



<https://doi.org/10.26512/g.s.v10i2.22488>

Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785  
Riquieri MRL, Soares GB, Duarte RCL *et al*

## Relato de Experiência

# Entre Dados, Passos e Relatos: A Experiência da Coleta de Dados do PMAQ no Espírito Santo

Among Data, Steps and Reports: The Experience of Collecting Data from PMAQ in Espírito Santo

Entre Datos, Pasos y Relatos: Una Experiencia de Recolección de Datos del PMAQ en Espírito Santo

Manuella Ribeiro Lira Riquieri<sup>1</sup>, Gabriella Barreto Soares<sup>2</sup>,  
Rita de Cássia Lima Duarte<sup>3</sup>, Eliane de Fatima Almeida Lima<sup>4</sup>

### Resumo

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica se configura como uma prática avaliativa e de monitoramento permanente para subsidiar gestões municipais, com ferramentas que permitam a oferta de serviços, conforme a necessidade da população. O presente relato de experiência se insere no contexto da coleta de dados do 3º ciclo do PMAQ, realizado no segundo semestre de 2017, no estado do Espírito Santo. A vivência da aplicação dos instrumentos de coleta de dados a partir da visita institucional *in loco*, permitiu identificar a necessidade de aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de dados, de modo a superar a desigualdade nas práticas cotidianas dos serviços de saúde e garantir ampla participação de usuários no processo avaliativo. A intensidade da vivência perpassou muito além

do momento da coleta de dados, fazendo com que os envolvidos desenvolvessem a habilidade de escuta, compartilhassem vivências e experiências, compreendessem a necessidade de respeitar os sujeitos e o lugar que ocupam em suas dinâmicas de vida. A experiência da coleta de dados do PMAQ permitiu identificar que a oferta de uma saúde pública de qualidade é determinada pelo compromisso mútuo - trabalhador, usuário, gestor-atores coparticipantes do direcionamento da política pública de saúde brasileira.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Coleta de dados, Sistema Único de Saúde

### Abstract

The Program for Improving Access and Quality in Primary Care is an evaluation and permanent

<sup>1</sup> Nutricionista (UFPB). Especialista em Saúde da Família (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia/ Sobral-CE); Especialista em Política e Gestão do Cuidado com ênfase no Apoio Matricial (UFPB); Mestre em Sociologia (UFPB). Entrevistadora PMAQ/3º ciclo (UFES/FIOCRUZ). [manu\\_ribeiro3@hotmail.com](mailto:manu_ribeiro3@hotmail.com)

<sup>2</sup> Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FOA-UNESP); Supervisora PMAQ/3º ciclo (UFES/FIOCRUZ). Professora Adjunta no Centro de Ciência Médicas da Universidade Federal da Paraíba (CCM/ UFPB). **E-mail:** [gabriella.barreto@yahoo.com.br](mailto:gabriella.barreto@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira; Doutora. Professora Universidade Federal do Espírito Santo. Coordenadora Estadual durante o 3º ciclo do PMAQ. **E-mail:** [ritacd1@gmail.com](mailto:ritacd1@gmail.com)

<sup>4</sup> Doutora; Professor Adjunto- Universidade Federal do Espírito Santo. Coordenadora Estadual durante o 3º ciclo do PMAQ. **E-mail:** [elanelima66@gmail.com](mailto:elanelima66@gmail.com)

monitoring practice that subsidizes municipal management with tools that allow the provision of services according to the needs of the population. The present experience report is inserted in the Certification phase, in the context of the data collection of the 3rd cycle of the PMAQ, held in the second half of 2017 in the state of Espírito Santo. The experience of the application of the instruments of data collection from the institutional visit *in loco* allowed to identify the need to improve the instruments of data collection in order to overcome the inequality in the daily practices of the health services and to guarantee a wide participation of users in the interviews. The intensity of the experience went far beyond the moment of data collection: developing the listening ability, sharing experiences, brought as learning the need to respect the subjects and the place they occupy in their life dynamics. The experience of data collection from PMAQ allowed us to identify that the provision of quality public health is determined by the mutual commitment-worker, user, manager-actors involved in directing Brazilian public health policy.

**Keywords:** Primary Health Care, Health Evaluation, Data Collection, Unified Health System

#### **resumen**

El Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad en la Atención Básica se configura como una práctica evaluativa y de monitoreo permanente que subsidia gestiones municipales

con herramientas que permitan la oferta de servicios según la necesidad de la población. El presente relato de experiencia se inserta en la fase de Certificación, en el contexto de la recolección de datos del 3º ciclo del PMAQ, realizado en el segundo semestre de 2017 en el estado de Espírito Santo. La vivencia de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a partir de la visita institucional *in situ* permitió identificar la necesidad de perfeccionamiento de los instrumentos de recolección de datos, para superar la desigualdad en las prácticas cotidianas de los servicios de salud y garantizar una amplia participación de usuarios en las comunidades entrevistadas. La intensidad de la vivencia atravesó mucho más allá del momento de la recolección de datos: desarrollar la habilidad de escucha, compartir convivencias, compartir experiencias, trajo como aprendizaje la necesidad de respetar a los sujetos y el lugar que ocupan en sus dinámicas de vida. La experiencia de la recolección de datos del PMAQ permitió identificar que la oferta de una salud pública de calidad es determinada por el compromiso mutuo-trabajador, usuario, gestores coparticipantes del direccionamiento de la política pública de salud brasileña

**Descriptor:** Atención Primaria de Salud, Evaluación en Salud, Recolección de Datos, Sistema Único de Salud

#### **Introdução**

A Atenção Básica (AB) no Brasil é uma das principais estratégias que visam a ampliação da cobertura populacional e a organização do Sistema Único de Saúde. A AB se constitui a "espinha dorsal" de um sistema de saúde efetivo, que melhora as condições de saúde, reduz custos elevados e diminui as iniquidades no acesso aos serviços<sup>(1)</sup>. Estudos mostram que sistemas de saúde centrados nos cuidados primários são mais efetivos, com redução de desigualdades em saúde, aumento da eficiência do cuidado, na coordenação do fluxo do usuário, reforçando o papel da AB como importante estratégia para enfrentamento de problemas de saúde<sup>(2)</sup>.

Mesmo com todas as evidências, no Brasil, existe um cenário de permanentes desafios para a qualificação da AB, que envolve a construção de um sistema integrado em conformidade com os princípios do SUS<sup>(3)</sup>. Trata-se de uma tarefa árdua e seu desenvolvimento exige a qualificação da atenção ofertada, devendo contar com instrumentos que possam avaliar a atuação das equipes responsáveis por este nível de atenção de forma permanente. Dessa forma, iniciativas governamentais têm sido implementadas de modo a buscar formas de aprimoramento das ações e serviços de saúde que resultem em maior acesso e qualidade em consonância com as reais necessidades da população<sup>(4)</sup>.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) faz parte das estratégias

estruturantes da Atenção Básica, regulamentado pela Portaria nº 1645/GM/MS, de 02 de outubro de 2015, colabora com a instituição da prática do planejamento, do monitoramento e da avaliação na rotina da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, como consequência, induz a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica. O Ministério da Saúde ressalta o objetivo do PMAQ como sendo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), através das equipes de Atenção Básica, de modo a garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

O PMAQ se insere como um programa de inovação da gestão da AB brasileira, que visa garantir a avaliação de padrões de qualidade que geram certificação e pagamento por desempenho. Esse tipo de incentivo financeiro foi utilizado, de forma isolada ou combinada com outros incentivos, em diferentes países, a exemplo da Austrália e Reino Unido.<sup>(5)</sup>

A operacionalização do PMAQ se configura como uma prática avaliativa e de monitoramento permanente, viabilizando a identificação de um diagnóstico e subsidiando as gestões municipais com ferramentas que impactam diretamente na organização do processo de trabalho das equipes de saúde.

Desta forma, possibilita a busca por melhorias, com uma reorganização do sistema de apoio às equipes de saúde e o estabelecimento de instrumentos de organização do processo de trabalho<sup>(6)</sup>.

O PMAQ é organizado por ciclo, composto por três fases (fase 1- Adesão e Contratualização, fase 2- Certificação e fase 3- Recontratualização) e um eixo transversal (Desenvolvimento). A fase de Adesão e Contratualização corresponde ao momento onde as equipes de Atenção Básica firmam compromissos e contratualizam indicadores de saúde que serão monitorados, em uma pactuação que envolve a gestão municipal e o Ministério da Saúde. A segunda fase, designada de fase de Certificação, é composta pela avaliação externa, avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e verificação da realização do momento autoavaliativo. Já a Recontratualização corresponde a terceira fase do ciclo, onde ocorre uma nova pactuação a partir dos resultados, dando continuidade à sequência cíclica das fases.

O eixo do Desenvolvimento se caracteriza por ações que envolvem a autoavaliação, o monitoramento dos indicadores, a educação permanente, o apoio institucional e a cooperação horizontal, essas ações são realizadas no intuito de promover movimentos de mudança de gestão, do cuidado e gestão do cuidado em um processo contínuo,

sendo, portanto, um eixo transversal aos demais. O monitoramento dos indicadores do PMAQ permite o diagnóstico dos processos de trabalho das equipes indicando o caminho e as atividades que devem ser realizadas para o alcance de uma melhor organização e qualificação da atenção à população adscrita do território, subsidiando, dessa forma, o planejamento adequado das ações<sup>(7)</sup>.

O primeiro ciclo do PMAQ ocorreu entre os anos de 2011/2012 e o segundo ciclo entre 2013/2014. Recentemente o Ministério da Saúde publicou o resultado da certificação de 34.774 equipes, – entre elas, 13.686 de atenção básica e 21.088 de atenção básica e saúde bucal participantes do 3º ciclo do PMAQ, conforme publicado na portaria 2.777 de 04 de setembro de 2018.

É na dinâmica desta política pública que o presente artigo tem o objetivo de descrever a experiência vivenciada pela equipe de entrevistadores na Avaliação Externa do terceiro ciclo do PMAQ, no estado do Espírito Santo. O presente relato se insere na fase da Certificação, mais especificamente no contexto da coleta de dados, no âmbito de atuação das equipes de Saúde da Família, realizado no segundo semestre de 2017, período em que o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-MS), com apoio das instituições de ensino superior, iniciou a Avaliação Externa do PMAQ em todo o Brasil.

## Metodologia

Trata-se de um estudo observacional descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido com o objetivo de descrever a experiência da equipe de entrevistadores da Avaliação Externa do PMAQ, tendo como foco analítico a aplicação dos instrumentos de coleta de dados a partir das situações vivenciadas e relatadas em diário de campo.

A Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ, no estado do Espírito Santo, ocorreu entre os meses de julho e novembro de 2017. A Avaliação Externa tem o intuito de coletar dados que forneçam as informações a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação denominados “módulos”. O instrumento disponibilizado pela equipe técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, incluiu seis tipos de módulos que abrangiam desde a estrutura e condições de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, perpassando pelo processo de trabalho da equipe, além do módulo que contemplava a percepção do usuário, são estes:

· Módulo I - observação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde a partir da observação direta. Este módulo era aplicado na presença de um membro da equipe de Saúde da Família, que auxiliava o entrevistador na identificação dos itens solicitados.

· Módulo II - avaliação do processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado, a partir da entrevista com o profissional de nível superior da equipe de Atenção Básica. Era necessário a comprovação das informações por meio de averiguação documental.

· Módulo III -verificação da satisfação e da percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao acesso e à utilização. A escolha dos usuários ocorria de forma aleatória, para abranger diferentes perfis, os entrevistadores buscavam contemplar faixas etárias diferenciadas (mulheres, idosos, homens, gestantes, pessoas com crianças de colo).

· Módulo IV - verificação do processo de trabalho das equipes que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Na aplicação deste módulo, geralmente, buscava-se entrevistar a equipe de profissionais do NASF para agregar e qualificar as informações coletadas.

· Módulo V - avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos de atenção odontológica. Este módulo era aplicado na presença de um membro da equipe de Saúde Bucal, que auxiliava o entrevistador na identificação dos itens solicitados.

·Módulo VI - avaliação do processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal (eSB), a partir da entrevista com o profissional da eSB.

Tais instrumentos foram aplicados no

estado do Espírito Santo por quatro equipes, compostas por 4 entrevistadores e 1 supervisor em cada uma, que se distribuíram entre os 74 municípios que aderiram ao PMAQ. Foram utilizados tablets que compilavam todos os dados coletados. Cada entrevistador era responsável pelo envio das informações coletadas para o banco de dados do Ministério da Saúde.

A Fundação Oswaldo Cruz foi a instituição responsável pela execução da Avaliação Externa em nove estados do Brasil, incluindo o Espírito Santo. No âmbito estadual, a Universidade Federal do Espírito Santo foi a instituição responsável pela operacionalização da Avaliação Externa, treinando os entrevistadores, organizando as rotas das equipes e monitorando toda a execução da coleta de dados pelo estado.

A fase de preparo da Avaliação Externa contou com a seleção e treinamento de entrevistadores. A partir da operacionalização de rotas previamente construídas pela coordenação estadual foi possível organizar uma logística semanal de visitas aos municípios por região (norte, central, sul e metropolitana). A coleta dos dados pelos municípios foi realizada durante o período de três meses e uma semana, entre os meses de agosto a novembro de 2017.

A pesquisa foi conduzida a partir do contato prévio da supervisão de cada equipe com a gestão da Atenção Básica dos

municípios, onde havia a pactuação de datas e horários das visitas dos entrevistadores às equipes de Saúde da Família. Cada equipe (supervisor e entrevistadores) seguia seu cronograma de visitação aos municípios, conforme rota previamente estabelecida pela coordenação.

Durante esse período de Avaliação Externa, os entrevistadores e supervisores construíram um diário de campo, registrando observações, percepções e vivências. As observações *a priori* eram anotadas, em um caderno, pelos entrevistadores, em tópicos (durante a entrevista - durante a observação), e depois registradas, por datas. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo temática, com foco, principalmente, na análise do instrumento de Avaliação Externa, numa tentativa de busca da compreensão dos significados no contexto da fala, objetivando ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem.

## **Resultado e Discussão**

O estado do Espírito Santo está dividido em quatro regiões de saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul, seguindo um padrão horizontal, possui 78 municípios, porém, 4 municípios não participaram do terceiro ciclo do PMAQ.

Quatro equipes se distribuíram nos 74 municípios pelas diferentes regiões do estado. No total foram 13 semanas de trabalho,

entrevistando um número total de 693 equipes de Saúde da Família (eSF), 445 equipes de Saúde Bucal (eSB), além de 24 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No Espírito Santo, as equipes que compuseram o grupo operacional da coleta de dados do PMAQ, foram compostas por quatro entrevistadores e um supervisor, das mais variadas categorias profissionais: cirurgião-dentista, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeira, como supervisores; e enfermeiras, psicólogas, nutricionistas, assistentes sociais, como entrevistadores. Os dados foram coletados através da utilização de tablets subsidiando o processo de certificação pelo Ministério da Saúde.

O desenvolvimento do processo de trabalho das equipes que atuam no PMAQ tem como um dos principais aspectos a coleta de dados *in loco*, a partir da visita institucional dos entrevistadores, que desbravam o país realizando o levantamento de informações que subsidiam o Ministério da Saúde no processo de certificação e, conseqüentemente, na condução de repasses financeiros aos municípios. Ao focar também numa dimensão micro e meso do processo de trabalho, o PMAQ busca estimular a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo de trabalho cotidiano. Assim, trata-se de uma política nacional que estimula os atores implicados a implantar dispositivos como: acolhimento, agenda

compartilhada, gestão do cuidado, remuneração por desempenho, gestão colegiada, conselhos locais de saúde, etc. Dessa forma, o PMAQ viabiliza a reflexão crítica sobre o instituído e provoca o coletivo a agir ativamente pela mudança do cotidiano, mas não comete excesso de definir formas. Antes o contrário, induz, todo o tempo, que as equipes “inovem”, “criem”, “experimentem” conforme sua realidade<sup>(8)</sup>.

Nesta lógica, é importante desenvolver o entendimento de que a experiência vivida vai muito além de uma atividade de coleta de dados. Visitar equipes em seus contextos de trabalho, permitiu perceber o potencial da ousada proposta do PMAQ ao viabilizar visita institucional *in loco*, conhecendo as diferentes dinâmicas de atuação das equipes de Saúde da Família. Nesta dinâmica de trabalho, foi possível identificar diferentes formas organizativas de atuação: equipes de saúde ofertando assistência para população rural, ribeirinha, quilombola, nos aglomerados urbanos e nas áreas nobres da capital; diferentes contextos com variadas formas de atuação.

O desafio da aplicação de um instrumento padronizado para contextos tão diversificados foi encarado através da incorporação de uma postura imparcial, onde as percepções não deveriam ser abertamente expostas, mas reveladas nos *Diários de Campo*. Ressalta-se que, um dos principais

desafios lançados aos entrevistadores, durante o período de preparo para atuação no campo, foi a necessidade de incorporar uma postura que desconstruísse qualquer entendimento que associasse o entrevistador à figura de “fiscalizador” do PMAQ, para que as equipes de saúde avaliadas não se sentissem pressionadas e dessa forma, pudessem participar das entrevistas de maneira mais tranquila e verdadeira. Neste sentido, a abordagem realizada às equipes tinha um cuidado de forma a evitar este tipo de tensionamento nos profissionais entrevistados.

Esta realidade também foi identificada por Albuquerque *et al* <sup>(9)</sup>, as autoras identificam a percepção das equipes de Saúde da Família, associando os entrevistadores do PMAQ, a auditores ou fiscalizadores. Esse fator acaba, por vezes, se tornando uma barreira de acesso, esta mesma percepção também foi trazida nos achados de Lima<sup>(10)</sup>, que ressalta a necessidade do entrevistador manter-se neutro no momento da aplicação dos instrumentos de coleta de dados de modo a “limitar-se ao que estava descrito em seu material de avaliação”.

É reconhecido que o instrumento de coleta de dados por si só não é capaz de captar as singularidades de atuação das equipes de Saúde da Família, da mesma forma que é compreensível a necessidade de operacionalizar a coleta de dados através de um mecanismo que viabilize a sistematização

de dados. As entrevistas mostraram a necessidade de revisão dos instrumentos de coleta de dados, para a realização dos próximos ciclos do PMAQ, a partir das situações experienciadas na aplicação, que evidenciaram algumas dificuldades em captar as informações. Neste sentido, foi possível identificar aspectos determinantes no êxito da condução das entrevistas. São estes aspectos identificados na rotina cotidiana de aplicação dos instrumentos que se tornaram dados reveladores da experiência de campo vivenciada durante a coleta de dados do PMAQ.

No contexto da rotina de aplicação dos módulos, destaca-se, inicialmente, a ausência do módulo direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Muitas vezes o preparo para a chegada dos entrevistadores incluía a mobilização de todos os membros da equipe, destaque dado aos ACS, intermediadores entre a comunidade e equipe de saúde que, por vezes, ficavam na expectativa de participar da dinâmica de trabalho com a equipe do PMAQ. Um dos aspectos que despertou atenção dos entrevistadores é que os módulos falam ‘sobre’ o ACS e sua prática de atuação, mas não está direcionado ‘para’ o ACS. Assim que se percebia este preparo prévio, os entrevistadores buscavam se organizar internamente para acolher tais profissionais na sua necessidade de escuta.



Na “implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde”, Garcia et al<sup>(11)</sup> enfatiza o ACS como um profissional que merece destaque na equipe de Saúde da Família, e reforça a necessidade de se despertar para a posição desse trabalhador na eSF, que, muitas vezes, pode permanecer “à margem dos processos decisórios da equipe”, uma vez que não encontra espaço no bojo da organização para a pactuação de prioridades definidas com base na análise da situação de saúde. A Avaliação Externa, ao omitir o espaço voltado para as percepções destes profissionais no contexto das entrevistas, reproduz exatamente essa marginalização.

Em relação aos módulos, foi identificada a necessidade de revisão dos instrumentos de coleta de dados em diversos aspectos. O Módulo I contempla bem toda a estrutura necessária para um bom atendimento na UBS, como preconizado pelo Ministério de Saúde. Uma consideração colocada é que muitas Unidades de Saúde, visitadas nas cidades do interior do estado, não apresentavam a dispensação de medicamentos e salas de vacina, os equipamentos e insumos de urgência e emergência também eram muito escassos. Muitos municípios apresentavam uma estrutura física padrão do governo estadual, algumas dessas estruturas chamou atenção pois são grandes, com o teto muito alto, o que dificultava a limpeza e manutenção

do local. Também foram observadas estruturas que, apesar de novas, já apresentavam problemas de infiltração e mofo.

“As inadequações das unidades de saúde prejudicam o desenvolvimento das ações na AB, a qualidade do cuidado e geram insatisfação nos profissionais e nos usuários. E limitam o potencial dos serviços para a consolidação da ESF, na perspectiva da reorganização de práticas centradas na tríade indivíduo-família-comunidade e na qualidade da atenção à saúde<sup>(12)</sup>” (MOREIRA et al., 2017, p.8).

Dessa forma, reforça-se a compreensão de que, a prestação de uma assistência de qualidade e segura perpassa pelas condições estruturais adequadas de trabalho. A carência de equipamentos e insumos nas UBS restringe o escopo de ações e a resolutividade desses serviços, limitando a sua capacidade de resposta aos problemas de saúde agudos e crônicos. Ressalta-se, também, que a distribuição dos tipos de UBS por regiões do país confirma as reconhecidas desigualdades regionais, com estruturas mais precárias nas regiões Norte e Nordeste do país<sup>(13)</sup>.

Na aplicação do módulo II, o profissional da enfermagem foi o profissional mais entrevistado, foram pontuais as entrevistas realizadas com médicos. Fato esse que corrobora com os achados do estudo que

identificou que no primeiro ciclo, dos 17.202 profissionais de nível superior que responderam ao Módulo II, 15.876 eram enfermeiros (92,30%), 993 médicos (5,77%) e 333 dentistas (1,93%). No segundo ciclo, 29.778 equipes aderiram ao programa, com a participação de 27.822 enfermeiros (93,43%), 1.686 médicos (5,66%) e 270 dentistas (0,91%).<sup>(14)</sup>

Em algumas situações, o profissional da medicina sinalizou interesse em participar com o profissional da enfermagem, assim como os agentes comunitários de saúde, permitindo uma avaliação mais ampla sobre a prática de trabalho em equipe. No entanto, a quantidade reduzida de médicos que responderam ao Módulo II do PMAQ-AB, em ambos os ciclos (5,77% no ciclo I e 5,66% no ciclo II), revela certo alijamento, desses profissionais, das discussões sobre a política de saúde implementada no nível local e sobre a organizações do processo de trabalho das equipes de saúde em que atuam.<sup>(14)</sup>

Também é importante destacar o fato de repercussão nacional, vivenciado durante o período da coleta de dados, relacionado à publicação da liminar<sup>5</sup> expedida pela Justiça Federal, no dia 27/09/2017, que impossibilitava os enfermeiros de realizar diagnósticos a prescrição de exames e

medicamentos, bem como o encaminhamento para outros serviços/profissionais, o que impactou diretamente no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Foi possível compartilhar dos efeitos nocivos deste retrocesso no cotidiano do fazer da “Estratégia de Saúde da Família”, principalmente no mês de outubro, quando as equipes estavam com as atividades do “Outubro Rosa” planejadas e tiveram que cancelar, muitas foram as falas que se referiam ao “Outubro Cinza” em alusão à esta medida, a qual foi suspensa em 19 de outubro de 2017 pelo Tribunal Regional Federal, permitindo aos enfermeiros o retorno de suas atividades.

Foi possível identificar que a prática profissional incorpora ações de promoção à saúde, ainda, como um desafio no cotidiano das equipes. Os profissionais entrevistados traziam em suas falas a inviabilidade de ampliar os serviços ofertados, devido a demanda da rotina cotidiana, que impossibilitava práticas de trabalho que envolvesse a promoção à saúde. Tais atividades, se reduziam às práticas de apoio ao auto-cuidado, como ações pontuais através de campanhas, em detrimento a não realização de ações de apoio à Cultura da Paz e incentivo ao Desenvolvimento Sustentável, ou ainda, a ausência de mobilização da comunidade para

---

<sup>5</sup>\*Ação movida pelo Conselho Federal de Medicina. [Acesso em 30 de jan de 2019]. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_Rev. Gestão & Saúde](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_Rev.Gestão%20e%20Saúde) (Brasília) Vol. 10, Nº 2. Maio, 2019.

content&view=article&id=27198:2017-09-27-20-52>“

discutir questões de saúde dentro da realidade territorial.

O campo da promoção da saúde emerge como um lugar em que é possível reconhecer a natureza complexa, interdisciplinar e intersetorial das práticas de saúde, pode ser compreendida como estratégia de articulação entre a saúde do indivíduo e as políticas públicas. Apesar da Atenção Básica ser um *locus* privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, conforme identificado, tais práticas ainda são pouco evidentes na ESF<sup>(15)</sup>.

No módulo III (entrevista com usuário/usuária), em muitas situações, a condução da entrevista gerou constrangimento tanto para quem respondia, como para quem estava conduzindo a entrevista. A exemplo do item do questionário que solicitava a identificação do entrevistado, a variável “sexo” permitia duas alternativas de resposta- masculino ou feminino- e esta resposta direcionava a continuidade do questionário eletrônico. Ao entrevistarmos usuários com outras identidades de gênero, o bloco de questionamento conduzia as perguntas conforme as categorias prefixadas dentro desta lógica binária.

O instrumento de coleta de dados, ao impossibilitar a escuta, tornou-se um reprodutor de exclusão à população LGBTI, apesar da Política Nacional de Saúde Integral LGBT instituída pela Portaria 2836, de 1º de

dezembro de 2011, em seu artigo primeiro instituir, no âmbito do SUS, a promoção da saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Nesse contexto, o próprio Ministério da Saúde entra em discordância ao publicar documentos normativos que determinam a redução de desigualdades de gênero e, ao mesmo tempo, reproduz em seu instrumento avaliativo a determinação do gênero na concepção binária em um programa que tem o acesso como eixo estruturante.

Ainda na análise do instrumento de coleta de dados no módulo III, o item relacionado a atenção ao pré-natal, questiona se a usuária ficou grávida nos últimos 2 anos, ao responder que sim, o instrumento conduz para blocos de pergunta sobre a assistência ao pré-natal, porém, na prática de aplicação do módulo, foi possível identificar que o instrumento desconsidera as mulheres que passaram pela experiência do aborto.

Vilela e Monteiro<sup>(16)</sup> fomenta essa discussão ao refletir acerca do papel do Estado na ampliação do acesso, na superação de práticas excludentes e na formulação de políticas agregadoras. Um instrumento de coleta de dados que foi elaborado pensando nos dados acerca da qualidade da assistência ao pré-natal e desconsidera a experiência do

aborto reproduz a invisibilidade social, tornando-se, mais uma vez, contraditório perante o intuito a que se destina o PMAQ. Sugere-se que:

“A ampliação do acesso à saúde implica intervenções estruturais e culturais, nos âmbitos micro e macro, capazes de fomentar a autonomia das mulheres e garantir seus direitos sexuais e reprodutivos. Ações na esfera da gestão, legislativas e em outros setores que, direta ou indiretamente, afetam a saúde, ao lado de práticas cotidianas dos serviços de saúde, podem contribuir para desvelar os eixos de produção de desigualdade que dão origem e alimentam um dado estigma, visando sua desconstrução e superação, no caminho de uma maior justiça social<sup>(16)</sup>”  
(VILLELA;  
MOREIRA,2015 p.538).

Talvez um relato de experiência não consiga exprimir o nível de constrangimento que o entrevistador é submetido ao lidar com essa questão: embaraço, bloqueio, ao “tocar na ferida” que está associada a experiência do aborto. O constrangimento é potencializado ao ser revelado a impossibilidade de continuidade da entrevista pelo fato do instrumento não abranger esse tipo de situação. Portanto, o enfrentamento da desigualdade nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, exige o rompimento com as atitudes segregadoras e excludentes, ao passo da necessidade da incorporação de condutas agregadoras e

acolhedoras no cotidiano dos serviços de saúde.

No Módulo IV, foi possível identificar uma variação na forma de atuação das equipes do NASF. Na maioria das vezes, não condizente com os princípios e diretrizes estabelecidos nas normativas para o processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, percebeu-se uma adaptação na organização do trabalho destes profissionais conforme a necessidade de cada localidade.

Este caráter multifacetado do NASF pode ser interessante para produzir novas abordagens que possibilitem a (re)criação de formas de ação e organização do NASF, flexíveis às necessidades e especificidades de cada local de implantação. Ao mesmo tempo em que se configura como um desafio por poder produzir um processo de trabalho fragmentado<sup>(17)</sup>.

Já nos módulos V e VI, foi possível, ainda, perceber a desarticulação da equipe de Saúde Bucal com o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família, se configurando como um desafio a prática de atuação para além do consultório odontológico. No cotidiano dos serviços, muitas equipes de saúde bucal permanecem fora da dinâmica de organização e funcionamento das equipes de Saúde da Família: não participam de reuniões; mantêm registros e documentos dos usuários separados do prontuário geral, gerenciam separadamente a agenda de atendimentos

clínicos; e não compartilham ou colocam em discussão aspectos da organização do seu processo de trabalho, seja com a equipe, seja com a comunidade<sup>(18)</sup>.

Casotti e Gouvêa<sup>(18)</sup>, refletem sobre a condição de isolamento das equipes de Saúde Bucal, onde existe a separação da dinâmica de organização das agendas com a equipe de Saúde da Família, enfatizam a reorganização das práticas de saúde bucal como desafio no contexto da ESF.

A intensidade da vivência dos entrevistadores perpassou muito além do momento da coleta de dados: desenvolver a habilidade de escuta, compartilhar convivências, partilhar experiências, trouxe como aprendizado a necessidade de respeitar os sujeitos e o lugar que ocupam em suas dinâmicas de vida. A experiência do PMAQ permitiu identificar que a oferta de uma saúde pública de qualidade é determinada pelo compromisso mútuo entre trabalhador, usuário, gestor, atores coparticipantes no direcionamento da política pública de saúde brasileira, reforçando a importância do permanente envolvimento coletivo na condução de práticas de saúde inclusivas e agregadoras. Nesse sentido, vale ressaltar, que o compromisso entre estes atores, realizando um trabalho interprofissional, com desenvolvimento de práticas colaborativas, englobando os usuários como sujeitos potencializadores na construção do cuidado e a

responsabilização da gestão, impactará na melhoria da oferta de um serviço de saúde voltado para o cuidado integral da população.

## **Conclusão**

A vivência da coleta de dados para o PMAQ no estado do Espírito Santo permitiu identificar as variadas possibilidades de organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, o que reforça o potencial de atuação da Atenção Básica. Ao mesmo tempo, a contínua aplicação dos instrumentos de coleta de dados durante o período da coleta, evidenciou aspectos limitantes para a condução exitosa das entrevistas.

A necessidade de revisão destes instrumentos a partir das situações experienciadas na prática de aplicação, se tornou o eixo centrante deste relato. Neste sentido, foi possível identificar a necessidade de inserção do Agente Comunitário de Saúde na dinâmica da Avaliação Externa por identificarmos o preparo e a expectativa destes profissionais no momento da entrevista. Além do mais, é reconhecida a importância destes profissionais pela atuação de mediador entre a comunidade e a equipe de saúde. O enfermeiro foi o profissional que mais respondeu o módulo direcionado a entrevista da equipe de Atenção Básica (módulo II).

Foi possível visualizar a grande potência de Estratégia de Saúde da Família

enquanto Política Nacional que impacta diretamente na vida das pessoas em seus microespaços do cotidiano, com alto nível de capilaridade territorial, conforme identificado nesta experiência, o que reforça sua essencialidade na vida das pessoas e comunidades. Daí a importância de se garantir a contribuição de usuários e trabalhadores, sem distinção de gênero e orientação sexual, reconhecendo a diversidade da sociedade.

Na dinâmica da coleta de dados, identificou-se o papel central do entrevistador durante o trabalho de campo. O exercício do processo de escuta do trabalhador e do usuário nas Unidades Básicas de Saúde, exigiu a habilidade de conciliar o distanciamento necessário para se fazer um trabalho com uma postura imparcial, ao mesmo tempo em que se desenvolvesse a empatia através de uma postura acolhedora.

A principal bagagem dessa experiência foi o aprendizado prático na certeza de que o Sistema Único de Saúde precisa ser fortalecido e apoiado. Para isso, é fundamental gestores sensíveis à necessidade de saúde da população, profissionais dedicados à sua prática de atuação e uma população envolvida na busca permanente da garantia do direito ao acesso a uma assistência de qualidade.

## Referência

1. Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, van Well C. No universal health coverage without primary health care. *Lancet* 2016; 1811. DOI:

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30315-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30315-4).

2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

3. Fausto, MCR. Almeida, P.F., Bousquat, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.51-72.

4. Abreu DMX Pinheiro PC, Queiroz BL, Lopes ÉAS, Machado ATGM, Lima ÂMLD et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2018;42(1):67-80.

5. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambulatory Care Management* [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 14]; 40(supl.2):S4-S1.

6. Machado GAB. Organização do processo de trabalho vivenciada pelas Equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) [Monografia]. Minas Gerais: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

7. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde. Planificação da Atenção à Saúde. Espírito Santo; 2017.

8. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS*. 2012;(6)2.

9. Albuquerque MSV, Martelli, P.J.L., Lyra, T.M., Mendes, M.F.M., Farias, S.F. Reflexões sobre o processo de realização da PMAQ-AB no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco. In: Fausto MCR, Fonseca HMS (Org.). *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes; 2014:88-113.

10. Lima GB. Avaliação do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica-um relato de experiência. [Monografia]. Santo Antônio de Jesus: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, UFRB, 2018: 1-37.

11. Garcia, ACP. Lima, RCD, Galavote, HS Coelho, APS, Vieira, ECL, Silva, RC, & Andrade, MAC. Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às

atividades desenvolvidas. Trab. educ. saúde. 2017;15(1):283-300.

**12.** Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. *Cogitare enferm.* 2017; 22(2): 51283. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.51283>.

**13.** Bousquat, Ayleneet al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 8 [Acessado 7 Maio 2019] , e00037316. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>>

**14.** Cavalli, Luciana Osorio, Rizzotto, Maria Lucia Frizon e Guimarães, Ana Tereza Bittencourt. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. *Saúde em Debate* [online]. 2016, v. 40, n. 111 [Acessado 7 Maio 2019] , pp. 87-100.

**15.** Tavares, M.F.L. Rocha, M.R, Magalhães, R. Promoção da Saúde e o Desafio da Intersetorialidade na Atenção Básica no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.177-96.

**16.** Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015;24:531-540.

**17.** Melo, E. Lilian, M. Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafios no cotidiano. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.425-49.

**18.** Casotti, E. Gouvêa, M.V. Reorganização das Práticas de Saúde Bucal: desafios no âmbito da Atenção Primária à Saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.51-72.

### Participação dos autores:

RIQUIERI, MRL trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise dos dados, elaboração e redação final do texto.

SOARES, GB trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise dos dados, elaboração e redação final do texto.

DUARTE, RCL trabalhou na coordenação da coleta dos dados, concepção teórica e elaboração do texto.

LIMA EFA trabalhou na coordenação da coleta dos dados, concepção teórica e elaboração do texto.

Recebido: 31.01.2019

Revisado: 13.03.2019

Aprovado: 10.05.2019