

Informe técnico institucional

O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica

Hêider Aurélio Pinto¹

A Portaria 1.654 do Ministério da Saúde publicada em 19 de julho de 2011¹ criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação de padrões de acesso e de qualidade nas equipes de atenção básica. Esta medida apontou para o início de mudanças importantes e persistentes em diversas dimensões do processo de trabalho das equipes. Tais mudanças deverão ser demandadas tanto pela própria equipe, quanto por gestores e usuários, resultando num rico espaço de diálogo-negociação-gestão dos três atores implicados.

A amplitude dos objetivos do PMAQ pode ser percebida ao ler suas diretrizes expostas na Portaria 1.654:

“I – construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II – estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os

1 Diretor do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção a Saúde/Ministério da Saúde.

resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

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

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

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

VI – estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

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

Como dito acima, um primeiro ineditismo

do PMAQ, decisivo para compreender seu potencial de indução de mudanças concretas no processo de trabalho das equipes, se relaciona à criação do componente de qualidade do piso de atenção básica variável. Responsável por um orçamento de quase 800 milhões de reais em 2012 e prováveis 1,5 bilhões em 2013, este recurso pode até dobrar o incentivo mensal repassado pelo Ministério da Saúde a uma equipe de saúde da família.

Neste caso a indução financeira não estimula apenas as gestões municipais, que podem ampliar significativamente o recurso recebido pelos seus fundos de saúde, mas também as equipes na medida em que o próprio PMAQ estimula a adoção de lógicas de premiação e remuneração baseada em resultados e desempenho. Vale dizer, portanto, que parte deste aporte maior de recursos se transformará necessariamente em ganhos reais de remuneração para as equipes vinculado a mudanças no processo de trabalho, e que será necessário um importante momento de negociação entre gestores e trabalhadores sobre as condições e regras deste processo.

Outro elemento com forte poder de mobilização dos trabalhadores são dimensões do PMAQ relacionadas à garantia de melhores condições de trabalho e a padrões que no programa são chamados de “valorização do trabalhador”. Diversos padrões de qualidade apontam para uma adequada ambiência das unidades básicas de saúde (UBS), para a garantia de infra-estrutura, instalações, equipamentos e insumos necessários ao processo de trabalho das equipes. São, portanto, elementos integrantes da avaliação do programa que são de governabilidade da gestão municipal e que interessam às equipes

por impactarem fortemente nas condições e qualidade de desenvolvimento de seu trabalho.

2

A dimensão chamada de “valorização do trabalhador” reúne padrões relacionados à qualidade do vínculo e das relações de trabalho e também do investimento feito no desenvolvimento profissional. Assim, pela primeira vez uma política que amplia o repasse de recursos mira na garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, na maior estabilidade do vínculo, na existência de carreira e na lógica de remuneração dos trabalhadores da equipe. Aqui percebemos não só a mudança do discurso do Ministério da Saúde, que ficou muito clara desde a elaboração das diretrizes de carreira do SUS, mas o início de um reconhecimento e premiação das gestões que se esforçaram e alcançaram resultados nesta direção.

Ainda nesta dimensão é valorizada também a formação específica do trabalhador para atuar na atenção básica, o investimento combinado, dele e da gestão, em sua formação e desenvolvimento profissional. É objeto do programa as estratégias de educação permanente utilizadas ao mesmo tempo para contribuir com o desenvolvimento do trabalhador e qualificar o processo de trabalho.

É claro que ambos os elementos interessam aos trabalhadores das equipes tanto quanto aos gestores, de modo que negociar e pactuar objetivos e passos nesta direção sejam um movimento previsível das equipes e gestões municipais que aderiram voluntariamente ao PMAQ. Este processo de negociação, por si só já é um fator de democratização das relações de trabalho ao colocar na roda de pactuação

equipes e gestores e, dentro da equipe, todos os trabalhadores na medida em que os padrões se referem a todos os membros de maneira indistinta e não só aos componentes desta equipe mais bem situados no mundo do trabalho.

Contudo, a parte decididamente mais importante do PMAQ se refere ao processo de trabalho das equipes com foco na garantia do acesso da população e na qualidade da atenção com destaque especial para algumas linhas de cuidado tidas como prioritárias. Ao focar numa dimensão micro e meso do processo de trabalho temos destacada mais uma ousadia do PMAQ: buscar estimular desde uma política nacional a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo de trabalho cotidiano. Assim, a política nacional estimula, por exemplo, a implantação do acolhimento, a constituição de um agenda de trabalho compartilhada por todos os membros da equipe, o desenvolvimento de ferramentas de gestão do cuidado, uma dinâmica cotidiana de planejamento e avaliação entre outros dispositivos de qualificação do processo de trabalho.

Ao avaliar também os resultados concretos que este processo de trabalho logra no acesso e na qualidade a grupos específicos como as mulheres, crianças, gestantes, pessoas com condições crônicas, pessoas com transtornos mentais etc. mostra preocupação não só com o processo mas com resultados mais imediatos da atenção à saúde.

As equipes e gestões municipais, com a tarefa de imprimir mudanças na realidade concreta, que será avaliada por uma equipe de avaliadores externos ligados às universidades,

deverá construir pactos e ações, disparar movimentos que articulem avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento de resultados. Uma excelente oportunidade de superar modos de ação que fragmentados perdem grande parte de sua potência.

Para estimular esta ação integrada e integradora, o próprio PMAQ estimula uma atuação da gestão municipal mais próxima da equipe de atenção básica. Valorizando estratégias de apoio institucional, de planejamento e avaliação conjunta, provoca a gestão a sentar junto com as equipes, identificando e compartilhando problemas e soluções, planejando juntos modos de superar os desafios definidos como prioritários. Este, por exemplo, é o principal objetivo da Auto-Avaliação proposta na 2ª fase do PMAQ. Realizada pela equipe com a participação ativa de referências da gestão municipal, tem o objetivo de provocar este modo de ação compartilhado que assume responsabilidades pela mudança da situação nominada como problema.

Por fim, há ainda uma dimensão do PMAQ que provoca e valoriza a participação da comunidade, caminhando de uma polo que só faz reconhecer os espaços formais de exercício do controle social, passando pela implantação de dispositivos que empoderam o usuário no cotidiano os serviços, chegando até a sugestão de um tipo de envolvimento da comunidade que cobre a melhoria da qualidade se dispondo a fazer parte da construção do movimento necessário para que ela se realize.

Contudo, ter uma ampla gama de objetivos e

estratégias que pretendem provocar movimento em gestores, trabalhadores e usuários em direção a resultados que interessam aos três atores não é o suficiente para que isto aconteça. O PMAQ pode ser capturado por uma lógica absolutamente burocrática, formal e subordinada aos poderes já instituídos nas diversas relações. Contudo, ao provocar estes atores, ao questionar o instituído, ao provocar a dinâmica e resultados produzidos por estas relações, ele abre espaço para um fazer instituinte que é condição necessária para a mudança e para os resultados desta em termos de maior participação dos usuários, melhores condições de trabalho e maior investimento no desenvolvimento dos trabalhadores e melhoria efetiva do acesso e da qualidade da atenção aos cidadãos.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Portaria N° 1.654, de 19 de Julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde).