

# *Práticas de avaliação na gestão da Atenção Básica à Saúde*

I<sup>1</sup> João Ferreira Neto, <sup>2</sup> Bárbara Morais Fam, <sup>3</sup> Kênia Lara Silva I

**Resumo:** Neste estudo, investigamos efeitos das práticas de avaliação na Atenção Básica à Saúde no município de Belo Horizonte, na perspectiva de gestores de diversos níveis. É uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo. O foco deste artigo foi a análise do uso de dois instrumentos de avaliação, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Gestão do Cuidado no Território (GCT), de abrangência municipal. As análises apontaram uma tendência dos entrevistados em realçar mais os aspectos positivos dos instrumentos de avaliação estudados, já que servem prioritariamente aos processos de gestão. Além disso, mostraram as diferenças entre os dois instrumentos, tanto em natureza quanto em efeitos. O PMAQ-AB recebeu críticas específicas de problemas identificados em sua operacionalização. Por sua vez, o grau de sucesso da GCT depende do nível de engajamento e participação dos atores locais.

► **Palavras-chave:** Administração de serviços de saúde. Avaliação de processos. Atenção primária à saúde.

<sup>1</sup> Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil (jleitfn@gmail.com). ORCID: 0000-0003-3900-508X

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil (barbara.moraisfam@gmail.com). ORCID: 0000-0002-7349-0253

<sup>3</sup> Enfermagem Aplicada, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil (kenialara17@gmail.com). ORCID: 0000-0003-3924-2122

Recebido em: 12/08/2020  
Revisado em: 07/04/2021  
Aprovado em: 29/04/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320112>

## Introdução

O tema da avaliação no campo das políticas públicas vem ganhando cada vez mais amplitude. No setor saúde a adesão foi tardia, mas vem se consolidando em todos os níveis de governo (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Em 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu ações visando implementar o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, transformando-a em uma política nacional. A institucionalização da avaliação é a diretriz principal desse esforço, entendida como a integração da avaliação em um sistema organizacional, associando-a às ações de gestão e aos processos de trabalho, de modo permanente. O objetivo é fomentar uma cultura de avaliação que envolva todos os sujeitos, dos trabalhadores locais aos gestores federais.

Na literatura foram encontradas críticas e defesas das práticas avaliativas. As principais críticas apontam que nem todo o trabalho é passível de mensuração, de que se trata de uma estratégia neoliberal de controle dos trabalhadores, pois ao instituir avaliações sobre a qualidade dos serviços públicos, o Estado gerencialista mercantiliza a cidadania, transformando os cidadãos em consumidores (MARTUCELLI, 2015). Muller (2018) aponta os riscos da fixação em métricas, que substituem a experiência profissional de profissionais e gestores por indicadores padronizados, gerando desconforto entre os trabalhadores.

Por outro lado, a literatura em saúde no Brasil enfatiza avaliação como instrumento para favorecer a democracia institucional no Sistema Único de Saúde (SUS) (PINTO, 2014). Mesmo assim, o pesquisador canadense Contandriopoulos (2006), que mantém estreito diálogo com o tema da avaliação no SUS, adverte quanto ao risco da hipertrofia da dimensão normativo-tecnocrática como efeito dos procedimentos de avaliação. Os estudos sobre avaliação em saúde no Brasil tiveram a liderança inicial da pesquisadora Zulmira Hartz (1999), em interlocução com o Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde, da Universidade de Montreal (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

A literatura produzida a partir da implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) aponta os ganhos decorrentes do uso desse instrumento em nível nacional. Identificam-se a construção de espaços de reflexão e planejamento em saúde, uma maior preocupação com a qualidade a partir dos indicadores, e apontaram a importância da continuidade desse processo, além de melhorias da infraestrutura dos serviços advindos do financiamento do Programa (FEITOSA *et al.*, 2016).

Para Flores *et al.* (2018), o PMAQ-AB tem sido um importante agente de mudanças, com potencial para a melhoria da qualidade dos serviços, dos processos de trabalho e ações em saúde. Em estudo de revisão sistemática, Mesquita *et al.* (2020) salientam o aumento da educação permanente entre as equipes, e o aumento de tecnologias de informação, decorrentes do uso do PMAQ-AB.

Outros estudos sobre o PMAQ-AB tomam por foco, por exemplo, a perspectiva dos usuários, realçando a importância do acesso, da relação profissional-usuário e da informação como sendo os principais valores considerados (PAIVA; MENDES; BRANDÃO; CAMPOS, 2015).

Entende-se que as avaliações podem produzir tanto os efeitos apontados pelos críticos, quanto os apontados por seus defensores. Sua eficácia está relacionada com um conjunto de fatores, entre os quais o ambiente institucional no qual ela é realizada. Segundo Hood (2012), a gestão baseada em números pode melhorar ou piorar a eficácia de um serviço, dependendo do contexto e dos objetivos para os quais ela serve. Assim, o uso de instrumentos de avaliação isoladamente não gera as mudanças almejadas se o ambiente em que eles operam não for propício para a transformação.

Duffy (2017) considera que uma tendência atual de se reduzir a avaliação a mero gerencialismo é simplificadora e problemática. Segundo ela, essa tendência falha em reconhecer que a avaliação, mesmo não sendo um método perfeito, possui o mérito de enfatizar “a reflexão sobre o presente, para permitir uma discussão sobre o futuro” (p. 2). Enfim, não há como sustentar um veredito a priori definitivo da importância da avaliação, mas é importante realizar a análise de sua implementação em diferentes contextos institucionais.

No embate da literatura em torno dos méritos e dos prejuízos decorrentes dos processos de avaliação, entre autores favoráveis e contrários, há um ponto em comum: considerar a avaliação como um dos instrumentos de governo ou de gestão (MENNICKEN; MILLER, 2012; PINTO, 2014). Isso ocorre desde o nível federal, em instrumentos nacionais, quanto em nível municipal, local e no processo de autogestão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família. Assim, ela não deve ser entendida como uma ação isolada que visa exclusivamente mensurar, mas possui uma estreita vinculação com a gestão de políticas, programas, serviços e pessoas.

O objetivo deste estudo é investigar efeitos das práticas de avaliação na Atenção Básica à Saúde, na perspectiva de gestores de diversos níveis de governo, no município de Belo Horizonte/MG. Buscamos também entender os benefícios e as limitações

do uso dos instrumentos de avaliação. O movimento de institucionalização das práticas avaliativas tem propiciado o surgimento de várias iniciativas, tanto no âmbito federal, quanto nos âmbitos estaduais e municipais. Focalizamos o uso de dois instrumentos de avaliação, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de abrangência nacional, criado pelo Ministério da Saúde (MS) e o Gestão do Cuidado no Território (GCT), de abrangência municipal, criado pela secretaria municipal de saúde.<sup>1</sup>

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo. O cenário do estudo foi o município de Belo Horizonte que possui área de 331 km<sup>2</sup> e população de 2.501.576 habitantes. A atenção à saúde no município está estruturada em nove distritos sanitários e conta com 152 centros de saúde, todos urbanos, que abrigam 589 equipes de Saúde da Família.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, no período entre agosto de 2017 e dezembro de 2018, com três gestores locais (GL), gerentes de centros de saúde, duas gestoras distritais (GD), gerentes de distritos sanitários; dois gestores municipais (GM) do nível central da Secretaria Municipal de Saúde do município de Belo Horizonte e um gestor federal (GF), que trabalhou no Ministério da Saúde entre 2011 e 2014, época da formulação e implementação do PMAQ-AB. Utilizamos as siglas GL1, GL2, GL3, GD1, GD2, GM1, GM2 e GF para fazer referência aos entrevistados.

Os gestores entrevistados possuem diferentes implicações relativas às práticas avaliativas. Entrevistou-se um gestor federal que participou da implementação do PMAQ-AB, para também conhecermos aspectos históricos de sua efetivação. Essa entrevista permitiu resgatar aspectos históricos da formulação e implementação do instrumento. Os demais, gestores municipais, estavam envolvidos com os processos de avaliação já como parte de seu cotidiano à época das entrevistas.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pelos membros da equipe de pesquisa e seu conteúdo abordava a relação da avaliação com os processos de trabalho, o histórico do uso dos instrumentos, seus aspectos positivos e negativos, ganhos e dificuldades no processo de avaliação e o apoio dos outros níveis de gestão. Nem todos os entrevistados falaram sobre todos os instrumentos. GF discorreu apenas sobre o PMAQ-AB, e os GL1 e 2 ainda não possuíam a GCT em suas unidades.

Em função disso, identificamos a unidade que era considerada uma das experiências mais avançadas da GCT no município, e entrevistamos o GL3.

Para o processo de análise dos dados, foi utilizada a análise temática. Cada entrevista foi analisada a partir de eixos analíticos dedutivamente extraídos dos objetivos da pesquisa (Souza, 2019): “processo de implementação”, “contexto de implementação”, “potencialidades”, “problemas” e “efeitos de subjetivação”. Assim, além de explicações acerca dos instrumentos utilizados e de seus contextos de implementação, buscou-se identificar as potencialidades dos instrumentos, seus aspectos problemáticos e efeitos em termos de envolvimento e implicação dos profissionais, bem como apropriação e interesse pelo trabalho na perspectiva dos gestores.

## O processo de implementação do PMAQ-AB

O PMAQ-AB, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, propõe ações estratégicas que visam a qualificação, o acompanhamento e a avaliação do trabalho das equipes de saúde, com o intuito de mobilizar a gestão e os profissionais da área a melhorar a qualidade dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Programa faz parte de um conjunto de ações que norteiam a Atenção Básica (AB) e surgiu da necessidade da reorientação e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A proposta contempla as equipes que aderirem ao programa um repasse de recursos federais para os municípios, dependendo do desempenho alcançado na melhoria do atendimento.

O PMAQ-AB busca a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, através de um padrão de qualidade que possa ser comparável em todos os níveis. Essa proposta de buscar um padrão de qualidade comparável é muito destacada como característica central das avaliações (DUJARIER, 2015). As avaliações são instrumentos majoritariamente qualitativos e visam transformar qualificações em números, que permitam comparar diferentes sujeitos que trabalham em diferentes contextos.

Segundo o gestor federal (GF), a criação do PMAQ-AB foi uma demanda da então presidente Dilma Rousseff, por uma estratégia voltada para resultados, de modo que a política de saúde fosse planejada em função destes. Tratava-se de utilizar os dados a fim de avaliar e não apenas monitorar, como era a maioria dos programas do Departamento de Monitoramento e Avaliação (DEMAS). Para a construção do

instrumento, houve uma busca por indicadores já validados em pesquisas. As fontes principais foram o Programa de Certificação da Bahia, instrumentos avaliativos de Portugal e do curso de Economia da Universidade Federal de Minas Gerais. Nesse contexto, identificaram-se, primeiramente, “os objetivos, depois [...] o que se queria intervir” (GF), para só então realizar a busca de instrumentos avaliativos que alcançariam os objetivos preconcebidos.

Ainda de acordo com o GF, no processo de idealização do Programa havia premissas desejáveis, como a participação do Conselho Municipal na definição das prioridades do PMAQ-AB, a singularizações no uso do instrumento pelos atores envolvidos no processo de avaliação e que “o controle social [...] pudesse participar da definição de prioridades do PMAQ-AB” (GF), tanto em nível municipal, quanto local, tendo em vista a grande quantidade de indicadores a serem avaliados.

O PMAQ-AB é aplicado em ciclos de dois anos. A avaliação é feita da seguinte maneira: 10% da nota para o instrumento de Autoavaliação, 20% para o desempenho em resultados a partir dos indicadores de saúde firmados no momento que a equipe adere ao Programa e 70% da nota para a Avaliação Externa. São sete áreas que compõem o Programa: saúde da mulher; saúde da criança; controle de diabetes e hipertensão; saúde bucal; produção geral; tuberculose e hanseníase; e saúde mental. Uma das gerentes locais (GL2) considerou a distribuição percentual inapropriada, pois o mais importante seriam os indicadores, que valem apenas 20% da nota total.<sup>2</sup>

Segundo o GF, para que o PMAQ-AB tivesse grande adesão, maior confiabilidade, e para que fosse uma política de impacto que fizesse parte da agenda da gestão municipal era necessário que estivesse “atrelado a mudança do financiamento” (GF).

## O processo de implementação da GCT

A Gestão do Cuidado no Território (GCT) foi fruto das discussões sobre as diversas dificuldades enfrentadas pela Atenção Básica do município. A GCT foi pensada como uma estratégia para apoio à Estratégia de Saúde da Família para permitir melhorias na qualidade do trabalho da AB. No sentido estrito, não se trata exclusivamente de um instrumento de avaliação, mas é uma estratégia de apoio ao trabalho que utiliza indicadores quantitativos de diferentes fontes e agrega percepções qualitativas de base territorial, estabelecendo um diálogo entre os indicadores e percepções locais, que gera confirmações ou retificações. Ao contrário da maior

parte dos instrumentos de avaliação, não possui uma base estritamente quantitativa, mas parte de uma avaliação qualitativa e possui um foco territorial e local.

Como colocado por um dos gestores municipais entrevistados (GM2), ela vai além de uma tentativa de implementar um novo ciclo de qualificação, pois é uma estratégia para promover uma cultura institucional voltada para atender as necessidades de cada território. Com isso, visa instrumentalizar os profissionais envolvidos, orientando-se “pelos princípios da gestão compartilhada, pelo apoio institucional, pelo foco no planejamento das necessidades do território e pela gestão da equidade” (BELO HORIZONTE, 2016, p. 9).

Nesse aspecto, a GCT se apresenta como apoio institucional para localizar problemas mais relevantes à situação de saúde e/ou nos processos de trabalho, e contribuir na realização de planos de ação para seu enfrentamento. Dessa forma, contribui na instrumentalização dos profissionais, potencializa a capacidade de intervenção e possibilita uma maior integração e alinhamento entre os níveis central, distrital e local.

A estratégia GCT parte de três elementos: o conhecimento da forma como cada região tem se organizado para a gestão do cuidado de seu território, a escuta aberta de problemas e dificuldades locais e a complementação dessa escuta com informações sobre a realidade e sobre os processos locais (BELO HORIZONTE, 2016).

GL3, gestor de uma unidade bastante referenciada por outros gestores entrevistados, descreveu o processo de implantação em sua unidade. Houve primeiramente a escuta do gestor local, que tem abertura para compartilhar dificuldades do seu ponto. Na sequência, um grupo composto por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e do Distrito realizou encontros sistemáticos na unidade de saúde, com o conjunto dos trabalhadores. Foram levantados os problemas comuns e selecionadas prioridades, com a participação de todos. Por fim, convocou-se o colegiado gestor, composto por representantes de todas as categorias para auxiliar a escolha final do tema prioritário. Os técnicos acessaram um conjunto de indicadores extraídos de vários bancos de dados, incluindo o do PMAQ-AB, as informações contidas no sistema da unidade, entre outras fontes para auxiliar no enfrentamento dos problemas locais de cada unidade de saúde. Esse tem sido o procedimento padrão em todas as unidades.

GD1 afirma que a avaliação no setor público, em geral, não tem um caráter punitivo, mais frequente no setor privado, favorecendo o surgimento de novos arranjos entre as métricas e as experiências locais.

A GCT tornou-se programa prioritário para o município. No final de 2019, já estava implantada nas nove regionais da cidade e em 136 unidades, o que representa quase 90% dos centros de saúde (BELO HORIZONTE, 2019).

## O PMAQ-AB na perspectiva dos gestores

De modo geral, a proposta do PMAQ-AB foi bem avaliada pelos gestores. Pode-se pensar que as opiniões positivas se justificam, entre outros motivos, porque as avaliações favorecem a gestão dos processos de trabalho. Porém, apesar dos gestores terem elogiado sua proposta, teceram críticas específicas à sua operacionalização, especialmente os gestores locais, mais imersos no cotidiano dos serviços. Os comentários favoráveis diziam respeito principalmente aos objetivos da avaliação, estando mais ligados a um ideal do que à configuração e aos resultados alcançados com a implementação do instrumento.

No que se refere às suas potencialidades, quatro dos oito gestores afirmaram que é um instrumento consistente e consolidado. GL1 afirmou que ele foi importante, pois proporcionou o início do contato das Equipes Saúde da Família com os instrumentos de avaliação. Para GL2, o fato dele incentivar o planejamento estratégico sustentado em metas e de ter havido melhora no preparo da equipe externa de um ciclo para o outro configuram-se como aspectos positivos do instrumento.

Segundo GL3, o PMAQ-AB permitiu às equipes criarem instrumentos de acompanhamento de grupos prioritários e construir um mapa de consultórios. Nas suas palavras, o formato do PMAQ-AB é “extremamente interessante” e o instrumento permitiu às equipes sistematizarem o que elas deveriam acompanhar. Outro aspecto importante foi que proporcionou subsídios para a GCT:

Quando a GCT chegou na nossa unidade a gente já vinha em um movimento de tentar sistematizar o nosso acompanhamento, a nossa forma de trabalhar, muito em decorrência do PMAQ-AB. Então assim, o PMAQ-AB permitiu às equipes, por exemplo, criarem instrumentos de acompanhamento daqueles grupos prioritários.

Ou seja, a experiência na unidade foi positiva, pois GL3 tentou mostrar para a equipe que o PMAQ-AB representa um momento para reflexão da prática e do trabalho desenvolvido. Uma das críticas frequentes ao uso de avaliação com base em indicadores quantitativos é que induz que a tomada de decisões mais em medidas padronizadas, do que no conhecimento e experiência pessoal dos gestores. A esse respeito, Muller (2018) reconhece que há um valor potencial nesses



instrumentos, desde que sejamos capazes de entender seus riscos e calcular seus alcances. A experiência desenvolvida na unidade do GL3 construiu uma arena de diálogo entre os indicadores mensurados e a experiência local, o que avanços na organização dos processos de trabalho.

A perspectiva de GL3 aproxima-se da percepção do GF, segundo o qual o PMAQ-AB dá visibilidade a problemas latentes e fornece dados que contestam experiências empíricas: “porque os dados do PMAQ-AB não raro eles contra-argumentaram a impressão que a gente tinha, a experiência que a gente tinha, até de algumas pesquisas qualitativas que a gente tinha.” GF, um dos formuladores do Programa, foi o mais positivo em sua avaliação. Para ele, o instrumento considera as necessidades dos usuários e incentiva o diálogo e a negociação no âmbito local: “quando o PMAQ-AB incentiva a arena de diálogo e de negociação no âmbito local, ele abre espaço para um tipo de intervenção dos atores sociais que não é uma intervenção de clientes, é uma intervenção de protagonistas.”

Por sua vez, o distanciamento dos trabalhadores do processo de discussão, formulação e adesão ao PMAQ é um elemento que dificulta o entendimento de seus objetivos e, com isso, não contribui para a corresponsabilização e implicação com os resultados obtidos, conforme encontrado no estudo de Bertusso e Rizzotto (2018).

Quanto aos problemas do instrumento, o próprio Ministério da Saúde já havia previsto alguns. Como por exemplo, as dificuldades de implementá-lo devido a precariedade da rede física, alta rotatividade e sobrecarga de trabalho dos profissionais e persistência dos modelos de queixa-conduta, atenção prescritiva e médico-centrada (BRASIL, 2015). Alguns dos problemas previstos pela Portaria-AB foram citados pelos entrevistados. Não apareceram relacionados aos PMAQ-AB, mas a todos os instrumentos de avaliação, já que dizem respeito ao que consideramos, no processo de análise da pesquisa, como “contexto” da unidade e/ou do território:

Muitas vezes, as equipes ficam de uma forma muito sufocada pelo dia a dia, pressão da demanda, aquela questão de equilibrar demanda espontânea, demanda programada. E eles não conseguem mesmo refletir sobre o que do seu trabalho que realmente impacta na melhoria da qualidade de vida, das condições da população que está sob a responsabilidade dele (GD1).

No entanto, a principal crítica dos gestores em relação ao PMAQ-AB não foi referente a nenhum contexto, mas à falta de transparência, nos dois primeiros ciclos, no repasse dos recursos por parte da Secretaria de Saúde. Para os gestores, uma vez

vinculado ao financiamento, o instrumento gera efeitos subjetivos negativos nos trabalhadores, como desconfiança da finalidade do dinheiro (GD1, GL1, GL2); insatisfação (GD1, GL2) e tristeza (GL3). Segundo os entrevistados essa situação precisaria ser resolvida. Por isso, mesmo tendo havido concordância da adesão pelas equipes nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, houve recusa inicial no terceiro ciclo. Isso quase inviabilizou sua realização, pois as equipes, com o apoio do Sindicato, ameaçaram não aderir. O problema só foi resolvido após um longo processo de negociação.

Pesquisa realizada em Grossos-RN apontou que houve ganhos em termos de recursos materiais e infraestrutura decorrentes do financiamento repassado pelo PMAQ-AB (FEITOSA *et al.*, 2016). Assim, tornar mais claro a destinação do uso do financiamento recebido se configura como um elemento importante na efetivação do processo e no envolvimento das equipes.

A aplicação inadequada foi citada por cinco dos oito gestores entrevistados, e pode ter se dado por diferentes motivos: pelo não preenchimento ou preenchimento inadequado por parte dos profissionais, por problemas no Sistema de Informação, pela falta de tempo dos profissionais e pelo despreparo da equipe externa de avaliação. Sobre esse último item, GL2 explicou que a forma de avaliação da equipe foi bem questionada na época, porque vieram pessoas que não eram das áreas afins da saúde “[...] então as perguntas que eram objetivas, muita das vezes, eles não sabiam interpretar nas respostas se a gente fazia ou não” (GL2). Para os entrevistados, esses problemas geraram desconfiança das equipes com relação aos indicadores:

Os dados, muitas vezes, não correspondem ao processo intenso que as equipes têm de trabalho. Eles não refletem isso, né, e isso traz realmente uma... muitas vezes... uma desconfiança, uma falta, até às vezes um comprometimento maior de análise e tal dessas equipes. Porque já vem “ah, é um dado falseado”, né.” (GL1).

Nesse sentido, todos os gestores locais afirmaram que os indicadores não captam adequadamente o trabalho da equipe. Na fala deles, alguns indicadores têm sérios problemas de acompanhamento: “quando vieram os primeiros resultados, as equipes ficaram meio tristes ‘Nossa! Mas, eu faço isso o resultado que apareceu foi esse?!’” (GL3). O GL1 citou, como exemplo, as gestantes que fazem acompanhamento nos serviços privados e que vão à unidade só para abrir o SIS-PRENATAL, o que não é contabilizado pelos indicadores.

Como apontado anteriormente, o PMAQ-AB foi baseado em instrumentos desenvolvidos por outras instituições, mas sem ter havido um diálogo mais amplo com os trabalhadores da Atenção Básica, o que favoreceu a percepção de certa defasagem entre o que era avaliado e o que os trabalhadores elegiam como prioritário no trabalho. Isso foi diretamente enunciado pelo GL1, ao lembrar que o PMAQ-AB veio com uma proposta já pronta.

Outro problema levantado pelos gestores sobre o instrumento foi que o ciclo do PMAQ-AB é muito longo, “dois anos que a equipe vai receber, muitas vezes não é aquele médico que está lá mais, já mudou. O próprio contexto já é outro chega um resultado velho, que já não está tão próxima da leitura daquela realidade” (GD1). Finalmente, houve críticas ao número excessivo de indicadores, o que aumenta o trabalho das equipes no processo de avaliação sem tantos resultados práticos em relação aos resultados (GL1, GD2).

Dujarier reafirma um risco frequentemente apontado na literatura: a “transformação dos meios em fins” (2015, p. 165), gerando efeitos contraproducentes. Disso decorre haver uma multiplicação de relatórios, reuniões e indicadores, gerando mais trabalho, por vezes interpretado pelos envolvidos como carente de sentido. Trabalhar com os indicadores do PMAQ-AB gera um aumento de trabalho para as equipes. Isso precisa ser compensado pelo aumento da percepção, por parte das equipes, de resultados que melhorem os processos e a organização do trabalho, o que nem sempre ocorre.

Em suma, os gestores fizeram críticas pontuais ao instrumento. Os principais problemas são referentes ao repasse dos recursos, aos indicadores, à aplicação e à demora do processo. Esses problemas podem levar, inclusive, a um retrato que não condiz com o cotidiano das unidades. Porém, o PMAQ-AB, quando bem utilizado pela gerência em junção com a equipe, pode representar um momento importante de revisão das práticas. Por ser um instrumento consistente e consolidado tido como uma obrigatoriedade a ser cumprida pelas equipes, já atoladas de tarefas. Torna-se necessária então a incorporação do trabalhador no processo de avaliação, para que os efeitos sejam sentidos por quem está na ponta. Os números precisam fazer sentido para os trabalhadores, porque o instrumento exige muito trabalho deles, conforme argumentou GM2.

Boa parte da literatura em Saúde Coletiva indica que as avaliações têm o potencial de promover a reestruturação do sistema público de saúde. Pesquisadores afirmam

que os resultados das avaliações promovem abordagens mais compreensivas e transparentes para a gestão do trabalho (ABELSON *et al.*, 2018).

Os gestores reconhecem os ganhos obtidos pelas equipes para desenvolvimento de planejamento, o foco no trabalho coletivo, uma melhor compreensão das prioridades do trabalho na Atenção Básica, certo protagonismo em várias equipes na elaboração de instrumentos próprios para acompanhar os casos prioritários, em consonância com a literatura (MESQUITA *et al.*, 2016, FEITOSA *et al.*, 2016). Por outro lado, apontaram problemas institucionais que quase inviabilizaram a continuidade do Programa no município.

O financiamento obtido através do PMAQ-AB não é um fim em si mesmo, mas um meio para consolidar a qualidade do serviço na Atenção Básica. Ou seja, o contexto institucional das práticas avaliativas revela-se como um elemento crucial para a eficácia e consolidação das práticas avaliativas (HOOD, 2012). Nessa direção, para que esse potencial se efetive é necessário que seus instrumentos sejam permanentemente aprimorados, daí a importância das críticas que foram apontadas pelos gestores ao acompanharem os detalhes de sua operacionalização.

## A GCT na perspectiva dos gestores

Diferentemente do PMAQ-AB, a GCT foi significativamente elogiada pelos entrevistados. Importante mencionar que a maioria dos instrumentos de avaliação possuem indicadores universais e costumam ser elaborados pelo Ministério ou Secretaria da Saúde e importados ao território sem que haja um diálogo com a realidade local. Esse aspecto interfere no processo avaliativo, cuja peculiaridade de cada Centro de Saúde, por exemplo, acaba não sendo contemplada. Por isso, o principal elogio à GCT referiu-se ao fato de ser uma estratégia trabalhada horizontalmente: “foi legal quando [...] as referências técnicas chegaram para a gente e falaram assim ‘somos colegas, a gente está aqui para ajudar vocês a resolver o que vocês estão precisando’” (GL3).

Essa horizontalidade se deu também na relação com os trabalhadores: “nas construções dos fluxos eles participaram. Todos, todos os profissionais sem ninguém, até a menina da limpeza entrou na discussão.” (GL3). Portanto, a GCT foi vista como uma ferramenta de apoio que considera as particularidades do distrito, do território, da unidade, da equipe e dos usuários: “a gente vai ajudando o distrito a assumir as suas realidades” (GM2). Uma gestora distrital explicou:

Cada unidade caminhou de uma forma bem diferente, porque na hora que você vai analisar os dados os indicadores são universais, todos estavam abaixo né, tinham um alerta para os indicadores. Mas na hora que você chega na unidade, você faz um diagnóstico delas, você vê, assim, que as necessidades delas são diferentes. (GD1).

Seguindo essa mesma perspectiva, a possibilidade de autonomia foi destacada como potencialidade, na mesma direção apontada por Duffy (2017). Os gestores elogiaram o apoio institucional e a autonomia propiciada às equipes para que elas se autoavaliem, prática coerente aos pressupostos documentais da estratégia: “a GCT se torna às vezes um instrumento de avaliação na medida que você consegue fazer a equipe enxergar o processo dela e de forma que ela vá alcançar o indicador, mudando esse processo.” (GD1); “sempre a gente coloca essa questão da equipe de definir qual é o propósito dela” (GM2). A GCT, portanto, distancia-se de uma avaliação imposta externamente, já que é construída com trabalhador.

Segundo GL3, embora isso seja positivo, é uma posição complicada da gestão assumir, já que cabe ao gestor mostrar para o trabalhador que ele é um ator do processo e levá-los a entenderem que se trata de um ciclo de trabalho permanente: “não pense que não tem momentos que eu tenho que me posicionar falando ‘não gente, não tem jeito, isso vai ser dessa forma’. Isso acontece, mas em geral eu sempre fecho essas decisões com eles comigo, porque aí eu os trago para esse papel de ator, entendeu?”. Conforme ressaltou GF, a avaliação deve partir da reflexão sobre o processo de trabalho e seus efeitos, pois é isso que gera mudança e faz com que o trabalhador não veja a avaliação apenas como ferramenta e a recrie-a de maneira protagonista e criativa.

Quando a GCT chegou à unidade do GL3, as equipes já apresentavam um movimento de tentar sistematizar o acompanhamento e reorganizar os processos de trabalho com base no PMAQ-AB e nas próprias avaliações empíricas. Havia um histórico institucional prévio de melhoria dos processos de trabalho e contato com outros instrumentos de avaliação. Esse conjunto de elementos favoreceu a efetividade da implementação da GCT.

Por meio da GCT, a equipe conseguiu transformar a agenda dos profissionais deixando vagas para o acolhimento, vagas programadas, vagas de pré-natal e de prevenção. Porém, para os médicos, era preciso qualificar melhor as enfermeiras para fazer essa triagem. Diante disso, o clínico da unidade montou uma capacitação para a enfermagem em relação a hipertensão, diabetes e saúde mental. Conseguiram,

assim, priorizar o acesso do agudo e que fosse possível analisar os dados quantitativos. Dessa forma, a gestão conseguiu negociar com os médicos:

Olha, doutor, então vai acabar a partir de hoje aquele movimento do enfermeiro sair de lá e ele vir bater na porta do senhor para te passar o caso, para te pedir para entender. Você tem que ter convicção do que seu colega está fazendo é de qualidade, vocês confiam? Confiamos. Então, hoje o enfermeiro fica dentro da sala de observação, se ele ver a necessidade do paciente ser avaliado, ele simplesmente insere na agenda do médico, o médico vai lá, chama e atende *tá certo?* (GD3)

Ou seja, com essa estratégia, a unidade conseguiu sair do viés individual, organizando o serviço para trabalhar de forma coletiva, respeitando a lógica da unidade. Para além dessa situação, GL3 relatou outros resultados positivos que a GCT levou à unidade. Entre eles, cita-se a padronização dos processos de trabalho a partir dos protocolos da PBH; a contemplação dos profissionais do NASF nos fluxogramas; a auditoria nas áreas dos ACS, com participação da enfermeira; e a tentativa de melhora da escuta para o usuário: “saber ouvir o usuário, sem essa posição de julgador, aprender falar um não para o usuário, falar assim ‘olha, infelizmente eu não consigo te ajudar nisso por isso por isso por isso’, né?!”. Além disso, GL3 contou que na época da entrevista a unidade estava no momento da implantação do sistema de gestão de filas eletrônicas. A unidade foi pioneira no sistema, pois já tinha todo o caminho do usuário definido e funcionando.

Do ponto de vista dos gestores entrevistados, a estratégia gerou efeitos subjetivos positivos nos trabalhadores, como o envolvimento e a implicação dos profissionais, bem como a apropriação e o interesse pelo trabalho: “as equipes se envolveram muito com o trabalho, viram a necessidade mesmo de mudar o processo.” (GD1). GM2 comentou:

Hoje, dos trinta centros de saúde, a maioria manifesta de maneira muito espontânea, muito imediata essa satisfação de ver uma aproximação do nível central do nível distrital da rotina da equipe. Vieram aqui, tão se interessando pela gente, querem discutir com a gente, vieram... não só mandar a gente fazer coisas.

Subjetivamente, considerar as particularidades do território permite à equipe apropriar-se do diagnóstico e responsabilizar-se por ele. Isso favorece a mobilização da equipe a possíveis melhorias, como dos processos e das estruturas:

[...] é tão interessante que, quando você faz a escuta da equipe, primeira coisa que aparece: ‘óh, a gente não tá dando conta da demanda porque tá faltando profissional’. E aí, depois que a gente debruçou na organização, olha a gente funciona dessa forma, eu levo o dado.

Que eu falo: ‘gente, se a gente for analisar o dado pela organização de vocês, sobram oito horas de médico, sobram x horas do enfermeiro’. Então falta organização do processo. (GD1).

GM1 e GL1 destacaram, positivamente, a metodologia de avaliação da GCT, pois são formas de pensar o território não só do ponto de vista quantitativo, mas também do ponto de vista qualitativo: “é muito isso de mesclar aquele painel de indicadores, que seria quantitativo com essa discussão com a equipe mesmo.” (GM1). Seu caráter quantitativo, qualitativo e participativo, favorece o questionamento dos dados, o que amplia as possibilidades de diagnóstico e de intervenção no território. O GL1 frisou a importância de se trabalhar a GCT em conjunto com outros instrumentos.

Se por um lado, os processos de avaliação, utilizando indicadores quantitativos é um valor que pode concorrer para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e de gestão, por outro, é um equívoco supor que essa medida abarca toda a complexidade da atividade laboral. Sem essa ponderação, principalmente por parte dos gestores, corremos o risco de enfraquecer a autonomia e a inovação no nível local (FERREIRA NETO, 2017).

Foram apontadas algumas limitações da GCT. GD1 criticou a negligência ao instrumento e sua usabilidade ineficaz, no histórico anterior da unidade, que ela havia assumido recentemente, “mas aí partiu também do desejo, do gerente em participar e do desejo da equipe. Nós barramos muito nosso processo por isso, não tinha um desejo explícito do gerente, nem da equipe.”

A falta de tempo dos profissionais é outro fator que compromete sua efetivação. Conforme explicou uma gestora: “um dos problemas desses procedimentos é a falta de tempo dos profissionais, assoberbados com o cotidiano do trabalho.” (GD2). Essa colocação que denuncia o fato de o profissional da Atenção Básica ter que se desdobrar para atender a todos, dificultando-lhe refletir a própria prática.

Conclui-se que a GCT é um importante instrumento de avaliação e de apoio institucional, vistos seus benefícios e impactos positivos, porém, é dependente de elementos externos que comprometem sua concretização. Há um componente local, da unidade de saúde, que pode ser determinante para efetivar mudanças. A unidade do GL3 já vinha se apropriando dos indicadores do PMAQ-AB e realizando mudanças nos processos de trabalho desde antes da chegada da GCT. Em outras unidades os ganhos obtidos com a GCT foram menores.

Aos poucos, gestores e trabalhadores foram se dando conta que, mesmo trabalhando com indicadores nacionais, a interpretação dos dados encontrava diferentes

interpretações em diferentes unidades, realçando o viés territorial no trabalho em saúde na Atenção Básica. Conforme preconiza Duffy (2017), a avaliação não deve se reduzir a um gerencialismo uniformizador, mas fortalecer a reflexão sobre o presente, permitindo condições favoráveis para melhorias. A própria resistência local em aderir à estratégia pode estar relacionada ao tempo escasso dos profissionais, o que ocorreu em várias unidades, já que a GCT demanda pausa para a reflexão, um investimento incoerente à dinâmica de trabalho desgastante na AB. Assim, apenas a existência do instrumento não implica transformações, mas também recursos possíveis para sua implementação e competência para seu bom funcionamento.

## Considerações finais

Neste estudo, buscou-se conhecer a perspectiva dos gestores sobre as práticas de avaliação e entender os benefícios, as limitações e os efeitos de dois instrumentos: o PMAQ-AB e a GCT. Como os processos de avaliação são um dos instrumentos de gestão, os entrevistados tenderam a realçar os aspectos mais positivos de seu uso. As ponderações críticas foram maiores entre os gestores locais, mais próximos ao cotidiano de trabalho.

Os dois instrumentos analisados possuem naturezas distintas. Enquanto o PMAQ-AB trabalha com indicadores quantitativos que permitem comparar realidades diferentes, a GCT, tem uma base territorial e um processo de construção enraizado no diálogo e envolvimento coletivo, mesmo que isso também possa acontecer no uso do primeiro instrumento. Seus procedimentos mais dialógicos com a realidade local, fez com que as críticas dos gestores locais fossem mais direcionadas ao PMAQ-AB. As críticas, no entanto, podem ser vistas como dificuldades que não são percebidas no momento de sua formulação, emergindo apenas no momento da implementação. Elas devem ser tomadas como sugestões que podem concorrer para o aperfeiçoamento do instrumento.

A perspectiva do GF acentuando a autonomia dos municípios e dos serviços no uso dos dados desse instrumento, reflete a posição daquele período. O protagonismo da secretaria municipal de saúde em criar outros instrumentos de avaliação, corrobora com esse ideário.

Os efeitos dos instrumentos, em termos de envolvimento, implicação, apropriação e interesse pelo trabalho, parecem depender do histórico institucional e de cada unidade local na busca de mudanças, bem como na forma como os níveis de gestão



apoiam e se comprometem com a avaliação e com a busca de melhorias. Nesse aspecto o GCT, que faz uso de um conjunto de dados que incluem os do PMAQ-AB, a partir de um diálogo local, tem se revelado mais exitoso no aumento da compreensão das equipes do que é importante no trabalho na APS e na promoção de engajamento. Assim, ele atende à intenção inicial do MS de estimular o protagonismo municipal.

Foram reforçadas potencialidades de ambos os instrumentos, principalmente da GCT, ainda que se reconheça a interferência das realidades locais na efetividade da avaliação. Um achado importante do estudo é que o grau de sucesso, em especial da GCT, tem relação direta com o nível de engajamento e participação dos atores locais.

Ainda que o Ministério da Saúde tenha se movimentado na perspectiva de implementar ações que visassem à institucionalização da avaliação, tomando-a como diretriz (FERREIRA NETO, 2017) os resultados informam, de maneira geral, que a cultura de avaliação é vista como incipiente. Um desafio do trabalho na APS em tempos de sobrecarga é favorecer espaços de reflexão e melhoria do planejamento dos processos de trabalho em nível municipal e local.

Em síntese, pode-se afirmar, como nos aponta Hood (2012), que os processos de avaliação não são uma panaceia. Sua efetividade depende dos objetivos pretendidos e associados às suas condições. Enfim, o que o valor dos processos de avaliação está diretamente relacionado com a capacidade dos atores envolvidos entenderem seus riscos e examinarem seus alcances.<sup>3</sup>

## Agradecimentos

Agradecemos a participação das alunas de iniciação científica Cibele Pimenta Cardoso e Lorena Gonçalves Cardoso, na primeira etapa de análise dos dados da pesquisa e na análise inicial dos dados.

## Referências

ABELSON, J. *et al.* Evaluating Patient, Family and Public Engagement in Health Services Improvement and System Redesign. *Health Quarterly*, n. 21, p. 61-67, 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Acontece Saúde: edição 82. Belo Horizonte: 11 de dez. 2019. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/ACONTECE%20SAUDE/acontece-saude-82.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. Gestão do Cuidado no Território: 2016. Belo Horizonte: 2016. Disponível em: <[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao\\_cuidado\\_territorio.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BERTUSSO, F.R., RIZZOTTO, M.L.F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde Debate*, v. 42, n. 117, p. 408-419, abr-jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): 2015. Secretaria de Atenção Primária à Saúde: 2015. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/ape/PMAQ-AB>>. Acesso em: 16 out. 2018.

BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.) *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

DUFFY, D. *Evaluation and Governing in the 21st Century: Disciplinary measures, transformative possibilities*. Palgrave Macmillan: Londres, 2017.

DUJARIER, M. A. A automatização do julgamento emitido sobre o trabalho: medir não é avaliar. In: BALANDIER, G. (Org.). *O que avaliar quer dizer?* São Paulo: Fasp-Unifesp, 2015.

FEITOSA, R. M. *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*. v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016.

FERREIRA NETO, J. L. Cultura de avaliação e efeitos de subjetivação na saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 22, n. 4, p. 539-549, 2017.

FLÔRES, G. M. S. *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, v. 42, n. 116, p. 237-247, jan-mar. 2018.

FURTADO, J.; VIEIRA-DA-SILVA, L. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.

HARTZ, Z. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n.2, p. 229-260, 1999.

HOOD, C. Public Management by Numbers as a Performance-Enhancing Drug: Two Hypotheses. *Public Administration Review*. v. 72, n. 1, p. 585-592, 2012.

MARTUCCELLI, D. Crítica da Filosofia da Avaliação. In: BALANDIER, G. (org.) *O que avaliar quer dizer?* São Paulo: Fasp-Unifesp, 2015. p. 37-63.

MENNICKEN, A.; MILLER, P. Accounting, territorialization and Power. *Foucault Studies*. n. 13, p. 4-24, 2012.

MESQUITA, L. M. *et al.* Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. *Revista brasileira de educação médica*, v. 44, n. 1, 2020.

MULLER, J. *The tyranny of metrics*. New Jersey: Princeton University Press, 2018.

PAIVA, M. B. *et al.* Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 925-950, 2015.

PINTO, H. A. *Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SOUZA, L. Pesquisa com análise temática de dados: conhecendo a análise temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

## Notas

<sup>1</sup> Financiamento da pesquisa: CNPq Universal processo 426220/2016-1. FAPEMIG Universal processo CHE-APQ-01446-17.

<sup>2</sup> O município fez uma adesão tardia ao terceiro ciclo do PMAQ-AB devido à falta de transparência no uso do repasse recebido do Ministério. Isso só foi resolvido ao final de 2017. Portanto, os entrevistados falaram apenas dos dois primeiros ciclos. O terceiro trouxe uma modificação aumentando para 30% o percentual dos indicadores.

<sup>3</sup> J. L. Ferreira Neto e B. M. Fam: concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. K. L. Silva: análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada

## *Abstract*

### *Evaluation practices in Primary Health Care management*

In this study, we investigate the effects of assessment practices in Primary Health Care in the city of Belo Horizonte, from the perspective of managers at different levels. It is a qualitative, descriptive research. The focus of this article was the analysis of the use of two assessment instruments, the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) and the Management of Care in the Territory (GCT), with municipal coverage. The analyzes indicated a tendency of the interviewees to emphasize more the positive aspects of the studied assessment instruments, as they primarily serve the management processes. Furthermore, they showed the differences between the two instruments, both in nature and in effects. The PMAQ-AB received specific criticisms of problems identified in its operation. In turn, the degree of success of the GCT depends on the level of engagement and participation of local actors.

► **Keywords:** Health services administration. Process assessment. Primary health care.

