



Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família



Edeane Rodrigues Cunha

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO
NORDESTE DO BRASIL**

São Luís
2016

Edeane Rodrigues Cunha

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO
NORDESTE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho.

Co-orientadora: Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

São Luís

2016

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Cunha, Edeane Rodrigues.

Planejamento das ações de saúde na Atenção Básica
do Nordeste do BRASIL / Edeane Rodrigues Cunha. -
2016.

92 f.

Coorientador(a): Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz.

Orientador(a): Nair Portela Silva Coutinho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís [MA], 2016.

1. Atenção Básica. 2. Planejamento em Saúde. 3.
Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. I.
Coutinho, Nair Portela Silva. II. Thomaz, Erika Bárbara
Abreu Fonseca. III. Título.

Edeane Rodrigues Cunha

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO
NORDESTE DO BRASIL**

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Banca Examinadora

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho
Presidente/ Orientador
RENASF/Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva
DESP/Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino
RENASF/Universidade Federal do Maranhão

São Luís, 31 /10 /2016

Dedico este trabalho a Deus minha fonte
divina de luz e esperança.
À minha família, agradecendo sempre a
compreensão e o amor que me dedicam
incondicionalmente.
Também dedico aos produtores de
cuidado em saúde da família!

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu senhor e meu pastor por ser presente em todos os momentos da minha vida.

A minha mãe, Euzanira de Fátima Cunha, por ser a minha base e minha referência de vida, pelo apoio em todas as minhas escolhas e pelo incentivo a sempre seguir em frente.

Aos meus irmãos Eder Nilson Cunha Marques e Mayara Cunha Marques, fontes maiores de minha inspiração, carinho e dedicação por vocês.

Ao Rômulo Linhares Silva, um agradecimento especial pelo apoio e carinho diários, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança e de força, em todos os momentos.

A minha avó Isabel Rodrigues Cunha, pela sabedoria e pelo carinho de sempre, aos seus 88 anos.

Ao meu tio Jorge Luís Cunha (in memoriam) e minha tia Elizeth Cunha Carvalho, por acreditarem no meu potencial de luta.

Aos primos e primas, presenças marcantes e engraçadas no meu convívio.

As Professoras Dra. Nair Portela Silva Coutinho e Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, por terem me orientado e acreditado neste trabalho, pela força, intensidade e perspicácia na arte de ensinar e provocar inquietações tão promissoras no cotidiano de minha vida acadêmica.

As professoras Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino, Dra. Maria de Fátima Lires Paiva e Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes pela contribuição na realização deste trabalho.

Ao corpo docente do RENASF, por aceitarem o convite e dedicarem parte de seu tempo para o compartilhamento de seus saberes, contribuindo de maneira muito importante para minha vida acadêmica e profissional.

Aos colegas do mestrado e cursos extra-curriculares pela trajetória construída, com o compartilhar de experiências enriquecedoras e momentos de alegrias. Fazemos história!!!

A amiga Danielle Luce Almeida de Oliveira, pela amizade sincera e por compartilhar os mesmos ideais na arte do cuidar, amar e ser crítica.

Em especial, Maria Alcina Gomes de Sousa Monteiro e Silvia Cristina Viana Silva Lima, suas palavras, sempre otimistas e encorajadoras, foram imprescindíveis para eu acreditar que conseguiria realizar esse projeto. O tratamento carinhoso que sempre tiveram comigo deixou transparecer o lado doce, de forma que passei a admirá-las não somente como principais representantes da área em que atuam, mas como pessoas atenciosas e compreensivas.

A Ana Sandrelli Barros Lages de Araújo pelo apoio, incentivo e disponibilidade demonstrada para realizar a inscrição para a prova do mestrado. Lembro-me da correria do último dia de inscrição... valeu! E ao município de Paraibano/MA.

A Maria Ivone Pereira Bastos, pelas sugestões e parceria no trabalho.

A minha amiga Sara Silva de Melo e sua família no Rio de Janeiro, pela hospitalidade e companheirismo.

Ao Médico Professor Dr. Marcus André Acioly de Sousa por seu cuidado e amizade.

Às equipes da Estratégia de Saúde da Família do Nordeste pelo trabalho do dia a dia, em especial as equipes do Estado do Maranhão que compartilham suas reflexões e inquietações em comum no mundo do trabalho em saúde, demonstrando persistência e esperança de dias melhores.

Ao patrocinador deste mestrado o Governo Federal na figura da associação de instituições do Nordeste Brasileiro que possibilitou a concretização do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em rede com a implantação deste no MA em parceria com a equipe da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Em especial a Coordenação do Mestrado: Professora Dra. Liberata Campos Coimbra e a secretária Jessica Diniz Costa Nunes pelo incentivo e amizade.

Finalmente, gostaria de agradecer à UFMA por abrir as portas para que eu pudesse realizar este sonho que era a minha DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Proporcionar-me mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma LIÇÃO DE VIDA.

A todos que direta ou indiretamente foram personagens centrais desta história e contribuíram para a concretização deste trabalho, muito obrigada!

“O planejamento não diz respeito às decisões futuras,
mas às implicações futuras de decisões presentes”.

Peter F. Drucker

RESUMO

Introdução. O processo de planejamento em saúde contribui para a detecção de problemas de saúde que ocorrem na comunidade, além de colaborar como um instrumento no contínuo processo de reorganização do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Objetivo.** Analisar o planejamento das ações em saúde no processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB) na região Nordeste do Brasil no ano de 2012. **Método.** Desenvolveu-se um estudo ecológico, cujas unidades de análise foram constituídas por dados das EAB agregados para a esfera do município, utilizando-se o módulo II e considerando-se a fase 3 (Avaliação Externa pertencente ao 1º Ciclo do PMAQ-AB). As variáveis analisadas foram o planejamento das ações, processo de levantamentos de problemas, prioridades, plano de ação, resultados, metas, apoio da gestão, recursos, monitoramento e autoavaliação para a realização das ações de planejamento no Brasil e Nordeste, estimadas em frequências absolutas e percentuais, bem como Intervalos de Confiança a 95%. Também foi utilizado o teste Qui-Quadrado, adotando-se 5% de significância, para a estimativa das diferenças na realização de ações de planejamento entre os Estados do Nordeste. **Resultados.** Na região NE, 87,0% das UBS's realizaram atividade de planejamento nos últimos 12 meses e 59,8% tinham documentos comprobatórios. O monitoramento e análise dos indicadores foram realizados por 82,9% das EAB e a autoavaliação, nos últimos seis meses, por 85,6%. Os instrumentos mais utilizados na autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento das ações identificadas foram Relatórios e consolidados do SIAB (76,7%), também a autoavaliação (73,3%) e os Informes epidemiológicos (69,3%). Os atores que menos apoiaram o planejamento e organização do processo de trabalho das equipes foram os profissionais de vigilância em saúde (30,4%) e o apoiador institucional (44,0%). Houve maior mobilização por parte da gestão. Os gestores apoiaram as EAB para as ações do PMAQ-AB (92,5%), disponibilizaram informações para análise da situação de saúde (88,4%), para discussão do SIAB (78,5%) e apoiaram a autoavaliação (81,2%). Ao analisar iniquidades intrarregionais foram obtidas diferenças entre os Estados para a maioria dos indicadores analisados, exceto para a realização de atividades de planejamento nos últimos 12 meses ($P=0,319$), levantamento dos problemas ($P=0,071$) e listagem de prioridades ($P=0,458$). **Considerações Finais.** Houve planejamento no processo de trabalho,

com variações intrarregionais. Os resultados servem de incentivo para firmar o compromisso na gestão das equipes e aprimorar a qualidade da atenção à saúde.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Atenção Básica. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction. The planning process in health contributes to the detection of problems of health that happen in the community, besides collaborating as an instrument in the continuous process of reorganization of the process of work of the Team of Health of the Family (ESF). **Objective.** To analyze the planning of the actions in health in the process of work of the Teams of Basic Attention in the Northeast area of Brazil in the year 2012. **Method.** It developed an ecological study, whose units of analysis were constituted by data of the teams of AB joined for the sphere of the municipal district, being used the module II and being considered the phase 3 (External Evaluation belonging to the 1st Cycle of PMAQ-AB). The analyzed variables were the planning of the actions, process of risings of problems, priorities, action plan, results, goals, support of the administration, resources, monitoring and self-evaluation, for the accomplishment of the planning actions in Brazil and Northeast, dear in absolute and percentile frequencies, as well as Intervals of Trust to 95%. Also the test Qui-square was used, being adopted 5% of meaningfulness for the estimate of the differences in the accomplishment of planning actions among States of the Northeast. **Results.** In the area NE, 87.0% of UBS's it was accomplished planning activity in the last 12 months and 59.8% had supporting documents. The monitoring and analysis of the indicators were accomplished by 82.9% of the Teams of Basic Attention (EAB) and the self-evaluation, in the last six months, for 85.6%. The more used instruments in the self-evaluation, analysis of situation of health and monitoring of the identified actions were Reports and consolidated of SIAB (76.7%), also the self-evaluation, (73.3%) and the epidemic reports (69.3%). The actors that less they supported the planning and organization of the process of work of the teams were the surveillance professionals in health (30.4%) and the institutional backer (44.0%). There was larger mobilization on the part of the administration. The managers supported EAB's for the actions of PMAQ-AB (92.5%), they made available information for analysis of the situation of health (88.4%), for discussion of SIAB (78.5%) and they supported the self-evaluation, (81.2%). When analyzing iniquities intraregional they were obtained differences among States for most of the analyzed indicators, except for the accomplishment of planning activities in the last 12 months ($P=0.319$), rising of the problems ($P=0.071$) and listing of priorities ($P=0.458$). **Final Considerations.** There was planning in the work process, with variations intraregional. The results serve as

incentive to firm the commitment in the administration of the teams and to perfect the quality of the attention to the health

Keywords: Planning in health. Basic attention. Quality, Access and Evaluation of the Attendance to the Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Fases do PMAQ-AB	25
Figura 1	– Distribuição dos municípios da região Nordeste	44
Quadro 2	– Indicadores relacionados ao processo de trabalho das Equipes da Estratégia Saúde da Família do Brasil, 2012.....	47
Figura 2	– Municípios participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB, por Estado da região Nordeste do Brasil, 2012.....	51
Figura 3	– Equipes de Atenção Básica participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB, por Estado da região Nordeste do Brasil, 2012.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Planejamento das ações nas UBS's do Brasil e região Nordeste, 2012.....	53
Tabela 2	–	Autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento dos indicadores para planejamento das ações nas UBS's do Brasil e região Nordeste, 2012	53
Tabela 3	–	Instrumentos utilizados na autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento das ações nas UBS's do Brasil e região Nordeste, 2012	54
Tabela 4	–	Apoio ao planejamento e organização do processo de trabalho das equipes nas UBS's do Brasil e região Nordeste, 2012	55
Tabela 5	–	Iniquidades intrarregionais nas ações de planejamento em saúde nas UBS'S (frequência percentual) da região Nordeste do Brasil, 2012	57

LISTA DE SIGLAS

AB	–	Atenção Básica
AI	–	Apoio Institucional
AMAQ	–	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	–	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
ANOVA	–	Análise de Variância
APS	–	Atenção Primária à Saúde
ASIS	–	Análise de Situação de Saúde
CEP/UFPel	–	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	–	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	–	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	–	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAB	–	Departamento de Atenção Básica
EAB	–	Equipes de Atenção Básica
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	–	Intervalo de Confiança
IDHM	–	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IEP	–	Instituições de Ensino e Pesquisa
MS	–	Ministério da Saúde
NASF	–	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NE	–	Nordeste
OPAS	–	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	–	Piso da Atenção Básica
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	–	Programação Anual de Saúde
PDI	–	Plano Diretor de Investimento
PDR	–	Plano Diretor de Regionalização
PlanejaSUS	–	Sistema de Planejamento do SUS

PMAQ-AB	– Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNUD	– Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	– Programação Pactuada e Integrada
Pró-Saúde	– Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PS	– Plano de Saúde
PSF	– Programa Saúde da Família
PT	– Processo de Trabalho
RAG	– Relatório Anual de Gestão
SF	– Saúde da Família
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	– Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SP	– São Paulo
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCU	– Tribunal de Contas da União
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UFBA	– Universidade Federal da Bahia
UFMA	– Universidade Federal do Maranhão
UNICAMP	– Universidade Estadual de Campinas
USF	– Unidade Saúde da Família
USP	– Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	20
2.1	Geral	20
2.2	Específicos	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	Atenção Básica / Política Nacional de Atenção Básica.....	21
3.1.1	A Política Nacional de Atenção Básica.....	22
3.2	PMAQ-AB.....	24
3.3	O Trabalho em Saúde.....	28
3.4	Planejamento.....	31
3.4.1	Planejamento em Saúde.....	33
3.5	Estudos sobre o planejamento no SUS/ AB.....	38
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	43
4.1	Desenho do estudo.....	43
4.2	Local e População do Estudo.....	44
4.3	Processo de coleta de dados.....	45
4.4	Instrumentos e Variáveis.....	45
4.4.1	Instrumentos.....	45
4.4.2	Variáveis e Indicadores.....	46
4.5	Análise dos dados.....	50
4.6	Considerações Éticas.....	50
5	RESULTADOS.....	51
6	DISCUSSÃO	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	74
	APÊNDICE A - LISTA COM AS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES DA AVALIAÇÃO EXTERNA	86
	ANEXO A - PORTAL DO DAB/ PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA- PMAQ/AB.....	88
	ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA (1º CICLO) / MÓDULO II- ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE	

ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE	89
ANEXO C – OFÍCIO Nº 38/12, APROVADO EM 10/05/2012 PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS	92

1 INTRODUÇÃO

O planejamento das ações pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) tornou-se um instrumento que passou a permitir aperfeiçoar o desempenho e elevar a eficácia dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Campos, Faria e Santos (2010) asseveram que planejar é uma necessidade permanente garante o caminho de ações a serem desenvolvidas, permitindo corrigir rumos, enfrentar imprevistos, buscando sempre alcançar uma melhor qualidade do serviço de saúde prestado à sociedade.

Diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de Atenção Básica (AB) conforme os formuladores da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O objetivo é proporcionar à população brasileira um bom serviço de saúde, além de estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país (BRASIL, 2011a).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) e o Departamento de Atenção Básica (DAB) a Estratégia da Saúde da Família (ESF) está implantada em 5.463 municípios, totalizando 39.686 equipes, o que tem gerado uma cobertura populacional de aproximadamente 122,4 milhões, ou 63,12% da população do país, tornando-se assim um modelo preponderante da organização da AB no Brasil (BRASIL, 2016a).

A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido uma importante estratégia para o controle e acompanhamento das ações da saúde pública no país. Assim, surgiram programas com iniciativas centradas na qualificação da AB e, dentre eles, destaca-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), preconizado pela Portaria nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011, produto de negociações e pactuações entre as esferas do governo em todos os níveis de atuação (BRASIL, 2011a).

Acompanhando o processo de descentralização do SUS, a ESF trouxe novas responsabilidades para a gestão e para os profissionais da AB, ao exigir mudanças nos processos de trabalho neste nível de atenção, com demandas de novas práticas de cuidado em saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZZERA, 2006).

Nesse sentido o PMAQ-AB se propõe induzir e avaliar papéis e ações da AB como parte das redes temáticas e pretende ser uma estratégia que visa o

esforço de afirmação da AB como uma das portas de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde (BRASIL, 2012a).

Dentre os desafios destacam-se a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados de maneira geral pela falta de orientação do trabalho em função da não definição de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade, garantindo dessa forma a coordenação e a continuidade do cuidado nas linhas priorizadas nas redes (BRASIL, 2011a). Ademais, dentre os desafios enfrentados pela AB, aponta-se como preponderante dispor de uma assistência integral à saúde, iniciando-se pela organização dos processos de trabalho na rede básica e somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que afirmam Cecílio e Merhy (2003, p. 37): “[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde”.

No âmbito da ESF o processo de planejamento em saúde é uma importante ferramenta, pois pode contribuir para a detecção de problemas de saúde que ocorrem na comunidade. Além de colaborar como um instrumento no contínuo processo de reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde da família (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Com base nessas premissas, esta pesquisa acadêmica levanta o questionamento seguinte: ocorreu planejamento das Equipes de Atenção Básica e ações da gestão para a organização do processo de trabalho das equipes da região Nordeste (NE)?

A motivação para realizar este estudo surgiu desde a academia, durante os estágios em saúde pública, e deveu-se em grande parte por vivenciar a importância de organização e planejamento nas ações de trabalho de várias equipes de saúde dos municípios do Estado do Maranhão ao trabalhar com apoiadora matricial, a autora auxiliava gestores e profissionais de saúde no planejamento das atividades de Educação Permanente e nos estudos das situações e problemas vivenciados pelos atores envolvidos no seu território.

Constatou-se na prática e ouviu sobre os “benefícios” e os resultados, que influenciaram nos processos de trabalho, tendo como consequência a melhoria da qualidade da atenção à comunidade pelas diferentes ferramentas de saúde.

Como profissional participante ativo de reuniões, conferências, capacitações, palestras e do trabalho no dia a dia da Estratégia Saúde da Família ao longo desses vinte anos na Atenção Básica percebem-se avanços e desafios. Acredita-se que a ferramenta PMAQ-AB, que visa a consolidação da AB com a melhoria do acesso e da qualidade a população, deve ser permanente, com repasse de recursos financeiros para ajudar na infraestrutura, nos processos de planejamento, gestão e consolidação da melhoria no cuidado.

Os estudos sobre planejamento da saúde na Atenção Básica no setor de saúde pública não são abundantes e, particularmente no Brasil, existem poucas publicações, mostrando-se um tema que carece de discussões mais profundas, onde pontos de relevância precisam ser abordados. Essa dissertação visou também diminuir esta carência, abrindo espaço para estudos mais abrangentes sobre o planejamento das ações em saúde e a relação com a organização do processo de trabalho das EAB.

Sob esses aspectos o presente trabalho acadêmico tem como objetivo analisar o planejamento das ações em saúde no processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica na região Nordeste do Brasil, ampliando conhecimentos acerca do PMAQ-AB, possibilitando reflexões sobre os desafios referentes ao processo de trabalho em saúde dessas equipes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o planejamento das ações em saúde no processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica na região Nordeste do Brasil.

2.2 Específicos

Estimar a proporção das Equipes da Atenção Básica que executa as ações de planejamento no Nordeste do Brasil;

Identificar se as Equipes de Atenção Básica realizam autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento dos indicadores para o processo de planejamento das ações;

Identificar os instrumentos utilizados na autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento das ações;

Identificar os atores que apoiam o planejamento e organização do processo de trabalho das equipes;

Analisar iniquidades intrarregionais na utilização de ferramentas para o planejamento das ações em saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Básica / Política Nacional de Atenção Básica

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde tanto no âmbito individual quanto no coletivo, abrangendo diversos pontos como a promoção e a proteção da saúde, incluindo-se também a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, bem como a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Esses aspectos de abrangência constituem o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas observando variáveis determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b).

Desenvolvida com alto grau de descentralização, a AB agrega os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, configurando sua base de orientação, e considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012b).

Para o alcance do objetivo de saúde integral em suas ações, a Atenção Básica apropria-se de tecnologias de cuidado complexas e variadas para auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Para tanto, considera os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e ética, de forma que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos, conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Além dos diversos formatos de Estratégia de Saúde da Família, são destacados a inclusão de Educação na AB para a população de rua (Consultórios na Rua), a ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Foram simplificadas e facilitadas as condições para que sejam criadas Unidades Básicas de Saúde Fluviais e Estratégias de Saúde da Família para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012b).

Sales (2013, p. 49) assevera que a nova política articula a Atenção Básica com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de

promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola”, ou seja, de acordo com as indústrias e escolas, para uma alimentação mais saudável.

Somam-se ainda às equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar, o Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação que apontam para a ampliação da resolubilidade da Atenção Básica e para a continuidade do cuidado de usuários que necessitam de atenção especializada.

Em 2012, essa iniciativa se constituiu de mais de 3 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas e mais de 20 mil reformadas, ampliadas e informatizadas em parceria com estados e municípios. O Governo Federal investiu 3,5 bilhões de reais para modernizar e qualificar o atendimento à população, com a construção de Unidades Básicas de Saúde mais amplas, com melhores condições de atendimento e trabalho, reformas, ampliação e informatização das já existentes (BRASIL, 2012b).

Nesse sentido, a AB tem buscado cumprir um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS porque, além de estabelecer relações contínuas com a população, também se desenvolve por meio de um trabalho em equipe que enfatiza práticas democráticas e participativas; assim, o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica envolve tanto a programação e implementação das suas atividades de acordo com as necessidades de saúde da população, como também o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, conforme ações preconizadas pelo sistema.

3.1.1 A Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica é uma estratégia fundamental na construção do SUS, visa à melhor organização dos serviços de forma descentralizada, respeitando as características das diferentes regiões do país. E tem por objetivo, em cada local, conferir mais autonomia aos gestores e trabalhadores da saúde para, junto com a população, conhecer a realidade e, a partir desse conhecimento, planejar, implementar e gerenciar programas de saúde que respondam, com eficiência e eficácia, aos problemas e às demandas identificadas em cada local (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

A institucionalização dessa política ocorreu por meio da Portaria Ministerial nº 2488, de 21 de outubro de 2011, que definiu a Atenção Básica como primeiro ponto de Atenção à Saúde e a principal porta de entrada do SUS. Deve estar articulada com toda a rede de Atenção à Saúde. É esperado por seus formuladores que esta norteie os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011b).

A PNAB tem configurada a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB, em todos os lugares do país pactuados pela tríade, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2012c).

A linha do tempo revela a ESF como programa focal de Atenção Básica a populações com vulnerabilidades do Nordeste brasileiro em 1994. Sendo que, em 1998, foi reformulada no sentido de ser a estratégia de reorganização da AB e de todo o sistema público de saúde (CONIL, 2008; BRASIL, 1994; BRASIL, 1997).

Sarti (2015) elenca que vários trabalhos discutem alguns nós críticos para a ESF atingir seus objetivos, permeados por problemas relacionados à articulação do trabalho em equipe, no compartilhamento de ações e saberes, e ainda busca de ações que reflitam, sobre os condicionantes sociais de saúde, a falta de planejamento das ações locais utilizando ferramentas de diagnóstico situacional e monitoramento da situação de saúde adscrita, articulando-os com os sistemas de informações. E a necessidade da constituição de vínculo com os usuários. Além da articulação com redes de saúde ainda ser incipiente.

Conforme o Ministério da Saúde (2007):

Para consolidar o Programa de Saúde da Família como uma política reordenadora da atenção primária no país, em 2006, o programa passou a ser uma “Estratégia de Atenção”, chamada Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, a partir de então, passou a contar com o suporte atual da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012b), a qual foi possível mediante “processo que agregou os atores políticos dos diversos municípios, estados e federação” (BRASIL, 2007a, p.68).

A nova Política Nacional de Atenção Básica atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na

ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e na coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção (BRASIL, 2012b).

3.2 PMAQ-AB

Como expressam Santos et al. (2014) na busca pela consolidação da Atenção Básica, o MS adota diretrizes de monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, como ato para garantir o acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população.

Entre os muitos esforços empreendidos em iniciativas para promover à população do país, a exemplo do acesso com qualidade aos serviços de saúde e o fortalecimento do SUS nos diversos contextos existentes em todo território brasileiro, a implementação do PMAQ-AB traz em sua essência as perspectivas de promoção de melhorias do processo de trabalho e da assistência à saúde através de conjunto de metas estabelecidas para que sejam alcançadas pelas equipes da ESF. Os autores complementam o tópico quanto ao intuito da instalação desse novo processo na busca de melhores serviços na saúde, que

o programa tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (SANTOS et al., 2014, p. 309).

Conforme Pinto, Koerner e Silva (2012), destacam as várias políticas financiadas da PNAB, tais como Programa de Requalificação das UBS; criação do novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); estratégia e-SUS Atenção Básica; Programa Telessaúde Brasil Redes; própria Portaria da atual PNAB; reestruturação do Programa Saúde na Escola; criação do Programa Academia da Saúde; nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política de Educação Permanente do SUS para os profissionais da AB; Plano Nacional de Educação Médica; Programas de Valorização e Atenção Básica; Programa Mais Médicos, e o PMAQ-AB.

De acordo com o DAB do Ministério da Saúde, o PMAQ-AB está organizado em quatro fases que, em conjunto, complementam um ciclo contínuo de

melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, como pode ser observado no Quadro 1:

Quadro 1 – Fases do PMAQ-AB

Adesão e Contratualização	Contratualização - de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais. Pactuação - local, regional e estadual e a participação do controle social entre EAB/gestores municipais e o Ministério da Saúde.
Desenvolvimento	Conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Organização em quatro dimensões contínuas e sistemáticas: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional.
Avaliação Externa	Conjunto de ações realizadas pelas Instituições de Ensino e Pesquisa para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ-AB.
Recontratualização	Processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

Fonte: Brasil (2013a) Adaptado pela autora

Sob estas fases, o PMAQ-AB se apresenta como uma potência, como tal foi planejado, para tratar de questões como dificuldade de fixação de alguns profissionais, inclusive médicos, a insuficiência e o mau uso dos recursos públicos, como também a não consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e os processos de trabalho em desacordo com os princípios da AB, possibilitando sanar algumas destas questões (SANTOS et al., 2014).

Com a adesão ao PMAQ-AB, o município passou a obter 20% do componente de qualidade do Piso da Atenção Básica¹ PAB-variável por equipe da Atenção Básica. Cabe ressaltar que, quando é realizada a Avaliação Externa e

¹ A Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB 96) estabeleceu como uma das formas de repasse de recursos aos municípios o Piso da Atenção Básica (PAB), que possui dois componentes: um fixo (PAB fixo) e um variável (PAB variável). Através do PAB variável, alguns programas e ações passaram a ser incentivados financeiramente, como é o caso da ESF (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

concluída a certificação, esse percentual, a depender do desempenho alcançado por cada Equipe de Atenção Básica, poderá ser interrompido, no caso de desempenho insatisfatório, permanecer em 20% ou subir para 60%, chegando a 100% (BRASIL, 2012a).

Pinto, Sousa e Ferla (2014) referem que, com a adesão, o município necessita implantar e/ou qualificar os padrões de qualidade formulados no programa, como também adequar-se às exigências de informação e monitoramento e desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes em todas as ações e fases do programa. Ressaltam os autores que a mudança do modelo da PNAB passou a ser o PMAQ-AB, por ser um programa que se articula com diversas dessas iniciativas, estabelecendo uma relação de “síntese e sinergia com quase a totalidade delas”.

No plano de macropolítica, o PMAQ-AB representa um grande esforço do MS quanto ao processo avaliativo. Cabe ressaltar Minayo (2006, p. 23), quando afirma que, para obter sucesso, “a avaliação precisa ser valorizada como processo de aprendizagem, que pode subsidiar pessoas, organizações e grupos sociais em escolhas mais consistentes em relação aos rumos e iniciativas”.

Nesse sentido destaca-se a importância da Avaliação Externa que consiste em um levantamento que possibilita diversas iniciativas como são expostas pelo MS, assim:

A avaliação externa consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica participantes do programa. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica. O processo de avaliação externa, também, possibilita:

- a) Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão;
- b) Fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores;
- c) Subsidiar a reconstrução das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades;
- d) Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;
- e) Conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis;
- f) Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013a, p. 8).

O Ministério da Saúde conta com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) para a realização da avaliação externa, a organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo também a seleção e capacitação das equipes de avaliadores da qualidade, de acordo com as diretrizes traçadas. Ressaltam Fausto e Fonseca (2013, p. 24) que “cabe ao Ministério da Saúde, de posse dos dados coletados, proceder a avaliação de desempenho das equipes participantes, segundo metodologia definida pelo Programa”.

Gomes, Barbosa e Ferla (2016, p. 28) expõem diversos aspectos sobre o PMAQ-AB e fazem referência que a cada ciclo do programa, nos períodos de criação ou revisão do instrumento, os quais ocorreram o primeiro se deu entre 2011 e 2012, o segundo, entre 2012 e 2013, e o terceiro, entre 2014 e 2015, foram realizadas várias reuniões e oficinas cujo objetivo teve-se em produzir, debater o consenso dos padrões de qualidade que fazem parte do programa.

Acrescentam ainda os autores que a utilização de tecnologia pelo programa permitiu que diversas informações fossem mais rapidamente analisadas facilitando que resultados pudessem ser divulgados numa escala de tempo muito menor. Também o acompanhamento sistemático das avaliações realizadas em todo o país e possíveis negociações pelos envolvidos no projeto nas IEP's e por gestores do SUS, o que reflete que o PMAQ-AB é extremamente importante no crescimento a cada ciclo, considerando o elevado número de equipes já avaliadas.

Notificam Gomes, Barbosa e Ferla (2016, p. 28) que a construção do PMAQ-AB envolveu diversos atores como gestores do SUS, acadêmicos, trabalhadores da AB, com perspectivas e entendimentos distintos sobre acesso e qualidade na ABS, avaliação em saúde e demais assuntos específicos que vieram à tona em inúmeras ocasiões. E que a construção do instrumento de avaliação, a realização da avaliação externa incluindo o maior número de visões e opiniões podem fomentar uma cultura de negociação que propicie a implicação dos atores envolvidos. Por consequência, criar objetivos comuns, bem como a responsabilização dos indivíduos, a credibilidade e o reconhecimento dos resultados, bases na construção de uma série de consensos entre diversos atores.

3.3 O Trabalho em Saúde

A categoria “trabalho” entendida como um processo, significa entender as representações dos distintos atores acerca de seus elementos constituintes. Para Ribeiro e Mota (1996) os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que são realizadas são coerentes com essas visões.

O processo de trabalho em saúde possui a dimensão microscópica do cotidiano do trabalho, ou seja: a dinâmica dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Pela ação do trabalho, ocorre não só uma transformação do objeto no qual incide a ação do trabalhador, mas também dele próprio neste contexto (MENDES, 1994).

Para Franco e Mehry (2008) o trabalhador de saúde é sempre coletivo, ou seja: o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde. O debate em torno do processo de trabalho tem-se mostrado extremamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, de sua potência transformadora.

O trabalho em saúde não pode ser capturado pela lógica dos saberes estruturados aponta Merhy e Feuerwerker (2009), visto que o objeto produzido depende do “trabalho vivo”, isto é, o trabalho no momento em que é produzido. Neste contexto, os autores apresentam uma classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: tecnologias dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura refere-se a instrumental e equipamentos para tratamentos e exames como também a organização das informações. A leve-dura refere-se aos saberes profissionais relativos à clínica, a epidemiologia e por fim, a tecnologia leve refere-se ao trabalho em saúde em si, trata da relação profissional/usuário, produção de vínculo e acolhimento. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

Um processo de trabalho, baseado nos princípios da integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade amplia as interfaces do planejamento das ações de saúde e coloca novos desafios no plano das competências.

É importante, conforme Campos (2007), ao serem utilizadas essas tecnologias, levar-se também em consideração o núcleo de competência de cada

profissional. Nesse sentido, os conceitos de Campo (saberes comuns a diversas profissões) e Núcleo (saberes de responsabilidade específica de cada profissão) são úteis para articular a complexidade do atendimento das necessidades de saúde, já que se sabe que toda a equipe de trabalho deve possuir conhecimento sobre os princípios básicos do SUS e das diretrizes que norteiam a ESF como a humanização do atendimento, a responsabilização e o vínculo dos profissionais com os usuários e as famílias.

No âmbito da atenção primária, a grande inovação da ESF é justamente destacar a reorganização das práticas baseada no trabalho em equipe multiprofissional como um dispositivo para alcançar uma abordagem integral do cuidado em saúde, entendendo-se que essa forma de trabalho representa melhor qualidade de serviços prestados no setor.

Embora, Vilela e Mendes (2003) tragam como usual o termo multidisciplinaridade nos processos de trabalho em saúde, o que se almeja é a interdisciplinaridade, já que acontece a partir da constatação de que nenhuma disciplina estanque ou autônoma dos profissionais de saúde possui a totalidade dos saberes ou competências suficientes para resolver as demandas de saúde de uma população.

Conforme esses autores, o reconhecimento da necessidade da interdependência possibilita a aproximação ou estreitamento entre as partes, a partir de um trabalho coletivo que compartilha saberes, construindo junto teorias, conceitos e abordagens para incluir a complexidade que envolve o processo saúde/doença. Resulta em enriquecimento recíproco e na intertransformação de conceitos, embora não isento de conflitos entre atores sociais² e categorias distintas em situações de poder compartilhado.

Além da multi e interdisciplinaridade, existe ainda a transdisciplinaridade, que pode ser entendida como a integração das disciplinas de um campo particular para uma premissa geral compartilhada. É estruturada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, com a coordenação assegurada pela finalidade comum e tendência a horizontalização das relações interdisciplinares. A inter e a transdisciplinaridade surgem como um meio de superar o isolamento das disciplinas,

² Autor social pode ser uma pessoa ou um coletivo de pessoas que, atuando em uma determinada situação, será capaz de transformá-la (Matus, 1993).

sendo uma ferramenta que deve nortear o trabalho multiprofissional (VILELA; MENDES, 2003).

Segundo Pasche (2010), horizontalizar o poder, ampliar a inclusão de sujeitos na gestão e na clínica e construir corresponsabilização não são atos do acaso, mas uma das medidas concretas para a construção de uma gestão democrática e compartilhada que se dá a partir do desenvolvimento de um trabalho em equipe.

Para Sarti (2015), é necessário aprofundar o conhecimento sobre o processo de trabalho na AB, pois as ações para a organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma Equipe na Atenção Básica, constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS.

A discussão do processo de trabalho em saúde remete, necessariamente, à discussão da prestação de serviços, porque é disso que trata o trabalho em saúde. Campos, Faria e Santos (2010) ressaltam que é uma prestação de serviços com uma característica muito especial em que o objeto do trabalho da equipe é outro sujeito (ou a modificação do estado ou condição de um outro sujeito) que participa não apenas fornecendo informações, mas também executando ações, ou seja, é também um sujeito da ação.

Peduzzi et al. (2011) afirmam que, dos valores compartilhados nos serviços de saúde, ainda prevalecem a cultura da fragmentação, relações hierárquicas de poder, atuação profissional individualizada. Entretanto, também estão presentes, nesse contexto, traços positivos que podem ensejar a mudança almejada, como os valores de integração, a horizontalidade das relações e o trabalho em equipe.

Uma das características do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica é:

Participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando a readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2011b, p. 11).

Para Merhy e Feuerwerker (2009), a mudança para um processo de trabalho em saúde de forma eficaz só será possível quando os profissionais

realizarem ações flexíveis, atuando ao mesmo tempo em suas próprias áreas, e executando ações comuns, estabelecendo diálogos e ampliando a definição de tarefas através de pacto construído na própria equipe. As atividades específicas e as comuns compõem o planejamento das ações construído pelas EAB.

3.4 Planejamento

O planejamento é uma atividade que, através do ambiente de uma organização, cria a consciência de suas oportunidades e ameaças para o cumprimento de sua missão e estabelece o propósito de direção que a organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades e evitar os riscos, como esclarece Almeida (2003). Entre outros teóricos, como Maximiano (2004), o planejamento é a capacidade de projetar e selecionar estratégias para a realização dos objetivos organizacionais, mostrando como evoluir da situação atual até uma situação desejada.

Para Johnson, Scholes e Whittington (2007) é um curso de ações com vistas a garantir alcance de objetivos traçados, o que envolve estratégias cujo desenvolvimento implica na mudança das capacidades, um melhor ajuste das oportunidades proporcionadas em ambiente diversificados e mutantes devido as circunstancias internas e externas de um sistema.

Sob a ótica de Tarabay et al. (2010) o planejamento consiste em uma programação projetada para o futuro em que os objetivos são definidos, as estratégias são estabelecidas e os recursos alocados visando a sua implementação. Analisam os autores que a parte analítica recebe o nome de estratégias e o processo pelo qual os administradores formulam as mesmas tem sido chamado de planejamento estratégico.

Barros e Fishmann (2007) afirmam que estabelecer estratégias em um planejamento significa absorver as aprendizagens dos dirigentes, conhecer suas experiências pessoais e de outros em conjunto, como dados obtidos por pesquisas ou por outros meios, em que são sintetizados na visão da direção a ser seguida.

Com fundamento no exposto, Lanzoni et al. (2009, p. 431) apresentam o conceito de planejamento definido por diversos autores como:

um instrumento de gestão, que permite administrar o processo de trabalho da organização e, ao mesmo tempo, incorporar novas formas de pensar e agir. Quando se agrega ao planejamento a qualidade de instrumento de gestão, é possível compreender que sua dinâmica administrativa corrobora o maior controle do futuro, a partir da tomada de decisão. Nos sistemas planejados, é possível prever e detectar problemas futuros a partir do presente e do passado, aliando aos serviços o caráter preventivo das decisões.

Segundo Paim (2008), o planejamento também é um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem, e para quê.

Conforme Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social. Como instrumento administrativo e de políticas de governo, seu prestígio passou por vários períodos de altos e baixos, inclusive no setor da saúde.

Segundo Chorny (1998), planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro.

Com isso, o planejamento deve ser feito pelos atores envolvidos na ação, e a figura do “planejador”, hoje em dia, deve ser considerado como a de alguém que atua como facilitador do processo. Cada vez mais as organizações se dão conta de que é perfeitamente possível apropriar-se dos conceitos e ferramentas do planejamento, bem como das vantagens decorrentes do envolvimento das pessoas nesse processo (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Dessa forma, o planejamento possibilita aos agentes refletir sobre as ações, analisar de forma sistemática as organizações e pensar estrategicamente, representando, portanto, um processo essencial na gestão eficiente, uma vez que por seu intermédio é possível analisar o ambiente, definir o que se pretende e como alcançar o que se pretende. Além disso, ele é considerado como um processo essencial de uma gestão moderna e eficiente. Planejar é promover o desenvolvimento institucional, possibilitar aos agentes reflexões sobre as ações e análise sistemática da organização (MEDEIROS; BORGES, 2007).

Ações de planejamento possibilitam a mudança organizacional e o processo de reformulação das práticas de saúde.

Para que isso aconteça o planejamento, conforme Tancredi, Barrios e Ferreira (1998, p. 16) pode ocorrer em três níveis, segundo o grau de complexidade do processo de tomada de decisões:

- a) planejamento normativo ou de políticas: é destinado a promover mudanças sociais deliberadas ou pretendidas projetadas para o futuro. Como é possível perceber, nesse nível de planejamento será necessário lidar com os distintos interesses de diferentes atores sociais e sua postura em relação ao plano, de oposição, indiferença ou adesão.
- b) planejamento estratégico: indica os meios – estratégias – pelos quais se julga que seja possível atingir as metas desejadas de médio e longo prazo; define a estrutura sistêmica para a ação organizacional e as medidas de efetividade – indicadores – para análise dos resultados.
- c) planejamento tático/operacional: refere-se ao desenvolvimento de ações (planos) que permitam organizar a execução das estratégias planejadas em outro nível de planejamento. Indica como “colocar em prática” as ações previstas.

O ato de planejar permite a avaliação da situação como um todo, aumentando a possibilidade de prever as dificuldades e os modos para superá-las. O planejamento aumenta a compreensão do trabalho a ser realizado, enseja ver sua complexidade e suas dependências. Também é facilitador da comunicação grupal, pois expõe o papel de cada um dos atores envolvidos no processo, o que cada um pensa e qual será o modo de ação, gerando assim compromissos e responsabilidades mútuas (MEDEIROS; BORGES, 2007).

Para Campos, Faria e Santos (2010) a riqueza do planejamento está no processo de análise e discussão que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível e ao estabelecimento dos objetivos e programas de trabalho. Adotado como prática social, envolvendo uma ampla gama de atores da sociedade civil, o planejamento participativo exerce um forte poder de aglutinação de pessoas e grupos, os quais passam a compreender e conviver com os anseios dos outros atores sociais. A negociação entre grupos torna-se mais fácil e o compromisso de todos com a concretização dos ideais fica muito ampliada.

3.4.1 Planejamento em Saúde

O desafio representado pela implementação do SUS exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde das comunidades e a definição de intervenções eficientes e

eficazes. Uma dessas ferramentas é, sem dúvida alguma, o planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O fato é que, na área de Saúde, a organização e o fortalecimento do Movimento pela Reforma Sanitária, que viria a se consolidar na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e com a incorporação dos seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988, com base das Leis orgânicas do SUS, aprovadas em 1990³, configuram-se numa situação bastante favorável ao desenvolvimento do planejamento em saúde nas organizações públicas, quer no que diz respeito à incorporação das concepções e métodos para a formulação de políticas, planos e projetos, quer no que diz respeito à disseminação de métodos, técnicas e instrumentos de programação de ações e serviços de saúde em vários níveis de complexidade organizacional (TEIXEIRA, 2010).

No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade do planejamento torna-se premente. Acresce-se a isso o fato de lidarem com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes (PAIM, 2008, p. 767).

Apesar das dificuldades enfrentadas, Teixeira (2010) relata que, para a efetiva institucionalização do planejamento na cultura organizacional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e até mesmo no âmbito do Ministério da Saúde, instituições marcadas pelo patrimonialismo, clientelismo e amadorismo gerencial em muitos setores, as concepções e propostas metodológicas do planejamento em saúde passaram a ser difundidas, experimentadas, criticadas e aperfeiçoadas, notadamente a partir da intensificação do processo de construção do SUS, através da implementação da Municipalização das ações e serviços de saúde.

Quando se planeja alcançar objetivos complexos e de forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersetorialidade), torna-se ainda mais evidente, o quanto é importante planejar. Chorny (1998) refere que planejamento não é fazer plano e, segundo Matus (1993): “o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento. ” Funciona

³ O planejamento é instrumento resultante de seu processo, como planos e relatórios - é o objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, sendo destacadas as Leis 8080/90 e 8142/90 (TEIXEIRA, 2010).

como um instrumento para, em determinados momentos, permitir o compartilhamento e/ou a negociação dos projetos elaborados.

De acordo com Teixeira (2010) o processo de planejamento em saúde implica o desenvolvimento de dois momentos articulados: formulação da Política (construção da Agenda estratégica) contendo a identificação dos Problemas prioritários de alcance geral (sistêmicos) e elaboração do Plano propriamente dito. O desenvolvimento desse processo no âmbito do SUS pressupõe a definição da base territorial e o reconhecimento da existência das diversas esferas de gestão, por conta do modelo macro-organizacional que contempla, como se sabe, os níveis federal, estadual e municipal.

A construção da Agenda estratégica corresponde ao que Matus (1993) considera um “programa direcional”, ou, na terminologia mais utilizada no Brasil, a “Política”, documento de orientação e monitoramento do processo de planejamento das ações de saúde que venham a se desenvolver em nível nacional e em cada um dos estados e municípios, correspondendo, portanto, à Política Nacional de Saúde, à Política Estadual de Saúde e à Política Municipal de Saúde.

Para isso, há que se tomar como ponto de partida a Análise da Situação de saúde da população, enfatizando-se que o processo de planejamento deve contemplar a definição e objetivos relativos à melhoria das condições de vida e saúde, expressas através da alteração dos indicadores epidemiológicos e sociais (TEIXEIRA, 2010).

Dessa forma, as atividades de avaliação servem para alimentar os processos de planejamento e de decisão nas instituições. Retroalimentam-se com informações que permitem os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos pretendidos e/ou mudanças de caráter mais estratégico, de mais profundidade, nos projetos ou processos avaliados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2005, p. 20).

Nesse sentido, avaliação é uma ferramenta de planejamento e gestão, e está a serviço dos gestores, profissionais de saúde para apoiar o processo de

tomada de decisão, é fruto de um processo de negociação entre os atores envolvidos, devendo ser elaborado de modo integrado intra e intersetorialmente. Toda informação produzida, no âmbito da avaliação, deve servir para tomada de decisão e para a realização e ações de acordo com a mesma. Cumpre o sistema ser desenvolvido em uma lógica de cooperação técnica junto às unidades, para isso a avaliação tende a ser um processo permanente.

O PMAQ-AB apresenta dentre outros objetivos o de institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica no SUS (BRASIL, 2013a).

Entende-se por monitoramento:

como parte do processo avaliativo que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e estão tendo os resultados esperados (BRASIL, 2005, p. 20).

A avaliação e o monitoramento têm sido cada vez mais considerados práticas úteis na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Esforços consideráveis têm sido empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de induzir a institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação na Atenção Básica por parte dos estados e municípios para auxiliarem no planejamento das ações dos serviços (BRASIL, 2005).

Para consolidar a cultura de planejamento de forma transversal nas três esferas de governo foi criado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) como uma iniciativa da Coordenação de Planejamento e Orçamento da Secretaria Geral do Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Essa revisão das diretrizes do planejamento veio em um momento em que reformas institucionais estavam sendo implementadas, por meio do Pacto pela Saúde, com redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social (BRASIL, 2009).

Os objetivos do PlanejaSUS são o de pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS, formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores,

promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS. Além de monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados (BRASIL, 2006).

Os instrumentos básicos do PlanejaSUS, definidos a partir desta perspectiva, são (BRASIL, 2009):

- a) Plano de Saúde (PS): produto de um processo de planejamento que, geralmente, inclui a realização de uma análise da situação de saúde da população de uma determinada área, o estabelecimento de objetivos e metas a alcançar com relação ao enfrentamento dos problemas priorizados, a especificação das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos e os recursos que serão empregados neste processo.
- b) Programação Anual de Saúde (PAS): o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no plano de saúde.
- e c) Relatório Anual de Gestão (RAG): o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Além desses instrumentos, configuram-se eixos prioritários para a aplicação de recursos (investimentos): o estímulo à regionalização e os investimentos para a Atenção Básica. No contexto da regionalização, define que os principais instrumentos de planejamento para tanto são o PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programação Pactuada e Integrada), a qual deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão, através do qual vêm se fortalecendo as equipes técnicas das Secretarias Estaduais envolvidas com o processo de planejamento, programação e avaliação do sistema (BRASIL, 2009).

Embora as Estratégias de Saúde das Famílias gastem significativo percentual do seu tempo produzindo dados e alimentando sistemas de informação, a avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes ainda não foram incorporados como atividade sistemática e cotidiana. Uma das dificuldades é porque se entende como algo que deve acontecer após a definição das intervenções, para ver os resultados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No âmbito do SUS, resgatar ou construir a cultura de planejamento é, ao mesmo tempo, um avanço e um desafio.

3.5 Estudos sobre o planejamento no SUS/ AB

Para Ceccim e Merhy (2009), o interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu como decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Nessa perspectiva, a realização de campanhas sanitárias e posteriormente a elaboração de programas de controle de doenças podem ser consideradas atividades que já incluíam a prática do planejamento.

Conforme Teixeira (2010), na década de 70 ampliaram-se e diversificaram-se os debates em torno de concepções teóricas e propostas metodológicas da área de Planejamento em Saúde no âmbito acadêmico, processo que vinha desenvolvendo-se de forma incipiente em alguns poucos centros de pesquisa e pós-graduação os quais ganharam força na década de 80. Assim, estudos, cursos e investigações foram realizados por docentes da Escola Nacional de Saúde Pública, em interlocução com pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Subsidiaram processos de planejamento e programação de saúde durante toda a década de 80, cabendo destacar-se, inclusive, a experiência de implantação dos Distritos Sanitários, em que foi desenvolvido um processo de planejamento e programação que adotava o enfoque estratégico-situacional.

Através desse panorama o grupo do Laboratório de Análise e Planejamento do Departamento de Projeto da UNICAMP refletiu sobre a “Análise e co-gestão de coletivos”⁴ (CAMPOS, 2000), a “Micropolítica do trabalho em saúde”⁵ (MERHY, 1997) e a proposição de aplicação de uma “Tecnologia leve para o planejamento em saúde”⁶ (CECILIO, 1997). Os conceitos e métodos derivados desses estudos podem ser utilizados como referencial para a construção de

⁴ Proposta metodológica de organização do trabalho da gestão de modo a permitir maior eficiência e eficácia aos processos, utilizando o planejamento como instrumental com vistas a propiciar a construção de sujeitos livres e criativos num espaço democrático e participativo (CAMPOS, 2000).

⁵ Processo de institucionalização do planejamento das ações de saúde demandar a agregação de competências em análise institucional aos dirigentes e técnicos envolvidos na condução do processo (MERHY, 1997).

⁶ Mediar o caráter instrumental do planejamento e a necessidade de aproximá-lo ao cotidiano dos serviços de saúde por meio de uma simplificação dos percursos metodológicos (CECILIO, 1997).

processos de planejamento participativo que contemplem o envolvimento de atores políticos diversos, como gestores, profissionais e trabalhadores de saúde e representantes dos usuários.

Nessa perspectiva, incorpora o planejamento estratégico-situacional como parte da dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de atenção à saúde, privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços (CECIM; MERHY, 2009).

O processo de planejamento para a elaboração do Plano Estadual de Saúde (2008-2011) em Salvador utilizou o Planejamento Estratégico Situacional, que necessariamente não tem começo nem fim definidos, quais sejam (TEIXEIRA, 2010):

O momento explicativo onde ocorre a seleção e explicação dos problemas; o momento normativo, instância de desenho dos enfrentamentos aos problemas identificados, o momento estratégico, onde se discutem as possíveis restrições que pesam no cumprimento do desenho normativo considerando os recursos de poder político e econômico, bem como as capacidades organizacionais e institucionais; e o momento tático-operacional da ação propriamente dita (MATUS, 1993, p. 303).

Nessa experiência destacaram-se como facilidades: o estabelecimento de parcerias interinstitucionais que contemplam a execução de consultorias e o desenvolvimento de estudos e pesquisas com a finalidade de subsidiar o aperfeiçoamento da prática de planejamento em saúde. Como avanços, tem relevo: o reconhecimento de que o planejamento só se completa na “ação”, configurando-se como movimento processual de construção, capaz de impulsionar e redirecionar a elaboração do plano a todo o momento; a articulação entre elementos de planejamento e avaliação. As dificuldades de entendimento quanto às diferentes concepções sobre planejamento e sua apreensão pelos diversos atores institucionais e a convivência entre o “velho” e o “novo” no cenário político-institucional. Por fim, os desafios foram maior conscientização quanto à necessidade de escuta, perseverança, respeito ao pensamento e à construção coletiva (TEIXEIRA, 2010).

Para Campos, Faria e Santos (2010) um dos eixos da reflexão desenvolvida em todo o percurso dessa rica experiência vem sendo a análise da

pertinência da utilização do enfoque estratégico-situacional como ponto de partida para a recriação permanente da metodologia de planejamento em saúde.

O trabalho de Ceccim e Merhy (2009); Franco e Merhy (2008), os quais se vêm dedicando à questão da humanização das relações entre trabalhadores e usuários de serviços de saúde, privilegia, para além dos aspectos macro-organizacionais e gerenciais, o desencadeamento de mudanças nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde. Esses estudos podem servir como referencial para a implementação de processos inovadores na cultura organizacional da área de saúde, com a busca de autonomia criativa e superação das rotinas burocráticas que engessam o trabalho e limitam seu alcance social. Nessa perspectiva, apontam-se possibilidades de mudança em processos e práticas de planejamento nas instituições do setor.

É necessário problematizar os limites e discutir as possibilidades de institucionalização do planejamento como parte do processo de aperfeiçoamento das equipes de saúde da família.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades, poderá favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção. Assim, a gestão participativa, como resposta à diretriz da participação da comunidade no SUS, pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo na conquista do direito à saúde.

Em um estudo qualitativo realizado por Ribeiro et al. (2014), com algumas equipes da ESF de Teresina, foi identificado que o planejamento no contexto da Atenção Básica em Saúde é incipiente e não participativo independente da área (urbana ou rural), do tempo de implantação das equipes (recente ou antiga) e do modelo adotado Programa Saúde da Família (PSF) ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O planejamento exige, como pré-requisito, o diagnóstico comunitário de saúde, que é subutilizado no cotidiano de trabalho, apesar de os profissionais reconhecerem a sua importância. Observou-se que o nó-crítico que dificultou o processo de planejamento participativo foi o não oferecimento do treinamento introdutório na implantação das equipes. Isso pode ter potencializado a omissão da comunidade e a inexpressividade dos conselhos locais de saúde no exercício do controle social

O estudo de Ribeiro et al. (2014) expõe que o planejamento é voltado para curto prazo e que satisfaz as necessidades da demanda programática e

espontânea. Permanece ainda a lacuna em relação à saúde do homem, saúde do adolescente, atenção aos acamados, educação em saúde coletiva com grupos e realização de busca ativa nas atividades de vigilância epidemiológica. Outro entrave à integralidade da atenção está no encaminhamento dos clientes às especialidades, pois o fluxo dos encaminhamentos não está documentado em protocolos, o que faz com que os profissionais fiquem alheios, além de outras dificuldades, como tempo de espera para marcação de consultas e ausência de contrarreferência.

Betin (2012), em um estudo com ESF em um município do Rio Grande do Sul, observou que há grande rotatividade ou falta de profissionais nas unidades o que compromete a realização do planejamento. Há falta de um número satisfatório de profissionais qualificados, com perfil para atuar junto ao serviço e com capacidade de planejar ações em saúde. Além da falta de reconhecimento acerca da região e também das especificidades locais em torno da unidade. Foi observado também, em alguns relatos, que ainda falta melhor integração equipe/equipe e equipe/comunidade para que o trabalho possa fluir da melhor maneira, auxiliando assim, no planejamento e no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

No estudo descrito por Sarti et al. (2012), com 241 equipes de saúde de 46 cidades das equipes de saúde da família dos municípios do Espírito Santo foi retratado uma heterogeneidade e uma incompletude na implantação de processos de trabalho e ferramentas de planejamento. O estudo concluiu que pouco mais da metade das equipes analisadas (55%) trabalha com mapa da sua área de atuação e somente 28,5% diagnosticam os problemas, planejam as intervenções e realizam as ações de maneira integrada. Além disso, apenas 7% das equipes analisadas afirmaram reunir-se periodicamente com a comunidade para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados, demonstrando baixo nível de interação com a população e centralização da tomada de decisões.

Como potencialidades, essas equipes organizam o registro clínico por núcleo familiar e dispõem de mapas do território com informações abrangentes e relevantes, monitoram alguns processos e fluxos de trabalho no serviço, realizam reuniões de equipe com frequência e, em certa medida, se articulam com os movimentos organizados da comunidade para o planejamento das ações. Contudo, mostram dificuldades de se articularem ferramentas e ações coletivas para o planejamento e monitoramento das intervenções no contexto local (SARTI et al., 2012).

Nesse sentido as experiências demonstram que o planejamento vem-se constituindo em um espaço de inovação metodológica e organizacional, contemplando a incorporação e experimentação de técnicas e instrumentos e constitui-se em rico material para a reflexão em torno dos limites e potencialidades no processo de implementação das políticas de saúde no âmbito do planejamento das equipes de saúde da família.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo ecológico, cuja unidade de análise foi constituída por dados das Equipes de Atenção Básica agregados para o nível do município. O estudo é um recorte da pesquisa intitulada “Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de Saúde – PMAQ-AB”, foco resultado do Nordeste.

Os estudos ecológicos são aqueles nos quais a unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas que geralmente pertence a uma área geográfica definida (MEDRONHO, 2008).

Este estudo utilizou dados de dois tipos de inquéritos: o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 e o 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado no ano de 2012. A estratégia teórica-metodológica utilizada na orientação desse trabalho foi com enfoque para a análise do processo de trabalho em saúde.

O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística representou um retrato em extensão e profundidade da população brasileira e das suas singularidades socioeconômicas e, ao mesmo tempo, trouxe como deverá assentar-se todo o planejamento das ações públicas e privadas. O Censo, além de contar a população residente em uma data específica (01/08/2010) e definir a sua estrutura por sexo e idade, levantou inúmeras informações para se conhecer os padrões de fecundidade, mortalidade e migração (interna e externa) e inferir as transformações demográficas em curso, sua evolução e os impactos futuros sobre a população e sua composição. Tais informações são as bases para o desenho das políticas das áreas de saúde, previdência e educação da população em geral e de assistência a grupos específicos como mulheres, crianças, adolescentes e idosos (IBGE, 2010).

E o PMAQ-AB busca o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS (BRASIL, 2012a).

4.2 Local e População do Estudo

Esse estudo utilizou a base de dados obtida na pesquisa vinculada ao 1º Ciclo do PMAQ-AB colhidos nas Unidades Básicas de Saúde que aderiram a essa fase na região do Nordeste.

A região Nordeste tem 53.081.950 habitantes, concentrando 28% da população residente no Brasil. É composto por nove Estados brasileiros (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe). Com base no exposto tem-se na Figura 1 a região Nordeste, a terceira maior em extensão territorial, ocupando 18,2% de toda a área do país. No total, são 1.554.257 quilômetros quadrados, limitados pelas regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste e pelo oceano Atlântico (IBGE, 2010).

A análise por regiões retratou que o Nordeste ainda tem a maioria de seus municípios no grupo de Baixo Desenvolvimento Humano (61,3%, ou 1.099 municípios). Com maiores Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do país foram São Paulo (0,862) e Santa Catarina (0,847). Os Estados do Alagoas (0,631) e Maranhão (0,639) têm menores IDHM. Sendo os municípios do Maranhão em Fernando Falcão (0,443), e do Pará, em Melgaço (0,418), os piores do Brasil (PNUD, 2013).

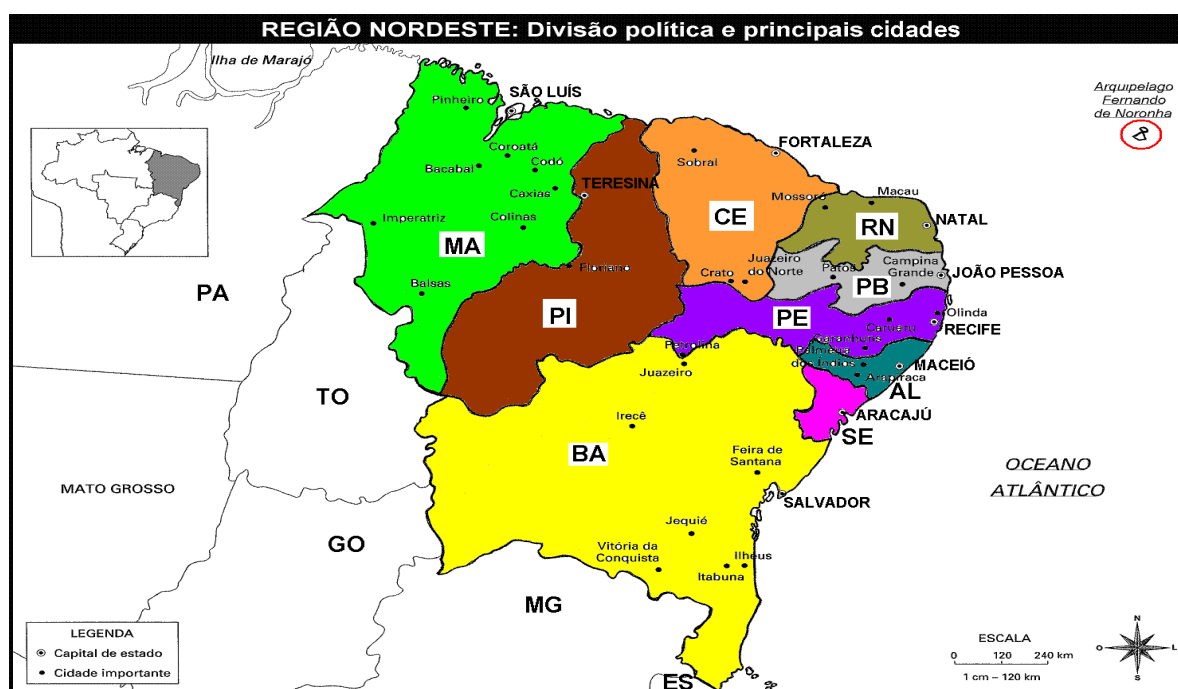


Figura 1 – Distribuição dos municípios da região Nordeste
Fonte: IBGE (2010)

Foram incluídas todas as Equipes de Atenção Básica que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ-AB e que receberam as equipes de avaliação externa. Sendo 1.269 municípios que integraram o estudo na região NE, com 5.559 equipes participantes.

A composição da ESF, de acordo com dados do MS de 2012, estava presente em 1.794 municípios, com 14.812 equipes de saúde implantadas, o que gerava uma cobertura populacional de aproximadamente 43 milhões ou 79,75% da população nordestina (BRASIL, 2012d).

4.3 Processo de coleta de dados

Para contemplar os objetivos propostos para este estudo foi realizado recorte de dados do banco nacional da pesquisa do PMAQ-AB. Foram dados obtidos em fontes secundárias no período de dezembro de 2015 a abril de 2016.

Os dados do 1º Ciclo contêm as respostas das Equipes de Saúde da Atenção Básica contratualizadas e foram obtidos com a utilização do Instrumento de Avaliação Externa: Saúde Mais Perto De Você (BRASIL, 2012a) aplicado por pesquisadores/professores das Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa (APÊNDICE A).

4.4 Instrumentos e Variáveis

4.4.1 Instrumentos

Os instrumentos utilizados na coleta da avaliação externa do inquérito do PMAQ-AB foram organizados em módulos sendo o Módulo I, referente à observação na Unidade Básica de Saúde, o Módulo II com a Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica, além da verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde. O Módulo III retratou a Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde. Por fim, o Módulo Eletrônico, que é composto por um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III (BRASIL, 2013b).

Para esta pesquisa deu-se ênfase ao módulo II, considerando-se a fase 3-Avaliação Externa pertencente ao 1º Ciclo do PMAQ-AB. Utilizou-se o banco de dados que está disponível no Portal do DAB na página do PMAQ, os dados encontram-se em domínio público, cujo endereço eletrônico é

<http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados=1_ciclo> (ANEXO A), com recorte privilegiado aos dados por Estados da região NE.

4.4.2 Variáveis e Indicadores

Para realizar a análise dos dados o estudo baseou-se na parte das variáveis retiradas do item II.9 que traz o Planejamento da Equipe de Atenção Básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe. Conforme apresentam-se no Quadro 2, totalizando 32 indicadores.

As variáveis estudadas focaram o planejamento das ações, processo de levantamentos de problemas, prioridades, plano de ação, resultados, metas, apoio da gestão, recursos, monitoramento e autoavaliação (ANEXO B).

Tais variáveis constam do **Instrumento de Avaliação Externa**: Saúde Mais Perto De Você-Acesso e Qualidade do- PMAQ- AB do 1º Ciclo que possui o Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde (BRASIL, 2012a).

Quadro 2 – Indicadores relacionados ao processo de trabalho das Equipes da Estratégia Saúde da Família do Brasil, 2012.

INDICADOR	CONSTRUÇÃO	FONTE ANO
% EAB que realiza ações de planejamento no município	$\frac{\text{EAB que realiza ações de planejamento no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	PMAQ-AB (DAB) / 2012
% EAB com documentos que comprovem o planejamento no município	$\frac{\text{EAB com documentos que comprovem o planejamento no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB que realiza processo de levantamento de problemas no município	$\frac{\text{EAB que realiza processo de levantamento de problemas no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB que elenca prioridades no município	$\frac{\text{EAB que elenca prioridades no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB que estabelece um plano de ação no município	$\frac{\text{EAB que estabelece plano de ação no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB que define resultados e metas para acompanhamento do plano no município	$\frac{\text{EAB que define resultados e metas para o acompanhamento do plano no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB que recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho no município	$\frac{\text{EAB que recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB que recebe apoio do Apoiador institucional no município	$\frac{\text{EAB que recebe apoio do Apoiador institucional no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB que recebe apoio dos Profissionais da vigilância em saúde no município	$\frac{\text{EAB que recebe apoio dos Profissionais da vigilância em saúde no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB que recebe apoio de Outros profissionais da gestão no município	$\frac{\text{EAB que recebe apoio de Outros profissionais da gestão no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB que recebe apoio de Outro(s) no município	$\frac{\text{EAB que recebe apoio de Outro(s) no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB em que a gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise de situação de saúde no município	$\frac{\text{EAB em que a gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise de situação de saúde no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB em que a gestão disponibiliza Painel informativo no município	$\frac{\text{EAB em que a gestão disponibiliza Painel informativo no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB em que a gestão disponibiliza Informativos epidemiológicos no município	$\frac{\text{EAB em que a gestão disponibiliza Informativos epidemiológicos no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	

Quadro 2 – Indicadores relacionados ao processo de trabalho das Equipes da Estratégia Saúde da Família do Brasil, 2012 (continuação).

INDICADOR	CONSTRUÇÃO	FONTE ANO
% EAB em que a gestão disponibiliza Informativos da Atenção Básica no município	EAB em que a gestão disponibiliza Informativos da Atenção Básica no município _____ Total de EAB no município	PMAQ-AB (DAB) / 2012
% EAB em que a gestão disponibiliza Sala de situação no município	EAB em que a gestão disponibiliza Sala de situação no município _____ Total de EAB no município	
% EAB em que a gestão disponibiliza Relatórios e consolidados mensais do SIAB no município	EAB em que a gestão disponibiliza Relatórios e consolidados mensais do SIAB no município _____ Total de EAB no município	
% EAB em que a gestão disponibiliza outro(s) documentos no município	EAB em que a gestão disponibiliza outro(s) documentos no município _____ Total de EAB no município	
% EAB com documento que comprove que a gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise da situação de saúde no município	EAB com documento que comprove que a gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise da situação de saúde no município _____ Total de EAB no município	
% EAB que realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde no município	EAB que realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde no município _____ Total de EAB no município	
% EAB que recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB no município	EAB que recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB no município _____ Total de EAB no município	
% EAB que realizou algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses no município	EAB que realizou algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses no município _____ Total de EAB no município	
% EAB com documento que comprove monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde no município	EAB com documento que comprove monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde no município _____ Total de EAB no município	
% EAB como instrumento/fonte utiliza o AMAQ no município	EAB como instrumento/fonte utiliza o AMAQ no município _____ Total de EAB no município	
% EAB como instrumento/fonte utiliza o AMQ no município	EAB como instrumento/fonte utiliza o AMQ no município _____ Total de EAB no município	
% EAB como instrumento/fonte utiliza o desenvolvido pelo município/equipe no município	EAB como instrumento/fonte utiliza o desenvolvido pelo município/equipe no município _____ Total de EAB no município	
% EAB como instrumento/fonte utiliza o desenvolvido pelo estado no município	EAB como instrumento/fonte utiliza o desenvolvido pelo estado no município _____ Total de EAB no município	

Quadro 2 – Indicadores relacionados ao processo de trabalho das Equipes da Estratégia Saúde da Família do Brasil, 2012 (continuação).

INDICADOR	CONSTRUÇÃO	FONTE ANO
% EAB como instrumento/fonte utilizada foram outros no município	$\frac{\text{EAB como instrumento/fonte utilizada foram outros no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	PMAQ-AB (DAB) / 2012
% EAB com documento que comprove a autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses no município	$\frac{\text{EAB com documento que comprove a autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB no qual os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe no município	$\frac{\text{EAB no qual os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB no qual a gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe no município	$\frac{\text{EAB no qual a gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	
% EAB no qual a gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ-AB no município	$\frac{\text{EAB no qual a gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ-AB no município}}{\text{Total de EAB no município}}$	

Fonte: Brasil (2013b) adaptado pela autora

4.5 Análise dos dados

Foram estimadas frequências absolutas e percentuais, bem como Intervalos de Confiança a 95% (IC 95%) para a realização das ações de planejamento no Brasil e Nordeste. Além disso, foi utilizado o teste Qui-Quadrado, adotando-se 5% de significância, para a estimativa das diferenças na realização de ações de planejamento entre os Estados do Nordeste.

Para as análises foram usados o software Stata, versão 12.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA) e o programa Microsoft Excel (2013). De forma a facilitar a compreensão foram confeccionados figuras e tabelas.

4.6 Considerações Éticas

A pesquisa faz parte do “Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde-PMAQ-AB”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas (CEP/UFPel), por meio do Ofício nº 38/12 em 10 de maio de 2012 (ANEXO C). A UFPel era a coordenadora do consórcio no qual a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) estava vinculada. O trabalho seguiu a Resolução nº 196/96, vigente na época, e a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

5 RESULTADOS

Em 1.269 (70,7%) municípios da região Nordeste quanto às ações de planejamento e organização do processo de trabalho (Figura 2), foram analisadas 5.559 (41,1%) EAB conforme Figura 3.

O Estado da BA (30,3%) apresentou o maior percentual dos municípios que aderiram ao PMAQ-AB. Por outro lado, o MA (1,8%) obteve menor número de municípios participantes (Figura 2). Os Estados com maior proporção de adesão das EAB foram BA (27,6%), PE (18,1%) e CE (16,3%) e os com menor foram SE (4,4%) e MA (2%) (Figura 3).

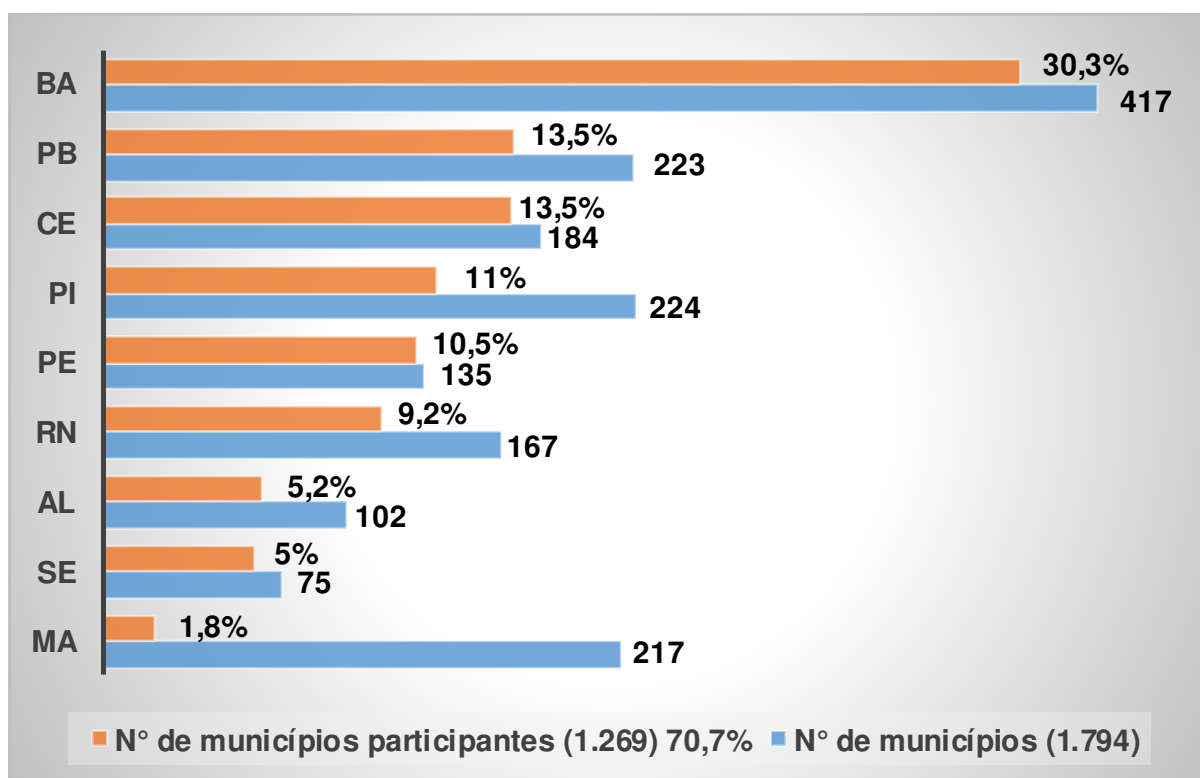


Figura 2 – Municípios participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB, por Estado da região Nordeste do Brasil, 2012
 Fonte: IBGE (2010); BRASIL (2015a)

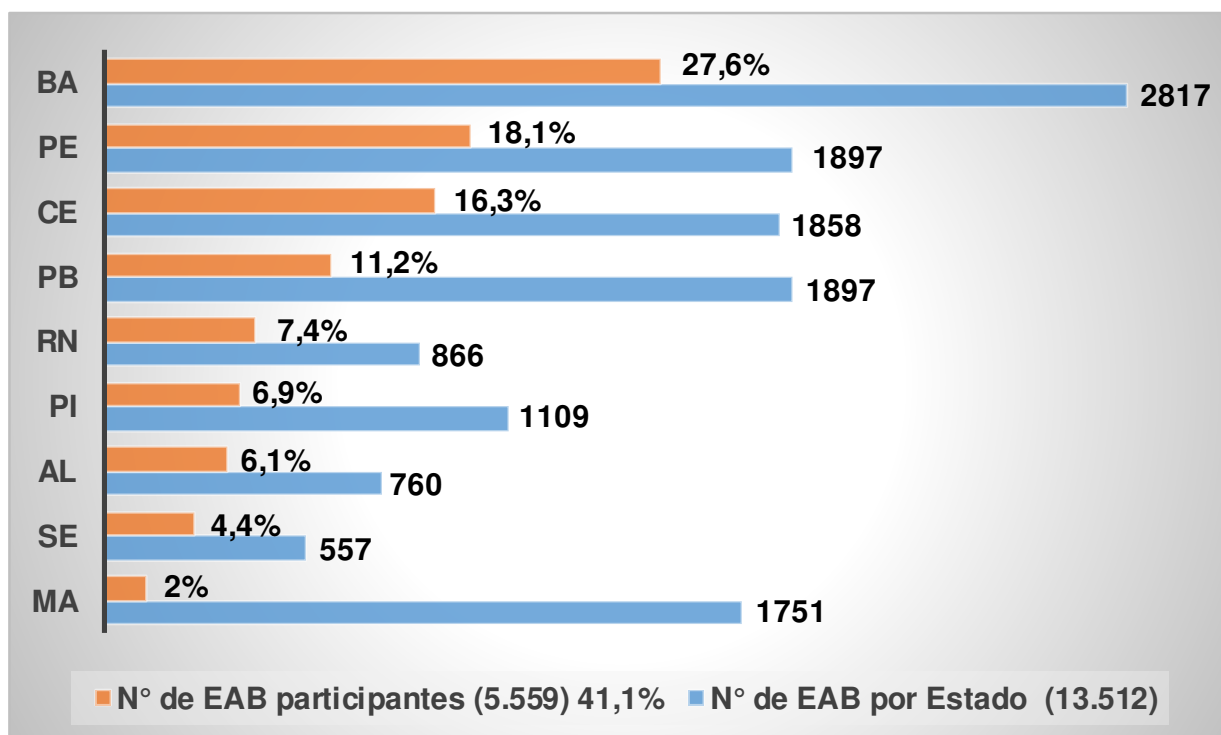


Figura 3 – Equipes de Atenção Básica participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB, por Estado da região Nordeste do Brasil, 2012
 Fonte: BRASIL (2012d); BRASIL (2015a)

Na região NE, 87,0% das UBS's realizaram atividade de planejamento nos últimos 12 meses. Entretanto, apenas 59,8% tinham documentos comprobatórios. No Brasil, semelhante ao do NE, (86,6%) realizava tais atividade, enquanto que 62,7% apresentaram comprovação através de documentos. Não houve diferenças entre o NE e o Brasil quanto à confecção de plano de ação e definição de resultados e metas para acompanhamento do plano. Por outro lado, a utilização dos resultados da autoavaliação na organização do processo de trabalho, foi maior no NE (80,8%) do que no Brasil (76,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Planejamento das ações nas UBS's do Brasil e região Nordeste, 2012

Ações de planejamento nas UBS	BRASIL	NE
	(n=17202)	(n=5559)
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Realizou atividade de planejamento nos últimos 12 meses	86,6 (86,1-87,1)	87,0 (86,0-87,8)
Tem documento que comprove	62,7 (62,0-63,4)	59,8 (58,5-61,1)
Confeccionou plano de ação	76,5 (75,9-77,1)	76,4 (75,3-77,5)
Definiram resultados e metas para acompanhamento do plano	67,9 (67,2-68,6)	68,4 (67,2-69,6)
Utilizou resultados da autoavaliação na organização do PT	76,8 (76,2-77,4)	80,8 (79,7-81,8)

UBS: Unidade Básica de Saúde. PT: Processo de Trabalho. PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. %: Frequência percentual. IC 95%: Intervalo de Confiança a 95%.

Fonte: Brasil (2015a)

O percentual de EAB que referiram realizar levantamento dos problemas (79,2%) e das prioridades (80,8%) no NE foi semelhante aos encontrados no Brasil (79,4% e 80,6%, respectivamente). Os demais indicadores, apontados na Tabela 2, foram menores no Brasil, quando comparados ao NE: monitoramento e análise dos indicadores (80,9% *versus* 82,9%); realização de autoavaliação nos últimos seis meses (81,7% *versus* 85,6%).

Tabela 2 - Autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento dos indicadores para planejamento das ações nas UBS's do Brasil e região Nordeste, 2012

Autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento dos indicadores	BRASIL	NE
	(n=17202)	(n=5559)
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Fez levantamento dos problemas	79,4 (78,8-80,0)	79,2 (78,1-80,2)
Elencou prioridades	80,6 (80,0-81,2)	80,8 (79,7-81,8)
Realiza monitoramento e análise dos indicadores	80,9 (80,3-81,4)	82,9 (81,8-83,9)
Realizou autoavaliação nos últimos seis meses	81,7 (81,1-82,2)	85,6 (84,6-86,5)
Tem documento que comprove	68,4 (67,7-69,1)	69,7 (68,5-70,9)

UBS: Unidade Básica de Saúde. %: Frequência percentual. IC 95%: Intervalo de Confiança a 95%.

Fonte: Brasil (2015a)

Os instrumentos mais utilizados pelas EAB nas UBS's para a autoavaliação no Brasil foram: Relatórios e consolidados do SIAB (75,2%), Informes epidemiológicos (67,9%) e Instrumentos que utilizou p/ autoavaliação (67,9%), como

o AMAQ, AMQ e instrumento desenvolvido pelo município ou pelo estado. No NE foram: Relatórios e consolidados do SIAB (76,7%), Instrumentos que utilizou p/ autoavaliação (73,3%) e Informes epidemiológicos (69,3%). Todos os percentuais foram maiores nas equipes do NE que aderiram ao PMAQ-AB, quando comparadas às de todo o país (Tabela 3).

Tabela 3 - Instrumentos utilizados na autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento das ações nas UBS's do Brasil e região Nordeste, 2012

Instrumentos utilizados	BRASIL	NE
	(n=17202)	(n=5559)
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Painel informativo	49,0 (48,2-49,7)	51,1 (49,8-52,4)
Informes epidemiológicos	67,9 (67,2-68,6)	69,3 (68,0-70,5)
Informativos da UBS	65,8 (65,1-66,5)	68,2 (66,9-69,4)
Sala de situação	22,8 (22,2-23,4)	34,7 (33,5-36,0)
Relatórios e consolidados do SIAB	75,2 (74,5-75,8)	76,7 (75,6-77,8)
Outros	2,6 (2,3-2,8)	1,8 (1,5-2,2)
Tem documento que comprove	73,3 (72,6-74,0)	73,7 (72,5-74,9)
Alguns instrumentos que utilizou p/ autoavaliação*	67,9 (67,2-68,6)	73,3 (72,1-74,4)
Tem documento que comprove	65,2 (64,4-65,9)	67,8 (66,6-69,0)

UBS: Unidade Básica de Saúde. SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica. %: Frequência percentual. IC 95%: Intervalo de Confiança a 95%.

*AMQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), Instrumento desenvolvido pelo município/ equipe ou Instrumento desenvolvido pelo estado.

Fonte: Brasil (2015a)

A maioria das EAB do Brasil (74,2%) e do NE (74,9%) referiu receber apoio ao planejamento e organização do processo de trabalho. Os menores valores foram para o apoio dado por profissionais de vigilância em saúde (32,1% para o Brasil *versus* 30,4% para o NE) e pelo apoiador institucional (48,4% *versus* 44,0%). Contudo, houve uma maior mobilização por parte da gestão. Os gestores apoiaram as EAB p/ ações do PMAQ-AB (91,4% *versus* 92,5%), disponibilizaram informações para análise da situação de saúde (86,8% *versus* 88,4%); para discussão do SIAB (76,6% *versus* 78,5%) e apoiaram a autoavaliação (77,5% *versus* 81,2%). Apoios dos profissionais de vigilância em saúde e dos apoiadores institucionais foram menos frequentemente referidos pelas EAB do NE do que pelas do Brasil; ao passo

que o apoio dos gestores foi significativamente mais referido pelas EAB do NE quando comparadas às do Brasil (Tabela 4).

Tabela 4 - Apoio ao planejamento e organização do processo de trabalho das equipes nas UBS's do Brasil e região Nordeste, 2012

Apoio ao planejamento e organização do PT das equipes	BRASIL (n=17202)	NE (n=5559)
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Recebe apoio p/ planejamento e organização do PT	74,2 (73,5-74,8)	74,9 (73,8-76,1)
Recebe apoio do apoiador institucional	48,4 (47,7-49,2)	44,0 (42,6-45,3)
Recebe apoio dos profissionais da vigilância em saúde	32,1 (31,4-32,8)	30,4 (29,2-31,6)
Recebe apoio de outros profissionais da gestão	50,0 (49,3-50,8)	52,3 (51,0-53,6)
Recebe apoio de outros	8,5 (8,0-8,9)	7,3 (6,6-8,0)
Gestor disponibiliza informações p/ análise de situação de saúde	86,8 (86,3-87,3)	88,4 (87,6-89,3)
Recebe apoio da gestão p/ discussão dos dados do SIAB	76,6 (72,6-80,6)	78,5 (77,4-79,5)
Recebe apoio da gestão p/ autoavaliação	77,5 (76,8-78,1)	81,2 (80,1-82,2)
Recebe apoio da gestão p/ ações do PMAQ-AB	91,4 (91,0-91,8)	92,5 (91,7-93,1)

UBS: Unidade Básica de Saúde. PT: Processo de Trabalho. SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica. PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. %: Frequência percentual. IC 95%: Intervalo de Confiança a 95%.

Fonte: Brasil (2015a)

Em relação às iniquidades intrarregionais, conforme Tabela 5, houve diferenças entre os Estados para a maioria dos indicadores analisados, exceto para três: realização de atividades de planejamento nos últimos 12 meses; realização de levantamento dos problemas e listagem de prioridades. O percentual de EAB que referiu confeccionar plano de ação foi menor em AL (69,3%) e maior em PE (79,7%).

A definição de resultados e metas para acompanhamento do plano variou de 54,3% (SE) a 74,2% (PE). A utilização dos resultados da autoavaliação na organização do processo de trabalho variou de 72% (PI) a 87,9% (RN). A realização de monitoramento e análise dos indicadores foi referida por 74,1% das EAB do SE e por 90,6% das de AL. Realização de autoavaliação nos seis meses anteriores variou de 76,8% (PI) a 93,7% (RN).

Poucas EAB referiram utilizar sala de situação, variando de 7,3% (PI) a 58,2% (CE); já os relatórios consolidados do SIAB foram os instrumentos mais referidos, variando de 68,8% (PB) até 85,9% (CE). A presença de apoiadores

institucionais foi menor nas EAB do SE e maior no PI; e o apoio dos profissionais da vigilância em saúde variou de 17,4% (PB) até 42,8% (AL) (Tabela 5).

Tabela 5 – Iniquidades intrarregionais nas ações de planejamento em saúde nas UBS's (frequência percentual) da região Nordeste do Brasil, 2012

Indicadores	BA (1534)	PE (1009)	CE (910)	PB (625)	RN (412)	PI (371)	AL (339)	SE (247)	MA (112)	P-valor ⁷
Ações de planejamento										
Realizou atividade de planejamento nos últimos 12 meses	86,4	86,4	88,0	85,9	89,1	88,7	87,6	85,4	84,8	0,319
Confeccionou plano de ação	76,7	79,7	78,6	72,3	78,6	74,1	69,3	72,5	76,8	<0,001
Definiram resultados e metas para acompanhamento do plano	68,6	74,2	70,1	65,1	71,4	62,0	65,8	54,3	67,9	<0,001
Utilizou resultados da autoavaliação na organização do PT	79,7	83,9	84,7	81,4	87,9	72,0	73,8	72,9	75,0	<0,001
Autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento dos indicadores										
Fez levantamento dos problemas	79,0	81,2	80,0	78,7	77,9	79,3	77,6	75,3	77,7	0,071
Elencou prioridades	80,7	80,6	82,9	80,2	80,6	81,1	80,8	77,3	78,6	0,458
Realiza monitoramento e análise dos indicadores	74,9	89,5	90,1	82,4	83,7	77,9	90,6	74,1	85,7	<0,001
Realizou autoavaliação nos últimos seis meses	84,4	89,4	87,9	87,0	93,7	76,8	77,9	76,9	82,1	<0,001
Instrumentos utilizados na autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento das ações										
Painel informativo	48,1	58,0	58,1	41,9	46,6	44,2	60,2	39,3	63,4	<0,001
Informes epidemiológicos	66,5	71,8	78,8	55,0	68,5	68,7	81,7	63,6	67,0	<0,001
Informativos da UBS	64,9	69,7	77,1	57,6	64,6	71,7	78,2	59,1	75,9	<0,001
Sala de situação	17,7	57,6	58,2	18,2	41,3	7,3	47,5	19,8	24,1	<0,001
Relatórios e consolidados do SIAB	74,4	76,8	85,9	68,8	75,5	75,7	81,7	73,3	77,7	<0,001
Alguns instrumentos que utilizou p/ autoavaliação*	74,6	83,4	60,3	81,0	87,6	64,7	62,2	57,9	70,5	<0,001
Atores que apoiam o planejamento e organização do PT										
Apoiador institucional	43,1	37,7	52,5	35,0	51,7	56,9	50,2	30,4	32,1	<0,001
Profissionais da vigilância em saúde	37,7	21,4	35,6	17,4	29,1	24,0	42,8	32,4	25,0	<0,001
Outros profissionais da gestão	52,2	58,0	53,0	44,0	53,2	47,7	60,2	43,7	50,0	<0,001
Gestor disponibilizou informações p/ análise de situação de saúde	85,2	94,4	95,1	82,4	85,7	84,9	89,4	83,0	90,2	<0,001
Recebeu apoio da gestão p/ discussão dos dados do SIAB	72,9	83,5	87,6	77,1	78,6	72,8	80,5	68,8	76,8	<0,001
Recebeu apoio da gestão p/ autoavaliação	78,8	85,8	86,3	81,9	90,1	72,8	71,4	70,5	75,0	<0,001
Recebeu apoio da gestão p/ ações do PMAQ-AB	93,2	94,8	97,5	86,2	94,2	86,0	90,6	83,8	95,5	<0,001

UBS: Unidade Básica de Saúde. PT: Processo de Trabalho. SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica. PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. (*) AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), Instrumento desenvolvido pelo município/ equipe ou Instrumento desenvolvido pelo estado. ⁷Teste Qui-Quadrado (Alpha=5%. **Fonte: Brasil (2015a)**

6 DISCUSSÃO

Os resultados sugerem que eram realizadas ações de planejamento, autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento dos indicadores nas UBS's do Nordeste do Brasil; e que haviam iniquidades intrarregionais nas ações de planejamento em saúde na Atenção Básica em 2012.

Setenta por cento (n=1269) do total de municípios do Nordeste participaram do PMAQ-AB. Destaca-se que o Estado da BA teve maior adesão entre os Estados. Conforme já documentado por Pinto e Sousa (2012), tal fato representou uma adesão surpreendente a um programa novo, de adesão voluntária, exigindo uma série de pré-tarefas e a responsabilização de diversos compromissos para essa adesão. No entanto, apenas (41,1%) das equipes aderiram ao PMAQ-AB. Ademais, o menor percentual de adesão (2%) correspondeu às equipes do MA. Na avaliação de Pinto e Sousa (2012) fatores socioeconômicos e institucionais podem explicar uma maior ou menor propensão a adesão ao PMAQ-AB.

De acordo com as normas do Ministério da Saúde, que a adesão ao programa exige que cada Equipe de Atenção Básica deve assinar um “Termo de Compromisso” no qual se compromete em seguir e observar diretrizes organizacionais do processo de trabalho e regras de funcionamento do programa. Inclui também implantar dispositivos de acesso, cogestão, autoavaliação, planejamento e avaliação relacionados a cada uma das fases posteriores: monitoramento por seis meses a partir de quarenta e sete indicadores do SIAB e passar por um processo de avaliação que inclui a autoavaliação, o desempenho em vinte e quatro indicadores e a avaliação *in loco* realizada por avaliadores externos que visitariam cada equipe na terceira fase do programa (BRASIL, 2012a).

Ressalta, ainda, que para validação da Equipe de Atenção Básica, é necessária a adesão dos gestores municipais a qual inclui o cadastramento prévio das EAB e a assinatura desse Termo assume compromissos para a aplicação dos recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável; realização de ações para a melhoria das condições de trabalho das EAB; estruturação da gestão da AB garantindo a implantação local do Programa e envolvendo a mesma no Apoio institucional (AI) às EAB para realização da autoavaliação nas UBS's; e avaliação e monitoramento de indicadores para superação dos problemas identificados e alcance dos resultados pactuados (BRASIL, 2012a).

Pinto e Sousa (2012) referem que adesão e contratualização individualizada por Equipe de AB tenta introduzir um dispositivo concreto de responsabilização de ações para promover a ampliar o acesso e qualidade da AB.

87,0% das EAB do NE afirmaram realizar ações de planejamento nos últimos doze meses, semelhantes ao percentual do Brasil, que foi de 86,6%. Esse percentual diminuiu para 59,8% no NE e 62,7% no Brasil quando foram solicitados documentos comprovando a realização de planejamento nos 12 meses anteriores. Oliveira (2007), pontua o planejamento como processo que harmoniza a sustentação metodológica que institui a direção a ser seguida para a interação entre os fatores internos e externos, cujas ações implícitas são necessárias para melhor enfrentar os desafios em qualquer tipo de atividade organizacional.

Como admitem Lobato et al. (2006, p. 79) “com base em futuros prováveis e desconhecidos [...] a discussão de ideias estimula a criação de um sistema estruturado para monitorar tendências e eventos importantes”, e ajudam a identificar as decisões relevantes a serem tomadas, em um determinado cenário.

Chiavenato (2006) enfatiza que o planejamento inclui definir objetivos, verificação da situação atual em relação aos objetivos, ter o olhar nas condições futuras quanto aos ambientes esperados dos planos em operação, analisar as alternativas de ação, verificar o curso das várias alternativas, implementar o plano e avaliar os resultados.

Para Silveira (2010, p. 50) “a formalização e registro das ações parece favorecer a evolução das atividades futuras, pois o processo de redação desses documentos se converte numa oportunidade de autoanálise crítica das atividades”. Ademais, ressalta que a formalização das ações de registro também presta a uma análise retrospectiva da trajetória do trabalho, sendo importante que os colaboradores envolvidos participem dessa formulação documental como um “indicativo de reconhecimento e da valorização do saber atrelado à atividade”.

Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), é relevante que a melhoria da qualidade se inicie pela formalização, gerando documentos escritos que reflitam seus objetivos, revele o alcance da proposta e os mecanismos para detectar, avaliar e melhorar a qualidade da atenção (BRASIL, 2015b).

A pesquisa revela que 76,4% das EAB indicaram a confecção do plano de ação na região Nordeste, praticamente igual ao percentual encontrado no Brasil, 76,5%. Nesse aporte Carvalho et al. (2014) assinalam a implementação efetiva das

ações planejadas como uma atribuição do gerenciamento dos serviços para o alcance dos resultados.

Campos, Faria e Santos (2010) enfatizam que o plano de ação tem como método apresentar as etapas em uma sequência lógica de ações a serem seguidas de forma cronológica para a redução ou solução de um problema que tenha sido definido, priorizado e explicado. Devem ser selecionados os nós críticos para o desenho das operações, assim como a identificação dos recursos críticos, a análise de viabilidade do plano, a elaboração do plano operativo e sua gestão.

Em relação ao acompanhamento do plano, a pesquisa expõe que 68,4% definiram resultados e metas no processo de trabalho das UBS's da região NE, dado semelhante ao do Brasil, 67,9%. Nesse aspecto, o acompanhamento do processo de avaliação dos resultados e metas, em relação ao que foi planejado, objetiva medir e corrigir o desempenho para assegurar que os planos sejam alcançados, como expõem Santos et al. (2011). Citam ainda que a definição de metas é uma importante ferramenta de gestão e fundamental tanto para a avaliação do desempenho operacional como para desempenho finalístico. Portanto, a equipe gestora deve conhecer de maneira contínua e objetiva os sinais vitais dos processos que são conduzidos, bem como as situações que se intervém.

O uso dos resultados da autoavaliação para o planejamento foi referido por 80,8% das EAB do NE e por 76,8% das do Brasil. Destaca-se que a “autoavaliação, no âmbito do PMAQ-AB, é considerada ‘como o ponto de partida para a reorganização da equipe e da gestão visando à melhoria da qualidade dos serviços’. Cabe o papel de instrumento de educação permanente em saúde”. O objetivo final do PMAQ-AB recai na mudança de práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2015c, p. 7).

Nesse contexto, Minayo (2005), destaca a avaliação como técnica e estratégia investigativa com o sentido de fortalecer o movimento de transformação e um processo em prol do todo social observando os pontos diretivos preconizados.

Em acordo com esse pressuposto, Pisco (2006), notifica que a avaliação é um instrumento que atua como incentivo para alcançar os padrões mínimos da qualidade nos diferentes serviços de saúde, ou seja: não apenas demonstrar problemas e propor as soluções, mas também produzir mudanças apropriadas que possam conduzir à melhoria dos cuidados prestados.

Brito e Jesus (2009) ressaltam que a avaliação, como componente do planejamento, se incorpora à responsabilidade gestora como ação capaz de subsidiar tomadas de decisões auxiliando iniciativas voltadas para a mudança do modelo assistencial. Em adição, Takeda e Yves (2006, p. 566) afirmam que “a avaliação significa [...] acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas; enfim, retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades”.

Essas premissas desembocam, principalmente, na autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento dos indicadores p/ planejamento das ações nas UBS's. No levantamento dos problemas, o índice encontrado, de acordo com a pesquisa, foi de 79,2% na região Nordeste e no Brasil, 79,4%.

Nesse enfoque, Teixeira (2010) reforça que o levantamento das informações devem ser buscadas de forma que seja permitida a caracterização do problema, como por exemplo: a má distribuição de recursos, insuficiência da gestão tanto organizacional como também governamental. É vital conhecer as necessidades de saúde das populações, e para tanto é substancial analisar os indicadores para as devidas análises e questões.

Acrescenta a autora que é importante observar os indicadores demográficos por faixa etária e sexo; indicadores sociais como as condições de vida da população como habitação, saneamento, escolaridade, mercado de trabalho, renda, aspectos da organização tanto social como religiosa e política; indicadores epidemiológicos abrangendo dados de morbi-mortalidade que impactam nos problemas ambientais sendo necessárias as intervenções de saneamento básico.

Oitenta e um por cento das EAB do NE e 80,6% do Brasil referiram realizar elencar prioridades nos seus processos de trabalho. Teixeira (2010) chama ainda a atenção para o estabelecimento de um processo de reflexão e discussão coletiva, aproveitando as informações coletadas e pondo a descoberto as prioridades para o bom andamento da programação do plano para a melhoria de qualidade de vidas dessas populações.

Ações de monitoramento e análise dos indicadores foram referidas por 82,9% das equipes do NE e 80,9% no Brasil. Quanto a esta variável, Carvalho et al. (2014) esclarecem que o MS preconiza o conhecimento dos indicadores de morbi-mortalidade no território de atuação de cada equipe, o que traduz que tais ações sejam incorporadas na prática das equipes de saúde da família.

Os indicadores servem como referências para organização cotidiana do processo de trabalho, sendo necessário saber utilizar os sistemas de informação, a fim de que sua disponibilidade seja empregada adequadamente, ratificando que é importante que os gestores saibam o que fazer com as informações fundadas na realidade (PINHEIRO, 2009; CAMPOS, 2007).

Sob a ótica de Carvalho et al. (2014), é fundamental que as informações sejam acessíveis para construir a cadeia explicativa dos problemas do território de abrangência, no plano da saúde, para que possa subsidiar o planejamento e a avaliação das ações na Atenção Básica.

No âmbito da ação de análise da situação a realização de autoavaliação nos últimos seis meses, de acordo com a demonstração na pesquisa, foi de 85,6%, no NE maior que a do Brasil, de 81,7%. O Ministério da Saúde assevera que é nessa etapa que a equipe envolvida avança na identificação dos problemas, o que conduz à formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços. Os processos autoavaliativos contribuem também para estimular a educação permanente e o AI. Aconselha o MS que haja um intervalo de tempo entre uma autoavaliação e a próxima, para que seja observada a execução de parte do plano de intervenção (BRASIL, 2013a).

Importante salientar que o MS menciona que a efetivação da dinâmica pedagógica dos processos autoavaliativos, além de permitir identificar os nós críticos nas ações de saúde, também conduz os gestores e equipes a avaliarem as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas (BRASIL, 2016b).

Metade das equipes de APS referiu a utilização de painéis informativos: 51,1% no NE e 49,0% no Brasil. Em um estudo realizado por Klitzke (2013), através de entrevistas caracterizado por 15.652 profissionais das equipes avaliadas e distribuídas em 13.121 UBS's, de 3.773 municípios brasileiros sobre os recursos disponibilizados para a Equipe de Atenção Básica, ficou destacado que o painel informativo apresentou alto índice de utilização, possibilitando às EAB delinear ações no território a partir de informações mais amplas, indo além do SIAB, inclusive buscando a relação com outras fontes de informações.

O uso de Informes epidemiológicos foi referido por 69,3% das EAB do NE e 67,9% do Brasil. Como menciona Paim (2003), a informação epidemiológica é oportuna ao funcionar como instrumento estratégico que contribui de forma abrangente para a definição de problemas, sendo imprescindível para avaliar a

eficiência e efetividade dos serviços do sistema de saúde efetuados em um território de ação.

Por este canal torna-se possível a formulação de políticas e critérios para utilização dos recursos, contribuindo para a elaboração de diagnósticos e análises situacionais de saúde, assim como para planos e programas que atendam os serviços de saúde em geral (PAIM, 2003).

A sala de situação estava sendo utilizada por um percentual menor de equipes, tanto para o NE (34,7%), quanto para o Brasil (22,8%). De acordo com Vital (2012), em um estudo realizado em uma USF no Estado de Recife foi verificado que a Sala de Situação mostrou-se como uma ferramenta importante para avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas na unidade. Para os gestores e para a equipe sua utilização é usada como dispositivo de controle, uma vez os usuários tomam conhecimento dos serviços ofertados, constroem opiniões mais concretas e aumentando o nível de confiança dos mesmos diante dos resultados.

Em outro estudo, por Albuquerque et al. (2014), realizado com 49 profissionais de uma AB na cidade de Sobral no Estado do Ceará, foi constatada a similaridade da sala de situação, e, além dos aspectos encontrados de controle e conhecimento, foi considerada uma estratégia importante tanto para o monitoramento, quanto para a avaliação e o planejamento, prerrogativas que conduziram à melhoria das condições de saúde da população. Entretanto, os autores constataram que ainda existem dificuldades durante a atualização da sala, o que significa que são necessárias algumas mudanças de maior prioridade na sua utilização por todos envolvidos, ou seja, gestores, equipes e comunidade.

Observa-se na pesquisa que, em relação aos instrumentos utilizados na autoavaliação, análise de situação de saúde e monitoramento das ações de saúde, o que são mais utilizados são os relatórios e consolidados do SIAB, que foram de 76,7% no NE e no Brasil 75,2%. Entre os principais instrumentos de gerenciamento da AB configura-se o SIAB por fornecer apoio à ESF tanto quanto a eleição de ações prioritárias, como no processo de tomada de decisões e gestão de desenvolvimento das ações para atender as necessidades da comunidade.

Como afirmam Queiroga et al. (2011), esse sistema tem potencial na detecção dos problemas sanitários, na avaliação das intervenções, assim como a partir da identificação de problemas, produz os respectivos indicadores permitindo

gerar os relatórios que consolidam os dados gerando informações de interesse dos gestores, equipe e população.

Conforme publicação do MS, foram liberados quase R\$ 75 milhões pelo alto padrão das EAB do PMAQ-AB, distribuídos para mais de 15 mil equipes de 3.532 municípios. Para o Nordeste, foram destinados para o Ceará R\$ 5,09 milhões como resultado da avaliação de 867 equipes pelo aprimoramento do padrão de qualidade no atendimento à população, sendo beneficiados 170 municípios cearenses (BRASIL, 2013c).

Pruner-Marques e Corrêa (2012) reforçam que as informações fornecidas pelo SIAB são úteis para o diagnóstico e o enfrentamento dos problemas de saúde identificados. Por sua vez, Cavalcante, Pinheiro e Guimarães (2013) ressaltam que o SIAB constitui-se o principal instrumento de monitoramento da AB definindo conceitos como territorialização, adscrição da população e trabalho de equipe multidisciplinar, indicando onde há prioridade de melhor trabalho pela equipe da ESF.

Gerhardt et al. (2011) elencam a sequência de ações, como coletar dados, produzir informações e gerar conhecimento, são fundamentais na tomada de decisão em relação aos problemas identificados. Nesse contexto um estudo realizado por Barbosa e Forster (2010), sobre a importância do SIAB, com cinco equipes de saúde de Ribeirão Preto (SP), evidenciou que, mesmo reconhecendo a importância do sistema, muitas vezes não é utilizado pelas equipes.

Estudos similares realizados por Marcolino e Scochi (2010); Barbosa e Foster (2010) constataram que a utilização do SIAB é restrita ao cadastramento familiar e a emissão de relatórios, apontando que os dados do SIAB não são utilizados para organização das práticas de trabalho.

Em contrapartida, a pesquisa realizada por Duarte, Tedesco e Parcianello (2012) com profissionais de saúde, cuja classificação de desempenho foi o conceito ótimo no PMAQ-AB, apontou que o SIAB é utilizado no cotidiano do trabalho, inclusive na organização das atividades. De acordo com outra pesquisa realizada por Maia et al. (2010), a maioria dos profissionais da AB reconhece a importância dos dados do SIAB, e utiliza esses dados para elaborar o planejamento do seu trabalho e o da equipe no dia a dia.

Em relação a alguns instrumentos utilizados para autoavaliação verifica-se uma diferença acentuada entre o NE com 73,3% e o Brasil com 67,9%. Stein

(2013) refere a variação de instrumentos avaliativos que estão sendo desenvolvidos tanto no Brasil como no exterior, que são utilizadas para o julgamento da qualidade da Atenção Primária à Saúde. No âmbito da temática para assegurar o fortalecimento do nível de atenção à saúde, o MS propôs dois instrumentos diferentes para a avaliação do desempenho da APS: AMAQ e AMQ, tendo como objetivo qualificar a atenção primária do país, de forma que as equipes da ESF sejam alcançadas.

Segundo o MS, o programa AMAQ, além de possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, analisa também a evolução dos resultados alcançados. O MS acresce que o grau de qualidade em saúde é definido como o grau de atendimento de acordo com os padrões de qualidade que são estabelecidos conforme as normas, protocolos, princípios e diretrizes bases para a organização das ações e práticas, conhecimentos técnicos e científicos que se atualizam, respeitando, entretanto, os valores culturais aceitos, ante à competência dos atores (BRASIL, 2016b).

Nesse tocante, estudo realizado por Sarti et al. (2012), no âmbito de 46 municípios do Estado do Espírito Santo, que já utilizavam a AMAQ da AB, constatou que tais ferramentais de gestão auxiliavam na reorganização do trabalho das equipes. Foi notória a necessidade de maior amadurecimento, uma vez que foram identificados problemas nas articulações locais de planejamento e monitoramento das intervenções para melhoria na prestação dos serviços de saúde.

É importante evidenciar que o MS, em 2007, para viabilizar o processo de autoavaliação da ESF, estabeleceu por meio do AMQ cinco instrumentos atendendo a uma sequência avaliativa, ou seja: o desenvolvimento da estratégia no município, a coordenação técnica das equipes, os indicadores de infraestrutura, a consolidação do modelo de atenção à saúde e as ações de saúde desenvolvidas pela equipe, para os quais também foram estabelecidos cinco padrões de qualidade que significam: E – qualidade elementar; D – qualidade em desenvolvimento; C – qualidade consolidada; B – qualidade boa; A – qualidade avançada (BRASIL, 2007b).

Hauser et al. (2013, p. 245) corroboram com o tópico, quando ampliam que “a mensuração da qualidade dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos válidos e fidedignos, uma vez que a informação [...] permite conhecer a acurácia e a precisão da medida da qualidade de atenção ao cuidado”. O MS

destaca que o próprio manual do PMAQ-AB traz o pressuposto de que as equipes podem utilizar outras ferramentas que conduzam a uma melhor adequação ao levantamento dos problemas, permitindo gerar reflexões apropriadas das necessidades no plano da saúde populacional (BRASIL, 2013a).

Em caso de não ser possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário, considerando-se tempo, recursos, aspectos políticos entre outros fatores, o MS ressalva que é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento na construção de estratégias de ação a partir de iniciativas concretas para que problemas identificados sejam superados (BRASIL, 2016b).

Quando se avaliou se as equipes receberam apoio para o planejamento e organização do processo os atores implicados (gestores, coordenadores, equipes/profissionais e usuários) são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e as realidades locais (MATUS, 2000).

Dentre os atores que menos apoiaram o planejamento e organização do PT destacou-se aquele dado por profissionais de vigilância em saúde, respectivamente no NE e no Brasil, nível de 30,4% e de 32,1%. A vigilância em saúde corresponde à participação social auxiliando os profissionais na condução das atividades da equipe, por meio dos indicadores que permitem elaborar o planejamento de ações diferenciadas para as populações que encontram em situação de risco (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007).

Os autores ressaltam os pilares para o processo de trabalho, que se iniciam pela territorialidade, principal pilar da vigilância em saúde e o mapeamento do espaço de vida que prevê uma atuação planejada e equânime sobre os problemas e as necessidades de saúde. Por meio da criação de modos novos e singulares na realização do trabalho, as situações concretas contribuem para a produção da saúde.

Quanto à questão de outros atores como o apoiador institucional, verifica-se com base na pesquisa que foi obtido o resultado do NE, 44,0%, enquanto no Brasil o resultado foi de 48,4%. Percebem-se em ambas as situações percentuais proporcionais que é importante maior apoio para o encontro dos resultados almejados.

Com a função de debater e priorizar os problemas, o Apoio institucional visa a melhorar a forma de relacionamento dos trabalhadores, que, diferentemente de um coordenador ou supervisor, tem diretriz democrática, participativa e autônoma

para com os sujeitos. Entre as funções do apoiador institucional, é possível identificar: ativação de espaços coletivos mediante a interação dos sujeitos; reconhecimento das relações de poder, afeto e saberes; mediação para o estabelecimento de objetivos comuns e estabelecimento de compromissos mútuos; atuação em conjunto, trabalhando para a qualificação do trabalho e valorização do profissional; e promoção e ampliação da capacidade crítica dos profissionais (OLIVEIRA, 2012).

Barros e Dimenstein (2010), afirmam que trabalhar com o AI significa apostar em um novo modo de produção do cuidado, concebendo mudanças na cultura de atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho, bem como ressaltam a importância de serem manejadas ferramentas que possibilitem o diálogo entre os profissionais e os usuários e a otimização dos recursos. A implantação do AI foi fundamental no cotidiano das equipes, que passaram a desenvolver habilidades, adquirindo mais segurança no acolhimento, desenvolvendo prioritariamente o compartilhamento de casos e elaborando de modo compartilhado as agendas de visitas.

Em uma análise de subdimensões da Gestão da AB em município do Piauí, quanto à oferta pela gestão da AB de AI, o resultado encontrado reflete que a estratégia possa estar sendo desvirtuada em relação à sua proposta inicial, podendo tornar-se apenas uma nova nomenclatura para as ações gerenciais executadas por supervisores e coordenadores de AB. O Ministério da Saúde por meio de processos de formação, financiamento, orientação técnica e até mesmo valorização na avaliação externa do PMAQ-AB, passou a estimular que as gestões municipais investissem na adoção do apoio institucional como tecnologia de gestão e na oferta de processos de educação permanente articulados às ações de mudança do programa (ROCHA et. al., 2016).

O estudo mostra que os gestores apoiaram o planejamento e organização do PT, por meio de ações do PMAQ-AB, no NE em 92,5% e no Brasil em 91,4%. Portela, Dias e Vasconcelos (2013), afirmam que o PMAQ-AB contribui positivamente nas atividades das equipes de saúde, permitindo aos profissionais analisarem seu trabalho por meio de instrumentos a exemplo da autoavaliação estruturada, organizada e padronizada, identificando aspectos gerais da atenção básica, de modo a contribuir para que gestores tenham uma visão ampla da

atenção, quanto às potencialidades e limitações para a melhoria do trabalho em equipe e a favor dos usuários.

Entretanto, Garnelo et al. (2013, p. 68) afirmam haver um entendimento desigual por parte dos gestores sobre a importância do PMAQ-AB na qualificação da Atenção Básica, como, também, no compromisso firmado com a contratualização de suas equipes, reforçando a necessidade da preparação do município ao aderir à avaliação da AB de acordo com o PMAQ-AB.

Quanto aos gestores disponibilizarem informações para análise da situação de saúde, a presente pesquisa expressa que é de 88,4% no NE e 86,8% no Brasil. Em termos de colaboração podem-se observar afirmações da Organización Panamericana de la Salud, Instituto Del Banco Mundial e Universidade de Antioquia (2009), partindo do ponto de vista de que o gestor precisa conhecer a situação de saúde de uma determinada população para melhor realizar as ações necessárias, e aponta que o uso crítico e estratégico na análise tem o respectivo comprometimento com as melhorias da qualidade intervencional, o que facilita a identificação das prioridades, a retroalimentação dos sistemas de atenção bem como o monitoramento da efetividade das ações. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) avalia que, através da Análise de Situação de Saúde (ASIS), também são incluídos programas apropriados e a avaliação do impacto das intervenções.

Nicoletti et al. (2007) enfatizam o valor do instrumento de suporte ao controle social, importante porque, à medida que amplia o acesso às informações e aos conhecimentos criados, se forma a ponte em direção prática de ações informativas que alcançam as comunidades e os profissionais de saúde em todos os níveis, isto é, considerando que toda situação tem um contexto no âmbito temporal, geográfico, social (incluindo o cultural), e também o econômico, ecológico e biológico.

Para Ander-Egg (2007), os problemas não têm condições de ser enfrentados todos ao mesmo tempo, sendo importante atribuir-se pontuação a priorização através de critérios, observando-se as causas e verificando-se as consequências dos problemas, o que permitirá aumentar as chances de acertar nas ações para enfrentá-los, considerando-se fatores relevantes como valorização social, disponibilidade de tecnologia e custos.

Outro apoio pela gestão é relacionado para discussão do SIAB. O panorama desse apoio no NE é de 78,5% e no Brasil de 76,6%. Para Nascimento et

al. (2014) o acompanhamento e a análise da série histórica dos dados do SIAB instrumentalizam as equipes ESF no momento da avaliação das ações realizadas a partir da mudança no perfil e indicadores, no plano de ação para correções de não conformidades imediatas e no planejamento a longo prazo.

A gestão também apoia as equipes através da autoavaliação com 81,2% para o NE e de 77,5% no Brasil. Para Pinto, Sousa e Florêncio (2012) a autoavaliação é um dispositivo que objetiva provocar o coletivo a interrogar o instituído e a colocar em análise seu processo, suas relações e condições de trabalho, induzindo a ampliação da capacidade de cogestão de maneira a produzir espaços de negociação e planejamento para a superação dos problemas identificados e o alcance dos objetivos desejados e pactuados.

Quanto às iniquidades ou diferenças existentes entre os Estados da região Nordeste estiveram presentes, uma vez que cada região tem suas características pertinentes e, à cultura, principalmente, por envolver diversos aspectos que são influentes na saúde, e decorrente desses fatores torna-se imprescindível, adaptações às diretrizes do PMAQ-AB, considerando suas necessidades prementes.

Em conformidade com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde são diversas razões para adotar-se o planejamento na APS. No cenário do planejamento são incluídos os novos desafios epidemiológicos; a superação necessária às fraquezas e inconsistências presentes; o desenvolvimento de novas ferramentas e conhecimentos de boas práticas para ser mais efetiva na saúde; reconhecer que o planejamento é um instrumento para reduzir as iniquidades em saúde; como também o consenso de que a APS é um poderoso enfoque para superar as causas da má saúde e das iniquidades (OHIRA; JUNIOR; NUNES, 2014).

Teixeira (2001) destaca a necessidade de um enfoque estratégico da atual situação, para facilitar a elaboração de um planejamento cuja programação local tenha como foco dois pilares importantes, a família e a comunidade. Para Teixeira (2009); Drulla et al. (2009) é importante o uso de ferramentas para auxiliar a identificação das necessidades e riscos por quais passam as comunidades.

Nessa mesma perspectiva Campos, Faria e Santos (2010) ressaltam que, na ESF, as necessidades da família e da comunidade devem ser o ponto inicial do planejamento, o qual é direcionado para solução dos problemas identificados no seu espaço de abrangência.

Outros autores corroboram, como Cervinski et al. (2012), destacando que o planejamento deve ser realizado com a participação dos membros da equipe e comunidade em geral. Silva e Nascimento (2011) asseveram que cumpre esse processo ser contínuo e organizado para o atendimento às demandas das ESF's. Cutolo e Madeira (2010), por sua vez, certificam que o compartilhamento dos diferentes saberes no planejamento é um fator importante na interação das ações.

Muito embora, de acordo com estudos realizados, Santana (2011) ressalve que, apesar de em muitos espaços coletivos não ocorram reuniões com toda equipe, não deixa de ser muito importante quando isso acontece, uma vez que o planejamento deve ser construído a partir da análise situacional.

Em instância paralela, Ohira, Junior e Nunes (2014) ressaltam que a realização do planejamento sob o conjunto de normas e regulamentações da ESF tem sido criticado por ser excessivo e por manter a homogenia entre as atividades das ESF's de uma forma generalizada em todo país, desconsiderando as necessidades suas especificidades regionais. Entretanto, diversos autores, como se pode observar no decorrer das discussões, afirmam que é fundamental, para a organização da AB e sua atuação eficaz para a consecução dos resultados esperados, a qualidade das ações para favorecer as populações assistidas. Nesse sentido Ribeiro et al. (2008) apontam que a resolutividade de problemas é essencial, adequando-a ao planejamento de ações estabelecendo as prioridades e seguir no alcance das metas.

Sob uma forma geral englobando todos esses aspectos mencionados e referenciados nessa discussão, Santos (2015) assinala que identificar as demandas de acordo com a singularidade administrando as diferenças de cada local, é a forma de avançar na solução dos problemas que se apresentam. O planejamento implica no exercício de uma política pluralizada que envolve os gestores, trabalhadores de saúde e usuários, ademais analisa, elabora metas, acompanha mediante seus instrumentos de apoio e conduz suas ações para o resultado de saúde esperado junto aos clientes e evidenciando uma unidade de saúde eficiente.

Constituíram-se como limites da pesquisa: dados que não foram catalogados em função dos mesmos serem restritos aos gestores municipais, literatura escassa sobre a avaliação do planejamento no processo de trabalho na saúde e a ausência de estudos similares que permitissem estabelecer paralelos e evidências comprovativas.

Contudo, a oportunidade de avaliar a importância do planejamento por meio do PMAQ-AB se constituiu um fator potencial na pesquisa realizada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho versou sobre o planejamento das ações em saúde no processo de trabalho no âmbito das Equipes de Atenção Básica na região Nordeste brasileira. A análise das ações, com base nos dados do Ministério da Saúde, no período de 2012, permitiu estimar a proporção de equipes que aderiram ao PMAQ-AB e identificar o quantitativo entre as equipes referente às variáveis estudadas.

Pode-se observar com base nos resultados, quanto às ações de planejamento, que as variáveis, entre os Estados, atenderam às expectativas entre 62,0% a 89,1%, o que demonstra que houve interesse de forma geral na região para efetivar o processo de trabalho. Em relação à autoavaliação, à análise situacional e ao monitoramento dos índices percentuais, encontraram-se entre 74,1% a 90,1%.

Quanto aos instrumentos utilizados para a autoavaliação observou-se grande variação nos níveis analisados, ou seja: o menor valor foi de 7,3%, chegando ao maior valor de 87,6%. Entendeu-se por estes resultados que não houve uma uniformidade na utilização dos instrumentos, pois alguns instrumentos foram mais utilizados que outros. Em relação aos atores que apoiaram as ações do planejamento e organização do processo de trabalho foi observado que a variação ficou entre 17,4% a 97,5%. A análise percentual das iniquidades na utilização das ferramentas de planejamento, nesse processo, exprimiu os desafios enfrentados para que a qualidade de saúde na região fosse uma realidade.

Os níveis de autoavaliação notificaram que o PMAQ-AB traz soluções por meio de etapas e que é possível promover a qualidade de saúde para as populações diversas. Entretanto, notou-se que é imprescindível que haja um estudo sobre a aplicação das diretrizes do programa, a fim de evitar divergências no processo de trabalho, para que as análises possam melhor indicar a consecução dos resultados esperados.

A proposta desta pesquisa acadêmica foi aprofundar melhor a utilização do planejamento no processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica, buscando demonstrar a qualidade de serviços por parte das equipes atendendo às necessidades encontradas em cada localidade de forma hegemônica. Isto requer envolvimento de todos que compõem o cenário da oferta e das demandas existentes.

O objetivo do estudo foi satisfeito do momento em que as variáveis quantitativas representaram as considerações do planejar com equidade e colaboração de cada profissional com o objetivo de construir e promover o cuidado com a saúde estruturado e coerente com a melhoria da qualidade dos serviços de atenção primária.

Pôde-se responder ao questionamento inicial que ocorreu planejamento das Equipes de Atenção Básica e ações gestoras as quais organizaram o processo de trabalho das equipes da região Nordeste no período temporal reservado a este estudo.

Este trabalho tem a pretensão de servir como um instrumento auxiliar em pesquisas futuras, uma vez que pôde reunir os dados demonstrados, e que mostrou ter havido planejamento no processo de trabalho, com variações intrarregionais. Os resultados servem de incentivo para firmar o compromisso na gestão das equipes e aprimorar a qualidade da atenção à saúde

REFERÊNCIAS

ALBUQUEQUER, I. M. N. et al. Sala de situação para tomada de decisão: percepção dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde de SOBRAL– CEARÁ.

SANARE, Sobral, v. 12, n. 2, 2014.

ALMEIDA, M. I. R. de. **Manual de planejamento estratégico**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ANDER-EGG, E. **Introducción a la planificación estratégica**. Buenos Aires: Lumen Humanitas, 2007.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. [et al]. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BARBOSA, D. C. M; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 424-433, 2010.

BARROS, L. A. M. de; FISHMANN, A. A. Eficácia da implementação de estratégias. In: **Encontro de Estudos em Estratégia**. 3Es, 3, São Paulo-SP, 2007.

BARROS, S. do C. M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS. **Uma construção coletiva**. Instrumentos básicos. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 4. ed, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Seminário de apresentação dos resultados iniciais da implantação do projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 318 p. 2009. (Textos Básicos de Saúde, B).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação o SUS. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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 República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF, 138 p., 2012a. (Normas e Manuais Técnicos, A).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 110 p., 2012b. (Legislação em Saúde, E). Disponível em: <BRASIL. PNAB < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 5 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 134 p., 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2012d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 5 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo para equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília, DF, 129 p., 2013a. (Normas e Manuais Técnicos, A).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Dicionário das Variáveis 1º Ciclo. Brasília, DF, 118 p., 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Notícias de Governo Beta**. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <[http://noticias.i3gov.planejamento.gov.br/noticias/pesquisa.xhtml?b=ceara%20pmaq%20867%20equipes+fontes:\(\)+perfis_facebook:\(\)+perfis_twitter:\(\)+canais:\(\)\)&q=0&o=0&e=0](http://noticias.i3gov.planejamento.gov.br/noticias/pesquisa.xhtml?b=ceara%20pmaq%20867%20equipes+fontes:()+perfis_facebook:()+perfis_twitter:()+canais:())&q=0&o=0&e=0)>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Microdados da avaliação externa. Brasília, DF, 2015a. Disponível em < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. **Gestão da atenção básica à saúde no Brasil**: auditoria coordenada. Tribunal de Contas da União; Tribunal de Contas do Estado do Acre ...[et al.]. Brasília: TCU, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da certificação das equipes de Atenção Básica participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ 2013-2014 (versão preliminar)**. Brasília, DF, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php >. Acesso em: 5 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – AMAQ**. Brasília, DF, 2016b.

BETIN, L. D. S. **Ações dos profissionais de saúde no planejamento das atividades desenvolvidas pela unidade de saúde da família**. 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão em Saúde) Escola de Administração - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. 42 p.

BOMFIM, R. L. D. Formulação de políticas e planejamento. In: GONDIM, R. et al. (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, p. 357-380, 2011.

BRITO, T. A.; JESUS, C.S. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 14, n. 139, 2009.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e Co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. 229 p.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. p. 229-66. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2 ed., 2010. 114 p.

CARVALHO, B. G. et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 907-14, 2014.

CAVALCANTE, R. B.; PINHEIRO, M. M. K.; GUIMARÃES, E. A. de A.. Sistema de informação da atenção básica como instrumento de poder. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 2, p. 371-380, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECID-8PPP2C>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

CECÍLIO, L. C. Uma sistematização e discussão da tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Praxis en salud: un desafio para lo público**, Rio de Janeiro: Hucitec, p. 151-167, 1997.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, v. 1, p. 197-210, 2003.

CECCIM, R.; MERHY, E. Um agir micro político e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, São Paulo, v. 13, p. 531-42, 2009. Suplemento 1.

CERVINSKI, L. F. et al. O trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Revista Perspectiva**, Erechim, v. 36, n. 136, p. 111-122, dez. 2012.

CHIAVENATO, I. **Administração estratégica**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CONIL, L. 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. S7-S16. 2008. Suplemento 1.

CHORNY, A. H. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.

CUTOLO, L. R. A.; MADEIRA, K. H. O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: uma análise documental. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 39, n. 3, p. 79-84, 2010.

DRULLA, A. G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 667-674, out./dez. 2009.

DUARTE, M. L. C.; TEDESCO, J. R.; PARCIANELLO, R. R. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 111-117, 2012.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. (Orgs.). Rio de Janeiro: Saberes, 2013. 24p.

FRANCO, T.; MERHY, E. O trabalho em saúde. 2008. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2 ed. Ampl., 2008. 478 p.

GARNELO, L. et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da política nacional de atenção básica. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (Org.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

GERHARDT, T. E. et al. Utilização de serviços de saúde de Atenção Básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em Sistemas de Informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1221-1232, 2011. Suplemento 1.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Org.). **Atenção Básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)**. 357 p. (Atenção Básica e Educação na Saúde). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244-55, out./dez. 2013.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504 p.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br> >. Acesso em: 15 mar. 2016.

JOHNSON, G.; SCHOLLES, K.; WHITTINGTON, R. **Explorando a estratégia corporativa**: textos e casos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

KLITZKE, D. D. **A poio institucional na gestão da atenção básica no Brasil**: um caminho possível?. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília, DF, 2013.

LANZONI, G. M. et al. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 430-435, jul./set. 2009.

LOBATO, D. M. et al. **Estratégias de Empresas**. 7 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

MAIA, L. D. G. et al. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 359-370, 2010.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: O uso do SIAB pelos profissionais das equipes de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 31, n. 2, p. 314-20, 2010.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA; 1993. 143 p.

_____. **O líder sem Estado-Maior**. São Paulo: FUNDAP, 2000. 206 p.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 6. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2004.

MEDEIROS, J. P. de; BORGES, D. F. Participação cidadã no planejamento das ações da Emater-RN. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 63-81, jan./fev. 2007.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

MENDES, G. R. B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. In: Processo de trabalho em saúde. **Dicionário de Educação Profissional em saúde**. 2011. Disponível em: < psjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html >. Acesso em: 20 maio 2016.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Praxis en salud**: un desafío para lo público, p. 71-150. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. MANDARINO, A. C. S; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, p. 29-56, 2009. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf> >. Acesso em: 10 jun. 2016.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 23 p.

NASCIMENTO, D. D. G. et al. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**, módulo 6. Campo Grande-MS: Fiocruz Pantanal, 2014. 27 p.

NICOLETTI, R. H. A. et al. Vigilância em Saúde. In: SILVA-JUNIOR, J. B. Brasília: Coleção progestores: para entender a gestão do SUS. **CONASS**, v. 278, 2007.

OHIRA, R. H. F.; JUNIOR, L. C.; NUNES, E. F. P. A. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4439-4448, 2014.

OLIVEIRA, D. de P. R. de. **Planejamento Estratégico**: conceitos, metodologia e práticas. 23 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 223- 235, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1125/1039>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; INSTITUTO DEL BANCO MUNDIAL; UNIVERSIDADE DE ANTIOQUIA. Curso Virtual de las Funciones Esenciales de Salud Publica. Cuba, 2009.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. Formação e intervenção. Política nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, DF, 2010.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica, Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2008.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200015&script=sci_arttext >. Acesso em: 5 jun. 2016.

PINHEIRO, A. L. S. Gerência de enfermagem em unidade básica: a informação como instrumento para tomada de decisão. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 262-70, 2009.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica**. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde/Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: < <http://www.rededepesquisaaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhores-recursos-para-a-atencao-basica/> >. Acesso em: 10 jun. 2016.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, oct. 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago. 2012. Suplemento 1.

PISCO, L. A. Avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. 96 p. – (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013). Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.

PORTELA, L. R.; DIAS, M. S. de A.; VASCONCELOS, M. I. O. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Análise da Autoavaliação em Sobral, Ceará. **SANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 40-45, jan./jun., 2013.

PRUNER-MARQUES, L.; CORRÊA, T. **Utilização dos sistemas de informação na atenção primária à saúde**: um estudo de caso. 2012. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

QUEIROGA, R. M. et al. Aplicabilidade do sistema de informação da atenção básica no cotidiano de enfermeiros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 943-951, 2011.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 39-44, jul. 1996.

RIBEIRO, L. da C. C. et al. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 448-452, 2008.

RIBEIRO, P. da C. et al. Perspectivas do planejamento sob o ponto de vista dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 8, n. 4, p. 269-285, dez. 2014.

ROCHA, E. do S. et al. Perspectivas avaliativas da gestão da atenção básica em município de médio porte. **SANARE**, Sobral, v. 15, n. 01, p. 08-14, jan./jun. 2016. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/920/550> >. Acesso em: 16 jul. 2016.

SALES, K. de S. **Estratégia Saúde da Família: Processo Histórico da Implantação na IX Região Administrativa-Ceilândia-Distrito Federal**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2013.

SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 133-41, abr./jun. 2011.

SANTOS, A. R. dos et al. Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: em busca de novos sentidos no processo de trabalho. **Revista Saúde.Com**, v. 10, n. 3, p. 307-314, 2014.

SANTOS, E. M. et al. Avaliadores in Situ(ação): reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/Aids. In: ONOCKO, R. C; FURTADO, J. F.(Org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**, p. 205-222. Campinas: Editora UNICAMP, 2011.

SANTOS, S. V. dos. **Planejamento em saúde na estratégia de saúde da família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro**. 2015. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, 2015.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-48, 2012.

SARTI, T. D. A. **A (Bio)política da Saúde da Família**: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida. 2015. Tese (Doutorado) Serviços de Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2015.

SILVA, J. M.; NASCIMENTO, M. A. **Planejamento em Saúde**: a dialética entre a teoria e a prática. Vitória de Conquista: Edições UESB, 2011.

SILVEIRA, A. M. V. da. **Estudo do campo da psicologia hospitalar calcado nos fundamentos de gestão**: estrutura, processos e resultados. 2010. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte- MG, 2010.

STEIN, A. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 179-181, jan./mar. 2013.

TAKEDA, S.; YVES, T. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 569-571, 2006.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**, Série Saúde & Cidadania v.2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TARABAY, C. M. et al. O planejamento estratégico e seus reflexos no desempenho operacional de instituições financeiras. **Revista Jovens Pesquisadores**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 12, jan./jul. 2010.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: ISC, 2001.

_____. (Org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 15, n. 1, p. 165-178, jan./jun. 2009.

VILASBÔAS, A. L. Q.; TEIXEIRA, C. F. Saúde da família e vigilância em saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 8, n. 16, p. 63-7, 2007.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

VITAL, M. G. da R. et al. Análise da sala de situação numa USF: um olhar sobre a saúde da mulher. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 3, p. 99-104, out. 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2927/2192>> . Acesso em: 28 jul. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – LISTA COM AS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES DA AVALIAÇÃO EXTERNA

Quadro- Lista de Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB.

Universidades/Instituição de Ensino e Pesquisa	Região
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Nordeste
Fiocruz Pernambuco - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	
Rede de Universidades do Estado do Ceará**	
Universidade Federal do Piauí	
Universidade Federal da Bahia	
Universidade Federal da Paraíba	
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	
Universidade Federal do Maranhão	
Universidade Estadual do Pará	Norte
Universidade Federal do Pará	
Fiocruz Amazônia	
Universidade Federal de Rondônia - UNIR	
Universidade Federal do Acre	
Universidade Federal do Tocantins	
Universidade de Brasília	Centro-Oeste
Universidade Federal de Goiás	
Universidade Federal do Mato Grosso	
Fiocruz Mato Grosso do Sul	
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	
Universidade Católica Don João Bosco (MS)	
Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon)	Sudeste
Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública	
Universidade Federal do Espírito Santo	
Universidade de São Paulo	
Universidade Federal de São Paulo	
Faculdade de Medicina do ABC (SP)	
Universidade Federal de Pelotas	
Universidade Federal de Minas Gerais (FACE)	
Universidade Federal de Santa Catarina	Sul
Escola de saúde pública do Paraná	
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	

***Grifo pela autora.**

****A Rede de Universidades do Estado do Ceará é composta pela:** Ficoruz Ceará, Universidade do Estado do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Escola de Saúde Pública do Ceará, Universidade do Vale do Acaraú, Universidade Regional do Cariri, Faculdade de Medicina de Juazeiro, Universidade Luso-Afro-Brasileira, Faculdade Christus.

Fonte: Adaptado pela autora. DAB. Ministério da Saúde. 2011a

ANEXOS

ANEXO A - PORTAL DO DAB/ PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE

Portal do Departamento X

dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

BRASIL Acesso à informação Participe Serviços Legislação Canais

DAB Saúde Mais Perto de Você Ações, Programas e Estratégias Profissional Gestor Cidadão Políticas Serviços

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

1º Ciclo

[PMAQ](#)
[Instrumento de Avaliação Externa](#)
[Manual PMAQ](#)
[Nota Metodológica](#)
[Edital de Recurso](#)
[Listas de Certificação](#)
[Microdados da avaliação Externa](#)

[Retratos da Atenção Básica](#)

Microdados da avaliação Externa:

Módulo I UBS			
Módulo II Equipe			
Informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário, e verificação de documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade			
Microdados Equipe			
Equipe Brasil	Equipe Tocantins	Equipe Alagoas	Equipe Paraná
Equipe Roraima	Equipe Maranhão	Equipe Sergipe	Equipe Santa Catarina
Equipe Acre	Equipe Piauí	Equipe Bahia	Equipe Rio Grande do Sul
Equipe Amazonas	Equipe Ceará	Equipe Minas Gerais	Equipe Mato Grosso do Sul
Equipe Roraima	Equipe Rio Grande do Norte	Equipe Espírito Santo	Equipe Mato Grosso
Equipe Pará	Equipe Paraíba	Equipe Rio de Janeiro	Equipe Goiás
Equipe Amapá	Equipe Pernambuco	Equipe São Paulo	Equipe Distrito Federal
Módulo III Usuário			
Documentos			

**ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA (1º CICLO) / MÓDULO II-
ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E
VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE**

Código de variável	Respostas Múltiplas		Descrição	Categorias	
				Cód	Descrição
II.9.1	-		Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? Se NÃO, NÃO SABE/NÃO RESPONDEU passar para a questão II.9.8	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.9.1/1	-		Existe documento que comprove?	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
II.9.2	-		Foi realizado processo de levantamento de problemas?	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
II.9.3	-		Foram elencadas prioridades?	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
II.9.4	-		Foi estabelecido um plano de ação?	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
II.9.5	-		Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
II.9.6			A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? Se NÃO, NÃO SABE/NÃO RESPONDEU passar para a questão II.9.8	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
II.9.7	Quem realiza o apoio?	II.9.7.1	Apoiador institucional	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		II.9.7.2	Profissionais da vigilância em saúde	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica

Código de variável	Respostas Múltiplas		Descrição	Categorias	
				Cód	Descrição
II.9.7	Quem realiza o apoio?	II.9.7.3	Outros profissionais da gestão	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.9.7.4	Outro(s)	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
II.9.8	-		A gestão disponibiliza para a equipe de atenção básica informações que auxiliem na análise de situação de saúde? Se NÃO, NÃO SABE/NÃO RESPONDEU passar para a questão II.9.10.	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.9.9	Quais são os recursos disponibilizados para a equipe de atenção básica? (essa pergunta pode ter mais de uma resposta)	III.9.9.1	Painel informativo	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		III.9.9.2	Informativos epidemiológicos	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		III.9.9.3	Informativos da Atenção Básica	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		III.9.9.4	Sala de situação	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		II.9.9.5	Relatórios e consolidados mensais do SIAB	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		II.9.9.6	Outro(s)	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
II.9.9/1	-		Existe documento que comprove?	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
II.9.10	-		A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.9.11	-		A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB?	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu

Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias	
			Cód	Descrição
II.9.12	-	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses? Se NÃO, NÃO SABE/NÃO RESPONDEU passar para a questão II.9.16.	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
II.9.12.1	-	Existe documento que comprove?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
II.9.13	-	Qual o instrumento/fonte utilizada?	1	AMAQ
			2	AMQ
			3	Instrumento desenvolvido pelo município/ equipe
			4	Instrumento desenvolvido pelo estado
			5	Outro(s)
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
II.9.13/1	-	Existe documento que comprove?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
II.9.14	-	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
II.9.15	-	A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu
			998	Não se aplica
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?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe/Não Respondeu

Fonte: Dicionário das variáveis 1º Ciclo. Ministério da Saúde, 2013b.

**ANEXO C - OFÍCIO Nº 38/12, APROVADO EM 10/05/2012 PELO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 38/12

Pelotas, 10 de maio 2012.

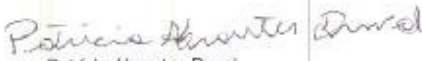
Prof

Luiz Augusto Facchini

Projeto – “Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB”

Prezado Pesquisador,

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

