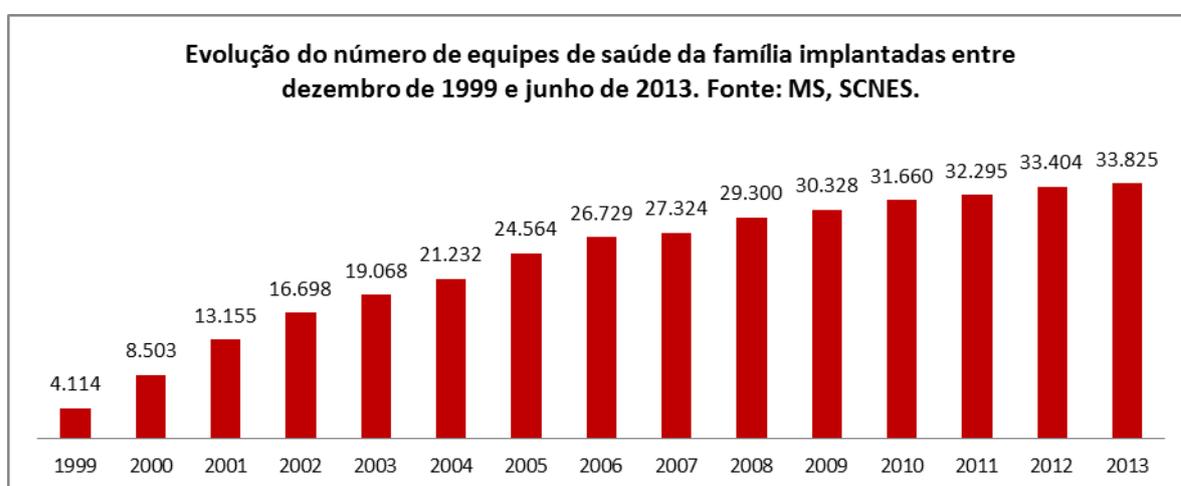


Gráfico 1 - Evolução do número de equipes de saúde da família implantadas entre dezembro de 1999 e junho de 2013.

Fonte: MS, SCNES.

Na tabela abaixo com a distribuição das equipes de saúde da família nas unidades da federação com a respectiva cobertura populacional, podemos identificar que, entre os estados com maior cobertura, estão os situados nas regiões norte e nordeste, em contrapartida os de menor cobertura são de várias regiões, com destaque para Distrito Federal com a pior cobertura do país, seguido por São Paulo e Rio Grande do Sul.

Tabela 2 - Número de equipes de saúde da família e proporção de cobertura por UF

UF	Estado	População Censo 2012	N. de ESF implantadas	Proporção de cobertura populacional estimada
PI	PIAUÍ	3.140.328	1.114	96,23
PB	PARAÍBA	3.791.315	1.247	92,41
TO	TOCANTINS	1.400.892	399	84,45
SE	SERGIPE	2.089.819	550	82,84
RN	RIO GRANDE DO NORTE	3.198.657	911	80,11
MA	MARANHÃO	6.645.761	1.748	76,92
SC	SANTA CATARINA	6.317.054	1.475	73,72
AL	ALAGOAS	3.143.384	764	72,69
CE	CEARÁ	8.530.155	1.930	72,26
MG	MINAS GERAIS	19.728.701	4.402	70,27
PE	PERNAMBUCO	8.864.906	1.942	70,12
AC	ACRE	746.386	161	68,50
BA	BAHIA	14.097.534	2.867	64,24
GO	GOIÁS	6.080.716	1.204	63,23
MS	MATO GROSSO DO SUL	2.477.542	479	63,22
RO	RONDÔNIA	1.576.455	293	61,27
MT	MATO GROSSO	3.075.936	569	60,36
PR	PARANÁ	10.512.349	1.882	57,62
AP	AMAPÁ	684.309	121	57,08
ES	ESPIRITO SANTO	3.547.055	590	53,61
RR	RORAIMA	460.165	79	52,91
AM	AMAZONAS	3.538.387	538	49,73
RJ	RIO DE JANEIRO	16.112.678	2.125	44,53
PA	PARÁ	7.688.593	977	42,38
RS	RIO GRANDE DO SUL	10.733.030	1.374	41,08
SP	SÃO PAULO	41.587.182	3.885	31,46
DF	DISTRITO FEDERAL	2.609.998	199	26,30

Fonte: MS, SCNES, Competência - maio de 2013.

Entre os desafios apontados para qualificar o trabalho das ESF e possibilitar um salto de qualidade, que impulse a legitimação da ABS na sociedade brasileira, vários autores (SOUSA; HAMANN, 2009; CONILL, 2008) referem-se à necessidade de melhorar os instrumentos de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da AB. Considerando esse aspecto, a qualificação do planejamento e gestão, é que insere-se este trabalho de pesquisa. Partimos do pressuposto que a prática do “Apoio Institucional” pode apresentar-se como uma ferramenta muito útil para auxiliar as ESF na melhoria dos processos de trabalho na AB.

4.6 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite, ou seja, deve ser composto por recursos provenientes do governo federal, dos estados, distrito federal e dos municípios. No âmbito federal o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica e parte do Bloco de financiamento de investimento. O gasto federal em AB divide-se em PAB Fixo, PAB Variável e Investimentos. Os valores referentes do PAB, em 2012, foram de R\$ 12.626.278.023,00, devem ser acrescidos os repasses referentes a construção, ampliação e reforma de UBS. No gráfico abaixo consta a evolução dos últimos três anos no repasse do PAB Fixo e Variável e na tabela procuramos demonstrar os valores para a requalificação das UBS, considerando o financiamento de 2009 a 2013.



Gráfico 2 - Evolução dos gastos federais em AB, considerando o PAB Fixo e Variável
Fonte: MS, FNS. SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica, período de 2009 a 2012.

Outra fonte importante de financiamento para a AB, que deve ser agregado aos repasses do Piso de Atenção Básica (PAB) é referente ao programa nacional de requalificação das UBS. Esse programa visa dotar a AB de estrutura física de qualidade, com UBS acolhedoras e dentro de padrões de qualidade que facilite a mudança das práticas das equipes de Saúde. O programa criou incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde. Na tabela abaixo demonstramos o número de UBS contempladas e os valores envolvidos em cada componente (BRASIL, 2011g).

Tabela 3 - Número de UBS, por componente do programa de requalificação de UBS

Programa Nacional de Requalificação das UBS, período: 2009 a 2013		
UBS em Construção		
Período	Número de UBS	Valor em Reais
Propostas em execução	4.675	2.073.723.000,00
Propostas aprovadas em 2013	4.604	1.169.936.133,52
Subtotal	9.279	3.243.659.133,52
UBS em Ampliação		
Período	Número de UBS	Valor em Reais
Propostas em execução	5.674	572.293.227,20
Propostas aprovadas em 2013	1.836	433.114.050,00
Subtotal	7.510	1.005.407.277,20
UBS em Reforma		
Período	Número de UBS	Valor em Reais
Propostas em execução	5.483	564.381.150,42
Propostas aprovadas em 2013	1.961	546.973.002,04
Subtotal	7.444	1.111.354.152,46
Total de obras financiadas e valores	24.233	5.360.420.563,18

Fonte: SISMOB – Sistema de Monitoramento das Obras do MS, julho/2013.

5 – APOIO INSTITUCIONAL

5.1 PLANEJAMENTO, GESTÃO E APOIO INSTITUCIONAL

No campo do planejamento e gestão em saúde, podemos afirmar que temos um grande desenvolvimento teórico e operacional sobre métodos e técnicas de planejamento em saúde desde os autores clássicos como Mário Testa e Carlos Matus, como também a experiência brasileira apresenta correntes de pensamento que formulam, implantam, organizam, e de certa maneira dialogam com outros campos de conhecimento para adaptar seu campo propositivo à realidade do sistema nacional de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Podemos inferir que no Brasil há um conjunto de sujeitos sociais e instituições implicados no processo de buscar soluções, ou como expressou Merhy (RIVERA; ARTMANN 2010), precisamos ofertar aos gestores e trabalhadores do sistema público de saúde, uma caixa de ferramentas que congregue esses esforços teóricos e práticas de organização das ações de

gestão e cuidado em saúde para à partir dos desafios concretos do cotidiano, os gestores possam abrir mão dessa ou daquela estratégia.

Entretanto, o planejamento não esgota a maioria das tarefas de um sistema de gestão; faz-se absolutamente necessário agregar ao processo de planejamento um método, “um método de ação”, que dê consequência ao que foi planejado e que seja a garantia da implantação do plano elaborado, mas que também, consiga captar os nuances do cotidiano do trabalho, da conjuntura política, que implicam construir alternativas táticas para atingir os objetivos expressos no plano, ou ainda, diretrizes pactuadas coletivamente em instâncias de gestão. Campos (1998), quando descreve as linhas iniciais de método que dê conta dessas tarefas, afirma que podemos de forma democrática e participativa propor um conjunto de ações para enfrentar os principais problemas de um município ou de uma equipe da atenção básica, mas isso de modo algum dispensa um bom sistema de gerência, portanto inventar um modelo de gestão que respondesse a uma série de exigências do próprio modelo de atenção sugerido pelo SUS é um desafio em aberto (CAMPOS, 1998).

A opção por descrever sucintamente as correntes de pensamento em “Planejamento e Gestão em Saúde”, deve-se ao fato que nesse trabalho a perspectiva do apoio institucional, enquanto “método de ação” deve necessariamente estabelecer linhas de contato, interfases, com os métodos de gestão. Fazer apoio institucional sem um plano de gestão ou sem um planejamento prévio, e que este planejamento seja realmente participativo, torna a tarefa bem mais complicada. Pois é possível realizar apoio institucional em um município sem um bom plano municipal de saúde construído coletivamente, sim é possível – mas certamente será bem mais difícil tornar efetivo o apoio institucional.

Advogamos a necessidade de construirmos pontes entre o planejamento em saúde e o apoio institucional, um retro alimentando o outro; temos a impressão que a ação combinada entre Plano-Apoio é peça chave para o sucesso do apoio institucional.

5.2 PLANEJAMENTO E GESTÃO NA AMÉRICA LATINA

Em retrospectiva histórica, a Organização Pan-Americana de Saúde desempenhou papel pioneiro, quando no início dos anos 60, apresentou uma proposta metodológica que ficou conhecida como CENDES-OPAS, cujo eixo central era transpor o planejamento que os governos e centros de pesquisa realizam no campo econômico para o social e especificamente para o campo da saúde – do setor saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006). O enfoque da proposta estava em realizar um diagnóstico em saúde que considerasse um número expressivo de variáveis, demográficas, epidemiológicas e sociais e partir dele construir uma imagem objetivo, ou seja, com as informações em mãos determinaríamos onde poderíamos ou deveríamos chegar e partir desse aspecto determinaríamos prazos e meios para alcançá-los. Esse enfoque etapista, normativo, como ficou conhecido, tinha suas limitações pelo fato que construir políticas de saúde, escapam dessa lógica sequencial, sendo o processo muito mais complexo e interativo do que apenas traçar metas.

A partir dessa construção inicial, o médico sanitarista argentino *Mario Testa* que é considerado um dos maiores pensadores do planejamento em saúde pública, propõe que façamos uma análise mais sofisticada do processo de planejamento, incorporando uma reflexão sobre as estruturas de poder na sociedade e quais dessas forças atuam no setor saúde, e como elas interagem para colocar seus projetos em andamento na arena de disputas das políticas de saúde, portanto ele propõe um modo de entender os problemas de saúde e o processo de planejamento, considerando o setor saúde inseparável da totalidade social (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Para a formulação de plano de programas de saúde sistematizou o chamado “postulado de coerência” que explicita os propósitos de um dado governo, os métodos utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais (TESTA, 1992).

Outro grande nome do campo do planejamento em saúde pública é o chileno Carlos Matus, que formou-se em 1955 na Escola de Economia da Universidade do Chile. Para o autor, governar exige articular constantemente três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do

sistema, cuja articulação compõe o “triângulo de governo”. Matus desenvolveu a proposta metodológica e conceitual que ficou conhecida por “planejamento estratégico situacional” (PES) para dotar os governos de técnicas potentes de planificação (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

5.3 O PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL

As possibilidades de apresentação das correntes de pensamentos sobre o planejamento e gestão em saúde no Brasil podem ser feitas de formas distintas. Neste trabalho priorizamos a análise e descrição de quatro coletivos ou formas de expressão sobre as ações e estratégias entendidas como formas de organizar as atividades do estado brasileiro no âmbito da saúde, entendendo estado, considerando os três entes da federação. Ressalto que os quatro modelos referidos podem perfeitamente conviver de forma dialética, pois se releva uma diversidade situacional de pontos de vista que é possível apreender aspectos que podem vir a ser complementares, ainda que as divergências apontem, por vezes, para a construção de diferentes tipos de modelos assistenciais. Antes de iniciar a descrição, trago para demonstrar o caráter histórico da produção no campo da saúde coletiva, uma citação do trabalho de Paim e Teixeira (2006): “a produção sobre planejamento e gestão no Brasil é marcada pelos desafios que exigem não só conhecimento técnico-científico, mas também militância sociopolítica”.

Na sequencia procuramos apresentar de forma sucinta e contextualizada as principais correntes teóricas do pensar e agir em planejamento e gestão em saúde no Brasil.

Na UNICAMP, através do grupo de gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) que defende um modelo de gestão colegiada e democrática, com as seguintes premissas: forte autonomia; colegiados de gestão; comunicação lateral; e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. Propõe a utilização de uma "caixa de ferramentas", que inclui o pensamento estratégico de Mario Testa (1992), o planejamento estratégico-situacional (PES) de Carlos Matus, elementos da qualidade total, da análise institucional, entre outros. Esta corrente critica o modelo piramidal da proposta de hierarquização de serviços em prol do modelo do círculo, que enfatiza a coordenação horizontal entre todos os níveis da rede e a centralidade da rede básica de atendimento.

Mais recentemente, incorpora, a partir da Saúde Mental, os conceitos de acolhimento e vínculo, ligados à política de humanização. Crescentemente preocupada com os microprocessos de trabalho assistencial, a escola introduziu novos instrumentos de análise, como os fluxogramas analisadores. É importante citar, ainda, os aportes relacionados ao conceito de clínica ampliada ou do sujeito, que integraria o melhor da clínica não degradada, um olhar voltado para a subjetividade dos usuários e outro para seu contexto social e de Merhy sobre o processo de trabalho médico, que utiliza tecnologias leves, leve-duras e duras, destacando-se a importância do componente relacional da tecnologia leve. (MERHY apud GALLO, 1995; RIVERA; ARTMANN, 2010; PAIM; TEIXEIRA, 2006).

O planejamento estratégico comunicativo, representado por núcleos da ENSP/Fiocruz, com base na teoria do agir comunicativo (TAC) de Habermas, resgata aspectos comunicativos do planejamento estratégico-situacional, mas não se limita a ele. Incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais e desenvolve uma reflexão sobre componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural, redes de conversação, com alguma influência da escola da organização que aprende e da filosofia da linguagem aplicada à gestão organizacional (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Destacamos que a abordagem comunicativa em planejamento, que tem origens a partir de reflexões teóricas sobre experiências com o enfoque do PES e do estabelecimento de um diálogo com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, apresenta hoje vários desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos, alguns destes desdobramentos merecem ser aprofundados através de linhas de investigação, das quais ressaltamos as seguintes: análise da cultura enquanto componente de viabilidade de um projeto, objetivando uma metodologia de escuta da cultura, o estabelecimento da relação cultura-problemas em face de um determinado macroproblema e o desenho de estratégias de utilização da cultura como recurso da intervenção sobre problemas, aplicação mais sistemática da prospectiva enquanto recurso crucial dentro do cálculo estratégico; possibilidades de diálogo entre o planejamento situacional e os enfoques da administração estratégica e do planejamento estratégico corporativo, favorecendo

uma abordagem do contexto de mix público/privado, em processos de construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão (RIVERA; ARTMANN, 2010).

A corrente da Vigilância à Saúde, representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico e institucional, postula um modelo de vigilância à saúde que propõe pensar numa inversão do modelo assistencial. Este modelo combate a velha atomização dos programas verticais da Saúde Pública e defende a necessidade de integração horizontal dos seus vários componentes. Em grande parte, esta possibilidade de coordenação se apoia na aplicação do PES no processamento de problemas transversais. A Vigilância à Saúde se caracterizaria por este tipo de integração, mas também pela busca de uma atuação intersetorial, na linha da promoção à saúde, que seria o paradigma básico da vigilância, alternativo ao paradigma flexneriano da clínica. Contemplaria como um dos seus alicerces assistenciais a rede básica de atendimento e primordialmente o modelo de médico de família. Uma das principais contribuições da escola é a proposta de sistemas de microrregionalização solidária, como célula de um sistema regionalizado que avance na possibilidade de constituir sistemas integrados de saúde por oposição aos sistemas fragmentados. A este respeito, é importante destacar a contribuição do Eugênio Villaça Mendes no planejamento e montagem de redes de atenção à saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006; RIVERA; ARTMANN, 2010).

Este enfoque enfeixa um conjunto de técnicas de vários campos, do planejamento urbano-espacial, da epidemiologia, do planejamento estratégico em saúde e da gestão. Nutre um conceito alternativo à velha saúde pública que se destaca pela tentativa de criar horizontalidades entre os velhos programas sanitários, através do planejamento a partir de problemas, baseado na concepção matusiana, em contraposição ao enfoque por programas. Facilitador de uma visão mais sócio-ambiental do binômio saúde-doença, este enfoque abriria caminho para uma perspectiva de intersetorialidade e de promoção em saúde, contribuindo assim para uma recriação dos modelos assistenciais, a partir de novas práticas sanitárias. Estas práticas sanitárias se constituem em conjuntos de processos de trabalho, articulados em operações, que impõem uma estratégia de ação sobre os

nós críticos dos problemas e seus efeitos em um dado território (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

A corrente da Programação em Saúde da USP propõe a construção de um sistema de saúde programado em termos de suas atividades a partir da Epidemiologia Social. Visa a reduzir uma lógica de atenção espontaneista, de mercado. Afirma-se em um tipo de construção micropolítica de novas práticas assistenciais, de referenciamento a equipes de saúde integral (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Os autores identificam uma evolução da programação de uma posição de "técnica de planejamento" (racionalização econômica do processo de produção em saúde) para um significado de "modelo assistencial ou modelo operatório das práticas de saúde" (tecnologia de trabalho), integrando a prática médica e a sanitária, apresentando-a como um campo de experimentação de novas formas de trabalho em saúde. A escola da ação programática, também destaca-se pela ênfase a formas multidisciplinares de trabalho em equipe e atribui uma importância crucial ao uso inteligente da epidemiologia clínica e social, como disciplina útil na possibilidade de programação das práticas de serviços, incluindo os clínicos (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Da mesma forma que a corrente da ENSP, mostram uma preocupação importante pelo ramo da filosofia da linguagem dentro da vertente comunicativa de Habermas. Considera que a busca da integração entre serviços básicos e hospitalares depende basicamente do estabelecimento de processos comunicativos. Esta escola tem se diferenciado, ainda, pelas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde. É relevante a análise de Lilia Schraiber e Rogério Miranda Gomes (GOMES, 2010) sobre as características do trabalho médico, enquanto um duplo técnico e humano: um saber e uma forma de intervenção tecnológica e uma forma de interação ou de agir comunicativo.

5.4 O APOIO INSTITUCIONAL

O apoio institucional surge da necessidade de construir um método que estivesse em sintonia com as exigências e princípios do nosso sistema de saúde e que fosse uma alternativa ao método taylorista de administração, que é

hegemônico na gestão das equipes de saúde e serviços de saúde (CAMPOS, 1998).

Segundo Campos (1998) o processo de formulação desse novo método buscou responder a questões que são decisivas para a gestão e para os trabalhadores, mas que nos outros métodos são pouco e nem mesmo são consideradas. Quais sejam:

- a) **Sobre a democracia nos ambientes de trabalho:** como combinar democratização institucional com capacidade operacional, e ainda, com algum grau de centralização vertical que é uma exigência das políticas públicas;
- b) **Sobre a autonomia dos sujeitos e coletivos:** como propiciar independência e autonomia para cada equipe, sem que se perca o sentido de rede de compromissos, sem que se perca a noção de sistema, ou sem que seja comprometida a diretriz da integralidade da atenção;
- c) **Sobre garantir o diálogo entre os trabalhadores e usuários:** como assegurar um diálogo entre usuários e técnicos que não seja pautado pelo tecnicismo e hierarquia.
- d) **Sobre como valorizar os trabalhadores:** como diminuir em alguns graus a alienação ou a burocratização atualmente verificada entre os servidores públicos. Como motivá-los, como ampliar sua capacidade de reflexão e auto-estima. Como articular autonomia e criatividade.

Na perspectiva apresentada tem outra questão que se impõe, que é a insuficiência dos métodos atuais. Podemos expressar esse aspecto com a seguinte indagação: “como gerir o que foi planejado?”. Pois, ocorre que em muitas experiências são utilizadas variantes do Planejamento Estratégico Situacional (MATUS, 1993), e a partir deles vive-se momentos de participação dos trabalhadores e usuários, porém, não desconsiderando que esses momentos são fundamentais e muito importantes, mas que na prática nos momentos subsequentes a forma de operacionalizar o que foi planejado é feita da forma tradicional, e por isso mesmo não chegam a modificar o sistema de gestão dos serviços de saúde. Constatamos, infelizmente, que a democracia começa e termina em oficinas de planejamento ou de territorialização (CAMPOS, 1998).

Esta nova *Metodologia de Gestão* imagina-se potente para lidar com várias polaridades que operam em caráter quase permanente nos serviços de saúde. No caso, optou-se por considerar que estas contradições nunca teriam sínteses definitivas. Ao contrário, toda solução seria provisória e recolocaria o antigo conflito dentro de novos patamares, mas nunca os eliminaria, apenas os reperia com novas características. Assim, imaginou-se uma Metodologia de Gestão capaz de combinar coeficientes de democracia direta (participativa) com a preservação de algum grau de unidade em torno daqueles objetivos primários de cada instituição; ou seja, combinar interesses dos usuários com outros mais próximos aos trabalhadores.

Imaginou-se um Método que mesclasse participação com busca de produtividade e de compromisso; mas, sobretudo, antevia-se a possibilidade de montagem de uma máquina organizacional que fosse, ao mesmo tempo, terapêutica e pedagógica para os trabalhadores – no sentido, de permitir seu crescimento pessoal e coletivo de forma contínua e progressiva – e também produtora de saúde ou de educação para o público (CAMPOS, 1998).

Campos (1998) sugere aqui uma máquina gerencial instituinte, no sentido dado por Merhy que fala de uma máquina supostamente coprodutora de sujeitos aptos para o exercício da liberdade, para assumir os riscos e o prazer da criação, mas também preparados para contratar compromissos, para respeitar a missão primária da instituição em que estivessem inseridos.

Apoiar no dicionário Aurélio significa dar apoio a, aprovar, sustentar, amparar, defender, favorecer, sustentar, firmar, encostar, fundar, fundamentar, arriscar-se, prestar auxílio mútuo. Sabemos que o apoio pode acontecer em várias áreas como a logística, administrativa, operacional, cultural, pedagógica, cultural, educacional, institucional, emocional, psicológica, social, gerencial, político, etc. Enfim os campos para apoio são muitos e variados.

Vamos procurar em vários autores a definição sobre o que é o “apoio institucional”. Para Campos (1998), o Apoio Institucional é um modo de agir que busca enfrentar os modelos de gestão verticalizados e autoritários não produtores de autonomia dos sujeitos. Baseia-se na relação horizontal entre sujeitos onde todos se afetam e promovem processos educativos desses encontros. Objetiva transformar as relações de supervisão em relações de produção de autonomia de

sujeitos e das regiões, considerando as especificidades locorregionais, a democratização e publicização dos processos de gestão e decisórios, fazendo com que estas decisões sejam tomadas a partir de um processo de análise e discussão coletiva.

O Apoio Institucional promove o vínculo, a interlocução com os diferentes atores, a corresponsabilização e um processo contínuo de pactuação e educação permanente enquanto ferramentas potentes da gestão para a gestão no cotidiano do processo de trabalho de cada um (BRASIL, 2013).

Segundo Oliveira (2011), o apoio deve ser tomado como uma função, inscrita em arranjos concretos que põe em relação sujeitos com diferentes desejos e interesses, com a missão de ativar objetos de investimento mais coletivos e de apoiar esses sujeitos na ampliação de sua capacidade de problematização, de invenção de problemas, de interferência com outros sujeitos e de transformação do mundo e de si, implica em uma tarefa clínica-crítica-política. O trabalho do apoio se dá no encontro, na interferência, no acontecimento. Para ser/manter-se apoiador é preciso estar sempre diferindo do ser apoiador – devir apoiador.

O processo de trabalho do Apoio Institucional “possui uma dinâmica complexa e singular, contudo reconhecer suas características, como está estruturado e organizado permitiu identificar elementos para reflexão/discussão sobre o trabalho dessa equipe com um olhar da gestão do trabalho e da educação na saúde, além de sugerir e recomendar estratégias que devem ser colocadas na roda para uma auto-análise e auto-gestão” (COSTA, 2009)

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) define apoio institucional como um novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais. Proposta de um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados. “Não se trata de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários” (BRASIL, 2004). Para tanto, pressupõe a inserção

dos sujeitos incorporando suas diferentes experiências, desejos e interesses. Mobiliza para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. Com esse método renovado de gestão, evitam-se “formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários”.

O apoio pauta-se na crença de que tal processo envolve os sujeitos em suas experiências concretas de relações cotidianas, uma vez que as mudanças não se fazem sem um processo de produção subjetiva, que é sempre coletiva, histórica e determinada por múltiplos vetores inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações) (GUEDES, 2012).

Outra autora ao final da narrativa que conta como foi implantar o apoio institucional na secretaria municipal de saúde descreve que: apostar em novos modos de produção do cuidado foi o principal objetivo da experiência, tratava-se de possibilitar mudanças na cultura de atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho, buscou-se investir em novo modo de interação entre os sujeitos, para tanto era preciso manejar ferramentas que possibilitassem o diálogo entre os profissionais e usuários de recursos que ampliassem a capacidade de análise e a tomada de decisão pelos trabalhadores (BARROS; DIMENSTEIN, 2010).

Em um trabalho que relata a organização do apoio institucional na coordenação de atenção básica da secretaria estadual de saúde da Bahia, vem uma definição bem brasileira de como é realizar o apoio entre esferas autônomas e como é o papel da pessoa que “está na função apoio: “O apoio institucional pode ser comparado ao jogo de capoeira, no qual existe a negociação, a movimentação. É como um jogo entre o apoiador institucional e o gestor, um respeitando ao outro, tentando jogar junto sem se machucar. Um não podendo existir sem o outro” (BARROS, 2012).

A partir das discussões de Araújo (Apud VASCONCELLOS; MORSCHEL, 2009), propomos pensar a função apoio institucional como a de um estrangeiro, trazendo a possibilidade de “borrar os mapas vigentes, cronificados” bem como

“conceitos e métodos habituais”. “O estrangeiro em si, estrangeiro no outro e o estrangeiro em nós (enquanto o ainda não-atualizado)” traz consigo a potência de perturbação ativada “através tanto daquilo que é quanto daquilo que pode fazer”, isto é, “tanto por sua presença singular, quanto pelos universos do porvir que pode inventar, pelas forças que pode acionar na configuração de novos territórios existenciais, na afirmação de novos mundos”. “Como que lidando com um quebra-cabeça cuja imagem não é estática, as peças não são simétricas nem seu encaixe definido aprioristicamente”, em campo, por meio do campo, a função apoio institucional pede fluidez. Ela deve ser composta a partir de análises conjunturais, das particularidades de cada cenário, tendo-se como norte o objetivo de produzir marcas e caminhos sutis e singulares de acontecimentos que se entrecruzam formando redes (VASCONCELLOS; MORSCHEL, 2009).

O Apoio Matricial, segundo Campos e Domitti (2007) objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Pode ser entendido como um arranjo organizacional na qual um conjunto de saberes, de práticas e/ou de competências concentrados em certos setores, grupos ou indivíduos de uma organização, considerados necessários para resolução de demandas ou problemas expressos por outras parcelas da organização, é ofertado a estas últimas por meio de processos que incorporem uma metodologia de apoio. Toma como objeto uma necessidade ou um problema vivenciado. Arranjo de gestão que induz outras práticas de referência no cuidado, articula redes de diferentes níveis de atenção e diferentes modos de cuidado que sejam singulares a cada caso. (OLIVEIRA, 2011; CAMPOS, 2007)

Por fim, um dos marcos da construção conceitual do Apoio vem do Método Paidéia ou chamado “Efeito Paidéia”, onde Campos (2007) traz como sendo um processo social e subjetivo onde as pessoas ampliam sua capacidade de busca e interpretação de informações, compreendendo a si mesmas, aos outros e ao contexto possibilitando agir sobre essas relações. Para Campos (2007), o Método

Paidéia é útil à construção de “políticas de movimento.” Uma vez colocado isso leva-se em consideração a gestão segundo a correlação de forças postas na realidade daquele cotidiano vivenciado.

Nesse sentido, o Método Paidéia é particularmente útil para pensar a gestão das mais distintas práticas sociais, para que o status quo não se mantenha. Para aumentar o poder de contratação dos menos favorecidos é necessário que esses segmentos ampliem a capacidade de se compreenderem inseridos no mundo e que se valham dessa compreensão para tomar decisões e para intervir sobre as relações sociais. Compreender-se implica analisar a dinâmica do desejo e do interesse próprios; enxergando, ao mesmo tempo, o desejo e o interesse dos outros, tudo isso inserido em uma dinâmica histórica e social: a materialidade das necessidades e o poder das instituições.

5.5 CAMINHOS PARA ORGANIZAR O APOIO INSTITUCIONAL

Estabelecer espaços de gestão colegiada, como: conselhos de cogestão, colegiados de gestão, reuniões periódicas, entre outros dispositivos institucionais de tomada de decisão no cotidiano. Onde ocorra o exercício da cogestão e que oportunize aos atores internos e externos aos coletivos expressarem seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens e serviços, que segundo Campos (1998) é fundamental criar esses espaços para aumentar e qualificar fluxos de ideias, de debates, de negociações e de compromissos, que contribuam para o sucesso da instituição, mas também para o desenvolvimento das pessoas e agrupamentos implicados com cada organização.

Discussão, negociação, explicitação de diferenças, porém sempre seguidas de sínteses operativas a serem colocadas em prática pelos trabalhadores. E que a maioria aprenda algo com o processo, educação continuada em ato. Resumindo, poder-se-ia enumerar parte das vantagens potenciais resultantes do funcionamento desta nova Metodologia, que para Campos (1998) seriam:

- a) Melhoria no grau de envolvimento e de compromisso das Equipes com a Instituição como um todo e, particularmente, com os Projetos que elas

foram ajudando a inventar. A maior parte do pessoal sentindo-se criadora dos Modelos testados e, com isto, potencializando-se um aumento da sua taxa de felicidade e de realização profissional. A maioria das Equipes se caracterizando por um amor explícito ao trabalho executado, sentimento, hoje em dia, raro no setor público e mesmo no privado. Orgulho profissional, compromisso e dedicação ao paciente e às reformas que elas vêm inventando;

- b) Criação de um sistema informal de educação continuada graças a multiplicação dos espaços onde se trocam informação, se intercambiam saberes e se discutem problemas: oficinas de planejamento, discussão de casos, elaboração conjunta de projetos terapêuticos individuais ou de programas coletivos de atenção. Potencializando-se um amadurecimento da maioria do pessoal para lidar tanto com aspectos técnicos, quanto políticos, humanos ou éticos, ou seja, crescimento da capacidade de ouvir e expor críticas, para aceitar derrotas e estabelecer negociações e consensos;
- c) Melhoria sensível da relação Equipes de Saúde com os usuários e seus familiares, graças a instituição de sistemas de referência com responsabilização e cuidados mais bem definidos e microssistemas de controle social.

5.6 ALGUNS APONTAMENTOS DE COMO OPERACIONALIZAR O APOIO INSTITUCIONAL

Segundo vários autores (CAMPOS, 1998; BARROS et al., 2012; BRASIL, 2004) poderíamos afirmar que para a implantação do apoio institucional deve-se viabilizar algumas alterações na cultura organizacional, entre as principais destacaríamos: construção de espaços de governança colegiada; garantir a formação de equipes multiprofissionais para elaborar e levar adiante a proposta de trabalho do apoio institucional; estabelecer processos de planejamento participativos; apostar em momentos constantes de educação permanente; Construir uma efetiva proposta de comunicação e informação em saúde, para que circule as informações de forma permanente e transparente.

Esses cinco elementos combinados tendem – são premissas centrais - a aumentar a capacidade de operar as mudanças necessárias nos processos de gestão e cuidado, a saber:

5.6.1 Colegiados

De qualquer modo, os apoiadores institucionais não teriam linha de comando dentro das Unidades de Produção (Estabelecimento de Saúde ou unidade específica dentro do mesmo serviço de saúde). Somente a Direção geral ou o Coordenador, ou os próprios Colegiados tomariam deliberações a serem acatadas por todos. É importante delimitarmos algumas concepções, para como isso evitar mal entendidos, por exemplo: cogestão, não é autogoverno ou autonomia absoluta, pois partimos do princípio de que não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com outros graus de poder e de dominação. Liberdade e autonomia também não existem em absoluto, ao contrário do que afirma o pensamento idealistas. Liberdade e autonomia de Sujeitos concretos somente existem em coeficientes, ou em cotas. Não há liberdade ou autonomia total, mas sim em/na relação com outros sujeitos ou instâncias, ou seja, decidimos considerando um dado projeto ou plano de ação, e dentro dos limites, mas esses limites podem ou devem ser testados, colocados à prova, para no processo estabelecermos novos limites ou reafirmarmos os anteriores, dentro de novas premissas.

5.6.2 Planejamento participativo

Esta nova Metodologia de Gestão (apoio institucional=método de ação) imagina-se potente para lidar com várias polaridades que operam em caráter quase que permanente nos serviços de saúde. No caso, optou-se por considerar que estas contradições nunca teriam sínteses definitivas (CAMPOS, 1998). Ao contrário, toda solução seria provisória e recolocaria o antigo conflito dentro de novos patamares, mas nunca os eliminaria, apenas os reporia com novas características (CAMPOS, 1998; CECILIO, 2010) Assim, imaginou-se uma Metodologia de Gestão capaz de combinar coeficientes de democracia direta (participativa) com a preservação de algum grau de unidade em torno daqueles

objetivos primários de cada instituição, e que mesclasse participação com busca de produtividade e de compromissos. Possibilitar a montagem de uma máquina organizacional que fosse, ao mesmo tempo, terapêutica e pedagógica para os trabalhadores – no sentido, de permitir seu crescimento pessoal e coletivo de forma contínua e progressiva – e também produtora de saúde ou de educação para o público. (BARROS et al., 2012; CECILIO, 2010; CECCIM, 2005)

5.6.3 Equipe multiprofissional

Segundo Campos (2007), sugere-se aqui uma máquina gerencial instituinte. Contradição em termos: máquina e gestão se referem ao estabelecido, à reprodução do instituído; e o novo Método as querendo instituinte. Uma máquina supostamente coprodutora de sujeitos aptos para o exercício da liberdade, para assumir os riscos e o prazer da criação, mas também preparados para contratar compromissos, para respeitar a missão primária da instituição em que estivessem inseridos. Para tanto, faz-se necessário um arranjo na direção do apoio institucional que contemple diferentes profissões.

5.6.4 Comunicação & Informação

Outro elemento decisivo é estabelecer como norma o acesso a informações fundamentais para subsidiar as tomadas de decisão das equipes, pois observamos que em muitos casos, as informações em saúde não estão disponíveis as equipes, nem mesmo aquelas provenientes do seu processo de trabalho. Também, criar horários para encontros periódicos do coletivo em cada equipe e/ou unidades de produção, escolher um tempo para reuniões ordinárias dentro do período normal de trabalho, ou seja, o planejamento e a reflexão fazendo parte do processo habitual de trabalho.

5.6.5 Educação permanente

Desenvolvimento das ações de apoio institucional deve possuir um caráter compartilhado e ser construído a partir das realidades e singularidades de cada território, além de pressupor planejamento, avaliação constante e agendas de educação permanente para o desenvolvimento das dimensões gerenciais,

pedagógicas e matriciais desempenhadas pelos apoiadores. É fundamental que haja um dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador, lembrando a necessidade de construção de vínculo entre os mesmos, que pode ser potencializada a partir da construção de estratégias de comunicação e de agendas regulares de encontros. Por fim, recomendava-se a instituição de Supervisão Matricial que aumentasse a abertura destas Unidades para o externo. Supervisão não conforme a concepção taylorista – alguém que controla e fiscaliza o cumprimento de normas –, mas quase com o sentido que lhe era atribuído pela Saúde Mental: supervisor como agente externo que se reúne com a equipe para instituir processos de reflexão crítica e de educação permanente (NUNES 2008; PNAB, 2011).

5.7 O APOIADOR INSTITUCIONAL

Campos (1998) esboça o que ele sugere como deveria ser a função do apoiador “Supervisor como apoiador e agenciador de mudanças, alguém que ajudasse na identificação e no enfrentamento de problemas”.

Sendo que este trabalho de apoio poderia assumir tanto um caráter mais técnico, por exemplo: especialistas em enfermagem, em pediatria, entre outros, ajudando, orientando várias equipes em que houvesse este tipo de responsabilidade, ou ainda mais um de instrumentalizador de processos de mudança. Neste segundo caso, um agenciador e estimulador da capacidade de análise e de participação do grupo na gestão, uma combinação das funções típicas de um analista de grupo com as de um assessor de planejamento. De qualquer modo, estes “supervisores” não teriam linha de comando dentro das sob sua “responsabilidade”. Somente a direção geral, o coordenador ou os próprios colegiados tomariam deliberações a serem acatadas por todos (CAMPOS, 1988).

O trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa - ativar coletivos, conectar redes e incluir conflitos – que se desdobram em inúmeras outras. Agenciar conexões, ativando redes, de saber, de cuidado, de cogestão, e tantas outras, no mesmo ato de convocar sujeitos e seus conflitos, ativando coletivos (CAMPOS, 1998).

A questão da formação do apoiador ainda é um desafio. O “formar em ato” não é tarefa simples, pois formar um apoiador é um ato próprio da função apoio.

Não no sentido de que só alguém com um “título” de apoiador institucional pode fazê-lo. Quero dizer que o ato de formar não é propriamente algo que um indivíduo apoiador faz. É a relação de apoio que forma o apoiador.

5.8 AÇÕES QUE PODEM SER REALIZADAS PELOS APOIADORES INSTITUCIONAIS

Vamos apresentar alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por apoiadores institucionais junto às equipes de saúde da atenção básica:

- a) Disparar um processo de reflexão sobre as formas e modos de fazer gestão;
- b) Apoiar a equipe para organizar processo de autoavaliação e avaliação do conjunto do trabalho da equipe;
- c) Apoiar as equipes de saúde para pensar em seus cotidianos de trabalho e formas de operar a gestão do cuidado e o cuidado em saúde ofertado à população;
- d) Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;
- e) Mediação dos processos planejamento, considerando o plano municipal de saúde e a construção do planejamento local;
- f) Suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea;
- g) Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares, a partir de casos ou situações que mobilizam ou desafiam a equipe;
- h) Suporte à implantação de dispositivos para qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS;
- i) Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- j) Análise de indicadores e informações em saúde;
- k) Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade;
- l) Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários;
- m) Suporte e articulação de ações de apoio matricial das equipes dos NASF e outros arranjos de apoio matricial;

n) Articulação entre pontos de atenção da rede de serviços.

Considerando as ações descritas acima, podemos expressar de outras formas o que é “fazer apoio”, ou seja, quando falamos de apoio, sugerimos que apoio é segundo BARROS et al (2012): ofertar respostas ou lugar de busca delas, acolher a demanda, fazer escuta do outro, incluir conflitos como potências para o trabalho, exercitar a alteridade, ampliar a capacidade de produção de autonomia dos sujeitos, construção de relações horizontais e afetuosas, promover o vínculo entre diferentes sujeitos, ativar coletivos, fomentar e ativar espaços de cogestão.

6 - O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

O PMAQ-AB (BRASIL, 2011c) criou e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB). Essa medida representa um processo de mudança na lógica de repasse de recursos para a ABS.

O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, estabelecendo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil, para tentar alcançar esses objetivos o PMAQ promoveu uma mudança no financiamento da AB vinculando parte importante do repasse de recursos à implantação de “padrões” que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores. Com a criação do “Componente de Qualidade” do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável.

Os objetivos do PMAQ pode ser percebida ao ler suas diretrizes (BRASIL, 2011c):

- “I – construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II – estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde

da atenção básica;

III – transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV – envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V – desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI – 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

VII – caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.” (BRASIL, 2011c, grifo nosso).

O chamado “padrão de qualidade” é uma declaração da qualidade esperada e expressa afirmativamente o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS. Busca afirmar os princípios da “integralidade, universalidade, equidade e participação social” (BRASIL, 2011e)

O PMAQ está organizado em quatro fases que se “complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade” (BRASIL, 2011d). A primeira é chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda de “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta, que na verdade representa o começo de um novo ciclo, denomina-se “Recontratualização”.

Faz-se necessário explicitar os critérios utilizados para estratificar os municípios e para certificar as equipes, pois na discussão dos achados dessa pesquisa, esses dois componentes (estratos de municípios e certificação das equipes) serão objetos centrais da análise.

Os municípios foram distribuídos em diferentes estratos, considerando a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, e com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato (BRASIL, 2011d). Para tanto, foi construído um índice que varia de zero a dez, composto por cinco indicadores: 1 – Produto interno bruto (PIB) per capita; 2 – Percentual da população com plano de saúde; 3 – Percentual da população com Bolsa-Família; 4 – Percentual da população em extrema pobreza; e 5 – Densidade demográfica. E também foram definidos os pesos de cada indicador para efeitos de estratificação, que apenas o

indicador produto interno bruto per capita ficou com peso 2 e o restante com peso 1.

Portanto, segundo o manual instrutivo do PMAQ, os municípios ficaram assim distribuídos: 1 - Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes; 2 - Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; 3 - Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; 4 - Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; 5 - Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil.

habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; 6 - Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85 (BRASIL, 2011d).

A primeira fase do PMAQ é descrita como “a etapa formal de adesão ao Programa”, mediante “contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados” entre as EAB e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde. O caráter voluntário da adesão está associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudanças das práticas só se concretizarão em “ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito” (BRASIL, 2011d).

O Município, por sua vez, ao aderir passou a receber imediatamente vinte por cento do Componente de Qualidade do PAB por equipe aderida. Esse repasse segue até a realização da avaliação externa e conclusão da certificação da equipe quando então esse percentual passa a depender do desempenho alcançado por cada EAB, podendo ser de cem por cento no caso de desempenho “ótimo” ou a suspensão de qualquer repasse do Componente no caso de desempenho insatisfatório.

A segunda fase do PMAQ é compreendida como a etapa na qual se daria o desenvolvimento de ações, realizadas fundamentalmente pelas EAB e gestão municipal, mas com o apoio das gestões estaduais e Ministério da Saúde, “com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB” (BRASIL, 2011d). Há uma aposta em quatro estratégias nessa fase: na

autoavaliação, no monitoramento, na educação permanente e no apoio institucional.

A autoavaliação é tida como “ponto de partida da fase de desenvolvimento”, propondo que o processo se inicie “pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento” (BRASIL, 2011d).

O Ministério, através de processos de formação, financiamento, orientação técnica e até mesmo valorização na avaliação externa do PMAQ, passou a estimular que as gestões municipais investissem na adoção do apoio institucional (CAMPOS, 2003) como tecnologia de gestão e na oferta de processos de educação permanente (CECCIN, 2005) articulados às ações de mudança do programa.

O programa sugere que o “saber e fazer em educação permanente (EP) seja encarnado na prática concreta dos serviços de saúde”, pois a “mudança do modelo de atenção impõe a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais e as mudanças no processo de trabalho em saúde passam a exigir de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia para que possam contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras” (BRASIL, 2011d). Propõe que a EP seja vista como uma importante “estratégia de gestão” com grande potencial provocador de mudanças na micropolítica do cotidiano dos serviços, “bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários” (BRASIL, 2011d).

O PMAQ propõe uma articulação entre os processos de Educação Permanente e as estratégias de apoio institucional (AI) para “aumentar as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano” (BRASIL, 2011d). Sugere que o AI seja pensado como uma “função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer” gestão em saúde. O programa tenta induzir a criação de equipes de AI (BRASIL, 2011d, 2011e, 2012a), “com dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador”, lembrando a necessidade de construção “de vínculo entre os mesmos” e de agendas regulares de encontros (BRASIL, 2011d).

Essas equipes de AI deveriam assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomar como “matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano” e operar como “forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos”, buscando fortalecê-los, reconhecendo e potencializando seus esforços, reforçando “processos de subjetivação que produzam liberdade e compromisso” (BRASIL, 2011d).

Pode-se afirmar que as equipes de atenção e gestão, com a tarefa de imprimir mudanças na realidade concreta, deverão construir pactos e ações, disparar movimentos que articulem avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento de resultados numa excelente oportunidade de superar modos de ação que fragmentados perdem grande parte de sua potência.

A terceira fase é o momento de realização da Avaliação Externa que “consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB” e para reconhecimento e valorização dos “esforços e resultados” dessas EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB (BRASIL, 2012a). Essa avaliação gerará um escore que conforme as regras da portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, e com as alterações instituídas pela portaria 866, de 03 de maio de 2012, resultará numa certificação que, por sua vez, determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo Ministério da Saúde.

Sendo que as equipes de atenção básica serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando três dimensões: I – Implementação de processos autoavaliativos (10% da nota final); II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados (20% da nota final); III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (70% da nota final). Nesse sentido, para a classificação de desempenho das equipes, cada município será distribuído em diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato, conforme já mencionado nesse capítulo (BRASIL, 2011d).

A partir da avaliação externa, as equipes de atenção básica poderão ser classificadas em quatro categorias: I – Desempenho insatisfatório: quando o

resultado alcançado for menor do que -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato; II – Desempenho regular: quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; III – Desempenho bom: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e IV – Desempenho ótimo: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais 1) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato (BRASIL, 2011d).

O escore leva em conta três componentes. Representando dez por cento do total do escore, numa lógica de tudo ou nada, está a simples realização da autoavaliação pela EAB, independente daquilo que se responda. Outros vinte por cento correspondem ao desempenho da EAB nos 24 indicadores monitorados durante toda a fase de Desenvolvimento (BRASIL, 2011c, 2011d). Por fim, os setenta por cento restantes resultam da aplicação dos instrumentos de avaliação da terceira fase que estão organizados em quatro módulos conforme o método de coleta das informações: módulo I – observação na UBS; módulo II – entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na UBS; módulo III - entrevista com o usuário na UBS; e módulo IV - módulo on line que, informado pela gestão municipal e pela EAB, complementa os demais módulos (BRASIL, 2012a).

A quarta fase é fase é de recontractualização, considerando a situação de cada equipe, singularidade, para possibilitar. Parece exigir um momento nacional tripartite de balanço e de ajuste de trajetória ao mesmo tempo que tem sua dimensão local de repactuação de regras e de incremento nos objetivos do movimento de mudança.

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados referem-se às entrevistas realizadas com 15.652 (tabela 4) profissionais das equipes avaliadas e certificadas, estas distribuídas em 13.121 Unidades Básicas de Saúde, de 3.773 municípios brasileiros, onde também foram entrevistados de 56.755 usuários. Esses números correspondem a informações validadas até 30 de abril do corrente ano, lembramos isso pelo fato que o processo de certificação ainda não está concluído.

O instrumento de avaliação externa do PMAQ (Anexo A) possui 20 (vinte) questões sobre o tema planejamento e gestão com resposta única e 4 (quatro) questões específicas sobre apoio institucional com múltipla resposta (Anexo B).

Neste trabalho selecionamos 7 (sete) questões sobre planejamento e gestão e todas sobre apoio institucional, o critério de seleção foi pela relevância da questão em relação a blocos de análise.

Tabela 4 - Número de equipes participantes do PMAQ por UF

UF	Nº Equipe participantes do PMAQ	Avaliação Externa*		Nº Usuários entrevistados
		Nº Equipe entrevistadas	%	
AC	32	32	100,0	112
DF	28	28	100,0	109
MS	184	183	99,5	740
SC	1.104	1.098	99,5	4.395
CE	911	897	98,5	3.715
PB	625	612	97,9	2.571
RN	404	395	97,8	1.655
PI	370	359	97,0	1.513
RO	98	95	96,9	441
MG	2.912	2.812	96,6	12.021
PE	1.013	976	96,3	3.753
GO	688	662	96,2	2.623
TO	304	292	96,1	821
AM	173	166	96,0	706
RS	823	784	95,3	3.247
RJ	1.063	1.009	94,9	3.882
PR	994	943	94,9	2.906
Continuação	50	47	94,0	193
BA	1.567	1.471	93,9	5.825
MA	116	108	93,1	Continua...
AL	329	301	91,5	1.261
RR	35	31	88,6	129

SE	269	233	86,6	994
ES	323	279	86,4	1.208
MT	227	194	85,5	838
SP	2.294	1.895	82,6	8.249
PA	368	302	82,1	1.348
Total	17.304	16.204	93,6	65.732

Fonte: DAB/SAS/MS – dados preliminares atualizados em 05/11/2012.

Conclusão.

7.1 QUESTÕES SOBRE PLANEJAMENTO, GESTÃO E APOIO INSTITUCIONAL

7.1.1 Questão A - Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde?

Das equipes do programa 77,9% recebem apoio institucional (Tabela 5) demonstrando que um número elevado de EAB do PMAQ tem AI para organizar seu processo de trabalho. Em relação ao estrato (Tabela 6) de municípios não há diferença. Sendo que as equipes (Tabela 7) bem avaliadas (ótima) apenas 4,4% não recebem e por outro lado 24,2% das equipes regulares não recebem apoio. Outra informação desta questão refere-se ao apoio institucional para as equipes a partir da adesão ao PMAQ que ocorreu em média a 6,3% das equipes, portanto se o PMAQ seria um indutor da organização do apoio institucional, essa pergunta demonstrou que o impacto foi limitado.

Tabela 5 – Questão I: sobre AI

Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde?	Nº de Equipe	Percentual
Sim	13.362	77,9
Sim, desde a adesão ao PMAQ	1.083	6,3
Não	2.500	14,6
Não sabe/Não Respondeu	207	1,2
Total	17.152	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 6 – Questão I: sobre AI, considerando o estrato de município

Estrato PMAQ	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde?								Total	
	Sim		Sim, desde a adesão ao PMAQ		Não		Não sabe/Não Respondeu			
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual
1	1.639	76,1%	133	6,2%	362	16,8%	21	1,0%	2.155	100,0%
2	1.786	78,7%	130	5,7%	329	14,5%	25	1,1%	2.270	100,0%
3	2.017	80,0%	173	6,9%	301	11,9%	29	1,2%	2.520	100,0%
4	2.565	78,7%	231	7,1%	432	13,2%	33	1,0%	3.261	100,0%
5	2.197	78,2%	227	8,1%	367	13,1%	19	0,7%	2.810	100,0%
6	3.158	76,4%	189	4,6%	709	17,1%	80	1,9%	4.136	100,0%
Total	13.362	77,9%	1.083	6,3%	2.500	14,6%	207	1,2%	17.152	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 7 – Questão I: sobre AI, considerando a classificação da equipe

Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde?	Avaliação da equipe no PMAQ						Total	
	Ótima		Boa		Regular			
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual
Sim	2.598	87,8	5.934	81,6	3.829	68,4	12.361	78,1
Sim, desde a adesão ao PMAQ	214	7,2	481	6,6	309	5,5	1.004	6,3
Não	130	4,4	791	10,9	1.356	24,2	2.277	14,4
Não sabe/Não Respondeu	16	0,5	67	0,9	108	1,9	191	1,2
Total	2.958	100,0	7.273	100,0	5.602	100,0	15.833	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.1.2 Questão B – Apoio Institucional - Avaliação do papel do apoiador: como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?

A avaliação do apoiador é positiva, com 72,7% de bom e muito bom (Tabela 8). Por estrato não ocorreu diferença (Tabela 9), porém quando comparamos as equipes bem avaliadas com as regulares podemos constatar percepções bem distintas sobre o apoiador como responsável por auxiliar na qualificação do processo de trabalho, bem como no enfrentamento dos problemas. Das equipes ótimas 45,6% consideram avaliam com muito bom o trabalho do apoiador, em contrapartida apenas 16,9% das equipes regulares avaliam positivamente (muito bom) o apoiador (Tabela 10).

Tabela 8 – Questão II: sobre a avaliação do trabalho do apoiador/a

Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?	Nº de Equipe	Percentual
Muito Bom	4.029	23,5

Bom	8.432	49,2
Regular	1.713	10,0
Ruim	151	0,9
Muito Ruim	29	0,2
Não sabe/Não Respondeu	91	0,5
Total	14.445	84,2

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 9 – Questão II: sobre a avaliação do trabalho do apoiador/a, considerando o estrato de município

Estrato PMAQ	Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?												Total	
	Muito Bom		Bom		Regular		Ruim		Muito Ruim		Não sabe/Não Respondeu			
	Nº Eq.	%	Nº Eq.	%	Nº Eq.	%	Nº Eq.	%	Nº Eq.	%	Nº Eq.	%	Nº Eq.	%
1	521	29,4%	1.048	59,1%	182	10,3%	14	0,8%	2	0,1%	5	0,3%	1.772	100,0%
2	560	29,2%	1.125	58,7%	206	10,8%	14	0,7%	2	0,1%	9	0,5%	1.916	100,0%
3	558	25,5%	1.332	60,8%	274	12,5%	18	0,8%	1	0,0%	7	0,3%	2.190	100,0%
4	805	28,8%	1.643	58,8%	313	11,2%	20	0,7%	5	0,2%	10	0,4%	2.796	100,0%
5	651	26,9%	1.408	58,1%	319	13,2%	32	1,3%	3	0,1%	11	0,5%	2.424	100,0%
6	934	27,9%	1.876	56,1%	419	12,5%	53	1,6%	16	0,5%	49	1,5%	3.347	100,0%
Total	4.029	27,9%	8.432	58,4%	1.713	11,9%	151	1,0%	29	0,2%	91	0,6%	14.445	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 10 – Questão II: sobre a avaliação do trabalho do apoiador/a, considerando a classificação da equipe

Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?	Avaliação da equipe no PMAQ						Total	
	Ótima		Boa		Regular			
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual
Muito Bom	1.283	45,6	1.775	27,7	698	16,9	3.756	28,1
Bom	1.384	49,2	3.856	60,1	2.549	61,6	7.789	58,3
Regular	129	4,6	700	10,9	744	18,0	1.573	11,8
Ruim	11	0,4	51	0,8	76	1,8	138	1,0
Muito Ruim	0	0,0	8	0,1	19	0,5	27	0,2
Não sabe/Não Respondeu	5	0,2	25	0,4	52	1,3	82	0,6
Total	2.812	100,0	6.415	100,0	4.138	100,0	13.365	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.1.3 Questão C – Quem realiza o apoio?

O apoiador institucional é referência para 65,3% das equipes do PMAQ (Tabela 11), podemos considerar um número elevado pelo fato que a “proposta de AI” é muito recente. Por outro lado as equipes podem compreender o apoio institucional apenas como formas que a gestão/direção da SMS ou pessoas da

direção dos programas relacionam-se com as equipes de atenção básica. Não fazendo assim uma diferenciação sobre o ato de “apoiar processos” e a “função apoio”, onde está última implica em um conjunto de estratégias diferenciadas.

Estabelecer a “função apoio” tem relação direta com a “qualidade”, pois remete ao um perfil e uma qualificação do apoiador. Sendo que a decisão política de instituir a prática de apoio também denota maior preocupação do gestor sobre os processos de gestão e cuidado. Definir o que é “fazer apoio com qualidade” não é uma tarefa fácil, o que podemos identificar que quando todos da secretaria fazem apoio, talvez estejamos falando ainda do modelo tradicional de gestão.

Pois na resposta áreas como “profissionais da vigilância em saúde” fazem apoio institucional em 43,3% das equipes, não vamos colocar em dúvida a qualidade desses contatos entre membros da vigilância e equipes de atenção básica, porém esse número elevado denota que a vigilância está muito presente no cotidiano das equipes, mas talvez não exercendo a “função apoio” e sim a função matricial.

Tabela 11 – Questão III: sobre quem é responsável pelo apoio

Quem realiza o apoio?	Nº de Equipe	Percentual
Outros profissionais da gestão	8.576	67,4
Apoiador institucional	8.309	65,3
Profissionais da vigilância em saúde	5.505	43,3
Outro(s)	1.453	11,4
Nenhuma das anteriores	44	0,3
Não sabe/não respondeu	20	0,2
Total	12.719	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.1.4 Questão 2 – Quais são os recursos disponibilizados?

O SIAB é utilizado por 86,6% das EAB do PMAQ, podemos inferir como uma questão extremamente positiva o alto uso do SIAB, por outro lado, isso denota um uso exclusivo ou uma dependência do próprio SIAB (Tabela 12).

Destacamos que os informativos e painel informativo também apresentaram altos índices, possibilitando que as EAB importantes instrumentos para delinear ações no território, a partir de um cenário mais abrangente, indo

além das informações do SIAB, buscando a relação com outras fontes de informações.

Por fim, é louvável que a sala de situação apareça com 26,3% porém essa oferta é muito interessante, mas não muito utilizada.

Tabela 12 - Questão IV: sobre quais os recursos disponibilizados para as EAB

Quais são os recursos disponibilizados?	Nº de Equipe	Percentual
Relatórios e consolidados mensais do SIAB	12.900	86,6
Informativos epidemiológicos	11.656	78,2
Informativos da atenção básica	11.291	75,8
Painel informativo	8.407	56,4
Sala de situação	3.916	26,3
Outro(s)	442	3,0
Nenhuma das anteriores	159	1,1
Não sabe/não respondeu	27	0,2
Total	14.899	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.1.5 Questão 3 – Como é realizado o contato do apoiador?

O contato presencial e com frequência adequada é central para o bom desenvolvimento do AI, o resultado de 95,9% é um número ótimo, porém com essa pergunta não é possível verificar qual é o período de atividades presenciais do apoiador.

É pertinente destacarmos que o uso das ferramentas como internet, telessaúde, e-mails, entre outros, podem ser importantes para a qualidade do apoio.

Tabela 13 - Questão V: sobre como é realizado o contato do apoiador/a com as EAB

Como é realizado o contato do apoiador?	Nº de Equipe	Percentual
Presencial	13.851	95,9
Telefone	11.410	79,0
Internet	5.605	38,8
Outro(s)	438	3,0
Nenhuma das anteriores	51	0,4
Não sabe/não respondeu	28	0,2
Total	14.445	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.1.6 Questão 4 – Quais as atividades que o apoiador institucional realiza?

O primeiro aspecto é a diversidade de atividades exercidas pelo apoiador institucional, esse alto índice corrobora com as informações das perguntas anteriores do estudo. Outra questão relevante é o fato que 32,8% (tabela 14) referem atividades de “apoio ao planejamento e organização da equipe”, sendo essa atividade uma das principais atividades do AI causou estranheza o ela ficar na última posição.

Tabela 14 - Questão VI: sobre as atividades que o apoiador/a realizada com as EAB

Quais as atividades que o apoiador institucional realiza?	Nº de Equipe	Percentual
Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio AI	12.854	89,0
Apoio para monitoramento e avaliação de informações e indicadores	11.739	81,3
Apoio à autoavaliação	11.527	79,8
Participa das reuniões com a equipe	10.476	72,5
Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados	9.759	67,6
Educação permanente	9.040	62,6
Oficina com objetivo específico definido	6.933	48,0
Apoio ao planejamento e organização da equipe	4.743	32,8
Outro(s)	441	3,1
Nenhuma das anteriores	115	0,8
Não sabe/não respondeu	32	0,2
Total	14.445	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.2 QUESTÕES SOBRE O APOIO INSTITUCIONAL

7.2.1 Planejamento – Questão 1

O número de equipes que realizaram planejamento no último ano é significativo, atingindo 86,6% (Tabela 15). Considerando as equipes por estrato de municípios demonstrou que quanto maior o município maior o percentual de equipes realizaram o planejamento, e o número mais expressivo foi quando comparamos as equipes pelo critério de avaliação, apenas 2,5% das equipes

ótimas não realizaram ações de planejamento, enquanto 21,3% das equipes regulares não realizaram.

Tabela 15 – Questão VII: número de equipes que nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações

Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?	Nº de Equipe	Percentual
Sim	14.849	86,6
Não	2.127	12,4
Não sabe/Não Respondeu	176	1,0
Total	17.152	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 16 – Questão VII: número de equipes que nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações, considerando o estrato de município

Estrato PMAQ	Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu		Nº de Equipe	Percentual
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual		
1	1.723	80,0%	401	18,6%	31	1,4%	2.155	100,0%
2	1.876	82,6%	360	15,9%	34	1,5%	2.270	100,0%
3	2.125	84,3%	357	14,2%	38	1,5%	2.520	100,0%
4	2.763	84,7%	459	14,1%	39	1,2%	3.261	100,0%
5	2.502	89,0%	291	10,4%	17	0,6%	2.810	100,0%
6	3.860	93,3%	259	6,3%	17	0,4%	4.136	100,0%
Total	14.849	86,6%	2.127	12,4%	176	1,0%	17.152	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 17 – Questão VII: número de equipes que nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações, considerando a classificação da equipe

Avaliação da equipe no PMAQ	Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu		Nº de Equipe	Percentual
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual		
Ótima	2.880	97,4%	73	2,5%	5	0,2%	2.958	100,0%
Boa	6.572	90,4%	656	9,0%	45	0,6%	7.273	100,0%
Regular	4.301	76,8%	1.196	21,3%	105	1,9%	5.602	100,0%
Total	13.753	86,9%	1.925	12,2%	155	1,0%	15.833	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.2.2 Planejamento - Questão 2: Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?

Nesta pergunta a primeira questão que nos chamou atenção foi o fato que 86,6% (tabela 18) das equipes fizeram planejamento nos últimos 12 meses, entre estas, 67,9% definiram resultados e metas de acompanhamento do plano, sendo que está é uma das atividades centrais do processo de planejamento (Tabela 18). Em relação ao cruzamento dos resultados por estrato e avaliação das equipes, novamente ficou demonstrando que os municípios maiores estipularam metas, e respectivamente nas equipes melhores avaliadas, 91,6% definiram metas.

Tabela 18 – Questão VIII: foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano

Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?	Nº de Equipe	Percentual
Sim	11.643	67,9
Não	3.105	18,1
Não sabe/Não Respondeu	101	0,6
Total	14.849	86,6

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 19 – Questão VIII: foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano, considerando o estrato de município

Estrato PMAQ	Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu		Nº de Equipe	Percentual
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual		
1	1.265	73,4%	435	25,2%	23	1,3%	1.723	100,0%
2	1.392	74,2%	472	25,2%	12	0,6%	1.876	100,0%
3	1.606	75,6%	503	23,7%	16	0,8%	2.125	100,0%
4	2.124	76,9%	620	22,4%	19	0,7%	2.763	100,0%
5	1.994	79,7%	494	19,7%	14	0,6%	2.502	100,0%
6	3.262	84,5%	581	15,1%	17	0,4%	3.860	100,0%
Total	11.643	78,4%	3.105	20,9%	101	0,7%	14.849	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 20 – Questão VIII: foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano, considerando a classificação da equipe

Avaliação da equipe no PMAQ	Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu		Nº de Equipe	Percentual
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual		
Ótima	2.638	91,6%	234	8,1%	8	0,3%	2.880	100,0%
Boa	5.265	80,1%	1.277	19,4%	30	0,5%	6.572	100,0%
Regular	2.914	67,8%	1.336	31,1%	51	1,2%	4.301	100,0%
Total	10.817	78,7%	2.847	20,7%	89	0,6%	13.753	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.2.3 Planejamento - Questão 3: A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?

Sobre o apoio para planejamento, 74,2% (tabela 21) das equipes receberam apoio para o planejamento, em relação ao estrato não houve diferença, porém considerando a classificação das equipes o resultado pode ser considerado impressionante, pois 25,2% (tabela 22) das equipes regulares não tiveram apoio, enquanto apenas 3,2% das equipes ótimas não tiveram apoio para o planejamento das ações. Essa diferença percentual demonstra que podemos inferir que o apoio para as atividades de planejamento teve peso decisivo na classificação das equipes.

Tabela 21 - Questão IX: a equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho

A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Nº de Equipe	Percentual
Sim	12.719	74,2
Não	2.066	12,0
Não sabe/Não Respondeu	64	0,4
Total	14.849	86,6

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 22 – Questão IX: sobre se a equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, considerando o estrato de município

Estrato PMAQ	A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu		Nº de Equipe	Percentual
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual		
1	1.462	84,9%	249	14,5%	12	0,7%	1.723	100,0%
2	1.621	86,4%	247	13,2%	8	0,4%	1.876	100,0%
3	1.855	87,3%	261	12,3%	9	0,4%	2.125	100,0%
4	2.373	85,9%	380	13,8%	10	0,4%	2.763	100,0%
5	2.069	82,7%	421	16,8%	12	0,5%	2.502	100,0%
6	3.339	86,5%	508	13,2%	13	0,3%	3.860	100,0%
Total	12.719	85,7%	2.066	13,9%	64	0,4%	14.849	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 23 – Questão IX: sobre se a equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, considerando a classificação da equipe

Avaliação da equipe no PMAQ	A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu			
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual
Ótima	2.783	96,6%	93	3,2%	4	0,1%	2.880	100,0%
Boa	5.846	89,0%	705	10,7%	21	0,3%	6.572	100,0%
Regular	3.187	74,1%	1.082	25,2%	32	0,7%	4.301	100,0%
Total	11.816	85,9%	1.880	13,7%	57	0,4%	13.753	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.2.4 Monitoramento e Análise de Indicadores - Questão 4A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?

Em relação ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde 80,9% (Tabela 24) das equipes de AB realizam, considerando os estratos a diferença não é expressiva, mas quando cruzamos a informações com a avaliação das equipes é situação é bem diferente, pois apenas 3,4% das equipes avaliadas como ótimas não realizaram atividades de monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, mas 30,1% das equipes regulares não realizam essas atividades.

Tabela 24 – Questão X: sobre se a equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde

A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Nº de Equipe	Percentual
Sim	13.878	80,9
Não	3.105	18,1
Não sabe/Não Respondeu	169	1,0
Total	17.152	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 25 – Questão X: sobre se a equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, considerando o estrato de município

Estrato PMAQ	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu			
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual
1	1.680	78,0%	453	21,0%	22	1,0%	2.155	100,0%
2	1.798	79,2%	444	19,6%	28	1,2%	2.270	100,0%
3	2.031	80,6%	442	17,5%	47	1,9%	2.520	100,0%
4	2.578	79,1%	645	19,8%	38	1,2%	3.261	100,0%
5	2.269	80,7%	525	18,7%	16	0,6%	2.810	100,0%
6	3.522	85,2%	596	14,4%	18	0,4%	4.136	100,0%
Total	13.878	80,9%	3.105	18,1%	169	1,0%	17.152	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 26 – Questão X: sobre se a equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, considerando a classificação da equipe

Avaliação da equipe no PMAQ	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu			
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual
Ótima	2.850	96,3%	101	3,4%	7	0,2%	2.958	100,0%
Boa	6.230	85,7%	996	13,7%	47	0,6%	7.273	100,0%
Regular	3.771	67,3%	1.740	31,1%	91	1,6%	5.602	100,0%
Total	12.851	81,2%	2.837	17,9%	145	0,9%	15.833	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

7.2.5 Autoavaliação - Questão 5: Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses?

A grande maioria das equipes realizou processo de autoavaliação, 81,7% (tabela 27) das equipes, no quesito referente ao estrato de municípios, há diferença entre os menores com 74% comparado com os municípios maiores que apresentaram 89,1% das equipes com processo autoavaliativos, e novamente a informação mais significativa foi que apenas 3,9% das equipes ótimas não realizam autoavaliação, entre as equipes regulares esse número chegou a 29,6%.

Tabela 27 – Questão XI: sobre se foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses

Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses?	Nº de Equipe	Percentual
Sim	14.014	81,7
Não	2.910	17,0
Não sabe/Não Respondeu	228	1,3
Total	17.152	100,0

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 28 – Questão XI: sobre se foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses, considerando o estrato de município

Estrato PMAQ	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu		Nº de Equipe	Percentual
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual		
1	1.595	74,0%	524	24,3%	36	1,7%	2.155	100,0%
2	1.728	76,1%	496	21,9%	46	2,0%	2.270	100,0%
3	1.977	78,5%	493	19,6%	50	2,0%	2.520	100,0%
4	2.648	81,2%	574	17,6%	39	1,2%	3.261	100,0%
5	2.381	84,7%	405	14,4%	24	0,9%	2.810	100,0%
6	3.685	89,1%	418	10,1%	33	0,8%	4.136	100,0%
Total	14.014	81,7%	2.910	17,0%	228	1,3%	17.152	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

Tabela 29 – Questão XI: sobre se foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses, considerando a classificação da equipe

Avaliação da equipe no PMAQ	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses?						Total	
	Sim		Não		Não sabe/Não Respondeu		Nº de Equipe	Percentual
	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual	Nº de Equipe	Percentual		
Ótima	2.836	95,9%	114	3,9%	8	0,3%	2.958	100,0%
Boa	6.371	87,6%	837	11,5%	65	0,9%	7.273	100,0%
Regular	3.817	68,1%	1.658	29,6%	127	2,3%	5.602	100,0%
Total	13.024	82,3%	2.609	16,5%	200	1,3%	15.833	100,0%

Fonte: Avaliação Externa - PMAQ (Módulo II).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio institucional aposta em uma nova forma de gerenciar, e certamente, vai além, aposta em outras possibilidades para lidar com problemas e necessidade de saúde, encara diferentemente os trabalhadores(as) de saúde, não mais como mero receptores de informações, e também não mais como “recursos humanos”, mas sim como sujeitos da sua história, o AI busca reconfigurar a relação de trabalho e a relação dos trabalhadores com os usuários do sistema de saúde (CAMPOS, 2003).

Nesse trabalho podemos perceber que o programa de melhoria do acesso e qualidade na atenção básica desempenhou forte indução para implantação de “estratégias de apoio institucional”, mesmo que não possamos afirmar categoricamente como esse apoio se dá na prática dos serviços, para isso sugerimos a realização de pesquisas qualitativas. Verificamos pelos números da pesquisa que ocorreu sim o uso expressivo do AI como mecanismo de mudança nas práticas de gestão.

O apoio institucional pode ser expresso como um “guia de ação” para organizar a gestão da atenção básica para os dirigentes comprometidos em implementarem o SUS e os princípios da reforma sanitária brasileira.

O apoio institucional leva em conta o cenário complexo do cotidiano, as condições reais dos gestores e trabalhadores das práticas de saúde e de gestão, é iminente uma “prática de movimento”, ou seja, não existe apoio institucional no abstrato, na intensão, e sim na dinâmica das muitas contradições do cotidiano. É um jeito de fazer gestão, onde cada lugar deve ser encarado de forma singular, caso não entendamos isso, o apoio perderá sua força de gerar mudanças.

Na análise do autor, o que faz viabilizar o apoio institucional é combinação das formas clássicas do planejamento estratégico situacional com os dispositivos propostos pelo apoio institucional para melhorar a gestão e o cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

BARROS, Rebeca Silva de et al. Gestão participativa e controle social: o apoio institucional como estratégia de gestão participativa. In: GOES, Paulo S. A. de; MOYSÉS, Samuel Jorge (Orgs.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 135-144.

BARROS, Silvana do Carmo; DIMENSTEIN, Magda. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, p. 48-67, jan./abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para os novos gestores**: conhecendo a Atenção Básica. Bahia: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 20 jul. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. (Série B. Textos básicos de saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2011f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.814, de 29 de novembro de 2011. Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) componente Reforma de Unidades Básicas de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 22 nov. 2011g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2814_29_11_2011.html>. Acesso em: 12 ago. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Comentário: reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 34-36, jan./fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100006&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 14 ago. 2013.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor**: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do Sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 3. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECILIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, mar. 2010.

COSTA, M. O. C. **O processo de trabalho da equipe de apoio institucional com foco na gestão do trabalho e da educação na atenção básica do estado da Bahia**. Dissertação (Mestrado) – ENSP/FIOCRUZ, 2009.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 7-27, 2008. (Suplemento 1)

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência internacional sobre cuidados primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

FOUCAUL, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Robert Machado. 25. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

FLEXNER, Abraham. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. **Bulletin of Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**, n. 4, 1910.

GOMES, Rogério Miranda. **Trabalho médico e alienação**: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GUEDES, C. R. et. al. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 93-101, 2012.

MARKONI, Marina de Andrade; LOKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATUS, S. C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MEHRY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MEHRY, Emerson Elias. Efeitos diante do convite de construir um espaço comum entre formuladores sobre gestão e planejamento em saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500003&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 ago. 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Ceará: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado da das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 1993.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. Acesso em: 27 de junho de 2011. Dissertação (Doutorado em) – UNICAMP, Campinas-SP, 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, 2006.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA (SAGE). **SCNES**: indicadores de saúde à um clique. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.;s.n.], v. 14, p. 1325-1335, 2009. (Suplemento 1)

SOUSA, M. F. Programa Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Ed. DCID da UnB, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MORSCHEL, Aline. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na saúde coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, p. 729-738, 2009 (Suplemento 1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary health care**. Genebra: WHO, 1978.

ANEXOS

Anexo A – Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ

II.9	Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe			
II.9.1	Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? <i>Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.8.</i>		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.1/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.9.2	Foi realizado processo de levantamento de problemas?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.3	Foram elencadas prioridades?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.4	Foi estabelecido um plano de ação?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.5	Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.6	A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? <i>Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.8.</i>		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.7	Quem realiza o apoio? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>		Apoiador institucional	
			Profissionais da vigilância em saúde	
			Outros profissionais da gestão	
			Outro(s)	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.8	A gestão disponibiliza para a equipe de atenção básica informações que auxiliem na análise de situação de saúde? <i>Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.10.</i>		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.9	Quais são os recursos disponibilizados para a equipe de atenção básica? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Painel informativo
		Sim	Não	Informativos epidemiológicos
		Sim	Não	Informativos da atenção básica
		Sim	Não	Sala de situação
		Sim	Não	Relatórios e consolidados mensais do SIAB
		Sim	Não	Não sabe/não respondeu
				Outro(s)
		Nenhuma das anteriores		
II.9.9/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.9.10	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.11	A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.12	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses? <i>Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a</i>		Sim	
			Não	

	<i>questão II.9.16.</i>		Não sabe/não respondeu	
II.9.12/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.9.13	Qual o instrumento/fonte utilizada?		AMAQ	
			AMQ	
			Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	
			Instrumento desenvolvido pelo Estado	
			Outro(s)	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.13/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.9.14	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.15	A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.9.16	A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.10	Apoio institucional da gestão municipal para as equipes de atenção básica			
II.10.1	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde? <i>Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.11.</i>		Sim	
			Sim, desde a adesão ao PMAQ	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.10.2	Qual a quantidade de apoiadores para a equipe?		Apoiadores	
II.10.3	Qual o nome do apoiador ou profissional equivalente?		Nome do apoiador: _____	
			Não sabe/não respondeu	
II.10.4	Como é realizado o contato do apoiador institucional com a equipe? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Internet
		Sim	Não	Telefone
		Sim	Não	Presencial
			Não sabe/não respondeu	
			Outro(s)	
			Nenhuma das anteriores	
II.10.5	Quais as atividades que o apoiador institucional realiza: <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio apoio institucional
		Sim	Não	Apoio à autoavaliação
		Sim	Não	Apoio para monitoramento e avaliação de informações e indicadores
		Sim	Não	Apoio ao planejamento e organização da equipe
		Sim	Não	Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados
		Sim	Não	Oficina com objetivo específico definido
		Sim	Não	Educação permanente
		Sim	Não	Participa das reuniões com a equipe
			Outro(s)	
			Não sabe/não respondeu	

Anexo B – Apoio Institucional com Múltipla Resposta

Considerando as atividades e o contato do apoiador, como a equipe da qual o(a) senhor(a) faz parte classifica os itens abaixo:		
II.10.6	Como a equipe avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
II.10.7	Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
II.10.8	Como a equipe avalia a participação do apoiador em suas reuniões? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não se aplica (se não participa)
II.10.9	Como a equipe avalia a participação do apoiador nos momentos de autoavaliação? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não se aplica (se não participa)