

Temas em Saúde Coletiva

7

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ estudo de implantação no Estado de São Paulo



Sônia Ioyama Venâncio
Ana Lúcia da Silva
Maria Cezira F. N. Martins
Patrícia Nieri Martins
Regina Figueiredo
Sílvia Bastos
Teresa Etsuko da Costa Rosa

Temas em Saúde Coletiva

7

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ estudo de implantação no Estado de São Paulo



Instituto de Saúde
2008
São Paulo

Temas em Saúde Coletiva 7

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-85-88169-08-1 Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Elaborado por: Carmen Campos Arias Paulenas

Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo/ organizado por Sônia Ioyama Venâncio [et al.]. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

112 p. (Temas em Saúde Coletiva, 7)

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Avaliação de Serviços de Saúde I. Venâncio, Sônia Ioyama. II. Série.

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 - Bela Vista

São Paulo -SP CEP: 01314-000

www.isaude.sp.gov.br

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:

Luiz Roberto Barradas Barata

Coodenadora de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde:

Maria Iracema Guillaumon

Diretor do Instituto de Saúde:

Otávio Azevedo Mercadante

Comissão Editorial:

Lenise Mondini

Marisa Fefferman

Monique Cerqueira Borba

Olga Sofia F. Alves

Regina Figueiredo

Sandra Greger Tavares

Silvia Bastos

Teresa Etsuko C. Rosa

Autores:

Sônia Isoyama Venâncio
Ana Lúcia da Silva
Maria Cezira F. N. Martins
Patrícia Nieri Martins
Regina Figueiredo
Tereza Etsuko da Costa Rosa
Sílvia Bastos

Coordenação:

Sonia Isoyama Venancio

Equipe de Pesquisadores:

Ana Lúcia da Silva
Maria Cezira F. N. Martins
Patrícia Martins Nieri
Regina Figueiredo
Tereza Etsuko da Costa Rosa
Rosa Maria Barros
Sílvia Bastos

Auxiliares de Pesquisa:

Gabriela Sintra Rios
Martha Lucia C. O. Ramos
Rosirene L. Beraldi Gottardi

Este livro é baseado no Relatório Final da Pesquisa “Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família: análise da implantação no Estado de São Paulo”, desenvolvida em 2006.

Sumário

Apresentação	07
Introdução	09
1. Bases teóricas e conceituais	11
1.1. Atenção primária, atenção básica e a estratégia de saúde da família	11
A Atenção Primária em Saúde	11
A Atenção Básica em Saúde	12
A Estratégia de Saúde da Família	14
1.2. Avaliação em saúde	17
O campo da Avaliação em Saúde	17
Avaliação de programas em Saúde	19
Avaliação visando à melhoria de qualidade na saúde	20
1.3. Avaliação da atenção básica e da estratégia de saúde da família: a proposta AMQ	22
Institucionalização da avaliação e monitoramento na Atenção Básica	22
A Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ): pressupostos e pressupostos teóricos	22
2. Avaliação de implantação da AMQ: uma proposta de pesquisa..	29
2.1. Proposta de pesquisa	29
2.2. Objetivos da pesquisa	29
2.3. Metodologia e estratégia de pesquisa	31
Etapas da implantação da AMQ no Estado	31
Estratégias metodológicas	31
Contribuições do grupo focal para o processo avaliativo	33
Seleção da região para o estudo piloto	34
Período de realização do estudo-piloto	34
Aspectos éticos	34
3. Local do estudo: regional de registro	35

4. Resultados da pesquisa	37
Avaliação da metodologia adotada para capacitação dos multiplicadores da AMQ no Estado.....	37
Avaliação da metodologia adotada para capacitação dos municípios para a implantação da AMQ	39
Avaliação da adesão dos municípios à AMQ.....	41
Avaliação da proposta AMQ e de sua implementação nos município: grupos focais	44
5. Discussão e Conclusões	91
6. Considerações finais	95
Bibliografia	97
Anexo 1	103
Anexo 2	107

Apresentação

O Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo assumiu, em 2005, a Coordenação do componente III do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial (BIRD), voltada ao fortalecimento da Atenção Básica no País. O componente III, especificamente, estava voltado ao monitoramento e avaliação da Atenção básica no âmbito de Estados e municípios.

Neste contexto, o Instituto de Saúde coordenou o esforço de várias instâncias gestoras da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para a elaboração de um sistema de monitoramento do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), a partir da Atenção Básica (SISMA-SUS), dando início a ampla discussão sobre a necessidade de implementar e estimular a realização de pesquisas em Atenção Básica. Após uma consulta a gestores, pesquisadores e profissionais de saúde, foi definida uma agenda de prioridades de pesquisa nessa área, sendo um dos temas elencados a Qualidade da Atenção à Saúde.

Em relação à Qualidade, é comum a concepção de que se trata de um campo tão subjetivo que não existam caminhos definidos para avaliá-la; assim, na intenção de superar esses limites de concepção baseados em precedentes históricos e culturais, o Ministério da Saúde elaborou a proposta de **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que estabelece a avaliação como um instrumento permanente para a tomada de decisões**, definindo a **qualidade como atributo fundamental a ser alcançado no SUS**. Trata-se de uma proposta de auto-avaliação municipal, que prevê um processo participativo que inclui todos os atores envolvidos na Atenção Básica, articulado nas três esferas de governo, sem finalidade punitiva.

A proposta de implantação da AMQ prevê participação ativa da esfera estadual, a qual assume o planejamento, divulgação e programação da implantação da avaliação conjuntamente com os municípios.

Dessa forma, considerou-se oportuno que o Instituto de Saúde conduzisse uma avaliação da implantação da AMQ, visando contribuir

para a melhoria da qualidade e para a institucionalização dos processos de avaliação e monitoramento da Atenção Básica no âmbito do Estado.

Essa tarefa foi assumida pelo Núcleo de Investigação em Práticas de Saúde do Instituto de Saúde, em parceria com a Coordenação Estadual da Atenção Básica. Estrategicamente, definiu-se a realização de um estudo-piloto de avaliação da implantação da AMQ na região de Registro, em função da alta cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em seus municípios e as condições socioeconômicas e de saúde que a caracterizam como uma região prioritária para o desenvolvimento de ações por parte da SES-SP.

A pesquisa foi delineada prevendo a avaliação de todas as etapas de implantação da AMQ no Estado. Foram avaliadas as estratégias utilizadas para a sensibilização/capacitação de multiplicadores da AMQ; a capacitação de gestores municipais e o processo de implantação da proposta nos municípios, levando em consideração as percepções dos atores envolvidos e as facilidade/dificuldades identificadas no processo. Para a concretização dos objetivos propostos foram utilizadas abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa. Os resultados encontrados apontam possíveis caminhos para a utilização dessa ferramenta para a avaliação e melhoria da qualidade da ESF.

Esta publicação documenta de forma detalhada a riqueza desse processo de investigação e busca contribuir para o fortalecimento e para institucionalização da avaliação na Atenção Básica no Estado de São Paulo.

Introdução

A concretização do SUS como modelo de assistência pública à saúde completa 20 anos, orientada pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade e controle social. Tais princípios vêm sendo buscados por meio de um modelo que tem como diretrizes organizativas: a regionalização, hierarquização e descentralização; diretrizes, portanto, que abrangem o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Na década de 90 houve um grande avanço da descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB/93 e NOB/96), tornou-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, da prestação direta da maioria das ações e programas de saúde (Bodstein, 2002).

A partir de 1998, ano em que a NOB/96 efetivamente entrou em vigor, houve uma alavancagem no ritmo e no alcance do processo descentralizador na Saúde. De fato, no final do ano 2000, 99% dos municípios brasileiros encontravam-se enquadrados em alguma modalidade de gestão definida pelo Ministério da Saúde (Gestão Plena do Sistema e Gestão Plena da Atenção Básica), sendo que, deste total, 89,5% estavam habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica (Levcovitz *et al*, 2001).

O governo federal passou a priorizar a garantia do atendimento básico em saúde, introduzindo, em 1998, o Piso da Atenção Básica (PAB), mecanismo que dissociou a produção do faturamento, característica central do sistema anterior. O PAB introduziu outra lógica no financiamento da assistência à saúde, trazendo algumas inovações importantes, na medida em que incentivou que uma parcela dos recursos federais, ainda que pequena, fosse diretamente alocada para custeio de procedimentos básicos, numa tentativa de organizar a entrada da rede municipal de saúde. A expectativa era que o PAB promovesse a lenta e gradual mudança no modelo assistencial, introduzindo melhorias no acesso e na qualidade do atendimento prestado na rede pública de saúde (Bodstein, 2002).

Vale destacar que um poderoso mecanismo de indução utilizado pelo governo federal, para priorizar a Atenção Básica, é a adoção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de incentivos financeiros e suporte técnico aos municípios.

Inicialmente, o governo federal assumiu como prioridade na agenda setorial a implementação do PACS, existente nos estados do Nordeste desde 1991. Esta iniciativa objetivou estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, especialmente na atenção materno-infantil.

A partir de 1994, num contexto de mobilização dos secretários municipais de saúde em torno da Atenção Básica, a União elegeu a Saúde da Família como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no país, prevendo impacto na reestruturação de todos os níveis de atendimento.

1. Bases Teóricas e Conceituais

1.1 Atenção Primária, atenção básica e a estratégia saúde da família

Este item apresenta uma breve revisão bibliográfica sobre os conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica em Saúde e Estratégia Saúde da Família, no contexto do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Primária em Saúde

O relatório Lalonde, elaborado na década de 60, tratou das bases da promoção da saúde, incluindo a noção de território e do meio ambiente no entorno dos serviços de saúde. Sua proposta propiciou debates em diversas partes do mundo sobre a determinação social da saúde e contribuiu para a configuração das bases da Conferência de Alma-Ata, realizada na antiga União Soviética, atual Cazaquistão, em 1978 (OMS, 2001). Segundo a Conferência, os cuidados primários de saúde são considerados essenciais para a promoção e proteção da saúde das populações e se realizam por meio de métodos e tecnologias práticas, que requerem ações intersetoriais e interdisciplinares.

A Conferência de Alma-Ata apresentou, ainda, a meta de “Saúde Para Todos no ano de 2000” (SPT 2000). Essa proposta visava que cada país utilizasse todos os recursos de que dispunham para amenizar os graves problemas de saúde do mundo (OMS, 2001). Além disso, os postulados dessa Conferência relacionaram a idéia de que os sistemas de saúde devem dar prioridade à Atenção Primária, antecipando e evitando agravos à saúde. Dessa forma, seriam interrompidos os ciclos perversos de produção de doença, por meio da incorporação de um mínimo de ações e serviços que são anteriores e que vão além da assistência médica tradicional. As novas ações seriam focadas nos determinantes socioeconômicos, nas condições de vida e saúde das populações e indivíduos e no desenvolvimento de ações em educação, saneamento, acesso a alimentos, fornecimento de medicamentos e garantia de acesso aos serviços de saúde (Almeida 2000).

Esse propósito, no entanto, ainda não foi alcançado pela maioria dos países em desenvolvimento e desde a Conferência de Alma Ata, o contexto mundial passou por profundas mudanças sociais, políticas e econômicas, assim como transformações na distribuição das doenças e nos perfis diagnósticos e, inclusive, nas próprias concepções e ações relativas à Atenção Primária em Saúde. Ainda que os conceitos tenham recebido atualizações em razão de novas idéias, os valores iniciais que estruturaram a Atenção Primária em Saúde e a SPT 2000 ainda estão vigentes e requerem redefinições de tempo e de estratégias para serem alcançados (OPAS-OMS, 2003).

A definição de Atenção Primária em Saúde apresentada por Andrade *et al* (2006) é compartilhada por outros autores da área como Starfield (2002) e Vuori (1984) e caracteriza:

“... o nível de um sistema que oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. [...] pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros profissionais da saúde” (Andrade *et al*, 2006 p.786).

A Atenção Básica em Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) avalia que não existe uma definição de Atenção Primária em Saúde que seja universal, sendo que cada país a denomina de forma diferente. A coexistência de diferentes interpretações do significado de Atenção Primária pode ser constatada pela experiência acumulada nos processos da sua operacionalização, principalmente nas Américas (Mendes, 1999).

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 definiu a estratégia prioritária a ser adotada pelo Ministério da Saúde na Atenção Primária, como “... o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no

primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Brasil, 1990). Desde então, o Ministério da Saúde vem reunindo esforços no sentido de elaborar um consenso conceitual sobre a Atenção Básica, não só no âmbito intra-ministerial, mas que seja compartilhada com as demais esferas de governo.

Vale salientar que Atenção Básica tem sido uma denominação adotada no país, especialmente no âmbito do SUS, a partir da NOB/96 (Brasil, 1996), para designar uma abordagem que corresponderia ao que se tem chamado, na literatura internacional, de Atenção Primária. Esta elaboração conceitual deu-se a partir da necessidade de construção de uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção. O conceito de Atenção Primária com o qual se queria romper é aquele compreendido como sendo a prestação de cuidado de saúde a parcelas excluídas da população, apoiadas num padrão de assistência médica de limitado alcance, de baixa densidade tecnológica e de pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações (Ministério da Saúde, 2003).

Num processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo para se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Assim, no documento Política Nacional de Atenção Básica, de 2006, o Ministério da Saúde propõe a seguinte definição:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que vem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (Ministério da Saúde 2006).

A Atenção Básica, quando bem organizada, tem potencial para garantir a resolução de cerca de 80% das necessidades de saúde apresentadas pela população de determinado município, possibilita uma melhor organização e funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, reduz o consumo excessivo de medicamentos e a utilização de equipamentos de alta tecnologia. Os problemas mais comuns apresentados pela população passam a ser resolvidos pela Atenção Básica, deixando os ambulatórios de especialidades livres para sua real função (Brasil, 2005).

De acordo com Ayres (2005), a Atenção Básica é responsável por realizar as articulações intersetoriais e promover a incorporação de novos cenários, sujeitos e linguagens na assistência à saúde. A percepção para aspectos socioculturais do adoecimento ganha impulso com ênfase na promoção da saúde e a vulnerabilidade retoma aspectos contextuais e institucionais e conclama a interação entre diferentes campos do conhecimento.

O esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil ainda enfrenta muitos obstáculos para atingir os princípios da universalidade, equidade e da participação da população, além do desafio constante quanto ao desenvolvimento do caráter interdisciplinar e intersetorial das ações.

Assim, os serviços de Atenção Básica, além de responderem por parte da expectativa do cuidado e da integralidade da atenção têm como atribuição o reconhecimento dos problemas de saúde. Para tal, faz-se necessário que se organizem para atender a variedade dos serviços esperados e realizem o trabalho educativo, que extrapola o campo da informação, devendo, por sua proximidade com os usuários e na qualidade de porta de entrada do sistema, integrar valores, costumes, modelos e símbolos sociais, que delineiam novas condutas e práticas de saúde (Gazinelli *et al*, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família

O esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas desde a proposição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante da Atenção Básica.

O objetivo da ESF refere-se:

“.. à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está

centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (Merhy et al, 2000: p.145).

Tendo como pressupostos para seu desenvolvimento os princípios do SUS, a ESF enfrenta com dificuldade o alcance da universalidade e da equidade, sendo a melhoria da qualidade e a humanização do cuidado outros objetivos a serem alcançados. No desenvolvimento de suas práticas, requer a integração de uma alta complexidade tecnológica no campo do conhecimento, com o estabelecimento de novas habilidades e de mudanças de atitudes (Ministério da Saúde, 1998).

A Estratégia trabalha com base nas seguintes diretrizes (Ministério da Saúde, 2005):

1. Caráter substitutivo: a ESF não propõe a criação de novas estruturas, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço de saúde.
2. Integralidade e Intersetorialidade: a Unidade de Saúde Família (USF) está inserida no âmbito da atenção básica, configurando-se como o primeiro contato da população com o sistema de saúde do município. As unidades devem ainda estar vinculadas à rede de serviços, de modo que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para os demais níveis de complexidade. Além disso, deve-se buscar junto a outros setores sociais a complementaridade necessária às suas ações e práticas.
3. Territorialização: o trabalho organiza-se localmente com base nas informações epidemiológicas e sociais da população, disponíveis no município. A equipe trabalha com definição da área de abrangência e população adscrita (2.400 a 4.500 pessoas), realizando cadastramento de famílias, acompanhamento da situação de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, desenvolvendo ações programáticas.
4. Equipe multiprofissional: as equipes de SF são minimamente formadas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A portaria 673/GM/MS de junho de 2003 prevê a incorporação de uma equipe de saúde bucal (ESB) para cada ESF. Estabelece também, duas possibilidades de composição da ESB: modalidade I, composta por cirurgião dentista

- (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD) e modalidade II, composta por cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental (THD). Outros profissionais como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas poderão ser incorporados formando equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.
5. Responsabilização e vínculo: as equipes assumem como sua responsabilidade contribuir para melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência. Para isso devem desenvolver esforços para oferecer atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas.
 6. Estímulo à participação da comunidade e ao controle social: a gestão local deve favorecer e estimular a criação e utilização dos canais de participação social para o planejamento e controle das ações previstas na estratégia.

Assim, a atuação da ESF vai ao encontro da expectativa de se explorar um espaço mais rico para exercer a promoção, prevenção e educação para a saúde, expressando-as em cuidado oferecido por meio das diversas práticas de saúde.

Em relação à cobertura da ESF, o Ministério da Saúde, em 2004, anunciou uma pesquisa que apresentava proporção mais elevada de cobertura nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul do que no Norte e Sudeste. Observou-se, ainda, uma expansão da cobertura da ESF nos municípios pequenos (com menos de 20 mil habitantes) que era muito superior à identificada nos municípios com mais de 80 mil habitantes. Em 1998 a ESF atingia apenas 9,4% dos brasileiros que viviam nos pequenos municípios, e em 2004, superou 65%.

Atualmente 4.984 municípios possuem equipes nucleares de Saúde da Família. Entre dezembro de 2002 e dezembro de 2005, o número de equipes aumentou de 16.698 para 24.562. Com isso, a cobertura foi ampliada, passando de 54.932.000 para 78.611.631 de pessoas, equivalendo a 44% da população brasileira.

Em relação à Saúde Bucal, também houve avanço. As 4.261 equipes de 2002 se ampliaram para 12.602 atuais, cobrindo uma população de 61.819.283, o equivalente a 34,9% da população do país (Ministério da Saúde, 2007).

Cabe destacar que a expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da atenção básica e colocou no centro da discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade da atenção (MS, 2002).

1.2. Avaliação em Saúde

O Campo da Avaliação em Saúde

Em uma das acepções encontradas no Dicionário Aurélio, avaliar é determinar a valia ou o valor, o preço, o merecimento.

“A todo o momento o ser humano avalia os elementos da realidade que o cerca. [...] Seja individual ou socialmente, seja de uma perspectiva privada, pública ou estatal, avaliar significa determinar o valor, a importância de alguma coisa. Avaliar será sempre, então, exercer julgamento sobre ações, comportamentos, atitudes ou realizações humanas, não importando se produzidas individual, grupal ou institucionalmente” (Garcia, 2001 p.2).

No campo da ciência específica, não obstante a ampliação da produção, a avaliação, em especial a avaliação em saúde, enquanto disciplina científica é considerada uma área que ainda se encontra em construção, tanto no que diz respeito aos seus conceitos, quanto às suas metodologias e, portanto, na literatura especializada sobre o tema pode ser identificada uma multiplicidade de sentidos e abordagens (Novaes, 2000; Silva, 2005).

Novaes (2000) identifica na literatura a **pesquisa de avaliação** ou **investigação avaliativa**, a **avaliação para decisão** e a **avaliação para gestão** como sendo os três grandes tipos de avaliação. Essas modalidades são reconhecidas a partir de critérios “que procuram dar conta das principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação” (Novaes, 2000, p.549); tais critérios (Quadro 1) apresentam alternativas que definem cada modalidade de avaliação:

Quadro 1 – Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados.

CRITÉRIOS	Pesquisa	Avaliação para	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramento
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impacto	Caracterização/ compreensão	Caracterização/ quantificação

Metodologia dominante	Quantitativo (Qualitativo) experimental/quase-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação à	Hipóteses	Recomendações	Normas
Temporalidade	Pontual/replicado	Corrente/pontual	Integrado/contínuo

Fonte: Novaes, 2000.

A **pesquisa avaliativa**, em geral, é desenvolvida por instituições acadêmicas e se destaca pelo seu caráter de produção de conhecimento científico, reconhecido pela comunidade ao qual está vinculado. Aqui, o enfoque priorizado diz respeito à identificação de impactos, de relações de causalidade ou aos nexos entre uma ação e determinadas alterações observadas na realidade. Ao contrário, a **avaliação para a decisão**, não envolve necessariamente a comunidade científica e apresenta como objetivo primordial a intenção de que a avaliação se torne um elemento capaz de influenciar processos de tomada de decisão. Já a **avaliação para gestão** produz informações, que têm intuito de contribuir para o aprimoramento do objeto avaliado e para o melhoramento de uma condição dada.

Esta sinopse tem o propósito de proporcionar uma reflexão, ainda que rápida, sobre a diversidade de conceitos e abordagens existentes na literatura especializada sobre o tema da avaliação; ao mesmo tempo que não diverge, essencialmente, da interpretação de outros especialistas do campo avaliativo. O quadro se torna extremamente proveitoso para a compreensão das articulações existentes entre objetos, tipologias e contextos envolvidos na avaliação. Dessa forma, um mesmo objeto poderá ser avaliado em uma multiplicidade de aspectos e perspectivas, conforme a diversidade de atores que realize a avaliação, permitindo que haja enfoques particulares na dependência do seu objetivo, do sujeito da avaliação, do seu interesse e do seu propósito.

Coincidindo com Fontes (2000), Garcia (2001) apresenta suas concepções a respeito de avaliações da ação governamental:

“Evidencia-se, então, ser de fundamental importância dispor de clara e precisa visão da finalidade, do valor que se

busca alcançar com uma determinada ação ou realização, para que se possa instituir critérios aceitáveis com os quais estas serão avaliadas. Mas ainda, é igualmente fundamental ter clareza do objetivo da avaliação, que aspectos do valor, da ação, da realização estarão sendo aferidos, pois as decisões que as validam ou as corrigem podem se dar em espaços distintos (legal, técnico, administrativo, político, etc.), e requerer informações e abordagens também distintas” (Garcia, 2001, p.2).

Avaliação de programas em saúde

Sem uma subordinação a nenhuma das tipologias acima arroladas, a avaliação de programas é uma das práticas que se destacam no desenvolvimento das avaliações em saúde.

Embora o termo programa venha sendo empregado com sentidos diversos na literatura internacional, no Brasil, a concepção de programa diz respeito à efetivação de um macro-objetivo, como a implantação de formas de atenção em instituições e serviços, dirigida a determinados grupos populacionais ou a problemas de saúde, cujas ações são desenvolvidas por diferentes profissionais (Novaes, 2000). A partir dessa definição, o programa, como objeto de avaliação, revela-se complexo e passível de ser abordado sob diferentes aspectos devido à sua multiplicidade de atributos e características.

A literatura sobre avaliação é unânime em mostrar, neste campo, a influência de Donabedian, um dos pioneiros em avaliar a qualidade do cuidado médico, com suas diversas propostas de abordagens na tríade estrutura, processo e resultado (Novaes, 1996; Silva, 2005). A estrutura diz respeito a aspectos da área física e equipamentos dos serviços, além do dimensionamento e qualificação da equipe, recursos financeiros e logísticos necessários e os disponíveis, bem como o seu funcionamento; processo refere-se às atividades administrativas, fluxos, existência e a observância aos protocolos e aos aspectos éticos das relações profissional-usuário, profissional-profissional e profissional-gerência; os resultados estão ligados a qualquer mudança observada em consequência da elaboração de um ou mais produtos e serviços, considerando a saúde, a satisfação de padrões e expectativas dos usuários, dos formuladores da política e dos prestadores de serviços.

Donabedian (1990) apresenta a proposta de um modelo que sistematiza os atributos que traduzem a qualidade nos serviços:

- eficácia – definida como a capacidade do cuidado oferecido em alcançar melhoria no estado de saúde, em condições ideais;
- efetividade – reflete a capacidade do cuidado oferecido em alcançar melhoria no estado de saúde quando realizado nas condições da realidade dos serviços e dos seus usuários;
- eficiência – retrata a capacidade de se obter os melhores resultados com os menores custos;
- otimização – relação de equilíbrio entre os benefícios produzidos pelo cuidado e seus custos;
- aceitação – relação entre o profissional e o usuário, o respeito às suas preferências e valores, a sua satisfação e aceitação quanto aos efeitos e custos provenientes do cuidado oferecido;
- legitimidade – forma como o cuidado é visto pelos seus usuários e pela comunidade como um todo;
- equidade – reflete o quanto o cuidado respeita os princípios de justiça na sua distribuição.

Avaliação Visando à Melhoria de Qualidade na Saúde

Embora Donabedian tenha produzido essa sistematização há mais de quarenta anos, ela foi muito difundida na década de 80 e atualmente vem sendo retomada com algumas variações, principalmente no campo da avaliação da qualidade na saúde. Nesse âmbito, são os serviços de saúde que mais freqüentemente têm se constituído em objeto para esse tipo de avaliação (Novaes, 2000). Retomando a sinopse de Novaes (2000) é possível identificar nas avaliações, tendo os serviços de saúde como objeto, práticas avaliativas que se inserem, com algumas nuances, nas tipologias e critérios ali apresentados.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2001) adota o conceito de **qualidade nos serviços de saúde**, definido por Rojas (2004), como sendo o conjunto de características que os serviços possuem para superar as necessidades e expectativas de usuários e prestadores de serviços.

Tendo em conta essa definição, alguns autores propõem abordar a avaliação da qualidade nos serviços de saúde em duas dimensões distintas: a qualidade técnica e a qualidade percebida. Com relação à primeira, sob o ângulo dos prestadores de serviços, define-se a garantia, efetividade e utilidade das ações de saúde, assim como a atenção oportuna e eficaz para os usuários dos serviços. A segunda é percebida sob o enfoque dos usuários dos serviços e leva em consideração as condições materiais, administrativas e éticas das ações que se realizam (Ross *et al* 2000).

Uma outra abordagem nas avaliações de qualidade nos serviços de saúde, que se diferencia da anterior é a ênfase que é colocada na posição dos avaliadores. Rojas (2004) discrimina dois tipos de avaliação tendo como critério a posição do avaliador: a “avaliação interna” (também denominada auto-avaliação) e a “avaliação externa” (ou independente). A primeira seria executada pelos envolvidos e responsáveis pelos programas, enquanto a segunda seria realizada por um profissional ou grupo de profissionais externos ao programa que se encarrega(m) do delineamento e desenvolvimento do processo de avaliação.

Em contexto distinto, a posição dos avaliadores é focada propondo-se o envolvimento de todos os membros da equipe de saúde no processo avaliativo. Essa proposta originou-se no ciclo de Walter Shewhart (Azevedo *et al*, 1999) que estabelece as etapas do Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) que pode ser traduzido por planejar, experimentar/testar, avaliar e implementar. Ela foi introduzida nos sistemas de saúde nos anos 80, tendo o propósito de promover a qualidade do serviço como preocupação básica de todos os membros da equipe que se engajariam não apenas no processo avaliativo, mas tenderiam continuamente a incorporar suas próprias observações e conclusões, re-orientando suas práticas profissionais.

Essas abordagens apontam para que a Qualidade em Saúde seja vista incluindo a satisfação das necessidades dos usuários, levando o pessoal técnico a desempenhar um trabalho mais eficiente. A melhoria de qualidade requer, neste sentido, atenção constante de todos os envolvidos na gestão de saúde, incluindo a equipe, de modo a tornar a avaliação parte das atividades rotineiras do serviço.

Assim, conforme Contandriopoulos (2006), o próprio ato de avaliar torna-se um momento intencionalmente pedagógico, que vem contribuir para a capacitação dos recursos humanos. Por isso a avaliação não se restringe a um processo meramente técnico, mas deve ser entendida como algo que

envolve discussão, pacto, organização, continuidade sob movimento crítico e reflexivo diante de práticas desenvolvidas na Saúde (Brasil, 2003).

No Brasil, embora a incorporação de avaliações na gerência do sistema de saúde seja recente, o Ministério da Saúde vem dando relevo à avaliação como uma importante atividade que formula juízo sobre o mérito de ações ou serviços, sobre o grau de alcance das metas de um programa e que pode determinar se este deve ter continuidade. Além disso, o Ministério destaca a avaliação como fonte de informações a respeito de efetividade, finalidade e processos de seus programas, apontando assim para novas estratégias. Em 2005, este tema teve seu espaço de discussão ampliado com a proposta da institucionalização da avaliação em Saúde (Brasil, 2004; Ministério da Saúde, 2005).

1.3. Avaliação da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família: a Proposta AMQ

Institucionalização da avaliação e monitoramento na Atenção Básica

A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade. Segundo Hartz “institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas” (Hartz, 2002).

A Avaliação, nesse sentido, busca contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (Felisberto, 2004).

Para isso, o Ministério da Saúde definiu um conjunto de estratégias para que os sujeitos introjetem o “olhar avaliador”, para que a avaliação seja orgânica aos processos de trabalho cotidianos, desde o profissional da unidade local de saúde, passando pelas esferas municipal, estadual e federal (Ministério da Saúde, 2003). O Brasil, nesse sentido, alinha-se, no plano internacional, ao movimento pela institucionalização da avaliação, que vem sendo implementado em diversos países, como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França. Com este objetivo, foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), em

2000, com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo seu papel estratégico para o direcionamento da organização do sistema de saúde no país.

A Saúde da Família tem como desafio se atualizar, definindo mais claramente seus objetivos, componentes, atividades, resultados e impactos esperados. Para tanto, a dimensão da qualidade deverá permear todos os seus componentes, garantindo que o seu desenvolvimento e a sua avaliação considerem as ações, os serviços e seus resultados para além dos aspectos quantitativos já verificados, mas como consequência da articulação de saberes e práticas destinadas a uma atenção integral e equânime das necessidades de saúde.

Para responder ao desafio acima colocado apresenta-se a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família, a qual se destina a promover a cultura da qualidade nos diferentes atores da Atenção Básica.

A Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ): perspectiva e pressupostos teóricos

A Avaliação para a Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ) tem como objetivo apresentar uma nova opção de avaliação para os municípios que adotam o modelo de Saúde da Família. A iniciativa propõe-se, ao mesmo tempo, a avaliar e proporcionar a qualidade de ações e serviços embasando intervenções.

A proposta AMQ foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde e orienta-se a partir dos princípios do SUS, considerando que os serviços de saúde devem procurar a excelência na qualidade da produção, sistematização e universalidade do cuidado.

Para tratar do tema da qualidade a AMQ adota o modelo teórico proposto por Donabedian, baseado na teoria dos sistemas, tendo como foco de análise os serviços e as práticas de saúde, considerando os elementos estrutura, processo e resultado (Ministério da Saúde, 2005).

Como modalidade de coleta de dados, a AMQ adota a avaliação interna (auto-avaliação), na qual os sujeitos integrantes do processo analisam o seu desempenho e o representam sob a forma de escalas, gráficos ou relatórios descritivos.

Neste contexto, o propósito da auto-avaliação deve ser a contribuição ao aperfeiçoamento constante dos cuidados e à capacidade técnica de cada membro da equipe. No processo de avaliação é preciso identificar as aptidões e os aspectos que necessitam ser fortalecidos individual e coletivamente (FHI, 2000).

Os princípios mais importantes da auto-avaliação que explicam a natureza deste processo, bem como a sua necessidade para o desenvolvimento institucional são expressos pelas dimensões de auto-referência, auto-análise e auto-desenvolvimento (FHI, 2000; Saul, 1988). De acordo com Saul (1988), a capacidade de auto-referência dos problemas e da realidade institucional é um aspecto básico, pois todo processo genuíno de auto-avaliação tem que levar em consideração indicadores internos e externos, priorizando-se os indicadores internos relevantes para o desenvolvimento dos serviços, por meio do envolvimento dos integrantes da equipe.

Outro propósito da auto-avaliação que revela a natureza do processo é a necessidade de ampliar a participação efetiva da equipe e da instituição, pois ela favorece a auto-análise pela qual o serviço procura se perceber e refletir sobre as suas práticas e processos de interação, o que viabiliza o desenvolvimento de planos de ação que impliquem em mudança e desenvolvimento de melhores práticas.

A auto-avaliação nos serviços de saúde com as contribuições de um processo participante privilegia o discurso e as percepções da realidade dos envolvidos, sejam gerentes ou agentes do cuidado em saúde. A participação se torna efetiva em um processo de auto-análise, pelo qual se coleta, analisa e emite parecer sobre as informações colhidas em entrevistas coletivas e roteiros, que devem adotar perspectiva sócio-qualitativa do processo (FHI, 2000).

Os maiores problemas da auto-avaliação, tal como ela vem sendo executada em diversos contextos (sistemas, programas e serviços), estão vinculados à falta de preparação adequada da equipe que coordena a avaliação, ao aspecto vertical do processo na formulação de um diagnóstico que não resulta em mudanças e desenvolvimento institucional, e à crença de que os instrumentos/questionários asseguram a participação de todos os atores vinculados ao processo (FHI, 2000).

A auto-avaliação, por ser um processo participante, dinâmico, de adesão voluntária e sem caráter de sanção, pode torná-la atraente, estimulando os participantes à sua adoção e realização. O envolvimento

dos participantes e interessados no processo de avaliação e a oportunidade de desenvolvimento pessoal e institucional são indispensáveis, assim como a flexibilidade do processo quanto às características dos serviços e dos participantes.

Desta forma, o modelo de auto-avaliação adotado inicia-se pelo processo de troca e comunicação entre os envolvidos, pela aprendizagem conjunta e promoção de transformações onde todos têm espaço. Por esse caráter participativo, onde há exposição de opiniões dos sujeitos envolvidos, a AMQ é uma proposta, na qual técnicos e gestores **municipais** deverão aderir de maneira **voluntária**, sem coerções, incentivos ou punições de ordem orçamentária ou administrativa.

O processo de auto-avaliação está delineado para a utilização dos seus resultados de maneira interna aos serviços e seus bancos de dados não têm caráter público.

A AMQ, como metodologia avaliativa, insere-se em um processo mais amplo de melhoria contínua da qualidade no âmbito da Saúde da Família, visando melhores resultados nas condições de saúde da população. Seus instrumentos apresentam padrões de excelência, que permitem o diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas. Possibilitam, ainda, a identificação de estágios de implementação da estratégia e seus aspectos críticos.

Assim, a AMQ tem como propósito se tornar um recurso de referência para avaliação e para a organização da Saúde da Família nos municípios, devido ao seu forte aspecto orientador, pedagógico e indutor de práticas em saúde, expressos no conteúdo de descrição dos estágios de desenvolvimento que fazem parte de seu próprio instrumental (Ministério da Saúde, 2005).

Os objetivos da AMQ são:

Geral:

Avaliar os níveis de qualidade, os avanços alcançados e impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas de saúde no âmbito da SF.

Específicos:

- Contribuir para a inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da estratégia;

- Certificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios, considerando os componentes de gestão municipal, coordenação e trabalho das equipes;
- Identificar áreas críticas e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação, visando à melhoria da qualidade da estratégia, no que se refere à sua organização e às suas práticas;
- Contribuir para a construção da capacidade avaliativa na área da qualidade nas secretarias municipais e estaduais de saúde;
- Apoiar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das iniciativas de melhoria de qualidade da estratégia.

A avaliação busca promover o desenvolvimento da qualidade, de forma processual, a partir de questões sobre as condições de estrutura e infra-estrutura, passando pelos processos de organização dos serviços e práticas e, avançando até ações mais complexas, tanto de processos de trabalho, quanto da verificação de impactos sobre as condições de saúde da população assistida.

Nos instrumentos da avaliação, o conceito de estágios de qualidade está associado a cada um dos padrões, assim definidos:

Padrões do Estágio E – Qualidade Elementar (inclui elementos fundamentais de estrutura e ações mais básicas da estratégia SF);

Padrões do Estágio D – Qualidade em Desenvolvimento (inclui elementos organizacionais iniciais e aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho);

Padrões do Estágio C – Qualidade Consolidada (inclui processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações);

Padrões do Estágio B – Qualidade Boa (inclui ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados);

Padrões do Estágio A – Qualidade Avançada (inclui processos e, principalmente, nos resultados mais complexos, padrão de excelência, apresentados como um modelo a ser alcançado).

Os instrumentos de auto-avaliação que vêm sendo indicados para programas de avaliação e de melhoria de qualidade, proporcionam críticas onde os sujeitos envolvidos são atores do processo. Assim, a AMQ conta com material impresso que apresenta:

- as bases conceituais e etapas de implantação da avaliação;
- o acompanhamento do trabalho das equipes;
- o planejamento para a realização das avaliações;
- os instrumentos (questionários de avaliação);
- os princípios e diretrizes que organizam e caracterizam a Estratégia Saúde da Família.

Os seis cadernos técnicos que acompanham a AMQ são destinados a cada um dos âmbitos de gestão e execução da ESF e seus respectivos sujeitos.

Documento Técnico;

Caderno de Auto-avaliação nº 1, dirigido ao gestor municipal de saúde;

Caderno de Auto-avaliação nº 2, dirigido aos coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família;

Caderno de Auto-avaliação nº 3, dirigido aos diretores técnicos da Unidade de Saúde da Família;

Caderno de Auto-avaliação nº 4, dirigido a todos os profissionais da equipe de Saúde da Família;

Caderno de Auto-avaliação nº 5; dirigido aos profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família (Figura 1).



Figura 1. Material impresso de apoio à implantação da AMQ.

Os instrumentos AMQ podem e devem ser utilizados de forma contínua e independente de processos e iniciativas externos. Porém, como qualquer iniciativa de avaliação, requer o planejamento de etapas para que obtenha completo êxito: a organização do processo; a preparação da implementação; a condução do processo; os resultados e comunicados; a obtenção de validade; desenvolvimento de plano de ações e tomada de decisões.

2. Avaliação de Implantação da Amq: Uma Proposta de Pesquisa

2.1. Proposta de Pesquisa

A proposta Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família elaborada pelo Ministério da Saúde prevê a participação ativa da esfera estadual, que deve assumir o planejamento, divulgação e programação da implantação da avaliação, conjuntamente com os municípios. Nesse sentido, são atribuições do Estado:

- integração dos planos estaduais de monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- divulgação da proposta para os municípios por meio de seminários, oficinas de trabalho regionais e municipais;
- planejamento e programação das etapas de implantação da proposta no estado;
- acompanhamento e apoio técnico aos municípios no processo de implantação e desenvolvimento da proposta;
- acompanhamento e avaliação do processo de implantação e desenvolvimento da proposta na esfera estadual.

Procurando facilitar o cumprimento do papel de co-gestão do processo no Estado de São Paulo, o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, elaborou o projeto “Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família: análise da implantação no Estado de São Paulo”, parte integrante do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) – componente III no Estado de São Paulo.

2.2. Objetivos da Pesquisa

O projeto desenvolvido teve como objetivos:

Geral: avaliar a implantação da “Avaliação para Melhoria da

Qualidade – AMQ”, no tocante à sua validade, aplicabilidade e abrangência em municípios do Estado de São Paulo.

Específicos:

- Avaliar a metodologia adotada para capacitação dos multiplicadores do AMQ no Estado de São Paulo;
- Avaliar a metodologia adotada para a capacitação de equipes municipais para a implantação do AMQ;
- Avaliar a adesão de municípios capacitados à proposta da AMQ;
- Avaliar junto aos gestores, coordenadores e profissionais das equipes da ESF:
 - impressões causadas pelo material;
 - adequação dos padrões elaborados;
 - grau de interesse;
 - compreensão da proposta;
 - participação no processo.
- Avaliar a implantação da AMQ na instância municipal, no tocante às dificuldades e facilidades encontradas para coleta, processamento e análise dos dados;
- Avaliar a capacidade gerencial dos municípios na condução das auto-avaliações.

2.3. Metodologia e Estratégias de Pesquisa

Etapas de implantação da AMQ no Estado

O Projeto foi delineado prevendo as seguintes etapas de implantação da AMQ no Estado de São Paulo:

1. *Reunião com representante do Ministério da Saúde*, para discussão das linhas gerais da implantação da AMQ no Estado. Definiu-se nesta reunião que a proposta da AMQ seria apresentada a todas as DIR, sendo capacitados multiplicadores de todas as Regionais; além disso seria escolhida uma Região para a realização de um estudo-piloto de avaliação da implantação da proposta.

2. *Oficina I*: apresentação da proposta da AMQ e discussão da estratégia de implementação no Estado com a participação dos representantes das 24 Direções Regionais de Saúde (DIR)¹;

3. *Oficina II*: capacitação dos municípios da região escolhida como piloto no Estado de São Paulo para a utilização dos instrumentos da AMQ;

4. *Acompanhamento do processo*: realizado pelo Instituto de Saúde nos municípios durante o preenchimento dos instrumentos da AMQ;

5. *Seminário final*: realizado para apresentação e discussão dos resultados do estudo piloto: com participação de representantes das 24 Direções Regionais de Saúde e dos municípios da DIR piloto.

Estratégias metodológicas

O estudo utilizou-se de diferentes técnicas para a avaliação de cada um dos componentes da implantação da AMQ, buscando cumprir os objetivos previstos:

1. *Avaliação da metodologia adotada para capacitação dos multiplicadores da AMQ no Estado*: nesta etapa buscou-se identificar a adequação da metodologia proposta para a capacitação de multiplicadores da AMQ, por ser esta uma etapa fundamental para a expansão da proposta no Estado. Para o cumprimento deste objetivo foram aplicados questionários para os participantes (interlocutores das DIR), contendo questões sobre a adequação do desenho da Oficina para formação de multiplicadores e viabilidade de multiplicação da proposta para os municípios de sua área de abrangência. As respostas foram analisadas no programa EPIINFO 2000.

2. *Avaliação da metodologia adotada para a capacitação de equipes municipais para a implantação da AMQ no Estado de São Paulo*: nesta etapa buscou-se identificar a adequação da metodologia proposta para a capacitação de gestores e profissionais de saúde municipais, por ser esta uma etapa fundamental para a implementação da proposta. Foram aplicados questionários para os participantes da Oficina II contendo questões sobre as etapas e a viabilização da implantação da AMQ e a viabilidade de utilização

¹ Optou-se por manter no texto referência às DIR, pois no período de delineamento da pesquisa o Estado era composto por 24 Direções Regionais de Saúde, sendo posterior à criação dos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

dos instrumentos de avaliação propostos (ANEXO 2). As respostas foram analisadas no programa EPIINFO 2000.

3. *Avaliação da adesão de municípios capacitados para implantar a proposta da AMQ*: esta etapa foi realizada mediante a observação participante nas reuniões com os municípios e aplicação de questionários elaborados para o acompanhamento dos mesmos, analisados no programa EPIINFO 2000.

4. *Avaliação junto aos gestores municipais, coordenadores da AB e gerentes de Unidades e profissionais ESF*, sobre as impressões causadas pelo material; a adequação dos padrões elaborados; o grau de interesse; a compreensão da proposta e a participação na avaliação: nesta etapa buscou-se apreender junto aos atores envolvidos no processo suas percepções sobre a proposta AMQ, através da realização de grupos focais.

5. *Avaliação da implantação da AMQ na instância municipal*: neste item buscou-se identificar dificuldades e facilidades encontradas para coleta, processamento e análise dos dados. A estratégia utilizada foi também a dos grupos focais com os interlocutores dos municípios envolvidos, visando apreender a percepção dos mesmos sobre todas as etapas do processo.

Conforme o exposto optou-se, nesta pesquisa, pela utilização de técnicas de análise quantitativa (dos dados extraídos dos questionários aplicados) e de análise qualitativa, utilizando-se coleta de informações por observação participante durante os encontros e reuniões da etapa preparatória e, também, nos grupos focais realizados para avaliar o processo da implantação na instância local.

Contribuições do Grupo Focal para o processo avaliativo

O Grupo Focal, conforme Ceres *et al* (2000) constitui-se em uma forma de entrevista em grupo na qual se busca, a partir de um tema específico, captar os diferentes pontos de vista dos participantes, por meio da troca de experiências sobre suas observações, dificuldades, conceitos entre outros. A riqueza de possibilidades que podem ser exploradas com a utilização de grupos focais foi levada em consideração para que a técnica fosse escolhida, com a finalidade de captar expectativas e opiniões sobre o processo de implantação da AMQ, já que a mesma é considerada apropriada para estudos que buscam compreender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos.

Para a operacionalização dos grupos, foram seguidas as recomendações de Nogueira-Martins *et al* (2004): composição dos mesmos com o

mínimo de 6 e o máximo de 15 participantes; duração prevista em torno de 90 minutos; presença de um moderador para condução do trabalho e um observador para registro de fala e expressões não-verbais. Assim, foram previstos quatro grupos focais compostos por: (1) Secretários ou Coordenadores Municipais de Saúde; (2) Coordenadores Municipais da Atenção Básica; (3) Gerentes de Unidades de Saúde da Família (USF); (4) profissionais das Equipes de Saúde da Família.

Os grupos focais foram gravados, sendo o material submetido à transcrição.

Procedeu-se a análise temática do conteúdo do material produzido, segundo Bardin (1991). Para esta autora, a análise de conteúdo constitui-se “num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, cuja intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção” (Bardin, 1991, p.38). Desta forma ocorrem três fases fundamentais:

- Pré-análise;
- Exploração do material;
- Tratamento dos resultados.

A primeira fase, de pré-análise, comporta elementos tais como a leitura flutuante, que consiste num primeiro contato “desinteressado” com os textos e a formulação de hipóteses, que decorre do passo anterior; o pesquisador, assim, interroga sobre alguns pontos e levanta as primeiras hipóteses, que podem vir a ser corroboradas ou não no decorrer do processo.

A segunda fase, de exploração do material, é descrita pela autora como uma fase longa, na qual são realizados os processos de codificação (transformação dos dados brutos em texto), em função de regras previamente estabelecidas.

Já a terceira fase, de tratamento dos resultados, é o momento no qual se realiza a análise e discussão dos dados levantados ao longo das etapas precedentes.

Seleção da região para o estudo-piloto

A definição da região para a realização do estudo-piloto foi feita durante a realização da Oficina I, com os representantes das DIR, em conjunto com

a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e a equipe de pesquisadores do Instituto de Saúde. A região de Registro foi selecionada para o estudo e tem sido priorizada pela SES para várias ações focais, em função das condições socioeconômicas e dos indicadores de saúde regionais.

Período de realização do estudo-piloto

As atividades relativas ao projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ foram realizadas no período de outubro de 2006 a julho de 2007.

Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 196/96, que versa sobre os cuidados na pesquisa com seres humanos e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde.

3. Local do Estudo: a Região de Registro

Por ocasião da realização da pesquisa, a DIR de Registro era formada por 15 municípios, distribuídos da seguinte forma (Figura 2):

DIR XVII - REGISTRO



Figura 2. Mapa da Região de Registro.

Segundo dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2003), a DIR de Registro possui uma extensão territorial de 13.320 km² e população de 303.748 habitantes em 2007, conforme estimativa do IBGE. Dados extraídos dessa publicação apontam que no ano 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal/Renda entre os municípios da região variou de 0,56 a 0,74, sendo que o valor para o Brasil era 0,72.

Dos 15 municípios da região, 33,3% tinha valor de IDH entre 0,5 e 0,65; 10 (66,7%) tinham IDH entre 0,65 e 0,80 e nenhum município tinha valor entre 0,80 e 1,0. O município com o melhor valor era Ilha Comprida, (0,736) e o município com o pior valor era Barra do Turvo (0,563). Em relação à população, 25,8% apresentavam IDH entre 0,5 e 0,65 e 74,2%, entre 0,65 e 0,8.

No tocante à taxa de alfabetização, o município com o melhor valor era Ilha Comprida (93,9%) e o município com o pior valor era Barra do Turvo (78,2), sendo a taxa do Brasil de 86,4%. Dos 15 municípios da região, nenhum tinha taxa de alfabetização inferior a 75%; 2 (13,3%) tinham um valor entre 75 e 82,5%; 9 (60,0%) tinham um valor entre 82,5 e 90% e 4 (26,7%) tinham um valor entre 90 e 97,5%.

A Tabela 1 mostra a evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família na DIR de Registro. Os dados foram discriminados por município:

Tabela 1. Credenciamento e cobertura populacional da ESF, Região de Registro, 2007

Municípios da DIR	Nº de ACS implantados	% de cobertura populacional ACS	Nº de ESF implantados	% de cobertura populacional de SF	Nº de ESB modalidade I implantados	Nº de ESB modalidade II implantados	% de cobertura populacional de SB	População
Pedro de Toledo	25	100	4	100	0	0	0	10033
Barra do Turvo	21	100	4	100	1	0	79,09	8724
Cajati	23	40,41	3	31,63	0	0	0	32724
Cananéia	24	99,24	4	99,24	1	0	49,62	19906
Eldorado	17	65,15	2	45,99	2	0	91,98	15003
Iguape	45	90,55	7	84,51	0	0	0	28575
Ilha Comprida	23	100	3	100	3	0	100	9177
Iporanga	12	100	2	100	2	0	100	4529
Itariri	25	96,68	3	69,61	0	0	0	14869
Jacupiranga	22	67,73	2	36,95	0	0	0	18676
Juquiá	21	53,08	4	60,66	2	0	60,66	22748
Miracatu	21	49,24	3	42,21	1	0	28,14	24521
Pariquera-Açu	31	87,13	3	50,59	0	0	0	20459
Registro	69	69,9	10	60,78	0	0	0	56759
Sete Barras	18	71,59	3	71,59	0	0	0	14458

Fonte: MS/SAS/DAB.

A cobertura populacional dos ACS variou de 40,4% a 100%, sendo que o município que possuía menor cobertura populacional era Cajati. Entre os municípios que possuíam cobertura de 100%, encontram-se Barra do Turvo, Ilha Comprida, Iporanga e Pedro de Toledo. A cobertura populacional de Saúde da Família variou entre 31,6% a 100%, conforme o município: Cajati possui 31,6% e Barra do Turvo, Ilha Comprida, Iporanga e Pedro de Toledo possuem cobertura de 100%.

Em relação à Saúde Bucal, a cobertura populacional variou entre 0 a 91,9% na DIR.

De forma geral, verifica-se adesão expressiva dos gestores municipais à ESF, uma vez que a cobertura populacional da ESF superou os 50% em 11 dos 15 municípios da Região.

4. Resultados da Pesquisa

A seguir são apresentados os resultados de cada um dos componentes da avaliação da implantação da AMQ no Estado.

4.1. Avaliação da metodologia adotada para capacitação dos multiplicadores da AMQ no Estado

A Oficina I, para a capacitação de multiplicadores, realizou-se nos dias 19 e 20 de outubro de 2006, com representantes do gabinete da SES-SP, das Diretorias Regionais de Saúde (DIR) e pesquisadores do Instituto de Saúde. Este foi o primeiro momento de capacitação de multiplicadores para AMQ no Estado de São Paulo.

A capacitação foi conduzida por uma equipe de consultores do Ministério da Saúde. A estrutura da *Oficina de Formação de Facilitadores e Multiplicadores AMQ* compõe-se de 4 módulos de 4 horas cada um, totalizando uma carga horária de 16 horas. Cada módulo atende a um determinado objetivo e prepara o módulo seguinte. Ela pode ser adaptada a cada público (gestores, facilitadores e participantes) variando-se a ênfase técnica dada aos conteúdos de cada um dos módulos. Para facilitadores e multiplicadores o objetivo é capacitar para o desenvolvimento da implantação, seja preparando outros facilitadores, seja apoiando tecnicamente os participantes. As apresentações dos conteúdos têm ênfase na proposta conceitual, metodológica e técnica, explicitados os processos de elaboração dos materiais do projeto e as etapas de sua implantação. Uma boa compreensão da ferramenta sistema informatizado, assim como dos relatórios que ele oferece, também é possibilitada.

De acordo com o Guia dos Multiplicadores AMQ a Oficina contempla quatro momentos: 1) ênfase no vivencial (os participantes refletem sobre suas experiências em avaliação); 2) ênfase no mental (os participantes conhecem a proposta AMQ); 3) ênfase na ação (momento da apropriação da proposta) e preparação das ações futuras. A metodologia adotada combina dinâmicas de grupo e exposições dialogadas.

Perfil dos Participantes:

A análise dos dados levantados nesta Oficina mostra a participação de 52 profissionais, cuja faixa etária variava entre 25 e 65 anos. Destes, 94,2% tinham vínculo de trabalho estadual e 5,8%, vínculo federal. Com relação à formação profissional, constatou-se que 21,1% possuíam graduação em enfermagem, seguido de serviço social e odontologia (ambos 9,6%); as áreas de medicina, pedagogia e administração representavam igualmente 5,7%. Constatou-se que 3,8% dos participantes possuía duas graduações e 3,8% não responderam esta pergunta. Do total, 67% possuíam curso de especialização, 9,6% doutorado e 9,6% mestrado acadêmico.

Os dados apontam que 75% dos participantes possuíam experiência em avaliação, sendo que esta vivência transitava, em alguns casos, em mais de uma área.

Avaliação a partir dos questionários respondidos pelos participantes

No que diz respeito ao desenvolvimento da oficina, os recursos didáticos foram considerados “adequados” por 67,3% dos participantes e “adequados em parte” por 28,8%. No que tange à pertinência dos conteúdos abordados, 84,6% consideram-nos “pertinentes” e 15,4% “pertinentes em parte”.

Na opinião dos participantes, os temas abordados “atingiram os objetivos” da capacitação para 51,9%; “atingiram em parte” esses objetivos para 46,2%; e “não atingiram” os objetivos propostos, para 1,9%. Do total, 71,2% considerou que a capacitação os tornou “aptos em parte” para a implementação da proposta de avaliação; 17,3% consideraram-se “aptos” e 11,5% “não aptos” para este desenvolvimento.

As notas atribuídas à realização da Oficina, numa escala de zero a dez, foram: nota 8 (44,2%), 7 (17,3%) 9 (15,3%) e notas próximas a 5 também foram freqüentes. Dois dos participantes não responderam à questão.

Expectativas de Ações Futuras do Grupo

Com relação à possibilidade de realização da AMQ, tal como foi proposto na oficina, 82,7% consideraram que esta avaliação seria “aplicável” em sua região; 5,8% dos participantes consideram que seria “aplicável em parte”; para 3,8% “não seria aplicável” e 7,7% não responderam à questão.

As justificativas apresentadas defendendo a aplicabilidade da proposta referem-se a três aspectos distintos: 1) importância deste tipo de avaliação como recurso fundamental na consolidação, ampliação e reorganização da estrutura e processos de trabalho; 2) o fato da adesão à proposta ser

espontânea e não obrigatória; e 3) atende à necessidade tanto de avaliação quanto de planejamento, no que diz respeito às instâncias regional e municipais.

De um modo geral, notou-se que os participantes foram sensibilizados sobre a importância da implantação da AMQ. Porém algumas dúvidas persistiram no que diz respeito ao acesso dos registros de dados e dos consolidados para os gestores da instância regional e estadual, ou seja, de maneira prática, como essas informações poderiam ser utilizadas para o planejamento.

Esses questionamentos foram fundamentais para a proposição de alterações para a Oficina II, na DIR Registro, conduzida pela equipe do Instituto de Saúde e Coordenação da AB da SES-SP.

Também foram apresentados questionamentos e dúvidas sobre a prática da auto-avaliação propriamente dita. Ainda que os representantes do Ministério da Saúde, da SES e do Instituto de Saúde, enfatizassem que o processo de avaliação proposto é de adesão facultativa e que se trata de um processo interno de auto-avaliação, foi observado que algumas pessoas apresentavam resistência à idéia. Para muitos, mantêm-se a idéia tradicional de que a avaliação é sinônimo de fiscalização com punição. Punição essa que pode ocorrer sob a forma de cortes de verbas, destituição de cargos ou mesmo com prejuízos salariais.

A partir dessa constatação pode-se afirmar que a discussão sobre as definições de avaliação, sobre os seus modelos e o estabelecimento das diferenças conceituais entre supervisão, auditoria e avaliação é parte fundamental neste processo.

4.2. Avaliação da metodologia adotada para capacitação dos municípios para a implantação da AMQ

O objetivo desta oficina foi realizar a capacitação-piloto dos gestores municipais para a implantação da AMQ na DIR Registro.

A oficina foi realizada nos dias 15 e 16 de dezembro de 2006 no município de Registro, para a qual foram convidados três representantes de cada um dos 15 municípios que compunham a DIR XVII - Registro da Secretaria de Estado da Saúde, bem como diretores e técnicos dessa DIR.

Os trabalhos desta oficina foram conduzidos e acompanhados pelas equipes do Instituto de Saúde e da Coordenação da Atenção Básica da SES-SP.

O programa da segunda Oficina foi alterado em relação à proposta inicial do MS em função da avaliação realizada da Oficina I. Essas alterações foram consistiram em:

- redução da carga horária dedicada à apresentação do Sistema Informatizado AMQ, tendo em vista que esse conteúdo foi de baixo aproveitamento na primeira oficina;
- inclusão de exposição/discussão sobre Técnicas de Consenso, por ser um conteúdo considerado importante para a autonomia dos gestores locais na implementação da proposta de avaliação pelas Equipes de Saúde da Família.

O objetivo final da oficina foi a elaboração, pelos participantes, de um plano de ação para a implantação da AMQ em seus municípios.

Dos 15 municípios da região, 9 atingiram este objetivo na oficina, elaborando o plano de ação; 6 municípios não desenvolveram a tarefa porque não participaram ou participaram apenas do primeiro dia da oficina.

Perfil dos Participantes:

Participaram desta Oficina 26 profissionais, cuja faixa etária era de 25 a 65 anos de idade, sendo que 34,6% destes participantes estavam na faixa etária de 25 a 35 anos de idade. O vínculo de trabalho na esfera municipal foi de 73,1%.

A formação profissional dos participantes em sua maioria foi em enfermagem constituindo um total de 57,6%, seguido de medicina com 15,3%, sendo que 7,6% não responderam esta questão e os demais eram formados em outros cursos que não são da área da saúde. Observou-se um expressivo percentual (61,5%) de profissionais que possuem especialização e poucos (3,8%) eram titulados em mestrado acadêmico. Além disso, verificou-se que 65,4% possuem experiência em algum tipo de avaliação.

Avaliação a partir dos questionários respondidos pelos participantes

No que diz respeito ao desenvolvimento da oficina de capacitação, 100% considerou que os recursos didáticos utilizados foram adequados, o mesmo percentual de participantes coloca que os conteúdos foram pertinentes; 84,6% considera que os temas discutidos atingiram os objetivos da capacitação; 80,8% consideraram que a capacitação os tornou aptos para a implementação da AMQ e 19,2% consideraram-se capacitados em parte.

A nota atribuída à Oficina foi predominantemente 9, totalizando 57,6% das respostas; 30,7% dos participantes conferiram nota 10, e as demais notas oscilaram entre 8 e 8,5.

Em relação a críticas e sugestões, os participantes referem que é inviável, nesse momento da capacitação, levantar algum tipo de crítica, já que se constitui num recurso novo e de adesão voluntária.

Expectativas de Ações Futuras do Grupo

Quanto à aplicabilidade da proposta da AMQ na ESF da forma como foi proposta, 96,2% dos participantes a consideraram aplicável e 3,8%, aplicável em parte, sendo que nenhuma resposta apontou, a princípio, para a não viabilidade da proposta.

4.3. Avaliação da adesão dos municípios à AMQ

Estratégia de acompanhamento do processo junto aos municípios durante a fase de introdução da AMQ e seus instrumentos

O monitoramento realizado junto aos municípios no tocante à implantação da proposta AMQ foi realizado por meio de discussões com os gestores e de levantamento de dados dos municípios. Realizaram-se duas reuniões, organizadas com o apoio da DIR Registro quando foram distribuídos questionários para serem preenchidos pelos municípios (ANEXO 1). Os dados foram tabulados utilizando-se o programa EPI-INFO 2000.

A primeira reunião foi realizada no mês de abril de 2007, por ocasião de uma reunião ordinária da Comissão Intergestora Regional (CIR) de Registro, na qual foram distribuídos questionários, um por município, com o intuito de levantar o andamento do processo da implantação da AMQ localmente.

Tendo em vista que nem todos os municípios haviam participado da Oficina de capacitação realizada em dezembro de 2006 em Registro, valeu-se da ocasião para entregar aos presentes um resumo por escrito da proposta da AMQ e fazer uma breve explanação sobre o processo de implantação da mesma. Nessa exposição foram tratados os seguintes aspectos: necessidade e importância da realização de avaliações com vistas à melhoria da Atenção Básica (AB) e da qualidade da Estratégia Saúde da Família, repercutindo na melhoria da qualidade de vida da comunidade, bem como na melhoria

dos indicadores de saúde; as possibilidades oferecidas pelo processo de avaliação proposto pela AMQ.

Foi marcada uma nova reunião para o mês seguinte com o objetivo de verificar o andamento do processo nos municípios.

Dos quinze questionários distribuídos aos municípios durante a reunião da CIR alguns foram devolvidos na reunião e outros foram enviados eletronicamente, obtendo-se respostas de 8 municípios. Destes, 7 haviam preenchido todos os cadernos de avaliação e somente um deles não havia conseguido realizar toda a digitação no sistema AMQ. O oitavo município relatou preenchimento parcial dos cadernos (1 e 2) e que não havia sido feita a digitação dos dados.

Os demais municípios, embora contatados pelo menos três vezes, não responderam os questionários.

Neste primeiro contato com a DIR e municípios após a Oficina II foram identificadas algumas dificuldades para a implantação da proposta, tanto na instância Regional quanto nos municípios.

Em relação à DIR Registro, verificou-se que a mesma não havia feito contato com os municípios no sentido de assessorá-los, conforme havia sido previsto inicialmente, em função de uma série de outras demandas impostas pela agenda de implementação do PROESF III, especialmente as atividades programadas para a implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica (SISMA-SUS).

Quanto aos municípios, as queixas foram basicamente as mesmas, em relação à sobrecarga de trabalho, reuniões, seminários, etc., somando-se ainda o fato de que haviam acontecido mudanças na gestão de alguns municípios. Algumas pessoas que haviam sido capacitadas em dezembro já não atuavam mais nesses municípios, havendo a necessidade de uma nova capacitação.

A análise das respostas dos questionários possibilitou identificar diferentes necessidades entre os municípios em termos de capacitação. Essas necessidades identificadas permitiram nortear o planejamento da segunda reunião de acompanhamento, realizada também em abril de 2007.

Neste encontro formaram-se dois grupos com a finalidade de suprir possíveis necessidades, levando em consideração a execução e o avanço das atividades ligadas à AMQ em cada município.

O *Grupo 1* foi formado pelos municípios que não participaram ou não puderam participar integralmente da Oficina II de capacitação. Levando em consideração que para esses municípios era necessário retomar todo o processo de capacitação, foram trabalhados os seguintes aspectos: objetivos e metodologia da proposta AMQ; exercício prático de aplicação dos cadernos e o material de avaliação; discussão sobre a importância da aplicação da AMQ para melhoria da Atenção Básica, de seus indicadores e da qualidade no PSF e levantamento de dúvidas sobre a proposta AMQ.

O *Grupo 2* foi destinado à reorientação dos municípios que haviam participado da Oficina II de capacitação, mas ainda não tinham conseguido realizar a avaliação, sendo abordados os seguintes aspectos: processo de implantação, considerando suas facilidades e dificuldades; discussão sobre o cadastramento e a informatização dos dados; discussão sobre a avaliação e planejamento; levantamento de dúvidas com relação ao preenchimento dos Cadernos de Avaliação pelas diferentes equipes e seus participantes, preenchimento destes dados on-line e por fim, os relatórios gerados após os dados consolidados.

Durante a oficina realizada com o Grupo 2, foram levados em consideração os procedimentos já executados e o andamento dos mesmos, tendo sido verificado que, com relação à adesão, todos os municípios declararam-se motivados.

As dúvidas mais frequentes foram em relação ao cadastramento, preenchimento e obtenção dos dados. Alguns municípios relataram que não era possível cadastrar no sistema AMQ as UBS que não têm registro no SIAB. Também surgiram questões quanto ao acesso da DIR aos dados inseridos no sistema AMQ.

Ao final do encontro os dois grupos foram reunidos, quando foram discutidas as ações futuras, permitindo um planejamento conjunto do cronograma das atividades necessárias à implantação da AMQ, tais como: agendamento de grupos de avaliação, prazos de entrega dos questionários e digitações, etc. Neste momento, foi lembrado que os municípios passariam por uma auditoria da SES, referente à AB, o que certamente iria interferir no cumprimento do prazo para a aplicação dos instrumentos da AMQ.

Cabe ressaltar que esta reunião contou com a participação da recém empossada Diretora da DIR Registro, que reforçou a importância da continuidade do processo iniciado na gestão anterior.

As duas reuniões de supervisão realizadas foram fundamentais para dar suporte e estímulo aos municípios no processo de implantação do projeto na Região de Registro.

4.4. Avaliação da proposta AMQ e de sua implementação nos município: grupos focais

Foram realizados quatro grupos focais no município de Registro para complementar a metodologia de análise da implantação da AMQ nos municípios da região:

- *Grupo 1:* realizado em 24 de maio de 2007, com Secretários e/ou Coordenadores Municipais de Saúde;
- *Grupo 2:* realizado em 24 de maio de 2007, com Coordenadores Municipais da Atenção Básica;
- *Grupo 3:* realizado em 11 de julho de 2007, com os Gerentes de Unidades de Saúde da Família (USF);
- *Grupo 4:* também em 11 de julho de 2007, com os membros das Equipes de Saúde da Família.

Seleção dos participantes:

Para os Grupos Focais 1 e 2 foram convidados todos os Secretários Municipais de Saúde e todos os Coordenadores Municipais da Atenção Básica, totalizando um número de quinze participantes convidados para cada grupo.

Os grupos 3 e 4 foram formados considerando-se o estágio de implantação da AMQ em que se encontrava o município (somente os municípios que haviam finalizado o preenchimento dos Cadernos, independente de terem inserido os dados no sistema AMQ). Para o grupo 3 foram convidados 15 gerentes de USF e para compor o grupo 4 foram sorteados profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, auxiliares e ACS) e tempos de atuação na ESF.

Conteúdo do roteiro dos grupos focais:

Durante a realização dos grupos, os moderadores seguiram o roteiro (ANEXO 2), que foi dividido em Blocos Temáticos:

- Bloco A – Objetivos do grupo focal, apresentação dos participantes e aquecimento;
- Bloco B – Adesão à AMQ;
- Bloco C – Instrumentos da AMQ;
- Bloco D – Participação na AMQ;
- Bloco E – Aporte de informática da AMQ;
- Bloco F – Elaboração da matriz de intervenção.

Análise dos grupos focais:

A seguir é apresentado um relato dos quatro grupos focais, utilizando-se o roteiro de discussão como norteador.

Grupo Focal 1: Secretários Municipais de Saúde

Número de participantes: 6

Municípios representados: Barra do Turvo, Eldorado, Ilha Comprida, Juquiá, Registro, Sete Barras

• Bloco A - AVALIAÇÃO

Os participantes do grupo consideraram a avaliação como instrumento importante para verificar se metas estão sendo atingidas; levantar os indicadores positivos e negativos de uma situação; verificar aspectos qualitativos e quantitativos do trabalho.

“É o estudo que aconteceu em um certo período, para ver se estamos atingindo a meta”.

“Avaliação, no meu ponto de vista, é o estudo no qual você levanta os indicadores positivos e negativos, e tem um apanhado geral de tudo o que você está pesquisando.

“É um instrumento pelo qual a gente vai acompanhar a evolução e o trabalho das equipes qualitativamente e quantitativamente”.

Os objetivos de se avaliar um serviço, conforme os secretários, são melhorar a qualidade e facilitar o planejamento.

“[O objetivo] é melhorar a qualidade”.

“É melhorar a qualidade desse serviço, e ver até quanto, dali para frente, pode ser melhorado”.

“Na minha idéia, nós estamos, [com a AMQ], trabalhando com a qualidade do serviço no PSF”.

• Bloco B - ADESÃO À AMQ

A idéia de participar da AMQ foi bem acolhida, pois foi percebida como de utilidade para a melhoria dos serviços.

“Eu, a princípio, até por estar só recentemente no departamento, acolhi de uma maneira bem positiva, até porque vai fornecer dados, para que a gente possa conseguir atingir a melhoria da qualidade do serviço”.

“Dentro do PSF, sou um pouco suspeita, pois sou árdua defensora do PSF. Acredito que a ESF é uma maneira de se melhorar a oferta em saúde. Eu gostaria de estar realmente oferecendo saúde e estar fazendo essa avaliação”.

“Cada um que fizer, vai estar se auto-avaliando. Então, individualmente, você já melhora um pouco. Você vai estar se questionando e verificando o que está fazendo e se realmente está fazendo. E se está levando a algo, como por exemplo, a melhora das ações”.

A implantação da AMQ foi sentida como sobrecarga, por municípios com dificuldades relativas à sua infra-estrutura.

“No meu município, teve uma certa dificuldade em estar implantando, até porque houve a falta de material. E não tem isso de ficar só na avaliação [tem outras coisas a serem feitas]... mas acredito que em um município mais organizado, a equipe de gestão tem mais tempo e facilidade para estar implantando isso. A gente tem uma equipe de Recursos Humanos boa. Mas

falta carro, material para fazer exames e diversas outras coisas e a gente perde tempo correndo atrás dessas pequenas coisas”.

Quanto à compreensão da proposta AMQ, houve dificuldades tanto dos profissionais como dos próprios secretários.

“A equipe até apresentou muita boa vontade, a única dificuldade que sentimos foi manipular isso. Porque a gente vê três questionários e são todos iguais. E até mesmo ali, na sensibilização, dá a sensação de que não estão entendendo nada, ou seja, não sei se é um grupo muito grande onde, para alguns, a compreensão chega e, para outros, não. Todos eles apresentaram dificuldades na hora de manipular o material. E não conseguiam entender, por mais que a gente explicasse. Até eu tive algumas dúvidas em cima daquilo que eu entendi. Porque eu vejo três questionários idênticos e, de repente, eu entendi que nós vamos fazer um, e vamos avaliar se isso está acontecendo e, se não estiver, vamos tentar ver o porquê. Então, vamos verificar o que vai ser feito e, daqui a um tempo, responder o outro. Eu entendi desta forma, mas não tinha bem certeza se era realmente isso. No treinamento que tive, eu fiquei insegura quanto a isto”.

“Tivemos algumas dificuldades sim, pois são tantos dados e, na hora de preencher, é só não, não e não. E então nós nos perguntamos: ‘Cadê o nosso trabalho?’ Depois, a gente foi amadurecendo e verificando que tem coisas que estão distantes da nossa realidade... Tivemos algumas dificuldades e inclusive fizemos várias reuniões com os coordenadores e médicos”.

Os participantes do grupo relataram reações variadas, nos municípios, em relação ao preenchimento dos cadernos.

“A grande dificuldade é que não sobra muito tempo e eles acham que é um problema a mais”.

“Na minha região eu tenho duas equipes, que são participativas, e não tivemos problemas”.

• Bloco C - INSTRUMENTOS DA AMQ

Os secretários participantes do grupo focal consideraram que houve algumas dificuldades quanto à compreensão do material da AMQ pelos profissionais.

“É um material bom, mas, no geral, a equipe participante, ou seja, os profissionais acharam um pouco difícil de ser compreendido”.

“Nós temos uma dificuldade: se nós juntarmos dez pessoas da saúde, apenas um tem o curso superior e facilidade para entender e repassar as coisas; os demais, não têm isso; então, torna-se difícil, principalmente para os agentes comunitários, para estar conversando sobre isso daqui. A gente até vê que [o material] foi bem elaborado e é uma avaliação muito boa. Eu daria nota dez, mas é pouco compreensível para todos”.

“Tem questões que são para municípios que tem mais de 100 mil habitantes. E a gente vai ter que estar respondendo?”.

É ressaltado o pouco envolvimento de alguns profissionais com sua tarefa, de uma forma geral, o que acaba refletindo na sua participação também na AMQ.

“Acredito que a dificuldade maior ainda é a falta de conhecimento e o envolvimento, porque ainda não está todo mundo inserido. Hoje, eu acho que, na saúde, tem pessoas que trabalham por necessidade, e não por amor. Então, se você já trabalha e está bem inserido como, por exemplo, um agente de saúde ou auxiliar de enfermagem, você conhece o funcionamento do SUS. Mas existem pessoas que hoje estão ali e amanhã podem não estar”.

Um dos secretários comentou que, apesar da AMQ ter sido bem recebida, foi complicado verificar o que falta fazer em seu município; referiu-se, também às dificuldades de entrosamento entre as várias instâncias de saúde em seu município.

“Para o meu município foi algo bem tranquilo a recepção e implantação da AMQ. Eu notei o quanto nós estamos com dificuldades e o quanto ainda precisa ser feito para chegar a um

nível mais elevado. Acho que a gente ainda está bem na base de tudo e muitas coisas precisam ser feitas. Quando eu estava respondendo este caderno deu essa impressão do quanto ainda não temos ações dentro da saúde mesmo. Então fica difícil esse relacionamento, pois lá no meu município a gente tem a equipe de PSF, a UBS e a Santa Casa e é difícil esse entrosamento. Pois às vezes a Santa Casa acha que o PSF é algo que está atrapalhando o trabalho deles. Falta entrosamento na saúde e entre as pessoas. Para os integrantes do PSF foi bem tranquilo estar respondendo e acho que eles viram isso como uma base para estar se planejando e melhorando o serviço”.

Quanto aos cinco padrões de qualidade apresentados pelo material da AMQ, houve unanimidade sobre o fato de eles estarem bem claros.

“O padrão dá para você saber. O objetivo é saber como você está. E ficou bem claro, dá para ver o que falta e o que precisamos melhorar. E essa diferenciação deu para entender bem”.

• Bloco D - PARTICIPAÇÃO NA AMQ

Quanto à participação na AMQ, um dos secretários participantes do grupo focal explica que a participação foi ampla e que o momento era também adequado para se pensar em reestruturação dos serviços.

“Então, no meu município, aconteceu assim: o de gestão, eu que respondi; o da coordenadora, eu auxiliei, pois ela era nova no município. Sobre os demais, como calhou de a gente estar recebendo os resultados da auditoria, decidimos que estaríamos parando tudo e reestruturando a ESF do nosso município. Aproveitamos para responder os cadernos todos juntos e isso foi bem tranquilo com todas as equipes e agentes comunitários. Responderam tranquilamente. O que foi interessante é que veio bem [no momento] da nossa reestruturação e tivemos esse material como apoio”.

Um secretário relatou que, apesar de dificuldades em relação a mudanças de profissionais em cargos diversos, não houve dificuldade para utilizar o material.

“No nosso município, por eu ser nova, eu respondi o caderno com ajuda dos técnicos e a coordenadora atual respondeu com a ajuda da ex- coordenadora. E passou para a equipe”.

Outro secretário comentou que ainda não respondeu as questões do material.

“No meu município, ainda não respondi nada”.

O material da AMQ deu margem a alguns questionamentos sobre o que seria da alçada dos secretários e o que não seria.

“Ficou bem entendido que realmente é bom estar se auto-avaliando, e ver o que precisa ser melhorado. Mas aí tem a fala: ‘Bom, espera aí! O que depende da gente? O que depende do executivo? O que depende de verba do Estado?’”

Foi relatado que a participação ficou comprometida pela falta dos cadernos de avaliação que deveriam ser enviados pelo Ministério da Saúde.

“Não teve ainda uma resposta de todo mundo, pois a gente não tinha o material. Não recebemos material suficiente para estar aplicando para toda a equipe. Então, aquilo que a gente tinha, foi utilizado no grupo”.

“[O Ministério] não enviou [o material]. Esse material que eu tenho, peguei quando a gente fez o treinamento. E daí a gente teve que fazer o cadastro para a gente poder receber. Eu fiz, mas não recebi ainda não”.

Alguns secretários são favoráveis à utilização da AMQ nas UBS tradicionais.

“Eu acharia interessante se a gente também pudesse aplicar na UBS. Onde existem algumas especialidades como a Vigilância. Eu acho que seria legal. E por que eu vejo isso? Pois na UBS a gente tem funcionário que é do Estado e outros que são do Município, e temos algumas divergências em cima dessas coisas. E tem aquela coisa, onde as pessoas enxergam o PSF como um cifrão no salário médico e acham o salário do médico de PSF ótimo. “É ele que tem que fazer porque ele ganha para isso”. E eu acredito que isso seria uma boa avaliação para estarmos fazendo dentro das UBS”.

“Não é uma dificuldade de entrosamento, mas [de visão do trabalho], o trabalho é visto diferente. E não é para verem o trabalho da UBS diferente do PSF, mas acontece isso. E o empenho do trabalho de um médico de ESF é diferente de um da UBS com atenção básica. Ele vai lá, faz a consulta dele e pronto. Então, é diferente. Eu acredito que esta auto-avaliação também é importante para as UBS”.

Os participantes do grupo focal informaram que não houve recusa dos profissionais para participar da AMQ. Os secretários comentaram sobre a auditoria e também sobre as diferenças e a complementaridade entre auditoria e AMQ.

“A questão de ter a auditoria e muitas vezes você não sabe em quê. No ano passado tive um problema com a infra-estrutura, e o que é essa infra-estrutura? É a cortina? Um consultório dentário não tem a cortina exigida pelos padrões exigidos pela Vigilância. Só um consultório. Nós temos três equipes, das quais uma foi bem avaliada e duas péssimas. E então, como são três, puxa a terceira. Ah, e se uma está dentro dos indicadores e fomos bem, porque vai cortar? Ah não, duas das suas equipes foram mal. E, então, entra a terceira junto”.

“[Na auditoria], às vezes, é uma cortina no consultório dentário que pode ser trocada em questão de horas. E então dá para ser solicitada e você ganhar uma pontuação. E muitas vezes perdemos por coisas mínimas. Eu acho que é uma questão oito ou oitenta, a auditoria podia nos falar, para estarmos nos adequando”.

“A nossa antiga DIR serviu como um aprendizado também. Pois cada vez que mandava um auditor, mudavam os critérios também... Então, a gente achava melhor definir os critérios para a gente poder ir atrás. E eles também deram a mão à palmatória e viram que estavam também em um aprendizado. E nós conversamos seriamente, pois senão não dava. E até provamos que eles estavam errados. E que nós estávamos em exercício ainda e que pretendíamos melhorar o serviço. E os cadernos da AMQ vieram para coroar isso e fazer o melhor”.

“Eu não participei desta fase de auditoria, pois quando assumi estavam fazendo a devolutiva. Tiveram as auditorias e depois os monitoramentos, agora de tempos em tempos eles dão as devolutivas. E quando eu assumi estava marcado naquela semana uma devolutiva da qual eu participei. Mas na devolutiva, nossa, as coisas aconteceram de forma tranqüila. Eu senti que foi uma devolutiva que deu um norte para acertar certas coisas e com o instrumento ajudou ainda mais. Então eu acredito que veio a favorecer pelo momento oportuno, pois após a devolutiva nós conhecemos o instrumento e isso auxiliou para que pudéssemos ter um norte”.

“Eu gostaria de só colocar aqui uma coisa. No que diz respeito a essa auditoria, eu estava chegando à secretaria e veio essa primeira auditoria, então nós fomos trabalhando e quando veio a devolutiva não veio para mim e nem para o Prefeito. Essa devolutiva veio para um Vereador... Só fazia um mês que eu estava trabalhando e eu espero que isso não aconteça com vocês. Pois acredito que isso é de suma importância e estou passando isso para meus colegas. Isso é uma falta de ética profissional, pois a devolutiva não chegou a mim e, sim, na mão do Vereador primeiro”.

Os participantes do grupo ressaltaram que a AMQ foi importante para que fossem lembradas ações simples, aparentemente sem importância. E também funciona como uma lista de atividades desenvolvidas ou a serem desenvolvidas.

“Eu acho que, por exemplo, tem coisas simples que podíamos estar fazendo, como por exemplo, um mapa, que você pode visualizar. A gente não tinha e agora estamos providenciando. São coisas simples e que podemos estar fazendo para organizar essas ações que não fazíamos por conta não sei do quê”.

“É como se fosse um check-list”.

Os secretários também fizeram comentários sobre o fato de ser uma auto-avaliação e por avaliar todos os níveis, todas as funções, isto é, o conjunto. Agradou-lhes, também, o fato de ser uma avaliação participativa.

“Assim [como na AMQ], é muito melhor, pois nós vamos tentar reconstruir juntos. Porque eu, por exemplo, fico muito chateada quando vem uma coisa de fora que não dá nem condições e nem treinamento. Já assim desta forma não, é o grupo que vai ser responsável e vai auxiliar você. De mãos dadas, a gente chega a um objetivo de ter que melhorar. Não adianta eu, lá na minha sala, querer uma coisa que o meu médico ali na equipe não quer. Então, eu acho que essa discussão junto foi muito boa e essa auto-avaliação também. Porque não é só eu que estou errando. Onde estamos falhando. É todo mundo junto, desde o agente comunitário até o médico”.

“Na questão do gestor e do coordenador, [também a AMQ funciona]. Porque nós também fomos auto-avaliados. ‘O enfermeiro não faz, o agente comunitário não faz.’ Mas, ‘espera aí! eu também não estou fazendo a minha parte.’ Eu tive essa visão do quanto tem muito para eu também fazer como gestora de saúde”.

“Eu acho que esta forma da AMQ ela é muito mais participativa. Então traz mais resultados no sentido de trabalho da equipe. Você está respondendo e a equipe trabalhando em cima daquilo e por isso a gente já sabe no que precisa melhorar. A outra forma não, pois você tem que cobrar da equipe de uma forma mais autoritária... [Com a AMQ], deixa de ser aquela coisa do Secretário ser visto como um chato e o Coordenador mais chato ainda porque ele não quer ser passado para trás. E fica um clima terrível. Eu acho que é uma maneira ultrapassada de gestão”.

Elas complementam essa idéia, afirmando que a punição, o corte de verba, não é a melhor forma para promover mudanças.

“Quando a Dra. (...) esteve lá no nosso Município, nós mostramos qual é a nossa realidade, nossas dificuldades, a estrutura física, onde poderia estar melhorando. Ela foi totalmente compreensiva com a situação, viu as dificuldades da população... E ela viu a prioridade e sentiu. Mas depois não vem nada no papel, ela não dá nada. Então, se ela viu e sentiu, como

eu posso melhorar se não vem a verba suficiente? Para construir e melhorar qualquer coisa, demanda dinheiro. E eu não acho que eu punir é a melhor situação”.

• **Bloco E - APORTE DE INFORMÁTICA DA AMQ**

Sobre o cadastramento, os participantes referiram que ocorreram alguns problemas. Um deles comenta que ainda não fizeram, em seu município.

“O nosso deu um probleminha no envio, mas depois conseguimos”.

“Nossa coordenadora [foi quem fez], e acho que ela teve alguns problemas também. Não sei se foi na senha”.

“Nós ainda não fizemos”.

Sobre a digitação:

“No nosso município, ainda está começando”.

Assim, nenhum município obteve ainda os relatórios locais.

• **OUTROS TEMAS ABORDADOS - PERSPECTIVAS**

Sobre as perspectivas, isto é, sobre o que os participantes do grupo pretendiam fazer dali para frente, foram colocadas intenções de planejamento, a partir da utilização do material AMQ.

“Eu pretendo utilizar este material para planejar, para perceber onde estão as falhas e, daqui um tempo, poder avaliar novamente. Então, [a idéia] é utilizar esse instrumento para ver o quanto nós mudamos e possivelmente estar planejando e avançando mais”.

“Eu acho que nós vamos fazer assim: depois que terminar de digitar e pegar o relatório final, vamos nos reunir novamente e conversar e ver, também, em termos de planejamento, o que depende de nós, pois nem tudo depende só da gente”.

“Eu quero ver se na próxima semana fazemos alguma coisa, damos uma caminhada”.

“A perspectiva é de que a gente possa planejar melhor a partir deste instrumento que a gente tem hoje em mãos. E poder usar isso, de tempos em tempos, para que possamos fazer uma gestão de qualidade”.

“Pois tem algumas coisas em que temos mais dificuldades, como por exemplo, a pergunta sobre reunião de equipe semanal. Nós temos essa dificuldade ainda, por quê? Porque uma reunião de equipe envolve os agentes comunitários. E uma reunião de equipe de duas horas, para eu trazer um agente comunitário lá do bairro ele vai perder o dia todo, pois até ele pegar um ônibus e vir... Tem algumas coisas que a gente vai ter que estudar e ver o que fazer para estar mudando”.

Grupo Focal 2: Coordenação Municipal da Estratégia Saúde da Família

Número de participantes: 9

Municípios representados: Barra do Turvo, Eldorado, Juquiá, Miracatu, Pedro de Toledo, Registro e Sete Barras

• Bloco A - AVALIAÇÃO

Os participantes do grupo de coordenadores municipais consideraram a avaliação como uma forma de medir o que se está fazendo, qualificar, quantificar, verificar o andamento de algo.

“É uma forma de você medir aquilo que você está aplicando, seja um trabalho ou uma metodologia ..”.

“É quantificar... qualificar..”.

“É verificar o andamento..”.

Alguns relacionam o termo avaliação com o julgamento de valor sobre o que é “bom” ou é “ruim”. Assim, avaliar seria verificar se algo está bom ou está ruim.

“Avaliar é pra ver se está bom”.

“...Uma forma de ver se o serviço está bom é fazer uma avaliação”.

Há comentários de que, na avaliação, há sempre o objetivo de melhorar.

“[Ao] avaliar você observa você analisa, você planeja, mas sempre com o objetivo de melhorar..”

Essa visão foi questionada, com a indagação de que ‘só se avalia quando se supõe que não está bom?’

“A avaliação é para a melhoria? Então, essa melhoria, será que ela já está definida? E está ruim, por isso que precisa melhorar?”

Nessa linha de raciocínio, um participante comentou que a avaliação pode ser para melhorar ou para manter.

“Porque avaliar um serviço? Para dar a continuidade na qualidade do atendimento e ver os seus pontos positivos e negativos (e verificar] no que a gente precisa melhorar e o que a gente precisa manter”.

Houve ponderações de que nem sempre está sendo necessária uma melhora e que às vezes a avaliação pode servir para uma reorganização do processo de trabalho.

“[Avaliar é] para ver o impacto das ações que você planejou, para melhorar o processo de trabalho ou reorganizar, às vezes não precisa nem melhorar, [é só] reorganizar o processo de trabalho..”

Um dos participantes colocou a avaliação como o que poderíamos chamar de um ‘diagnóstico da situação’.

“É o começo de tudo! Observar, buscar estratégias captar idéias, pensamentos..”

Outro participante ressaltou que quando se sabe o que se está fazendo, é fácil avaliar.

“Quando a gente tem conhecimento do que a gente está fazendo, a gente até sabe avaliar. Se você não tem o conhecimento, aí então [fica difícil]..”

Foi levantada a idéia de que se avalia também o avaliador.

“A gente avalia para saber como está, para depois qualificar se é bom, se é ruim, se está no meio termo... [Mas] a expectativa de avaliar é que é complicada... A expectativa de como avaliar e de quem avalia o avaliador”.

Um participante deu um sentido geral para a avaliação, que poderíamos chamar “a avaliação na vida” e ofereceu a visão processual do ato de avaliar.

“Talvez a gente não tenha os instrumentos apropriados pra fazer uma avaliação que poderia se tornar uma ciência. Mas, eu acho que, enquanto ser humano, a gente é sempre avaliado e está sempre avaliando..”.

• Bloco B - ADESÃO À AMQ

Foi ressaltada a importância da atitude e empenho dos gestores e dos coordenadores, para a adesão à AMQ.

“Foi bem acolhida. O ano passado já teve um seminário, era outra pessoa que estava na diretoria do departamento e ele não quis que o município aderisse... Mas o ano passado infelizmente não teve sucesso. Esse ano, entrou a coordenadora nova e veio de encontro com a sensibilização... e aí a adesão foi bacana. Ela comprou a idéia e a gente tocou para frente o barco”.

“No meu município, a nossa gestora é muito positiva, e com isso ela colocou de uma forma tão motivadora, que gerou curiosidade; então as pessoas ficaram curiosas em participar e estamos na expectativa... a gente está mesmo querendo ajeitar o que pensa que precisa ser ajeitado... Então a gente já está bastante sensível para essa situação..”.

“[No meu município] houve um primeiro momento em que não houve adesão, não houve uma aceitação, o pessoal não quis nem tomar conhecimento... Como estou chegando agora, com meu perfil, minha forma de trabalhar, que é sempre em equipe; achei interessante... eu reuni toda a equipe passei para eles, já

fizemos duas reuniões. Não faltou ninguém nas reuniões, então foi muito legal, muito legal mesmo. Só não conseguimos aplicar ainda..”.

“No meu município, a gente não teve problema por conta da diretora, que abraçou a idéia”.

A importância da sensibilização como importante fator motivador também foi ressaltada.

“[Depois que] a gente fez sensibilização, teve boa adesão, agora todo mundo está super contente até mesmo os gestores..”.

“O que vale bastante é a sensibilização. Se fizer a sensibilização legal, você vende a idéia. [Deixando claro que] ‘não tem punição’, a coisa corre bem..”.

Houve comentários sobre a importância de avaliar também a atenção básica tradicional.

“No nosso serviço, até gerou uma certa concorrência, inveja, sei lá o quê... Porque, o processo vem para as Unidades de Saúde da Família e a gente tem a atenção básica tradicional. A gente pensou, então, em aplicar o instrumento também como avaliação da atenção básica tradicional”.

Foi constatado que intercorrências no município afetam a AMQ e outros processos em andamento.

“Tivemos algumas intercorrências no município, o que nos fez dar uma bloqueada não só nesse processo, mas em outros processos que estão sendo encaminhados. [Estamos querendo] ver se volta o entusiasmo do grupo e [querendo] motivar o grupo a voltar a se auto-avaliar”.

Um município apontou o fato de que não havia feito ainda a sensibilização.

“[No meu município] não foi feita a sensibilização. Ainda. E as pessoas que estavam sabendo, não deram muita importância..”.

Outros apontaram a necessidade de nova sensibilização.

“Vamos fazer uma nova sensibilização e também aplicar novamente os questionários”.

“Ainda necessitamos de uma nova sensibilização, devido às dificuldades que o município está vivendo”.

Quanto às expectativas relacionadas à AMQ, muitos participantes relataram que houve, em seus municípios, receio de falar a verdade, medo de punição, preocupação com corte de verbas.

“No meu município, houve o medo de falar a verdade. ‘A gente vai poder falar a verdade mesmo?’ Foi essa a pergunta que eles fizeram. E eu acredito que isso era a angústia de todos eles”.

“Quando foi lançada a idéia da AMQ no município, [as preocupações eram]: vai ser punido, vai mostrar o que a gente não está fazendo, que a gente tem dificuldade, vamos perder dinheiro. Com a sensibilização, inverteu-se essa ótica: não tem punição, mas também não ganha dinheiro; é melhoria do processo de trabalho. Aí clareou, porque não vai gerar competitividade... E isso no município ficou muito claro: a sensibilização foi conjunta, mas que cada qual vai fazer a sua avaliação”.

“Cada inovação causa certa resistência. [No meu município, falaram] ‘O que é isso? Vão estar avaliando a gente...’ Na primeira instância, foi uma certa resistência. Quando nós abordamos e mostramos o que realmente era a AMQ, que era auto-avaliação... [que era bom para] ver quais eram as nossas necessidades, se nós deveríamos melhorar aqui, aprimorar ali, então a coisa mudou, aos olhos de todo mundo”.

“No meu município, também foi tranquilo, [houve] boa aceitação. No primeiro momento, gerou um pouco de medo, porque eles acharam que corríamos o risco de perder alguma verba. Aí, na sensibilização, ficou bem claro que não era isso”.

Foi comentada a sobrecarga a que estão sujeitos os profissionais, com muitas demandas a serem atendidas.

“Não chegamos a aplicar, mas foi um processo durante a sensibilização muito bom, bem acolhido não tivemos maiores

dificuldades... Lógico que o susto e o impacto todos tiveram porque é mais papel para preencher, principalmente para as enfermeiras... Então, quando elas começaram entender o processo, houve uma aceitação muito boa”.

• Bloco C - INSTRUMENTOS DA AMQ

Sobre o material, isto é, sobre os Cadernos da AMQ, a estética e a organização dos mesmos foram elogiadas.

“Eu gosto muito de todas as publicações do Ministério da Saúde. Acho que é uma referência. Ele é muito claro, tem uma linguagem fácil”.

“Eu achei bacana separar por cor, porque fica mais [interessante] visualmente, principalmente porque vai trabalhar a equipe toda”.

“Aquela ‘colinha’ lá embaixo está perfeita”.

“Os cadernos foram bem compreendidos. Inclusive a matriz de intervenção - que parece um palavrão esse nome - mas você vê que aquilo ali é pra você planejar”.

Foi bastante questionada a possibilidade de só se poder responder ‘sim ou não’.

“O que dificulta, na hora da resposta, é porque às vezes a gente é ‘meia boca’. [No material] é ‘sim ou não’. Às vezes, a gente faz um pouquinho e aí a gente vai para o padrão e vê que, assim [como o padrão], a gente não faz”.

“Lá no meu município, a gente se deparou também com esse impasse, do ‘sim e não’. E quando existe o meio termo? Será que não deveria ter um espaço para a gente justificar um meio termo?”

“Acho que deveria ter uma coluna do meio”.

“O ‘não’ dá impressão que você não faz nada, não tem nada...”.

“Na realidade, o que eu encontrei é que estão bem claras as questões. Mas eu vejo dificuldade nisso também: ‘sim ou não’; não tem um meio termo e, na maioria dos itens, a gente fica, na verdade, no meio termo..”.

Houve quem defendesse essa possibilidade de resposta “sim” ou “não”:

“Mas eu acho um ponto positivo ‘sim ou não’, porque se você coloca ‘meia boca’, como é que você vai melhorar qualidade do teu serviço?”

“Na matriz de intervenção, quando a gente vai justificar ‘a gente faz isso, isso, isso, só que não chegou no padrão ainda’, então isso ajuda você a nortear o seu planejamento”.

“Vamos avaliar o próprio nome do programa: ‘avaliação para a melhoria da qualidade’. Então, se a gente chega até um certo ponto, é porque não caminhou, é porque precisa melhorar, então: é ‘não’”.

Foi apontada certa inadequação do material para cidades pequenas e para a zona rural, especialmente no que diz respeito à utilização da internet.

“Apesar de as perguntas serem abrangentes, elas são claras, mas assim tem muita coisa que é focada para cidade grande. Não é nem para zona urbana”.

“Eu acho que tinha que ser revisto, por exemplo, elaborar um caderno para zona rural, mais focado pra zona rural”.

“Eles falam: computador a gente tem, mas, acesso à internet, não. Então, como é que fica?”

“A gente não tem como ter internet na zona rural”.

Foi ressaltada a qualidade do material no sentido de estimular a observação de detalhes, de coisas aparentemente sem importância.

“Mas na hora que a gente vai para a folha de respostas e aí começa elencar, observa que são coisas elementares. Como na minha questão como coordenadora: ‘Você tem cronograma de visita na unidade’, é elementar. A gente não tem cronograma,

mas acha que o [elemento] surpresa é muito mais interessante: você pegar todo mundo com ‘a boca na botija’. A gente ainda tem um pouco disso, então é muito legal ver que muitas questões que parecem ser elementares, [na verdade], são avançadas”.

“Eu quero implementar o elementar. A gente olhando aqui, são coisas que parecem não ter importância enquanto gestão, enquanto coordenação. Mas é item de aprimoramento, de qualificação”.

Foi também comentada a possibilidade de se adquirir mais conhecimentos e informações, a partir da utilização do material AMQ.

“Para mim, está sendo muito favorável, porque estou nessa prefeitura há onze anos e sou sanitarista da atenção tradicional. Tudo que eu já conheci sobre saúde da família foi através da literatura e de ouvir. Então, está sendo uma oportunidade para eu conhecer ainda mais o que é e perceber que a gente pode ter conhecimento, aplicar o que conheceu”.

“Eu acho que essa avaliação é muito legal porque ela é propositada e está sendo compatível com tudo que está acontecendo enquanto diretriz de SUS, pacto da saúde. Então, isso vai formatando bem a idéia da gente”.

“É uma oportunidade de conhecer, de aprender..”.

A questão dos prazos para a realização da tarefa foi alvo de crítica.

“Enquanto instrumento, acho bom. A minha queixa é em relação a tudo que o Ministério faz: os prazos. Então, os prazos derrubam a nossa agenda; embora o município seja pequenininho, a nossa agenda é lotada. Os prazos não são compatíveis com o que eles cronologicamente organizam”.

● Bloco D - PARTICIPAÇÃO NA AMQ

Sobre a participação na AMQ, foram relatadas algumas intercorrências que não permitiram que o processo estivesse mais adiantado.

“Eu fico assim um pouco chateada porque parece que o processo deveria estar mais avançado... Eu não consigo responder

a situação de como isso está nas unidades, se foi aceito ou não, porque até agora, quem fez, respondeu o caderno 1 e o caderno 2. E estamos parados”.

“No meu município, procuramos levar a informação desde o prefeito até o agente comunitário. A participação do gestor é zero; secretário, zero. O prefeito deixou na mão do secretário, mas o secretário está num impasse de ‘sai não sai’, complicado... Então, o trabalho mesmo é entre a coordenação e a equipe. E o interesse da equipe foi 100%”.

“Não pudemos aplicar ainda porque estou chegando agora e acabamos de responder o questionário”

O interesse e a participação das equipes de alguns municípios foram ressaltados.

“Todos responderam as matrizes, todos me entregaram o caderno. E, ainda assim, me cobrando: ‘olha, bota a matriz pra gente, pra gente poder trabalhar em cima dela’. Eu achei muito legal..”.

“No meu município, eles estão ansiosos pra ver até que ponto nós vamos, se vai ser só resposta do questionário, se vai parar aí, se vai ter mais alguma coisa... Se a gente vai receber mais material, se é só esse..”.

“Eles estão seguindo as orientações que a gente passou, de responder todo mundo junto um dos cadernos, o 4”.

Um dos participantes comentou que não havia entendido que cada equipe preenchia um caderno.

“Eu tinha entendido que era um caderno para as duas equipes, então não estava funcionando bem isso, porque uma equipe está trabalhando de um jeito, a outra, de outro jeito”.

O fato de as respostas terem que ser dadas pela equipe, no Caderno 4, reforçou, para os profissionais, a importância do trabalho em equipe e a relevância da participação de todos os seus membros. Nesse sentido, houve, segundo os participantes, uma valorização de todos, especialmente dos agentes de saúde.

“Eu achei bom, porque [como as respostas têm que ser dadas pela equipe], a gente bate [na tecla] do trabalho multiprofissional: equipe, equipe, equipe!!”

“No meu município, a gente bateu muito nisso: ‘não é o caderno do médico, médico não é chefe da equipe, este caderno vai ter que ser respondido por todo mundo... e os agentes não podem ter vergonha de falar’”.

“Eu foco muito a avaliação em cima do trabalho de equipe. Porque você só vai conseguir olhar para o seu próprio umbigo se você está coeso na equipe”.

“Aqui, no Vale do Ribeira, a gente tem um grupo bom de agentes comunitários. São coesos, são comprometidos com os serviços. E, infelizmente, eles não sabem a importância que eles têm, eles são a base de tudo. Sem essa base, não funciona nada e eles acham que a importância está acima, no médico e no enfermeiro... E eles perceberam, primeiro que qualquer outro profissional da equipe, que, para preencher o caderno para fazer as matrizes, todos são importantes na equipe. Então, houve uma auto-avaliação desse profissional, que viu que tanto ele como qualquer outro profissional da equipe era importante”.

● **Bloco E - APORTE DE INFORMÁTICA DA AMQ**

Sobre o sistema informatizado da AMQ, vários problemas foram apontados, tais como: não recebimento de senha, dificuldade de entrada no sistema, a incorreção do CEP (Brasília) para envio do material.

“Eu não recebi a senha de Brasília ainda”.

“Eu recebi a senha, comecei a... tentei umas três vezes e dá erro..”.

“Nós apanhamos. A gente achava até que tinha um hacker de computador”.

“A única crítica que eu tenho é que o material que foi mandado lá, os formulários, estão com o CEP errado [e o CEP

está na internet]. Eu mandei pra Brasília com o CEP errado e voltou; por isso, atrasou. Eles só liberam a senha na hora que recebem em papel. Então, demorou mais de quinze dias”.

“Eu cadastrei o município, não consegui cadastrar a unidade e a equipe, porque eu não tenho a senha; eu vou entrar em contato com Brasília de novo”.

“Mas, eles me mandaram a senha sem eu ter mandado pra eles”.

A reunião do Grupo Focal foi uma oportunidade para trocarem dicas sobre o sistema informatizado e questões a ele relacionadas.

“[Dica para] quem não fez: tem um zero a mais no CEP”.

“É que entra, tem uma janelinha, as janelinhas são bem específicas”.

“[Se você entrar certo], aí você roda tudo”.

“É como o caderno, então, tem as ‘colinhas”.

“Tem o manual também. Eu imprimi o manual. Foi aí que eu consegui. Eu levei para casa e ficou bem claro”.

Vários municípios se queixaram de que o material ainda não havia chegado.

“[O material não chegou] e daí a gente tirou xerox, e distribuiu para as equipes”.

“O material que eu solicitei também não chegou até agora e aí eu tive até que fazer um desfalque numa das minhas equipes pra pegar o caderno 1 e 2”.

“Então, resumindo, parece que nenhum município recebeu o material do Ministério ainda”.

Um dos participantes dá a dica de pedir mais material para o preenchimento pelas equipes, pois, para as equipes maiores fica difícil estar com um caderno só.

“Eu acho que é importante você, você solicitar, porque uma equipe que tem muitos agentes, ficar com um caderno só é ruim.

Se tem dois, é mais fácil de acompanhar, discutir; [para quem não está podendo ler o caderno] só escutar fica complicado”.

Quanto à obtenção de relatórios locais por meio do sistema,, nenhum dos municípios havia feito isso ainda.

Quando, ao final da reunião, a coordenadora solicitou comentários específicos sobre o fato de a AMQ ser uma auto-avaliação, algumas considerações foram feitas no sentido de que a auto-avaliação é interessante e útil, porém, nem sempre fácil.

“Eu acho muito boa, porque você olha para o seu próprio umbigo; às vezes, você é a peça que está emperrando a engrenagem toda. Ora, trabalhamos em equipe na Saúde da Família. Você pode pensar ‘se eu der um jeito de interagir com a equipe, a coisa vai andar melhor”.

“Para mim, auto-avaliar é muito complicado, porque muitas das vezes a gente [não consegue] se auto-observar. Quem sou eu para me auto-avaliar e avaliar os outros e questionar os outros?”

“Eu acho até a gente se auto-avalia, só que meio que empiricamente. E esse material traz um modelo..”.

“As pessoas [do meu município] aceitaram bem esse olhar de se avaliar”.

Grupo Focal 3: Coordenadores de Equipes de Saúde da Família

Número de participantes: 9 (enfermeiros)

Municípios representados: Barra do Turvo, Ilha Comprida, Juquiá e Registro

O atraso para o início do grupo focal, fez com que fosse suprimido o Bloco A (Avaliação. A análise apresenta os blocos B, C, D e E.

• Bloco B - ADESAO À AMQ

Os participantes do grupo relataram que a adesão à AMQ foi tranqüila e estimulante para seu trabalho.

“Lá [no meu município], a proposta foi aceita muito bem, inclusive aqueles que responderam as primeiras perguntas disseram que seria muito bom se isso já estivesse sido implantado antes, até para organizar mais o serviço”.

“No meu município, todos gostaram muito da idéia. Reunimos as equipes, fizemos a sensibilização e respondemos os questionários sem problemas; o pessoal gostou porque surgiram novas idéias”.

“Teve uma sensibilização entre as unidades, não pudemos fazer em conjunto, mas funcionou bem e já tivemos algumas ações”.

Quanto às expectativas com relação à AMQ, houve, de início, receio de que ela tivesse um caráter punitivo.

“Nós participamos da primeira reunião, e então [vimos que] aquela coisa que todo mundo imaginava que era uma questão mais punitiva, na realidade, não era. A AMQ veio para fazer uma melhoria interna... Estamos caminhando com sucesso”.

“Depois de algumas discussões e mesmo depois de fazer os exercícios que eram propostos nas reuniões, observamos que não era uma questão punitiva e, sim, uma melhoria no nosso serviço já existente”.

“No nosso município também, no início, foi como se isso fosse uma punição dura. E falavam: ‘Pronto, mais uma avaliação!’ Mas, depois, aderiram. Acho que quando aparece uma coisa nova todos ficam com receios do punitivo”.

Os participantes relataram que a proposta foi bem compreendida por suas equipes.

• Bloco C - INSTRUMENTOS DA AMQ

Os cadernos da AMQ foram elogiados por sua clareza e pela facilidade que ofereciam para responder às questões.

“Para a gente, quando eu realizei a AMQ na minha unidade com a minha equipe, eu vi que as questões estavam bem direcionadas. Conseguimos seguir os cadernos de forma tranqüila”.

“Depois de cada pergunta, tinha uma explicação. Então, ficava bem claro”.

Ficou fácil, porque eram questões bem diretas, de sim ou não. Não tinha muito que responder: ou era sim, ou era não”.

Quanto a responder ‘sim’ ou ‘não’, os participantes relataram que muitas vezes era difícil colocar ‘não’, pois ficava uma sensação de injustiça com o que haviam realizado. Porém, aos poucos, parece que diminuiu, para os participantes, o caráter de julgamento, e a resposta ‘sim’ ou ‘não’ passou a ser um indicador do que poderia melhorar.

“O que era mais ou menos a gente colocava não. Pois tinha que colocar não. ‘Mas 90% que está aí, a gente faz’, diziam alguns, que não achavam justo colocar não, mas tinha que colocar”.

“Nós também trabalhamos assim com algumas questões. Só que, [no início], a gente colocava sim na maioria, mas depois vimos que não era bem assim. Então, a gente colocou não e viu [qual era] a proposta para poder melhorar e executar. No que a gente fazia 100%, respondia sim”.

“A gente avaliava. Na hora de responder, a gente via que fazia a metade daquilo. Então, como a gente ia fazer? ‘É mais para o sim ou é mais para o não? Então, vamos anotar o que a gente não faz, para começarmos a fazer’. E foi assim que começamos a responder... E a gente anotava o que faltava para conseguir completamente o sim da questão”.

Foram relatadas dificuldades para responder algumas questões:

“Algumas questões foram difíceis [de responder], por conta dos dados estatísticos... em alguns momentos, deixamos um ponto de interrogação. Não tínhamos como juntar o Gestor e o Coordenador para estar respondendo, isso os cadernos 4 e 5, que eram direcionados para a equipe toda, então, havia alguns dados que a gente não tinha”.

“Esses dados a gente tem. Mas alguns dados como: ‘diminuiu a mortalidade infantil no município ou não?’, esse tipo de informação, a gente não tinha”.

“A gente foi buscar os dados através da Coordenadora. Marcamos uma reunião para perguntar e deixamos um dia só para isso, mas, [mesmo assim] alguns dados ficaram pendentes e fomos buscar [depois], para terminar de responder.

Algumas unidades tinham os dados estatísticos em um painel, o que ajudou a responder algumas questões.

“Na minha Unidade, temos um painel com todos os dados estatísticos: dados sobre as consultas, números de famílias atendidas..”.

Sobre os padrões estruturados no material AMQ, os participantes avaliaram que estavam bem explicados.

“Na verdade, está bem explicado”.

“Sim, na verdade estão bem explicados. Às vezes, a gente achava que o nosso era o máximo e, na verdade, o que fazíamos era o mínimo”.

A questão dos padrões levantou comentários a respeito dos horários das unidades. Os participantes compartilharam alguns aspectos relativos a esse tema.

“A gente teve uma discussão grande na minha Unidade sobre a adequação do horário, sobre se o atendimento era ou não adequado para as necessidades do cliente. [Falamos sobre] a abertura do leque e os atendimentos nos finais de semana. Na realidade, nós fazemos isso algumas vezes, mas colocamos não”.

“Eu não sei em outros municípios, mas, [no meu município], a gente abre a Unidade 7h da manhã e não fechamos na hora do almoço”.

“Nos finais de semana a gente até fecha, mas se o paciente tem que fazer algum curativo, nós somos solicitados a fazer; para quem tem que tomar remédio de 12 em 12 horas, nós também fazemos [um horário especial]”.

“A gente entra às 7h e sai às 17h, mas a gente não fecha para almoço. Tem enfermeira que nem almoça”.

● Bloco D - PARTICIPAÇÃO NA AMQ

Sobre a participação na AMQ, os coordenadores de equipe relataram que estava boa, especialmente no que dizia respeito à possibilidade de preencher o caderno em reuniões de equipe, contando com a participação de todos os membros da mesma.

“Maravilhoso. Porque [no meu município], nunca tinham dado essa oportunidade de fechar meio período do atendimento para estar fazendo uma reunião com a equipe. Pois quando tinha [outro tipo de reunião], um saía, outro ia fazer o balcão; nunca dava para reunir todos”.

Para a equipe responder ao questionário AMQ, houve diferenças entre os vários municípios, no que diz respeito ao fechamento da unidade em que trabalham.

“Para a AMQ foi mandado um ofício autorizando [reunião] das 13h às 17h e também qual era a Unidade a ser fechada para o atendimento ao público. Então, foi muito produtivo e, pelo menos na minha equipe, todos se sentiram incentivados e participaram ativamente”.

“[No meu município], tem muitas Unidades que não fecham. Em meio às reuniões, o paciente está chegando e é aquela correria, pois não pode fechar. Nunca fecham”.

“No meu município, a gente não tem esse problema: quando fecha uma, a outra não fecha, pois a população não pode ficar sem atendimento. Quinzenalmente, a gente fecha todas as Unidades na sexta-feira, no período da manhã, e a gente se reúne para apresentar estudos de casos. Todos participam e não tem falta; a maioria tem boa vontade e é muito bom. No dia da AMQ, a gente fechou o dia todo. A gente preparou o povo antes, deixando cartazes para informar”.

“No meu Município, as equipes tiveram que se adequar. Quando um auxiliar faltava, um agente comunitário tinha que repor. Mas a gente conseguiu se organizar”.

Quanto à obtenção do consenso entre os profissionais da equipe para o preenchimento do Instrumento AMQ, os participantes referiram algumas dificuldades que foram, porém, facilmente contornadas.

“Às vezes, ficava aquele zum-zum-zum, mas depois todos entravam em um consenso. Porque [vimos que] não adianta colocar vários SIM e depois ver que não é nada daquilo. É claro que assusta, mas é a realidade”.

Quanto à participação dos membros da equipe com diferentes *status*, não houve maiores dificuldades no preenchimento do caderno, conforme a percepção dos coordenadores de equipe participantes do grupo focal.

“As questões eram bem diferenciadas. Na minha equipe, não tem esse processo de hierarquia, todos participaram”.

Os coordenadores de equipe relataram que alguns colegas se ressentiram por não terem tido oportunidade de participar da sensibilização para a AMQ.

“Eu participei dos cursos de sensibilização e tive que passar as informações para as equipes. E as outras [colegas] queriam saber por elas não tinham participado, aí expliquei da melhor forma possível”.

“Na primeira sensibilização, foram dois dias; seria algo complicado tirar todos da Unidade para participar”.

Não houve relato de recusas de participação nas equipes coordenadas pelos enfermeiros participantes do grupo focal.

• Bloco E - APORTE DE INFORMÁTICA DA AMQ

Alguns municípios referiram dificuldades quanto ao cadastramento.

“Nós tivemos dificuldades em cadastrar”.

“A gente teve dificuldades também em cadastrar, pois só podíamos cadastrar uma Unidade por dia. Isso foi um processo lento, por que temos dez Unidades. Até dia 15/06, era para estarem todas cadastradas, [mas só] conseguimos fazer tudo no dia 18/06. E foi aí que começou a digitação, no dia 18/06”.

“A dúvida maior foi sobre cadastrar. Cadastrar as quatro [equipes]?”

“Depois de um tempo, ficou claro; não tivemos problemas”.

Sobre os relatórios, os participantes do grupo focal informam que estes ainda não estavam prontos.

“Quem ficou responsável pela digitação ficou de puxar os resumos inteiros e nos enviar, para fazer uma nova avaliação subsequente. Mas eles disseram que poderia demorar um período para estar passando essas informações, que poderia ser de dois meses ou três meses”.

• **Bloco F - MATRIZ DE INTERVENÇÃO**

Algumas equipes, na própria discussão para o preenchimento do Caderno, já planejavam, mesmo que informalmente, algumas intervenções.

“Já discutimos [sobre intervenções a serem feitas] e começamos a desenvolver”.

“Nós adequamos e regularizamos algumas situações, até foi modelado em alguns momentos em que fazíamos as discussões”.

“Vou contar o que aconteceu comigo. Tinham algumas questões que falavam sobre intervenções com mulheres em idade fértil. Eu achava que a minha cobertura era baixa, mesmo a DIR falando que estava com a média acima do Estado. Mas, aí, pensamos em rever isso e fizemos uma proposta para todos os agentes e equipes, em levantar [novos] dados sobre essa mulher em idade fértil”.

“Nós começamos a levantar os prontuários para saber como que está o índice de Papanicolaou”.

“Temos os dados de todas as mulheres desde que eu entrei na unidade; na verdade, eu estou lá desde que foi inaugurada a unidade, então, eu tenho esse levantamento. Porém, existem micro-áreas que não têm esse inventário e que é muito difícil de a gente estar sabendo, de a gente estar levantando, então é um problema bem sério...”.

• **OUTROS TEMAS ABORDADOS**

Os participantes se referem à importância das reuniões com os colegas, o que foi verificado nesse processo relacionado à AMQ.

“Foi legal para trocar”.

“E até uma proposta que foi lançada foi essa exatamente, de que a gente se reúna, pelo menos, uma vez por mês; não precisa nem ser a cada quinze dias [como em outros municípios]”.

“A gente sente falta de reuniões”.

A AMQ foi uma oportunidade para lembrar atividades que foram realizadas anteriormente, servindo, estimulando para voltar a fazê-las. Foi útil também, para movimentar as equipes na direção de novos caminhos.

“No início, isso [atividades diferentes das habituais] era muito válido. Hoje, eu estou [no meu município] há seis anos... Aí, [com a AMQ], a gente acaba tendo uma visão do que antes a gente fazia e parou de fazer... E ver como era importante a gente fazer aquilo..”.

“Tem coisa que passava até despercebida. Por exemplo, você se admirava ‘ah, isso a gente já faz!’... Então, eu acho que, com os questionários, a gente acordou para algumas coisas que estavam meio esquecidas... Deu uma cutucada de pegar mais a fundo..”.

Foram mencionados os fatores profissionais individuais, que determinam diferenças no que diz respeito a levar adiante mudanças propostas.

“Sempre tem alguns que aderem de imediato... Tem outros, que a gente tem de trabalhar um pouquinho mais: você tem que estar perguntando... Tem uns que já, de imediato, falam ‘já, já fiz’, porque foram atrás e tem outros que [a gente] tem que cutucar um pouquinho..”.

Surgiram comentários sobre a necessidade de maior comunicação entre as equipes, para poderem ‘falar a mesma língua’.

“Então, uma das coisas [importantes] seria fazer com que todas as equipes falassem a mesma língua ou que todas as equipes desenvolvessem uma mesma linha de trabalho”.

“Na realidade, nós desenvolvemos o mesmo trabalho, não é? Então, que todos falem a mesma língua, em um processo de adequação”.

Houve, também, reflexões sobre o papel desempenhado pelo enfermeiro e algumas queixas com relação às solicitações que recaem sobre esse profissional.

“Eu acho que foi bom, porque nós conseguimos fazer um levantamento das nossas áreas funcionais... porque, hoje em dia, a gente chegou a mais uma conclusão, depois do AMQ: que o enfermeiro é que gerencia a unidade, que supervisiona a unidade. Ele faz tudo, exceto a ação principal das atividades [de enfermagem]”

“É que a gente percebe que cada vez, para a gente, está vindo [mais solicitações]. O enfermeiro acaba fazendo o papel administrativo; ele tem que fazer as consultas do programa; ele tem que dar a palestra, ele tem de supervisionar os outros e, ainda, ele tem de ficar de babá do médico: ‘você já preencheu isso?’, ‘você já fez aquilo?’”

“E a gente está com mais uma coisa agora... a gente está até com medo, porque, a cada reunião que nós vamos, eles falam assim: ‘enfermeiros, vocês precisam [fazer isso]’; [o interessante é que], na reunião, está o médico, o enfermeiro, o dentista, o psicólogo, o assistente social... Mas [é a nós que se dirigem]: ‘Enfermeiros, tem aqui um papel para vocês preencherem’”

“Nosso processo, nossa função perante nossa área profissional está lá: responsabilidade técnica. A gente assina um termo de responsabilidade técnica, todos nós somos RT (responsáveis técnicos) de uma unidade. Só que somos responsáveis por tudo da própria unidade, não só a parte técnica, a administrativa também”

“Você se sente responsável por ser cobrado. Então, quando você vai a uma reunião, eles falam assim: ‘você é responsável por isso ou aquilo’. Então, se não tem um papel preenchido pelo médico, o enfermeiro vai lá e tem que cobrar [do médico], porque ele é o responsável”

Sobre a denominação desses enfermeiros como coordenadores de equipe, eles questionaram, dizendo que se sentiam mais na posição relacionada à administração do que na relacionada à coordenação.

“Desde o primeiro momento que eu participei... comentava-se muito ‘os coordenadores, os coordenadores, os coordenadores’. Eu falava assim: ‘gente, o que eu estou fazendo aqui?’ Minha coordenadora está ali, que é a coordenadora do PSF. A gente tem uma coordenadora... E eu falava: ‘gente do céu, vamos ter de fazer mais um papel agora’. Depois é que eu fui entender: era para a questão administrativa...”

Os participantes comentaram sobre as vantagens da AMQ: a possibilidade de organizar melhor as ações, de melhorar os serviços a partir dos aspectos apontados pelos questionários, a possibilidade de unir os profissionais e as equipes, e de ressaltar a importância da prevenção.

“É aquela auto-avaliação, que a gente acaba fazendo [sempre], só que a gente não tem nenhum respaldo para falar assim: ‘olha eu faço isso, não faço isso’... [A AMQ favorece] uma organização sua, você vai poder administrar o seu próprio tempo e direcionar tuas ações... Para a gente, é uma questão importante de avaliação de nosso serviço”

“Apontou algumas falhas que a gente [vai tentar consertar], para poder melhorar”

“Trouxe uma questão de unir mais a gente para [ficarmos] mais próximas umas das outras”

“A gente fala, o tempo inteiro, em prevenção, prevenção, prevenção. E muitas ações preventivas que estavam ali, que a gente sabe que é uma das nossas áreas principais, a gente não realiza”

O grupo lembra, porém, que nem tudo depende deles.

“Tem coisas que não dependem da gente. A parte de material, a parte de uniforme, de computador, estrutura física... Então, seria legal o próprio município, a coordenação [do PSF] poder também estar trabalhando e estar mudando”

“Acho que o que ela falou de estrutura física é uma coisa legal, porque eu trabalho na zona rural e meu posto está caindo! Então, [os cadernos falam] de atendimento em grupo, e aí a

gente começa a imaginar onde é que vai por o grupo lá dentro, porque se chove tem de sair correndo com o paciente... na minha sala, cabem duas, três pessoas, no máximo. Então, você fica imaginando onde que você vai colocar o grupo!”

“Então, lá [na minha equipe], [as respostas] foram: não, não, não e não. Então, quando você começa a ver que você não tem como estar melhorando com que espaço físico, [é frustrante]”

Quanto a realizarem uma nova avaliação, alguns entenderam que deveriam fazer isso de seis em seis meses, enquanto outros acharam que iriam ser cobrados.

“Nós esperamos fazer uma nova avaliação, mais para o fim do ano, para ver se nós conseguimos atingir o que nós já lançamos como metas agora, para ver se resolveu, ou se não resolveu”

“Teve um prazo para a gente estar entregando o questionário, então eu achei que, daqui a algum tempo, vocês iriam estar nos cobrando essa nova avaliação.

“Nós entendemos que era de seis em seis meses”

“Eu acho que seria legal você avaliar semestralmente, porque você teria seis meses para você conseguir melhorar alguma coisa. Ao fazer uma nova avaliação, um ‘não’ virando ‘sim’ é positivo [para nós e] para a coordenação também. Então eu acho que esse AMQ veio legal porque não foi só para nossa equipe que trabalhou mexendo com a população. Quem está acima da gente tem de trabalhar também, entendeu? Não é só cobrar, mas ele também [tem que] saber o dever dele. Muitas vezes, eles não vêem isso, eles só querem saber de cobrar. Mas entre eles, às vezes [há alguns que] não tem noção de qual é a sua responsabilidade e aí, [na AMQ], tem um parâmetro muito bom”

O grupo citou, também, a questão das freqüentes mudanças de coordenadores de PSF, o que afeta a continuidade do trabalho.

“Uma coordenadora que participou do processo inicial do AMQ já mudou... Aí, mudou a diretora também e mudou a

coordenadora, e a coordenadora que entrou agora há poucos meses, vai entrar de férias agora”.

“É que a gente, nós temos um grande problema na comunicação. Você liga para falar com qualquer coordenador. Alguém diz: ‘Qual coordenador?’ E depois: ‘Ah, não ele não é mais coordenador há três semanas.’ Mas ninguém foi avisado. Custaria passar uma mensagem [avisando sobre essa mudança]?”

“A questão da rotatividade é grande. Eu e a minha colega somos os mais antigos... Em seis anos, já passaram doze coordenadores”.

Grupo Focal 4: Membros das Equipes de Saúde da Família

Número de participantes dos Municípios: 10

Profissionais presentes: médicos (3), dentistas (2), auxiliar de consultório, auxiliar dentário (1), agentes comunitários (4)

Municípios representados: Barra do Turvo, Eldorado, Ilha Comprida, Juquiá e Registro

• Bloco A - AVALIAÇÃO

Os componentes do grupo opinaram em relação ao que é avaliar: é observar os pontos contra e a favor, o que está certo e o que está errado; é ver o andamento; é um monitoramento; é um recurso utilizado para melhorar.

“Avaliar é você observar os pontos a favor e pontos contra daquele evento que você está avaliando”.

“É uma forma de você estar vendo o andamento daquilo que você está fazendo”.

“Tem a ver com monitoramento também... do trabalho principalmente nosso do PSF, como está indo todo nosso trabalho...”.

“Acho que você tem que avaliar quando está certo e quando está errado. É uma forma de você melhorar em algo que você

está errado. Se você não avaliar, se você acha que está tudo bem, você para por ali mesmo”.

“A avaliação serve para você melhorar, para não ficar estacionado...”.

O grupo ampliou o conceito de avaliação, dizendo que as pessoas fazem avaliação em muitos momentos, em muitas situações.

“Você pode avaliar várias coisas: avaliar o estilo de vida, avaliar um carro. Você pode ter formas de avaliação [mais formal] na escola, no trabalho”.

Sobre o tema avaliação, foi colocada, ainda, a questão da avaliação em equipe, na qual os profissionais avaliaram o trabalho em equipe, mas também avaliaram um ao outro.

“A gente avalia na tentativa de olhar o que está avaliando, com outras pessoas... avalia até as outras pessoas da própria equipe e elas avaliam você... se as funções estão corretas ou não...”.

“Se somos equipe, temos que trabalhar totalmente em equipe, todo mundo junto, não importa a função”.

• Bloco B - ADESÃO À AMQ

O grupo relatou que a adesão à AMQ, no geral, foi boa.

“Na nossa equipe foi muito bem explicado o que era essa avaliação...”.

“A equipe recebeu bem, trabalhou, criticou, [percebeu] que a proposta era de estar melhorando o sistema”.

Algumas equipes sentiram que participar da AMQ foi uma sobrecarga em relação ao trabalho que já faziam:

“Ah... eles sempre falam [que é mais uma tarefa a ser feita...]”

Houve receio de punição, de repreensão, de perda de verba.

“Foi uma surpresa [a forma de avaliação] e também deu medo de repreensão. Eu vi umas das minhas agentes comunitárias

perguntando: ‘Doutor, a gente pode responder tudo certo [como é mesmo]? Eu falava: ‘Pode responder como as coisas são.’”

“Havia medo de alguma punição, algum corte de verba..”

Houve também uma certa resistência no sentido de acreditar que a AMQ seria útil e não seria mais uma atividade meramente burocrática.

“Fica sempre uma dúvida quanto à efetividade depois desse preenchimento de tanto papel... sobre o que vai dar, se vai melhorar mesmo, o que vai me ajudar, me auxiliar..”

“Um receio de que fique tudo por isso mesmo..”

“[Em uma reunião], acabou sendo abordada a questão do recurso, a questão do trabalho e a efetividade dessa proposta”

Quanto às expectativas em relação à AMQ, os participantes do grupo relataram que despertou otimismo e esperança.

“Eu achei ótimo. Eu, sinceramente, acho que muita coisa vai melhorar. Acho que agente está trabalhando... A gente tem que acreditar que vai melhorar, não é? Então é isso, a gente ficou feliz com essa proposta, com esse questionário. Eu fiquei até surpresa, [quando vi o material], porque eu estava de férias e [minhas colegas] responderam e depois passaram pra mim”

“Eu achei muito interessante e achei também que a gente tem que acreditar, porque [como vai ser] se a gente não acreditar nas coisas que vem [do Ministério]... A gente tem que ter força de vontade e acreditar que vai dar certo, que a gente vai conseguir”

Sobre a clareza da proposta, o grupo apresentou situações diversas quanto ao esclarecimento inicial sobre o que seria a AMQ. Porém, mesmo no município em que não houve esse esclarecimento, as explicações contidas no próprio material permitiram que ele fosse adequadamente compreendido e utilizado.

“No nosso caso, a proposta foi apresentada na nossa reunião geral, depois na reunião de equipe... Ficou bem claro. A gente acabou entendendo a proposta e a importância de estar trabalhando pela melhoria do sistema de avaliação”

“[No meu município], o que fizeram foi... Pelo menos pra mim, eu cheguei no Departamento e me deram ‘Tó... é pra vocês responderem’. Aí, eu tive a preocupação de ler, depois eu vi que o prefácio explicava bem. Então, eu falei: ‘Vamos lá, temos que responder isso, vamos responder...’”.

• Bloco C - INSTRUMENTOS DA AMQ

Os instrumentos da AMQ foram elogiados por sua clareza.

“... qualquer dúvida, tinha um comentário embaixo, [explicando]: essa pergunta se refere, é isso, é isso. Está bem explicado, bem desenvolvido”.

“Embaixo [de cada questão], estava explicando. E [assim], [a gente] pegava o fio da meada”.

O material também foi avaliado positivamente no sentido de ajudar a compreender melhor o PSF, pois alguns profissionais referem não ter tido treinamento específico sobre o Programa.

“Ela falou sobre um ponto muito importante [sobre entender o PSF]: eu, que tenho três anos como médico do PSF, nunca fiz curso nenhum sobre PSF. O que eu faço vem de um conhecimento de fora... [se fosse depender de treinamento], eu estaria zerado”.

“Houve um curso introdutório ao PSF [na nossa região], mas já faz um certo tempo; acho que foi em 2001”.

Como crítica ao material, foram feitos comentários de que as perguntas estavam, muitas vezes, fora da realidade vivenciada por eles.

“Acho que os quesitos que foram abordados... são fora da realidade”.

Foi apontada a necessidade de haver perguntas mais específicas sobre o papel de cada profissional.

“As perguntas estavam um pouco gerais. [Seria bom perguntar], por exemplo, sobre quem que faz o que”. Talvez fosse bom também um outro caderno com perguntas sobre: o que você

faz como médico, como agente comunitário, como enfermeiro, como técnico, como auxiliar.”

“[Acaba mostrando] mais a equipe como um todo, o que é importante, mas poderia mostrar mais coisas de cada profissional”.

“[Seria bom] ter o caderno do agente, o do médico, o do coordenador [e os dos outros membros da equipe].”

Nesse ponto, houve comentários específicos sobre a função do dentista, considerado, nas perguntas do caderno da equipe, como um profissional praticamente inexistente.

“Percebi assim... A equipe até comentou: ‘e o dentista, não tem um caderno para ele responder?’”

Dentistas comentam:

“[Como não consegui me achar no caderno da equipe], achei que tinha um caderno para mim.”

“A Odonto tem uma certa dificuldade até mesmo na avaliação que é feita no PSF. Tudo é voltado, de uma forma mais clara, para a equipe médica. Então, vou dar um exemplo: no caso de visita domiciliar, para o médico, todo mundo sabe que ele está trabalhando e isso entra como procedimento; para o dentista, não entra. Então, fica difícil até para a população absorver isso, entender essa diferença de porque o enfermeiro, o técnico, o agente visitam e o dentista não”.

Houve considerações a respeito da dificuldade em se responder ‘sim ou não’.

“Não dá para colocar ‘mais ou menos’, então [nossa equipe resolveu]: ‘vai tudo não’”.

E como as respostas eram em equipe, houve muita chance de responder ‘não’, o que desagradou a alguns membros das equipes.

“É tudo a mesma equipe, então, se um faz e dois não fazem, é ‘não’”.

“Tinha que ser uma avaliação mais individual, porque se um ou outro não faz [o que deveria], compromete quem está fazendo.”

“Tinha uma parte que nós tínhamos um sim, e o restante não; conclusão: ‘colocamos a resposta não’”

Sobre os cinco padrões de qualidade estruturados no material AMQ, o grupo considerou os padrões adequados, ressaltando que, em sua região, não dá para ter qualidade muito avançada.

“[É interessante] porque você vai parando... você acaba tendo uma auto avaliação. Você se enquadra ali [na sua realidade] e, muitas vezes, você deixa de fazer algumas coisas [simples], que daria para você fazer, [e não faz por causa do] dia-a-dia. Então, ele acaba te despertando para outras coisas que estavam guardadas ali e que dá para serem feitas. E, se você fizer, você acaba subindo degraus, você chega num outro nível. Então, nesse sentido, eu achei bem bacana, bem produtivo..”

“Acho que os itens abordados estão apropriados para cada nível que foi colocado, então, [naturalmente], você se projeta para o nível mais avançado. [Mas] acho que, na grande maioria dos municípios, é algo bem distante em muitos pontos, então é [muita coisa ainda] a ser buscada”.

Voltou, nesse ponto, a questão do dentista, como profissional que, além de não ser muito abordado pelos instrumentos, ainda inexistia em muitos municípios.

“Tem os [dentistas] da UBS, tem nas escolas, mas, no PSF, não!”

“O PSF em que eu trabalho tem até a sala que é para ser da odontologia, mas não temos [dentista]... E seria bom, porque o pessoal precisa muito..”

Sobre o material AMQ, o grupo comentou que o material parecia mais voltado para as atividades do agente comunitário.

“É voltado mais mesmo para o agente comunitário, é mais [relacionado] à nossa função”.

Sobre as respostas em equipe, o grupo considerou que foi uma oportunidade de conhecer mais a própria equipe.

“A gente conheceu mais a equipe, os outros profissionais”.

Em um município com micro-áreas, não foi possível responder com a equipe toda junta.

“A gente recebeu o papel pra fazer, o caderno para responder. E nossa equipe ela é dividida em três, com uma médica que cuida de três postinhos. Então não deu para responder tudo junto. É longe, um trajeto longo de um lugar para outro e a gente viajar... E a equipe tinha que trabalhar. Então não deu pra todo mundo junto responder. Nós respondemos por partes”.

Uma das qualidades apontadas, no que diz respeito ao material, foi a ampliação da noção de saúde, destacando especialmente a prevenção e a participação da comunidade nas ações de saúde.

“E tem questões, quase lá no final, questões sociais, que, pelo menos nós lá [no município], ainda temos... Não fazemos atividades relacionadas à cidadania, ao meio social... Então, dali você tira uma idéia de que você tem outras coisas a mais para você estar buscando”.

“Então, você tem outras opções para você estar correndo atrás. E isso está bem claro pra mim; nas questões, isso estava bem esclarecido”.

“[No material], tem muitas perguntas muito sobre o envolvimento da população com a equipe, os agente comunitários... Isso não acontece, pelo menos lá [no município], com nossa equipe, não acontece de as pessoas da comunidade participarem da reunião geral, de participar do conselho mesmo... a comunidade, em si, ela não participa”.

Especialmente no que tange ao agente comunitário, estes disseram que o material mostrou que há outras possibilidades de trabalho.

“[O material mostra] que você tem outros caminhos para buscar e sair, de repente, daquela rotina, daquela visita domiciliar em que toda vez você fala a mesma coisa”.

“Você pode buscar outras coisas, além da visita. Você pode criar outras coisas”.

Porém, no que diz respeito à participação comunitária e às atividades preventivas em grupo, foi colocada pelos participantes, a dificuldade no que se refere à zona rural.

“Então, ela falou de alguns pontos que foram abordados nos cadernos, alguns aspectos estritamente sociais que a gente não trabalha. Mas o meu PSF é zona rural; é uma coisa meio diferente de quem é da zona urbana. Então, o meu trabalhador é um trabalhador extremamente ocupado, trabalhador braçal, que trabalha de sol a sol; a sua esposa fica na casa também com os afazeres de horta, cuidando de filho e tudo mais, e às vezes também no campo, trabalhando. Eles não têm muito tempo para se dedicar a esse social que o caderno perguntou se a gente fazia”.

“Os lugares são distantes... a pessoa vai ter que andar... são muitos quilômetros; tem pontes, riachos... fica distante da cidade 37 quilômetros a sede desse PSF. Então, para a gente organizar uma educação em saúde ou uma atividade recreativa, fica difícil juntar o pessoal... a não ser que você vá buscar, dê um brinde ou coisas assim”.

Um dos participantes comentou que os profissionais não tinham tempo para as atividades grupais e comunitárias.

“Não fazemos por conta disso; nós não temos tempo. Há uma demanda muito grande, a gente também tem um trabalho extremamente cansativo e o povo não é tão disponível pra esse tipo de trabalho... Então, geralmente, eles vão ao centro de saúde quando estão muito doentes ou nós fazemos a busca ativa e lá a gente resolve o problema que for: de doença ou social também”.

Outro ponto considerado quanto às ações grupais, preventivas, diziam respeito aos quilombolas.

“Por exemplo, os quilombolas... [na minha opinião], eles têm muitos direitos e poucas obrigações. O próprio Ministério da Saúde vai lá e passa isso para eles. Ai eles ficam cobrando [não do Ministério mas] da gente. E, se a gente não ficar atendendo, eles cobram”.

“O que é o PSF? É um trabalho de prevenção. Agora, chega o secretário de saúde reúne os quilombolas e fala que eles têm direito a consulta a toda hora. Ai, chega [para nós], cada meio

período, um barco; cada meio período, um barco com trinta, quarenta pessoas, que têm direito a se consultar; e, às vezes, eles não têm nada”.

Comentando sobre as dificuldades encontradas na região, os participantes se referiram ao problema da condução.

“Tem a questão da condução. A pessoa tem que voltar pra casa. Então, [o profissional] tem que atender rápido, senão, não dá tempo de voltar... Às vezes, eu estou lá atendendo, aí o ônibus passa, a pessoa está na cadeira [do dentista] e grita para o motorista ‘espera aí, espera aí’. Aí, acabou; ela sai correndo e vai embora, senão o [próximo] ônibus é só às cinco horas da tarde... Então, eu falo para eles: ‘não dá pra trabalhar assim, você quer ir embora, [mas eu] vou fazer o serviço direito’; porque o nome da gente está contando depois...”.

● Bloco D - PARTICIPAÇÃO NA AMQ

Sobre as respostas em equipe, a maioria respondeu em conjunto, a não ser um dos municípios dividido em micro-áreas, que respondeu em várias etapas, sem ter conseguido se reunir. Outro município que tinha condições semelhantes, conseguiu.

“A gente conseguiu pegar toda equipe, ia de carro nessas micro-áreas distantes. A gente fazia isso nas quintas feiras, que a gente deixa as quintas [feiras] para fazer estudos, alguma coisa desse tipo, então deu para fazer isso”.

“Na nossa equipe, foi equilibrado. Até eu, que sou odonto, um pouquinho separado da equipe, eu vou para o centro participar, para poder saber das coisas, senão acaba nem sabendo disso tudo”.

As dificuldades apontadas para essas respostas em equipe foram relacionadas ao consenso que precisava ser obtido por todos.

“Bom, ‘eu faço a minha parte’, uma pessoa diz;’ mas eu também estou fazendo a minha e por que você diz que eu não estou fazendo a minha parte?’ Então, [despertou] uma certa intriga...”.

Os participantes relataram que não houve recusa de participação em suas equipes, explicando que eram convocados a responder.

“Não é bem assim, se eu quero ou não quero participar..”.

“Os gerentes aderiram à causa e convocavam a gente. Também, se não aderirem, perde o sentido”.

• Bloco E - APORTE DE INFORMÁTICA DA AMQ

Quanto ao sistema informatizado, os participantes fizeram muitas queixas, no sentido de que esse sistema deixa a desejar.

“No meu posto tem um micro e o segundo monitor já queimou... Colocaram um Windows 95, acho que porque não tinha um mais velho pra colocar”.

“Nenhuma equipe tem um sistema de informática decente”.

E, frente a tão poucos recursos, questionaram a aplicação da verba do PSF.

“Que a verba que vem para PSF, vem. Mas, na verdade o que sobra é que vem para o PSF, porque essa verba é para manter a saúde da cidade... é usada em toda a cidade. Então, a gente fica só com o resto, com as migalhas. Essa é a reclamação, essa é a bronca: se falta papel, é por quê? Porque estão usando para turma da saúde da cidade..”.

“Porque a prefeitura entra com uma parte do PSF, não sei se juntam tudo lá... Só sei que a gente fica só com o que sobra”.

“Talvez tivesse que ter uma fiscalização, ou uma coisa assim, mais centrada para o PSF”.

“E na área dos quilombos, então... quilombo tem 50% a mais [de verba]... e é o que menos tem coisas... e quando eles [os quilombolas] cobram, é em cima da gente..”.

“No PSF, falta tudo; no hospital, não falta nada”.

Quanto à digitação propriamente dita, os participantes disseram que não eram eles que faziam e, sim, o coordenador.

“Quer dizer que aqui, em relação a esse sistema informatizado, que está fazendo são os coordenadores; eles é que estão digitando”.

Quanto aos relatórios, os profissionais disseram que só iam ter acesso quando os coordenadores mostrassem.

• Bloco F - MATRIZ DE INTERVENÇÃO

As equipes não chegaram a montar, oficialmente, matrizes de intervenção.

“A gente ainda vai ter reunião de equipe, então a gente vai fazer isso”.

Porém, muitos se referiram às atividades que estavam incipientes em seus municípios, e que foram reforçadas pelo fato de os profissionais terem respondido ao material AMQ.

“Nós já tínhamos [na minha equipe] um pensamento e a proposta de estar trabalhando alguns grupos prioritários, como gestantes e idosos; o questionário veio só reforçar isso. Neste mês, eu já vou trabalhar com palestra e orientação com gestantes”.

“Por exemplo, eu estou tentando fazer um grupo de hipertensos; vou fazer na sexta feira, emendar direto [o grupo e os atendimentos de hipertensos], tentar ver o máximo possível os hipertensos. Vou fazer a palestra quando está todo mundo junto e consultar, vendo, nesse dia, só o problema da pressão, não consultar outras coisas; aviso que eles podem voltar na hora que quiserem, nos outros dias, para as outras coisas. Porque sempre quando eles vêm, principalmente as idosas, é aquilo: a pressão e mais vinte mil coisas..”.

“No caso da odonto, às vezes, existe uma série de situações que dá para fazer, com idosos, gestantes, crianças menores de cinco anos... Nós vamos começar a fazer gestantes e crianças menores de cinco anos... Mas não é tudo que dá pra fazer..”.

“A gente faz um grupo de caminhada, com a enfermeira... A fisioterapeuta também participa, acompanha, faz atividade física, ginástica”.

“Tem o grupo das gestantes, palestras. Tem também a palestra do dentista; a gente faz palestra sobre higiene bucal. Fazemos um trabalho sobre higiene [em geral], mas só que tem que ter jeito, não dá para chegar assim agredindo, [falando logo de cara]: ‘oh! limpa esse cocô de vaca do piso..’”

“[Com a AMQ, a gente lembrou que] fazia muito teatro em escola, um trabalho educativo com fantoche. Então, a gente sempre pediu lousa, bonequinhos; a gente conseguia emprestado das escolas, só que nunca teve o nosso [próprio material]. [Foi desanimando] até que a gente foi parando de fazer... E eram uns trabalhos bonitos, que a gente fazia sobre piolho, sobre odontologia, e as crianças se interessavam... até as escolas particulares chamavam pra ir..”

“Então, no meu município, eu estou conseguindo fazer bastante isso, fazendo bastante prevenção... essa parte de prevenção é o foco principal. O consultório[odontológico] vai ser adaptado, então não estou trabalhando com a parte clínica”

Ao final da reunião, os participantes fizeram comentários gerais sobre o PSF.

“O PSF faz muita coisa e não é reconhecido pelo que faz e a maior parte dos gestores não sabe nem o que eles estão fazendo naquela cadeira”

“Quando eu estava lá na DIR, quando o PSF começou a ser implantado, eu falei assim: ‘PSF não vai fazer prevenção porque os que mandam não sabem [de nada], eles querem número.’ Então, a gente trabalha bastante, faz muito, não faz o que devia fazer porque não temos condições”

“Então o que tem que fazer é começar conscientizar os gestores do que é o PSF. Eles não sabem!”

“Se eles [gestores] percebessem que o PSF pode resolver os 80 a 90% da saúde do povo, eles investiriam muito e nos valorizavam como profissionais”

“Meus agentes vão na casa, pegam a cartela e contam os

comprimidos. Se não contar não colocar na boca, ele não toma o comprimido. E aí, nesse frio, acontece o quê? infarto e derrame. E se você não faz esse trabalho de formiguinha, o paciente dá entrada no pronto socorro, que traz um grande desgaste financeiro com ambulância, UTI, ressonância... Por causa de um comprimido que ele não tomou, e que a pressão subiu, entende? O PSF é tudo na vida de uma prefeitura. Mas eles não percebem isso”.

Os médicos, particularmente, parecem se ressentir da pouca valorização da parte dos gestores e, mesmo, da população.

“Em uma reunião, teve um colega médico que falou assim: ‘o PSF é a escória da Medicina”.

“O que eles [população] querem é o meu carimbo. Eles querem atestado carimbado para não ir trabalhar. Ou querem carimbo no encaminhamento para o hospital. É isso que eles querem..”.

“Tem muitos médicos que não ficam [no PSF]; não agüentam, ficam dois meses e já caem fora. Na nossa região, parar médico lá é uma dificuldade”.

“Isso é geral. [O médico que] ficar um ano, é campeão!”.

5. Discussão e Conclusões

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a implantação da AMQ no Estado de São Paulo através de um estudo-piloto na Região de Registro.

Todas as etapas do processo de implantação dessa proposta foram objeto de avaliação, começando pela Oficina de capacitação de multiplicadores regionais, passando pela Oficina de capacitação dos gestores municipais, até a implantação da proposta AMQ nos municípios.

No tocante à Oficina I, de capacitação de multiplicadores regionais, verificou-se que a metodologia utilizada atingiu plenamente o objetivo de sensibilização para a importância da proposta AMQ, embora a maioria (71,2%) dos participantes não se sentisse, ao final da capacitação, totalmente aptos para implementar a proposta em suas regiões. Esse fato aponta para a necessidade de rever alguns conteúdos desta proposta, especialmente no que diz respeito a criar oportunidades para que os participantes discutam mais o planejamento e as etapas necessárias à implantação da AMQ nos municípios e tenham mais contato com os instrumentos de avaliação.

Vale ressaltar que a avaliação desta Oficina foi fundamental para a formulação da proposta da Oficina II, de capacitação dos municípios da DIR Registro. A avaliação da Oficina II revelou maior adequação dos conteúdos, sendo que ao final 81% dos participantes sentiram-se aptos a implantar a proposta AMQ em seus municípios.

O acompanhamento do processo de implantação da AMQ nos municípios, através de reuniões com interlocutores da AB e da aplicação de instrumentos de supervisão, possibilitou a análise da adesão dos municípios à proposta. Levando-se em consideração que o prazo dado aos municípios para a implantação da AMQ era de seis meses (condição imposta pelo cronograma de execução do PROESF), houve uma resposta bastante satisfatória, uma vez que 7 dos 15 municípios conseguiram preencher todos os instrumentos e realizar todas as etapas avaliativas. Este componente do projeto mostrou ainda a importância do acompanhamento dos municípios após a realização da Oficina de capacitação, o que certamente nos remete ao papel fundamental da gestão regional nesse processo.

Os grupos focais permitiram a avaliação da proposta AMQ e de sua implementação nos municípios.

Pode-se dizer que os atores envolvidos no processo da AMQ (gestores municipais, coordenadores da AB e profissionais das equipes de saúde da família) entenderam a importância da avaliação nos serviços de saúde como um instrumento para a melhoria da qualidade.

A receptividade em relação à proposta da AMQ foi sentida em todos os grupos focais, tendo sido destacada a importância do envolvimento da gestão municipal no processo e da sensibilização dos profissionais das equipes de SF.

Os instrumentos da AMQ foram, em geral, bem avaliados, em relação à clareza e adequação dos padrões de qualidade adotados. Alguma menção foi feita a possíveis dificuldades no entendimento do material somente no grupo focal dos gestores municipais

Um aspecto interessante relacionado ao preenchimento dos instrumentos de avaliação foi a dificuldade de optar pelo “sim” ou “não” nas respostas em relação às atividades executadas, havendo dificuldade em se aceitar o “não” e insistência em adotar uma resposta “mais ou menos”. Embora houvesse o entendimento de que o “cumprir mais ou menos” um padrão pode não ajudar a definir propostas para melhorar a qualidade, a resposta “não” de certa forma impedia a visualização do trabalho já desenvolvido pela equipe.

Outra dificuldade para o preenchimento foi a ausência de questões específicas para algumas realidades, como áreas rurais e quilombolas, muito frequentes na região de Registro.

Ainda com relação à dificuldade de preenchimento, um aspecto que foi destacado como difícil de ser lido pelos profissionais foi o fato de não existir questões específicas para cada profissional (médico, enfermeiro, ACS, dentista), o que pode ser interpretado como um obstáculo dos profissionais de saúde à compreensão do sentido de avaliação da Equipe.

É interessante observar que em relação aos conteúdos da avaliação, os profissionais de saúde sentiram dificuldades para o preenchimento dos dados estatísticos, ficando evidente que informações fundamentais para nortear seu trabalho não estão acessíveis às equipes.

Em todos os grupos focais os principais pontos positivos levantados foram: a importância da auto-avaliação, do processo participativo e do

caráter não punitivo da proposta. Esses aspectos são fundamentais para o envolvimento de todos os atores no processo e são, em grande parte, responsáveis pela motivação para a mudança.

Chama a atenção o fato de que o momento de preenchimento da auto-avaliação foi, para alguns municípios, o único momento em que toda a equipe se reuniu.

Verificou-se, ainda, que a proposta tem um caráter pedagógico, uma vez que muitos profissionais envolvidos na ESF nunca receberam capacitação, o que dificulta seu entendimento sobre o que é esperado como resultado do trabalho das equipes.

O sistema informatizado revelou-se um grande dificultador do processo de implementação da AMQ. Houve dificuldade para a realização do cadastramento, obtenção de senhas e digitação. Os municípios que demonstraram interesse em aplicar a avaliação em UBS que não adotaram a ESF não o fizeram, pois o sistema não permite a inclusão de UBS com essa característica.

Em relação à elaboração das matrizes de intervenção, fundamental para que a avaliação resulte de fato na melhoria da qualidade, verificou-se que não houve uma formalização desta etapa em todas as equipes, embora alguns relatos tenham sido feitos no sentido da implementação de mudanças no decorrer da avaliação. Houve também a demonstração de interesse em se repetir a avaliação para verificar os resultados das mudanças implementadas.

Os resultados desse estudo-piloto sugerem, portanto, que a AMQ constitui-se em alternativa viável para a avaliação e monitoramento da ESF em municípios do Estado de São Paulo.

6. Considerações Finais

O relato da experiência de avaliação da implantação da AMQ no Estado encerra-se com algumas reflexões.

Podemos destacar como aspectos facilitadores do processo o apoio da DIR Registro e a grande expectativa que a proposta AMQ despertou nos municípios. Esses elementos, da ordem da motivação, foram fundamentais para a conclusão desta pesquisa.

Porém, vale a pena resgatar alguns aspectos que dificultaram a realização desse projeto, no sentido de ampliar a compreensão sobre os seus resultados.

O primeiro aspecto diz respeito às mudanças que ocorreram nos diferentes níveis de gestão do SUS-SP durante o processo de implantação e avaliação da AMQ na Região de Registro, que certamente tiveram seu reflexo na adesão dos municípios à proposta. Esse período foi marcado por mudanças na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde, no comando da Coordenação Estadual da Atenção Básica, no comando da DIR XVII, atual Departamento Regional de Saúde de Registro e na gestão de alguns municípios da Região.

Um segundo aspecto a ser considerado é o comprometimento das agendas da Regional e dos municípios, no primeiro semestre de 2007, em função de uma outra demanda do PROESF relativa às capacitações para a implantação do Sistema de Monitoramento da Atenção Básica (SISMA) SUS. Além disso, ao mesmo tempo em que os municípios se preparavam para implantação da AMQ, estavam sendo submetidos a um processo de auditoria referente ao recurso QUALIS (incentivo financeiro estadual para a AB em municípios prioritários) desencadeado pelo nível central da SES. Paralelamente, aconteciam as reuniões para discussão do Plano Estadual de Saúde e do Pacto de Gestão.

Em que pesem as dificuldades encontradas para a realização deste estudo-piloto, foi possível concluir a avaliação proposta e os resultados foram bastante favoráveis à adoção da AMQ como estratégia para avaliação da ESF, com base na percepção dos gestores e profissionais das equipes de Saúde da Família dos municípios analisados.

Pensando então em uma ampliação da proposta, alguns pontos merecem especial atenção.

Inicialmente é importante definir o tipo de acesso que o nível estadual terá às informações geradas pelo sistema AMQ. Esse ponto foi bastante debatido por ocasião da Oficina I, conduzida pelo MS, sendo necessário ser retomado, uma vez que o acesso a esse banco de dados possibilitaria não uma avaliação para punição de equipes e municípios, mas sim uma avaliação abrangente da ESF no Estado, com vistas ao planejamento de ações de suporte aos municípios.

O segundo ponto diz respeito à possibilidade ou não da incorporação da AMQ como estratégia de avaliação e monitoramento da Atenção Básica em municípios que não adotaram a ESF como modelo de atenção à saúde ou quando isso ocorre de forma parcial, o que é uma característica no Estado de São Paulo. As restrições impostas pelo sistema informatizado no tocante ao cadastramento de UBS sem a ESF impossibilitaram a avaliação dessa experiência, prevista no início do projeto, o que se constitui em uma limitação desse estudo.

Ressalte-se ainda a necessidade realização de estudos avaliativos sobre a efetividade da AMQ, ou seja, ainda não foram mensurados os impactos da sua implantação.

Os resultados desta pesquisa foram apresentados no Seminário sobre Pesquisa em Atenção Básica, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde em 31/07/2007, o qual contou com a participação de todas as Regionais de Saúde do Estado. Esta foi a primeira oportunidade para divulgação dos resultados para os gestores regionais, sendo que vários demonstraram interesse na implantação da AMQ.

Obviamente a continuidade e expansão da implantação da AMQ no Estado dependem de uma definição da SES-SP. Esperamos que este trabalho cumpra o seu papel, de fornecer subsídios aos gestores para a tomada de decisão.

Bibliografia

- ALMEIDA, C.M. Delimitación del campo de la investigación en sistemas y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias texto base para discusión. **Investigación en sistemas y servicios de salud: cuadernos para discusión**. Red de investigación en sistemas y servicios de salud en el cono sur. n,1. Rio de Janeiro, 2000.p.11-35.
- ALMEIDA, M.C.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem: sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALMEIDA, M.C.P. *et al.* A situação da enfermagem nos anos 90. In **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 41, 1989. Florianópolis. Anais Florianópolis, Associação Brasileira de Enfermagem, 1989. p 43.
- AYRES, J.R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In Minayo M.C. de S. Coimbra J.R.C.E.A. (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 91-108.
- AZEVEDO A.C. KORYCAN T.L. **Transformar las organizaciones de salud por la calidad**. Santiago: Parnassah, 1999.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1991.
- BATES, I.A.A.Y.O *et al.* Evaluating health research capacity building:an evidence-based tool. **Plosmedicine**. vol.3 Issue 8 e 299, aug.2006. Disponível em: www.plosmedicine.org.
- BODSTEIN R. Atenção Básica na agenda de saúde. Revista **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 401-12, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

- _____. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, 34:5, 2000. p.47-59.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Recife: **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3 n.1, jan - mar, 2003
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/avaliacao_ab_portugues.pdf
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
- _____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série Pactos pela Saúde, Vol. 4.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia saúde da família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php> Acesso em março 29 de 2007.

- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- CERES, G.V.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre. Tomo Editorial, 2000.
- CHIAVENATO, I. **Gerenciando Pessoas**: O passo Decisivo para a Administração Participativa. São Paulo. Makron Books do Brasil Editora Ltda. 1992.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.3. p. 705-711, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>
- DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo as avaliação em serviços de saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. v.13, n.1. Jan-mar. 1997. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0228.pdf>>.
- DOANBEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. DONABEDIAN, A. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. pp. 77-125. vol. I,
- _____ The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, 1990; 114 p.:1115-8.
- _____ Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, Volume 83, Number 4, December 2005. pp. 691-729(39).
- DRAIBE, S.M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. BARREIRA, M.C.R.N.; CARVALHO, M.C. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.
- FHI. **FACT- APROGE**: auto-avaliação de processos gerenciais e da capacidade técnica de programas e organizações que atuam no controle, prevenção e assistência às DST e à Aids. FACT. Adaptação de Richard Steen e Silvia Bastos, APROGE de Claudinei do Santos. Brasília. FHI/MSH, 2000.
- GARCIA, R. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental**. Texto para Discussão nº 776, IPEA, Brasília, 2001.

- GAZINELLI, M.F.; GAZINELLI A.; REIS D.C.; PENNA C.M.M. Educação em saúde conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21:200-6.
- HARTZ, M.Z.A; SILVA, L.M.V. (orgs.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador - Rio de Janeiro: Edufba-Fiocruz, 2005.
- HARTZ, M.Z.A. Princípios e padrões de meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva.** v.11, n.3. p. 733-738, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>
- IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 20 de maio de 2007.
- LEVCOWITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva** 6(2). 2002. p.269-291.
- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário.** São Paulo: São Paulo, Hucitec, 1999. 4ªed.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios.** In: Congresso Paulista de Saúde Pública, Anais. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000. p. 145-154.
- MILLER, R.S. Quality Management. VESTAL, K.W. **Nursing Management: concepts and Issues.** Philadelphia: **J B Lippincott**, 1995. 2ª ed.
- NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.N.; BOGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. São Paulo: **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, set/ dez 2004.
- NOVAES, H.M.D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. São Paulo: Caderno de Saúde Pública, **Cad. Saúde**, 1996;12, (Supl. 2):7-12.
- _____ Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, 2000;34:547-59.
- OMS (Organização Mundial de Saúde). **De Alma-Ata al año 2000: reflexiones a medio camino.** Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001. p.3-12

- _____ **Declaración de Alma Ata.** Cazaquistán: Organización Mundial de la Salud, 1978. Disponível em: <<http://ops.org.gt>>. Acesso em: 29 out. 2007.
- _____ **Informe sobre la salud en el mundo 2003:** forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
- _____ **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata,** URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/alma-Ata.pdf>
- _____ **Evaluación de los Programas de Salud. Normas Fundamentales.** Ginebra: OMS, 1981.
- OPAS-OMS (Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud) **Atención primaria de salud en las Américas:** las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44º consejo directivo e 55ª sesión del comité regional. Washington: 2003.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería.** Organización Panamericana de la Salud, 2001. <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf> Acesso em 26 Nov. 2007
- PAHO (Pan American Health Organization) **Health systems performance assessment and improvement in the region of the Americas.** Washington, DC: Organización Pan American Health Organization; 2001. Disponível em: http://www.paho.org/English/HSP/HSO/infantebook_eng.pdf
- PAIM, J. S. Avaliação em Saúde: uma prática em construção no Brasil. HARTZ, M.Z; SILVA, L.M.V. (orgs.) **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador- Rio de Janeiro: Edufba-Fiocruz, 2005.
- PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil.** Brasil, 2003. Versão 1.0.0.
- ROJAS, E.M. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. San José: **Población y salud en Mesoamérica Rev electrónica,** v.1, n.2, ene-jun, 2004. Disponível em: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-6/1-2-6.pdf> Acesso em 24 Nov. 2007

- ROSS, A. G.; ZEBALLOS, J.L; INFANTE, A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. **Revista Panamericana de Salud**, 8(1/2), 2000. p. 93-97.
- SAUL, A.M. **Avaliação emancipatória: desafio à teoria e à prática da avaliação e reformulação de currículo**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988.
- SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EDUFBA. 2005. p. 15-39.
- SILVA, L M V., FORMIGLI, V L A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. São Paulo: **Caderno de Saúde Pública**, Jan./Mar. 1994. vol.10, no.1. p.80-91. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>
- SOUZA H.M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Rev. Bras Saúde da Família** 202; 2003, 6: 10-5.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde – Unesco, 2002.
- SUWANWELA, C et al. **Health research for development: realities and challengers**, 2001 Disponível em: <http://www.idrc.ca/books/ev-27424-201-1-DO_TOPIC.html>
- VUORI, H. **Primary Health Care in Europe: Problems and solutions. Community Méd**, n. 6, pp. 221-31, 1984.
- VUORI, V.H. Quality assurance of health services: concepts and methodology. Copenhagen: **Public Health in Europe**, 1982. 16: 05-28. (WHO Regional Office for Europe Copenhagen)
- WORTHEN, B.R. *et al.* Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente. 2004. SAUL, A.M. **Avaliação emancipatória: desafio à teoria e à prática da avaliação e reformulação de currículo**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988.
- WORTHEN, B.R. Evaluating evaluations. WORTHEN, B.R. **Evaluation: alternative approaches and practical guidelines**. New York: Longman, 1997.

Anexo 1

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DA AMQ DA ESF NA DIR REGISTRO – SP

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Tempo de atuação no município

- 0 – 2 anos 3 – 5 anos 6 – 10 anos
 11 – 15 anos mais de 16 anos

1.2 Vínculo: Municipal Estadual Federal

1.3 Graduação em (pode citar mais de uma): _____ _____

1.4 Pós-graduação: Sim Não *(pule para 1.5)*

1.4.1 Se sim, identifique a maior formação:

- Especialização
 Mestrado Profissional
 Mestrado Acadêmico
 Doutorado
 Pós-doutorado

1.5 Função / Cargo:

- Diretor de Saúde Coordenador PSF
 Profissional PSF
 Secretário de Saúde Outro(s) Especificar: _____

1.6 Tempo de experiência em serviço público de saúde: _____
 _____ em anos.

1.7 Experiência anterior em planejamento para implantação de serviços de saúde na Atenção Básica?

() Sim (*pode assinalar mais que um item*) () Não (*pule para 2.1*)

1.7.1 Se sim, identifique:

() Planejamento Local

() Planejamento Regional

() Planejamento Estadual

() Outro(s). Especifique: _____

II. DEVOLUTIVA DA CAPACITAÇÃO DOS FACILITADORES AMQ

2.1 Participou da capacitação para a AMQ em dezembro de 2006?

() Sim (*passa para o item 2.3*) () Não (*passa para o item 2.2*)

2.2 Se não, você se informou sobre a capacitação para a AMQ?

() Sim (*passa para o item 2.3*) () Não (*passa para o item 3.1*)

2.3 Em função da Capacitação de dezembro de 2006, assinale em cada uma das Caselas:

Etapas do processo	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos materiais e humanos	Ator responsável pela etapa
Sensibilização	() Não iniciadas () Em andamento () Concluídas	() Não iniciadas () Em andamento () Concluídas	Nome: Função / Cargo: Tel: E-mail:
Capacitação	() Não iniciadas () Em andamento () Concluídas	() Não iniciadas () Em andamento () Concluídas	Nome: Função / Cargo: Tel: E-mail:

Momento avaliativo: - Execução - Acompanhamento	() Não iniciadas () Em andamento () Concluídas	() Não iniciadas () Em andamento () Concluídas	Nome: Função / Cargo: Tel: E-mail:
Acompanhamento Pós-avaliação	() Não iniciadas () Em andamento () Concluídas	() Não iniciadas () Em andamento () Concluídas	Nome: Função / Cargo: Tel: E-mail:

III. FINALIZANDO ESTA AVALIAÇÃO...

3.1 Fique à vontade para fazer sugestões:

3.2 Fique à vontade para fazer críticas:

Nossos agradecimentos pela participação. Não precisa colocar seu nome!

Anexo 2

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

Bloco A – OBJETIVOS DO GRUPO FOCAL, APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES E AQUECIMENTO

1- Apresentação do trabalho.

- garantia da confidencialidade.
- não há certo nem errado

2- Apresentação dos participantes: nome, o que sabe sobre a escolha do nome (por exemplo).

3- Aquecimento

• Hoje vamos conversar sobre a avaliação. O que é avaliar? Por que avaliar o serviço?

Bloco B – ADESÃO À AMQ

4 – Como a idéia de participar da AMQ foi acolhida em seu município?

5 – Qual a expectativa em utilizar esse instrumento de avaliação?

6 – A proposta foi compreendida?

Bloco C – INSTRUMENTOS DA AMQ

7 – Quais as impressões sobre os cadernos da AMQ?

8 – Quais as facilidades de aplicação deste material?

9 – Quais as dificuldades de aplicação deste material?

10 – Como avaliam a compreensão das questões?

11 – Os instrumentos da AMQ foram estruturados a partir de cinco padrões de qualidade: Qualidade elementar, Qualidade em desenvolvimento, Qualidade Consolidada, Qualidade boa e Qualidade Avançada. Vocês consideraram que as questões incluídas nos instrumentos são adequadas (pertinentes, suficientes) para definir os padrões de qualidade propostos?

Bloco D – PARTICIPAÇÃO NA AMQ

12 – Como foi a sua participação e a dos diferentes níveis decisórios e técnicos na AMQ?

13 – Como está sendo o comportamento das equipes para realizar a AMQ (interesse, participação)

14 – Como está sendo o entrosamento das equipes (para tirar consenso, resolver divergências)?

15 – Houve recusas para participação? Por quais motivos?

Bloco E – APORTE DE INFORMÁTICA DA AMQ

16 – Como está sendo lidar com o sistema informatizado da AMQ?

a) para realizar cadastro do município, unidades e equipes?

b) incluir resposta de questionários

17 – Alguém já “puxou” relatórios locais? Com qual objetivo?

Quem Somos

Sonia Isoyama Venâncio: Médica Pediatra, Mestre e Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora Científica e Coordenadora do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: soniav@isaude.sp.gov.br

Ana Lúcia da Silva: Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP. Contato: analu@isaude.sp.gov.br

Maria Cezira F. Nogueira Martins: Psicóloga, Doutora em Distúrbios da Comunicação pela UNIFESP e Pesquisadora do Instituto de Saúde da SES/SP. Contato: mcezira@yahoo.com.br

Patrícia Martins Nieri: Cirurgiã Dentista sanitarista, mestranda em Gestão de Tecnologias em Saúde pela UNIFESP, Pesquisadora no Instituto de Saúde da SES/SP. Contato: pnieri@isaude.sp.gov.br

Regina Figueiredo: Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP. Contato: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

Sílvia Bastos: Enfermeira, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências Pesquisadora Científica do Instituto de SES/SP. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

Teresa Etsuko da Costa Rosa: Psicóloga, Mestre e Doutora em Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisador Científica do Instituto de Saúde SES/SP. Contato: tererosa@isaude.sp.gov.br

editoração, ctp, impressão e acabamento

imprensaoficial

Rua da Mooca, 1921 São Paulo SP
Fones: 2799-9800 - 0800 0123401
www.imprensaoficial.com.br

