



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA**

**MAURÍCIO RAMOS PEREIRA**

**Análise dos processos de Melhoria Contínua da Qualidade pela perspectiva dos profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro**

**Rio de Janeiro**

**Mai de 2020**

**MAURÍCIO RAMOS PEREIRA**

**Análise dos processos de Melhoria Contínua da Qualidade pela perspectiva dos profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária Saúde, do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção de grau de Mestre. Evidência clínica, modelos técnico assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde.

**Orientadora:**

**Dra. Ana Laura Brandão**

**Coorientador:**

**Ms. Leonardo Graever**

Pereira, Maurício Ramos.

Análise dos processos de melhoria contínua da qualidade pela perspectiva dos profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro. / Maurício Ramos Pereira. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2020.

85 f.: il.; 30 cm.

Orientadores: Ana Laura Brandão Motta e Leonardo Graever.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2020.

Referências: f. 70 -77.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Gestão da Qualidade Total. 3. Avaliação em Saúde. 4. Pessoal de Saúde. 5. Planejamento em Saúde – Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Motta, Ana Laura Brandão. II. Graever, Leonardo. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela equipe do Setor de Referência da Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

**MAURÍCIO RAMOS PEREIRA**

**Análise dos processos de Melhoria Contínua da Qualidade pela perspectiva dos profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária Saúde, do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção de grau de Mestre. Evidência clínica, modelos técnico assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde.

Rio de Janeiro, Maio de 2020

**Banca Examinadora**

---

**Prof.a Dr.a Ana Laura Brandão Motta** Escola Nacional de  
Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/ Fiocruz  
**Orientador(a)**

---

**Prof. Ms.Leonardo Graever** Secretaria Municipal de  
Saúde do Rio de Janeiro  
**Co Orientador(a)**

---

**Prof.a Dr.a Karla Santa Cruz Coelho** Universidade Federal  
do Rio de Janeiro  
**Banca Interna**

---

**Prof.a Dr.a Angela Casanova** Escola Nacional de Saúde  
Pública Sérgio Arouca – ENSP/ Fiocruz  
**Banca Externa**



**“Mais autonomia vem sempre  
acompanhada  
de mais responsabilidade”**

Persio Cordeiro

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço especialmente a Deus, por ter me dado força e saúde para ter chegado até aqui e poder realizar esse sonho.

À minha esposa, companheira, parceira e amiga Fê, por ter caminhado comigo ao longo desses dois anos ao compartilhar momentos de estudo, compreender as necessidades ao longo do caminho e me dar o seu amor em todos os momentos.

À minha família, meus pais Sandra e Pereira e ao Marcello, meu irmão e meu maior ídolo, por terem me proporcionado todas as condições para eu chegar até aqui.

Aos meus orientadores, Cadu e Leo, por terem conduzido com sabedoria esta pesquisa desde quando ela era somente uma ideia.

À minha orientadora Ana Laura Brandão, por ter me acolhido ao aceitar esse desafio e ter feito isso de forma tão competente e estimulante.

Aos gerentes e demais colegas que me inspiraram ao longo do caminho, em especial Analaura e Jander, que me ensinaram que autonomia e responsabilidade são duas virtudes que precisam andar juntas.

Às minhas unidades de coração, CF Rodrigo Roig e CF Wilma Costa por terem me ensinado tanto ao longo desses anos todos e que me fazem acreditar numa APS cada vez mais forte.

## RESUMO

Entre os anos de 2009 e 2016, houve um grande incentivo à avaliação da qualidade e do desempenho das equipes de Saúde da Família (EqSF) no município do Rio de Janeiro (MRJ), como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Seminário de *Accountability*, iniciativa adotada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Esta última era um momento em que as EqSFs se mobilizavam para calcular e avaliar seus resultados a partir de uma matriz de indicadores previamente definidos pela SMS – RJ e apresentavam para avaliadores externos. Esse formato, porém, gerava um sentimento de cumprimento de tarefa em mim e em meus colegas. A Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) adaptada à saúde pode ser conceituada como um compromisso de melhorar continuamente a qualidade cuidados, centrando-se nas preferências e necessidades das pessoas que usam serviços. Desta forma, torna-se uma importante aliada na promoção da gestão autônoma do processo de trabalho pelas Unidades de Atenção Primária (UAPs) e EqSF. Esta pesquisa tem como intenção analisar a experiência das equipes de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em utilizar a Melhoria Contínua da Qualidade no seu processo de trabalho e, assim, poder contribuir para a qualificação da APS por meio da avaliação e planejamento em saúde. A SMS-RJ elaborou, portanto, os Seminários de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde em 2018. Todavia, o cenário desfavorável da Atenção Primária à Saúde (APS) no MRJ, com atrasos de salário recorrentes e frequentes greves dos profissionais de saúde, fez com que os Seminários fossem interrompidos. Por meio de entrevistas semi-estruturadas, este estudo analisou como gestores e profissionais das EqSF avaliavam e estruturavam seus processos de trabalho, quais as potencialidades e dificuldades. Foi entrevistado um grupo qualificado e experiente em seus cargos que auxiliou a evidenciar a importância da institucionalização da Melhoria Contínua da Qualidade e Avaliação em saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Melhoria Contínua da Qualidade; Avaliação em Saúde; Planejamento em saúde.

## **ABSTRACT**

Between 2009 and 2016, there was a great incentive to evaluate the quality and performance of Family Health teams (FHT) in the city of Rio de Janeiro (CRJ), such as the National Program for Improving Access and Quality of Health. Primary Care (PMAQ) and the Accountability initiative adopted by the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro (MHS-RJ). This last was a time when FHTs were mobilized to calculate and evaluate their results from a matrix of indicators previously defined by MHS-RJ and presented to external evaluators. Continuous Quality Improvement (CQI) adapted to health can be conceptualized as a commitment to continuously improve quality of care, focusing on the preferences and needs of people who use services. In this way, it becomes an important ally in the promotion of autonomous management of the work process by Primary Care Units (PCUs) and FHTs. This research aims to analyze the experience of Primary Health Care teams in the city of Rio de Janeiro in using CQI in their work process and, thus, being able to contribute to PHC qualification through assessment and planning in health. Therefore, SMS-RJ prepared the Evaluation Seminars and Quality Improvement Plans in Primary Health Care in 2018. However, the unfavorable scenario of Primary Health Care (PHC) at MRJ, with recurrent salary delays and frequent strikes of health professionals, caused the Seminars to be interrupted. Through semi-structured interviews, this study analyzed how EqSF managers and professionals evaluated and structured their work processes, what are the potentials and difficulties. A qualified and experienced group in their positions was interviewed who helped to highlight the importance of institutionalizing Continuous Quality Improvement and Health Assessment. A qualified and experienced group in their positions was interviewed who helped to highlight the importance of institutionalizing Continuous Quality Improvement and Health Assessment.

**Keywords:** Primary Health Care; Quality Improvement; Health Evaluation; Health Planning.



## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1-</b> Ciclo da Melhoria da Qualidade.....                         | 29 |
| <b>Figura 2-</b> Diagrama de Causa e efeito.....                             | 32 |
| <b>Figura 3-</b> Exemplo de Diagrama de Driver (ou Diagrama de Forças) ..... | 33 |
| <b>Figura 4-</b> O círculo PDCA da qualidade .....                           | 34 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1-</b> Descrição dos eixos da reforma dos cuidados primários da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e exemplo de ações adotadas nos anos de 2010 a 2012. .... | 15 |
| <b>Quadro 2 -</b> Dimensões da qualidade do cuidado .....   | 19 |
| <b>Quadro 3-</b> Distribuição segundo faixa etária dos entrevistados.....   | 55 |
| <b>Quadro 4 -</b> Distribuição segundo categoria profissional dos entrevistados.....  | 56 |
| <b>Quadro 5 -</b> Distribuição segundo tempo de formação e função dos entrevistados.....  | 56 |
| <b>Quadro 6 -</b> Distribuição segundo a função dos entrevistados.....  | 57 |

## LISTA DE SIGLAS

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>AMAQ</b><br>Básica | Autoavaliação para Melhoria do Acesso de da Qualidade da Atenção  |
| <b>AP</b>             | Área de Planejamento  |
| <b>APS</b>            | Atenção Primária à Saúde  |
| <b>CAP</b>            | Coordenadoria Geral de Atenção Primária das Áreas de Planejamento |
| <b>CEP</b>            | Comitê de Ética e Pesquisa  |
| <b>CF</b>             | Clínica da Família  |
| <b>CFC</b>            | Cartão Família Carioca  |
| <b>CMS</b>            | Centro Municipal de Saúde   |
| <b>EM</b>             | Estados-membros   |
| <b>ESF</b>            | Estratégia de Saúde da Família                                    |
| <b>EqSF</b>           | Equipe de Saúde da Família  |
| <b>HCQI</b>           | Indicadores de Qualidade dos Cuidados em Saúde                    |
| <b>HIV</b>            | Vírus da Imunodeficiência Humana                                  |
| <b>IOM</b>            | <i>Institute of Medicine</i>                                      |
| <b>MCQ</b>            | Melhoria Contínua da Qualidade                                    |
| <b>MRJ</b>            | Município do Rio de Janeiro                                       |
| <b>MS</b>             | Ministério da Saúde   |
| <b>NASF</b>           | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                                |
| <b>OCDE</b>           | Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico           |
| <b>OSS</b>            | Organização Social em Saúde                                       |
| <b>PBF</b>            | Programa Bolsa Família  |
| <b>PICS</b>           | Práticas Integrativas e Complementares em Saúde                   |
| <b>PMAQ</b><br>Básica | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção |
| <b>PSE</b>            | Programa Saúde da Escola  |
| <b>RA</b>             | Região Administrativa   |
| <b>RT</b>             | Responsável Técnico   |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>SAP</b>                  | Superintendência de Atenção Primária                              |
| <b>SISREG</b>               | Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro                             |
| <b>SUBPAV</b><br>Vigilância | Subsecretaria de Promoção de Saúde da Atenção Primária e em Saúde |
| <b>SUS</b>                  | Sistema Único de Saúde  |
| <b>TCLE</b>                 | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                        |
| <b>UAP</b>                  | Unidade de Atenção Primária                                       |
| <b>UBS</b>                  | Unidade Básica de Saúde   |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>   | <b>14</b> |
| <b>2. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>   | <b>26</b> |
| <b>3.1 Instrumentos Da Melhoria Contínua Da Qualidade.....</b>  | <b>26</b> |
| <b>3.2 Programa De Melhoria Contínua Da Qualidade Na Atenção Primária No Município Do Rio De Janeiro.....</b> | <b>28</b> |
| <b>4. OBJETIVOS.....</b>  | <b>45</b> |
| <b>4.1 Geral.....</b>   | <b>45</b> |
| <b>4.2 Específicos.....</b>   | <b>45</b> |
| <b>5. METODOLOGIA.....</b>  | <b>46</b> |
| <b>5.1 Abordagem Metodológica.....</b>  | <b>46</b> |
| <b>5.2 Etapas Da Pesquisa.....</b>  | <b>49</b> |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>   | <b>55</b> |
| <b>6.1 Caracterização Dos Sujeitos Da Pesquisa.....</b>   | <b>55</b> |
| <b>6.2 Análise De Discurso.....</b>   | <b>57</b> |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>65</b> |
| <b>8. RECOMENDAÇÕES.....</b>  | <b>68</b> |
| <b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>70</b> |
| <b>Apêndice A TCLE.....</b>   | <b>78</b> |
| <b>Apêndice B CARTA CONVITE.....</b>  | <b>81</b> |
| <b>Apêndice C ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA.....</b>   | <b>83</b> |

## 1. APRESENTAÇÃO

Entre os anos de 2009 e 2016, houve um grande incentivo à avaliação da qualidade e do desempenho das equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Nota-se que as iniciativas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) foram direcionadas à implantação de instrumentos de avaliação externa, com propostas encaminhadas a partir da Gestão Central.

Com a expansão da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro (MRJ), ocorrida a partir de 2010, novas equipes e novas unidades somaram-se à rede básica, mudando o panorama da saúde da cidade (RIO DE JANEIRO, 2018). O MRJ adotou medidas que geraram destaque nacional, como a ampliação de acesso e atrativos para profissionais de outros estados (MELO ET AL, 2019). Entre as suas diretrizes, destacam-se a governança clínica e a qualidade do cuidado. As várias iniciativas decorrentes dessa política de avaliação e melhoria utilizadas ao longo dos anos, guardam coerência com as prioridades definidas a nível nacional para a APS.

O Ministério da Saúde (MS) financiou e estimulou ações programadas que buscaram implementar processos de melhoria da qualidade na APS por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2010). Proposto pelo MS, este programa configurou-se como uma estratégia para atingir mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ampliando o acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na APS (FAUSTO ET AL, 2014). No Rio de Janeiro, medidas adicionais reforçaram ainda mais as ações, visando a qualidade da gestão e da assistência. Os eixos I, II, III da reforma dos cuidados primários da SMS-RJ, lançados nos anos de 2010, 2011 e 2012, como consta no quadro I, representaram esta complementaridade no compromisso com a implantação de um sistema de avaliação e melhoria da qualidade (SORANZ ET AL, 2016).

**Quadro 1: Descrição dos eixos da reforma dos cuidados primários da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e exemplo de ações adotadas nos anos de 2010 a 2012.**

| 2010: EIXO I – Ampliação do acesso (1ª fase)                         | Exemplos de ações  |
|--|--|
| • Liderança e autonomia de gestão                                    | • Seleção de líderes para gestão local das APs, implementação de turmas no Curso de Especialização em Saúde Pública.   |
| • Melhoria da acessibilidade   | • Inauguração e implantação de 17 novas unidades no novo modelo de Clínicas da Família.  |
| • Avaliação e monitoramento  | • Maior periodicidade na atualização dos Sistemas de Informação em Saúde, início da emissão dos primeiros relatórios gerenciais dos prontuários eletrônicos em saúde.  |
| • Gestão das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICs) | • Implantação dos prontuários eletrônicos em saúde nas primeiras unidades da APS.  |
| 2011: EIXO II – Governança clínica e gestão do conhecimento          | Exemplos de ações  |
| • Gestão da clínica  | • Criação de protocolos clínicos baseados em evidências e de acordo com a realidade do SUS carioca, informatização da lista de medicamentos (REMUME).  |
| • Gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais            | • Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, do Curso de Especialização em Saúde Pública, do PROFORMAR-RIO, do Curso Técnico de Agentes Comunitários, das Oficinas de Atenção Farmacêutica na APS e consolidação da Rede de Estações OTICS-RIO. |
| • Inovação e simplificação na prestação dos cuidados                 | • Padronização dos procedimentos e ações de saúde para todas as unidades: carteira de serviços da atenção primária à saúde.  |
| 2012: EIXO III – Sustentabilidade e desenvolvimento                  | Exemplos de ações  |
| • Acreditação de Serviços  | • Certificado do Reconhecimento do Cuidado com Qualidade (CRCQ).   |
| • Viabilidade financeira da Atenção Primária                         | • Estimativa de custeio/mensal de cada Equipe de Saúde da Família.   |
| • Comunicação com os cidadãos e os profissionais                     | • Portal da SUBPAV (internet) e ferramenta “Onde ser atendido?” (que vinculava o endereço de cada pessoa a uma unidade de APS de referência).  |

Fonte: Daniel Soranz et al, 2016.

Três ciclos do PMAQ-AB foram aplicados, respectivamente nos anos de 2011, 2013 e 2015, sendo cada um deles cumpridos em quatro etapas. O primeiro momento

consiste na adesão ao programa por meio de contratualização de compromissos e indicadores em saúde entre as equipes de APS gestores municipais e Ministério da Saúde. Já na segunda fase, a produção de mudanças locais através da autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Na terceira fase, os avaliadores externos visitam as unidades para avaliar o processo de trabalho e verificam as melhorias nas condições de acesso e de qualidade conquistadas. E, por último, há a recontratualização, para o estabelecimento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a concretização de um processo constante de avaliação e reavaliação (BRASIL, 2017).

As variáveis adotadas geram resultados que refletem aspectos relacionados à estrutura e processos, possibilitando uma avaliação que tem como objetivo auxiliar na construção de parâmetros que possam situar cada unidade, equipe e município quanto ao seu patamar de qualidade em relação aos demais. Prescinde, no entanto, de uma proposta de monitoramento da programação e execução de ações sugeridas por meio de uma matriz de intervenção. Essa tarefa está, na estrutura do programa, atribuída ao gestor local. Na prática, é comum que haja dificuldades dos municípios em executar, apoiar e monitorar tais ações (RIO DE JANEIRO, 2018). O PMAQ é uma ferramenta muito importante para que as equipes da APS tenham norteamento para o planejamento do seu processo de trabalho. Contudo as tarefas delegadas eram pelo MS em diálogo, no máximo, com a SMS-RJ e com as gestões regionais, dessa forma, não havia motivação interna da equipe gestora local para qualificação do seu próprio processo de trabalho compreendendo como mais uma série de tarefas a serem cumpridas.

A segunda fase tem como ponto de partida a autoavaliação. Na tentativa de alçar a equipe à realização de autorreflexão sobre seu trabalho, para tal o MS conta com a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Dessa forma, as equipes dão notas para os itens previamente selecionados pelo PMAQ e apresentam uma matriz de intervenção como proposta de melhoria para atingir os resultados desejados (BRASIL, 2017). O princípio que norteia a autoavaliação é o de que não há necessidade de ser vista como um julgamento, mas como uma oportunidade

para mudanças (CAMPOS, 2005). Depois, seguem-se os processos de monitoramento, a educação permanente e o apoio institucional.

A prática da autoavaliação é, muitas vezes, interpretada como um cumprimento de mais uma tarefa, e as equipes, em sua maioria, não institucionalizam os produtos desse processo ao seu cotidiano. Assim, não se atinge o objetivo de realizar uma análise crítica e reflexiva sobre o seu próprio desempenho visando uma proposta de mudança das práticas. Isto, quando acontece, é mais uma exceção do que a regra, torna-se algo pontual.

Em oito anos de experiência como médico da APS no MRJ, pude vivenciar os dois últimos ciclos do PMAQ-AB. Meu interesse pelo tema vem da vivência de exercer a Responsabilidade Técnica por quatro anos, em três Unidades de Atenção Primária diferentes, e a proximidade pela gestão e planejamento de saúde. Além disso, tive a oportunidade de ser preceptor de diversos programas de ensino como Programa de Residência em Medicina de Família e Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família, além dos programas de internato.

Nos ciclos do PMAQ-AB por mim vividos, o sentimento era de cumprimento de tarefa, uma vez que seríamos avaliados por pessoas que sequer conhecíamos, e havia pouco ou nenhum diálogo. Nas duas oportunidades, minha equipe recebeu o conceito “muito acima da média”. O que parecia ser um serviço de excelência, não refletia a autonomia da minha equipe como protagonista do processo de trabalho. O resultado era enviado, por e-mail, alguns meses depois, em uma planilha com a nota ao lado. As equipes não recebiam qualquer tipo de explicação do porquê daquela avaliação ou a respeito dos pontos nos quais poderiam melhorar. Percebemos, assim, que a avaliação realizada pela média de outras equipes, de outros municípios, num contexto em que o município investiu de forma tão diferenciada em relação ao cenário nacional, poderia nos desestimular para avançar nas mudanças e melhorias possíveis para a realidade da equipe em que estávamos inseridos.

## 2. INTRODUÇÃO

Donabedian (1966) é considerado um dos precursores dos estudos sobre a qualidade em saúde, e a definiu como o tipo de cuidado do qual é esperado maximizar o bem-estar do paciente (medida inclusiva), após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado. Ao longo das décadas, alguns autores se destacaram trazendo suas próprias visões e promovendo, assim, a discussão de como se traduzia a qualidade em saúde. Mais recentemente, o *Institute of Medicine* (IOM, 1990) modernizou o conceito ao alegar que a qualidade da assistência é o grau em que as organizações de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados, para indivíduos e populações, e são consistentes em conhecimento profissional corrente.

Martins (2014) nos ensina que a ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação em saúde, cuja característica nuclear é fazer um juízo de valores, que, quando positivo, significa ter qualidade.

O conceito de qualidade em saúde tem evoluído ao longo das décadas, passando a incorporar novas vertentes. Essas modificações espelham a importância dos problemas em uma conjuntura específica. A título de exemplo, a dimensão acessibilidade recebe destaque quando há barreiras ao uso de serviços de saúde; já a segurança do paciente passa a ser mais relevante quando a magnitude de erros e riscos evitáveis é reconhecida (MARTINS, 2014). Diversos autores trazem contribuições relevantes, ao longo do tempo, para que a evolução desse conceito possa ser melhor compreendida, como mostra o quadro 2:

**Quadro 2: Dimensões da qualidade do cuidado segundo diferentes autores**

| Brook et al. 1977           | Donabedian 1980                  | Holland 1983<br>Long 1985 | Donabedian 1990  | Aday et al. 1993          | IOM 2001                  |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|---------------------------|
| Componente técnico          | Qualidade técnico-científica     | Eficiência<br>Efetividade | Eficiência<br>Efetividade  | Eficiência<br>Efetividade | Eficiência<br>Efetividade |
| Processo diagnóstico        | Acessibilidade e disponibilidade |                           | Equidade   | Equidade                  | Equidade                  |
| Processo terapêutico        | Relações interpessoais           |                           | Eficácia<br>Relação médico paciente  |                           | Centralidade no paciente  |
| “Arte” do cuidado           | Continuidade                     |                           | Otimização   |                           | Segurança                 |
| Interação médico e paciente |                                  |                           | Aceitabilidade<br>Acessibilidade<br>Amenidades<br>Conformidade com as preferências dos pacientes<br>Legitimidade |                           | Oportunidade              |

Fonte: Martins (2014) *apud* Holland (1983); Long (1985); Donabedian (1990); Aday et al. (1993); Institute of Medicine (2001).

Juran (1951) acredita que um aspecto importante da qualidade é o empoderamento do profissional envolvido. Isso se dá através do reconhecimento de que cada pessoa precisa estar engajada com o processo e responsabilizar-se pela melhoria da qualidade resultante dele. Caso isso não aconteça, os resultados serão limitados.

A Garantia da Qualidade se dá por meio de atividades planejadas e sistemáticas que, de forma integrada, podem alcançar os padrões de qualidade desejados. O enfoque na qualidade dos processos é considerado fundamental para alcançar a qualidade dos produtos, serviços e cuidados em saúde, considerados uma dimensão central no desempenho de um sistema de saúde, seja a nível nacional ou local (CARINCI, 2015). Com base nos conhecimentos de Hulton (2000), a qualidade aplicada a um serviço de saúde fornece um pensamento capaz de influenciar as diversas maneiras de agir com o objetivo de melhorar o que é ofertado à população.

A Gestão da Qualidade, considerada como ênfase na gestão global da organização, abrange os aspectos administrativos, técnicos e organizacionais. A Gestão pela Qualidade Total, definida como uma filosofia de gestão, um compromisso com a excelência, permite a satisfação de todas as partes interessadas da organização, com foco nos usuários internos e externos, o apoio e estímulo do nível superior da gestão, buscando a eficiência e a eficácia dos processos. Para isso, são utilizados indicadores-chave que permitem a obtenção de uma base comparativa dos níveis de qualidade (BRASIL, 2010).

Segundo os conhecimentos de Donabedian (1990), Vuori (1991) e Brasil (2010), os principais atributos da qualidade em APS são:

- 1) **Eficácia:** capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”. Isto é, ele pode funcionar?
- 2) **Efetividade:** capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro”; é a relação entre o impacto real e o potencial. Isto é, o programa ou serviço funciona?
- 3) **Eficiência:** relação entre o impacto real e o custo das ações. Ou seja, o programa ou serviço vale a pena funcionar dado os recursos empregados?
- 4) **Equidade:** distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde.
- 5) **Acesso:** remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis. Relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde.
- 6) **Adequação/cobertura:** suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda. Mede a proporção da população que se beneficia do programa.
- 7) **Aceitação:** fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais e sociais e as expectativas dos usuários e familiares.
- 8) **Legitimidade:** grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade como um todo dos serviços ofertados.

9) **Otimização:** máximo cuidado efetivo obtido pelo programa. Ou seja, uma vez atingido determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos.

10) **Qualidade técnico-científica:** aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível

Segunda a conceituação de Donabedian (2003), a qualidade pode ser avaliada segundo aspectos de Estrutura, Processos e Resultados. O primeiro diz respeito a todos os fatores que afetam o contexto em que os cuidados são prestados. Isso inclui a instalação física, equipamentos e recursos humanos, bem como as características organizacionais, como a formação do pessoal e métodos de pagamento. A estrutura é muitas vezes fácil de observar e medir, e pode ser a causa dos problemas identificados no processo.

Já o segundo é definido pela soma de todas as ações que compõem saúde. Estas, geralmente, incluem diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação do paciente, mas podem ser expandidas para incluir as ações tomadas pelos pacientes ou seus familiares. Os processos podem ser classificados como processos técnicos, como os cuidados que são entregues, ou processos interpessoais, que todos englobam a maneira pela qual o cuidado é entregue.

O terceiro já está ligado a todos os efeitos de cuidados de saúde sobre os pacientes ou populações, incluindo alterações ao estado de saúde, comportamento, ou conhecimento, bem como a satisfação do paciente e saúde relacionados com qualidade de vida. Os resultados são muitas vezes vistos como os mais importantes indicadores de qualidade, porque a melhoria do estado de saúde do paciente é o principal objetivo dos cuidados de saúde. À luz de Donabedian (1980), no entanto, os resultados de medição com precisão, que podem ser atribuídos exclusivamente aos cuidados de saúde, encontram maior dificuldade em sua obtenção.

De acordo com Martins (2014), essa tríade não pode ser confundida com dimensões ou atributos da qualidade. Esses três itens são abordagens para obter

informações a respeito da presença ou ausência dos atributos (isto é, se houve efetividade, adequação etc.). A avaliação da qualidade do cuidado pressupõe que haja existência de uma relação entre os três fatores. Ou seja, um recurso ou tecnologia (estrutura) que contribui para o diagnóstico e tratamento adequado- processo, do qual resulta um estado de saúde favorável - resultado (BROOK et al. 1977).

O modelo descrito acima traduz uma simplificação de algo mais complexo em sua realidade. Contudo, estabelece uma relação de causalidade entre estrutura, processo e resultado. A força dessa relação dependerá de duas variantes: a validade causal e a validade atribuível. A primeira diz respeito à intensidade, baseada na evidência científica, da associação entre processo e resultado. Em outras palavras, a validade causal se refere à capacidade de alguns processos de cuidados específicos produzirem resultados específicos em condições específicas (DONABEDIAN, 1980 apud PORTELA; MARTINS, 2008).

Por outro lado, a validade atribuível é a inferência de que determinada medida de processo ou resultado contém as mesmas características que definem a existência de validade causal (DONABEDIAN, 1980 apud MARTINS, 2014). Bardin (1977) conceitua inferência como a realização de uma operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. Ou seja, refere-se à dedução de que, em qualquer situação, a relação causal entre o processo e o resultado é responsável pelos resultados observados. Logo, quando se usa uma abordagem de resultado para avaliar a qualidade do cuidado, é imprescindível saber se os resultados são realmente decorrentes do cuidado recebido. Esse aspecto diz respeito à validade atribuível (MARTINS, 2014).

Ao tomar essa forma de trabalho, o Ministério da Saúde criou uma agenda, que inclui a participação de políticos, reguladores, patrocinadores, profissionais de saúde e pacientes, com o objetivo de alcançar as metas traçadas para o presente século (BRASIL, 2010), tais como:

- a) **Segurança:** ao evitar danos aos pacientes, que não podem sofrer prejuízo pelos cuidados ofertados com a intenção de ajudar;

- b) **Efetividade:** fornecer serviços baseados em conhecimento científico, com as melhores evidências (advindo dos ensaios laboratoriais, ensaios clínicos, estudos epidemiológicos e demais pesquisas), para todos os que poderiam se beneficiar e abster-se de prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitando subutilização e uso excessivo, respectivamente);
- c) **Cuidado centrado no paciente:** ofertar cuidados que sejam respeitosos e responsivos às preferências individuais do paciente, necessidades e valores e garantir que os valores do paciente e de sua família norteiem todas as decisões clínicas;
- d) **Prazo:** oferecer cuidado dentro do prazo adequado, reduzindo esperas e, por vezes, atrasos prejudiciais tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado, ofertando cuidado em tempo oportuno;
- e) **Eficiência:** evitar o gasto desnecessário de quaisquer recursos, materiais ou imateriais, empregando-os na melhor forma possível;
- f) **Equidade:** Oferta de cuidados que não variam a qualidade de acordo com a cor, gênero ou classe social, mas ofertam o que o paciente necessita, como diminuição de carga de doença, prejuízo em sua saúde e incapacidades. A nível populacional, a equidade implica em um acesso universal a fim de diminuir a disparidade de acordo com os grupos que são considerados desiguais, perante suas condições de saúde. Já a nível individual, é a garantia de um atendimento digno independente do seu gênero, raça/etnia, orientação sexual, classe sócio econômica ou condições de moradia.

Ao analisar princípios citados anteriormente, pode-se fazer um paralelo com o que adotamos como meta em território nacional. Ambos os sistemas baseiam-se nos caminhos a serem percorridos para garantir os atributos essenciais da APS no Brasil, à luz de Starfield (2002), como atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, - integralidade e coordenação do cuidado.

A reforma do sistema de saúde norte americano teve um capítulo importante ao se basear-se na qualidade para a sua prática fundamental. Foram selecionadas dez regras básicas para que a consolidação do novo sistema atingisse seus objetivos. Dentre

as mais relevantes, destacam-se o compartilhamento de conhecimento e o fluxo livre de informações e decisões baseadas em evidências clínicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Dessa maneira, inaugura-se uma nova forma de tratar a informação, que deixa de ser inerte, passível ou arquivável. A regra propõe que a informação seja tratada como algo em tempo real, interativa e prospectiva. Dessa forma, o paciente passa a ser detentor também do conhecimento sobre sua condição de saúde e capaz de poder interagir com as diversas formas de comunicação eletrônica ou até mesmo de obter cópia dos seus prontuários junto às unidades que realizaram os atendimentos.

O MRJ caminha para a mesma direção ao compreender que a livre circulação de informações é um item importante na melhoria da qualidade do serviço ofertado pelo seu Sistema de Saúde. Ao adotar o e-sus como o prontuário eletrônico, possibilita que o paciente seja atendido em qualquer unidade de APS e o profissional que o atender tenha acesso às suas informações. Além disso, o Portal de Transparência do SISREG Ambulatorial do Município do Rio de Janeiro permite que o paciente tenha acesso às informações sobre a sua posição e previsão de atendimento nas listas de espera por serviços de saúde no SISREG, em cumprimento a Lei Nº 6.417 de 6 de novembro de 2018.

Ainda visando o aumento da qualidade do serviço prestado, a prefeitura do MRJ lançou um aplicativo para telefones celulares chamado “saude.rio”, cujo objetivo é aumentar a interação entre a população e a prefeitura referente a serviços de saúde. Ao utilizá-lo será possível que o usuário possa avaliar os atendimentos realizados na APS e ter acesso às consultas realizadas em seu nome. O paciente poderá, ainda, avaliar o seu atendimento, respondendo perguntas que visam saber se ele recebeu o atendimento, o tempo de espera para ser atendido até chegar na unidade, a limpeza da unidade, se ficou satisfeito com o atendimento pelo profissional e sua avaliação geral do serviço de saúde.

Pode-se afirmar que o movimento realizado pela reforma norte americana é inspirado no projeto 'Indicadores de Qualidade dos Cuidados de Saúde' (HCQI decorrente da sigla em inglês *Health Care Quality Indicators*), iniciado em 2001, com o

objetivo de desenvolver e reportar indicadores comuns para comparações internacionais da qualidade dos cuidados de saúde (CARINCI, 2015). Este plano foi adotado pelos países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) com a meta de ajudar os Estados-Membros (EM) a identificar áreas prioritárias para melhoria da qualidade e fornecer uma indicação de padrões viáveis, examinando os resultados entre os países com melhores desempenhos.

Dentre os diversos pactos traçados pela OCDE, destacam-se a melhora da qualidade de vida e disponibilização de um sistema de saúde eficazes. Assim, a MCQ se torna aliada nesse processo. Atualmente, os países membros são Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Coreia do Sul, Chile, Dinamarca, Eslovênia, Espanha, Estados Unidos, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Islândia, Israel, Itália, Luxemburgo, México, Nova Zelândia, Noruega, Países Baixos, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, Suíça e Suécia, de acordo com o site da Organização. O Brasil solicitou sua entrada na seleta lista acima em 2017, mas, até o momento, ainda não recebeu o aceite (BRITISH BROADCASTING CORPORATION, 2018).

Desta maneira, a presente dissertação deseja analisar a implementação de uma nova cultura de trabalho das equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, que visa promover a autonomia das próprias equipes para que planejar e gerir suas ações de modo que signifiquem a resolução de um nó dentro do seu processo de trabalho.

O presente projeto tem como escopo entender como os profissionais da APS do MRJ compreendem este processo levado a cabo pela SUBPAV junto às Unidades Básicas de Saúde do MRJ, contribuindo para o desenvolvimento teórico metodológico na área da Melhoria Contínua da Qualidade em APS.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico abordará três aspectos importantes, a saber: a contextualização do conceito de melhoria contínua da qualidade; a descrição de alguns instrumentos utilizados na busca da melhoria contínua da qualidade; e, por fim, apresentar o Programa de Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária Saúde no município do Rio de Janeiro.

#### 3.1 Melhoria Contínua da Qualidade

Há muitas definições e termos para designar o processo de implantação e implementação de programas de MCQ nas organizações. Isso ocorre, devido aos conceitos criados pelos seus idealizadores ao longo do tempo. Em 1924, Walter Shwehart, engenheiro e físico, desenvolveu, ao longo da sua passagem pela *Bell Telephone Laboratories* seu trabalho sobre qualidade, focando o processo da engenharia e na produção de produtos (COSTA, 2013).

Já o *Institute for Healthcare of Improvement* (1998) importou esse conceito para a área da saúde, e contou com o apoio dos integrantes do *Royal College of General Practitioners* (2015) para difundi-lo, como um compromisso de melhorar continuamente a qualidade cuidados de saúde, centrando-se nas preferências e necessidades das pessoas que usam os serviços. Engloba um conjunto de valores, que inclui um compromisso com a autorreflexão, aprendizagem compartilhada, o uso de teoria, parceria, trabalho, liderança e compreensão do contexto; e um conjunto de métodos que inclui medição, compreensão da variação, mudança cíclica, e um conjunto de ferramentas e técnicas.

Os Estados Unidos realizaram uma reforma em seu sistema de saúde com princípios da Melhoria de Qualidade. O *Institute of Medicine* publicou um livro orientador para a mudança do sistema de saúde em seu país. Após a formação de um comitê com

outras áreas de atuação como as Academias Nacionais de Pesquisa e de Engenharia, além do Conselho Nacional de Pesquisas, o IOM documentou recomendações importantes para que houvesse uma melhora da qualidade no serviço prestado em saúde. O comitê acredita que os cidadãos americanos queriam e mereciam receber um serviço de maior qualidade e o caminho para atingir essa meta seria uma profunda mudança no sistema de saúde, tendo a melhoria da qualidade como base fundamental para tal transformação (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Esse entendimento é capaz de gerar um movimento de melhoria na análise dos indicadores em saúde e intervenção dentro do processo de trabalho. Tudo isso serve para melhorar a prática das equipes de Saúde da Família, mas uma pergunta faz-se necessária: “desempenho de quê e para quê?”. De acordo com Arah (2016), há duas áreas de atuação: i) saúde e ii) estruturas de desempenho de cuidados em saúde, sendo ambas de uso comum. Uma estrutura de desempenho de saúde adota uma visão mais ampla, social ou de saúde pública da determinação de saúde, enquanto um desempenho de assistência de saúde adota uma visão mais estreita, principalmente clínica ou técnica de cuidados de saúde em relação à saúde (necessidades presentes).

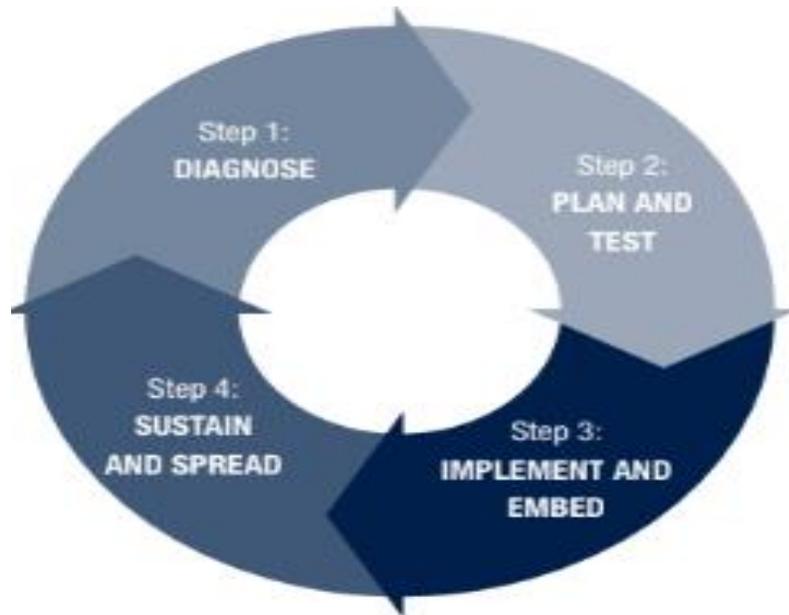
O presente artigo propõe focar a qualidade da atenção à saúde além de manter uma perspectiva mais ampla sobre a saúde e seus outros determinantes e reconhecer os principais objetivos da política de saúde. É importante ressaltar que, para a aplicação da MCQ, os membros envolvidos necessitam ter objetivos em comum. Caso contrário, a mudança não terá a mesma motivação para todos os participantes, tampouco o mesmo significado.

A MCQ consiste em ações sistemáticas e contínuas que levam a uma melhoria mensurável nos serviços de saúde e no estado de saúde dos grupos de pacientes-alvo. A qualidade nos cuidados de saúde é definida como uma correlação direta entre o nível dos serviços de saúde melhorados e os resultados de saúde desejados dos indivíduos e populações (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

### **3.2 Instrumentos da Melhoria Contínua da Qualidade**

Os instrumentos preconizados pela MCQ podem ser considerados como uma forma de semear uma nova cultura em que o solo pode ser germinado (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015). O ambiente deve ser favorável ao permitir novas intervenções e conter pessoas interessadas e engajadas com o compromisso desta nova prática. Assim, a cultura carregará consigo novos valores, atitudes e formas de trabalho que propiciem um trabalho melhor para os membros da equipe, usuários e demais partes interessadas. Por isso, é importante que as pessoas envolvidas nesse processo sejam voluntárias, se identifiquem e se comprometam com a proposta.

Para dar início a esta nova prática, é importante entender o ponto de partida. Há diversos instrumentos que promovem a MCQ e são utilizados no planejamento em saúde. Contudo, este trabalho apresentará somente três. Este fato se deve ao fato de que as ferramentas expostas foram utilizadas no Programa de Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária Saúde no município do Rio de Janeiro. Logo, o ciclo da MCQ, apresentado na figura 1 se apresenta de forma fundamental para a compreensão das fases.

**Figura 1: Ciclo da Melhoria da Qualidade**

Fonte: The Royal College of General Practitioners (2015)

O primeiro passo refere-se à realização do diagnóstico da sua área de atuação ou de organização que precisa de melhorias. Pode ser feito através do levantamento de dados, por exemplo. Já o momento seguinte, é de realizar o planejamento e aplicá-lo. Assim, é a hora de definir objetivos a serem alcançados, métodos para o trabalho prático e formas de realizar o monitoramento para avaliar a mudança que estará em curso. A terceira etapa é aquela em que a proposta está implementada e os processos de trabalho sofrerão intervenção na forma através da qual a equipe decidiu incorporar a prática dentro da sua nova forma de trabalho. Já a última fase é aquela em que deve se analisar se a nova forma de intervenção poderá ser adotada em maior escala, se deverá haver alguma adaptação ou abandono da prática por insucesso, se não gerar o impacto desejado.

Para que o ciclo seja iniciado, o *The Royal College of General Practitioners* (2015) recomenda a identificação de fatores internos e externos que influenciam na aplicação dessa metodologia de trabalho. Como condições intrínsecas, pode-se destacar a cultura local ao perceber que há maior chance de sucesso se os membros locais apresentarem o hábito de dar suporte uns aos outros, se estão satisfeitos com o seu trabalho, se estão

dispostos e preparados a experimentar novas práticas, se dão prioridade à qualidade no ambiente de trabalho e o reconhecimento que as práticas podem ser melhoradas. A identificação de lideranças é muito relevante para que a MCQ seja implementada em um ambiente organizacional. Desse modo, é mais fácil de se obter êxito nesse reconhecimento quando há pessoas que inspirem e motivem sua equipe, também sendo munidas de habilidades para tornar reuniões eficazes. O trabalho em equipe é fundamental nesse momento, e é necessário que se invista nele. Além disso, é crucial que se admita que um bom trabalho em equipe faz com que os valores individuais se sobressaiam. Por último, a capacidade de planejamento de recursos financeiro e humano, de lidar com diferentes opiniões e o manejo do tempo para que a intervenção gere resultados em um prazo adequado. Em vista disso, são situações proximais às equipes e, dessa forma, de maior sensibilidade às ações traçadas e maior governabilidade dos membros que executam o planejamento.

Um dos fatores externos que interferem positivamente na implementação da MCQ é o planejamento baseado em evidências, como a adoção dos protocolos clínicos mais atuais para poder planejar as melhores intervenções clínicas. Além disso, também há o contexto político. Esse caso não se traduz com a questão partidária, mas engloba mudanças de contratos, medidas de performances, quadros nacional e local. Isso posto, a intervenção para a MCQ será compatível, da maneira mais ampla possível, com as prioridades políticas de um plano de trabalho (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

Outra condição exógena é a tecnologia disponível, que tem a maior chance de prover sucesso se dispuser de uma base de dados confiável e que ofereça suporte para o trabalho da equipe ao realizar o planejamento. Isso ocorre devido à possibilidade de prontuários eletrônicos, por exemplo, ofertarem relatórios de indicadores de saúde, facilitando a vigilância e um panorama fidedigno à realidade, auxiliando no planejamento. Por último, há a os determinantes sociais e demográficos que influenciam quando a equipe conhece as características da sua população como gênero, idade, raça/cor, crença, condição sócio econômica, dentre outros, e sabe utilizá-los da melhor maneira para poder planejar uma intervenção. Pode-se, portanto, concluir que são aspectos mais

distais da governabilidade das equipes e, portanto, pouco sensíveis à intervenção. No entanto, continuam sendo de suma importância, pois exercem influência dentro do cenário a ser beneficiado pela nova ação proposta.

Entre as ferramentas de MCQ, o Diagrama de Ishikawa, também conhecido como Espinha de Peixe ou Diagrama de Causa-Efeito, apresentado na figura 2, é uma ferramenta simples e bastante utilizada quando o assunto é qualidade. De acordo com Willians (1995), esse instrumento foi inicialmente desenvolvido para ser aplicado em ambientes industriais a fim de verificar a dispersão na qualidade dos produtos e processos. Trata-se de uma ferramenta que permite a identificação e análise das potenciais causas de variação do processo ou da ocorrência de um fenômeno, bem como da forma como essas causas interagem entre si, sendo também amplamente utilizada para a análise de problemas organizacionais (BAZONI et al, 2015). É um dispositivo bastante útil quando há diversas causas para um problema-raiz, pois facilita a análise dos fatores que interferem nele.

De acordo com Werkema (1995), para a execução do diagrama, devem ser seguidas as seguintes etapas:

1. O primeiro passo é definir o problema a ser estudado e o que se deseja obter;
2. Estudar e conhecer o processo envolvido através de observação, documentação, troca de ideias com pessoas envolvidas;
3. Fazer uma reunião com as pessoas envolvidas no processo e discutir o problema. É importante incentivar todos a exporem suas ideias, através de um *brainstorming*, técnica essa de geração de ideias (MINICUCCI, 2001).
4. Após coletar todas as informações, organizá-las em: causas principais, secundárias, terciárias, eliminando informações sem importância;
5. Montar o diagrama, e conferir com todos a representação da situação atual,
6. Marcar aquilo que é mais importante para alcançar o objetivo pretendido.

É um instrumento muito potente, capaz de identificar o problema-raiz. Ele permite que a equipe identifique fatores que interferem em um determinado problema. Assim, ao

final, é possível selecionar as condições de maior governabilidade da equipe para que estas sejam sensíveis às intervenções planejadas. É o primeiro passo do ciclo da Melhoria da Qualidade (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

Após o exposto, espera-se que haja o desenvolvimento do diagrama e que o resultado seja similar à figura 2:

Figura 2: Exemplo de uso do Diagrama de Causa e efeito



Fonte: Brasil, 2010.

Ao aprofundar-se na área do diagnóstico e na identificação dos nós críticos no processo de trabalho, a equipe é capaz de levantar soluções “de cabeça”, sem conhecimento científico prévio. Porém as ferramentas da MCQ tornam as pessoas aptas a analisar os dados de forma coletiva e detalhada e, então, habilitadas para reconhecer os principais problemas no processo de trabalho (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

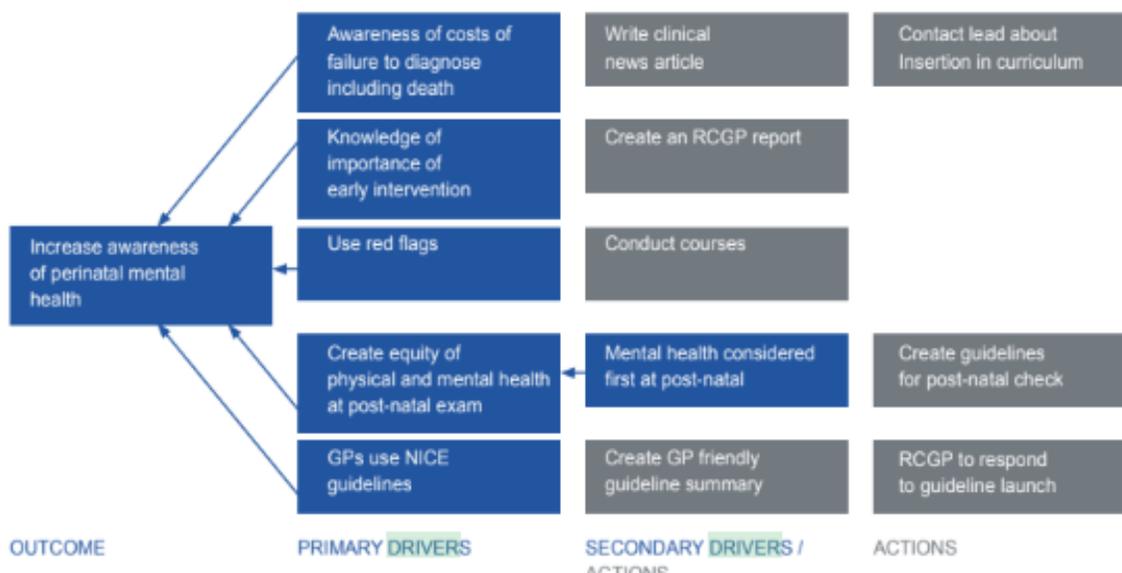
Já no segundo passo do Ciclo da Melhoria da Qualidade, o de planejamento e testes, o Diagrama de Driver ou diagrama de Forças, apresentado na figura 3, é uma poderosa ferramenta de mapeamento que é capaz de ajudar a transformar um objetivo de melhoria de alto nível em um conjunto de metas e projetos subjacentes. Esse

instrumento identifica as ações que farão com que os objetivos sejam alcançados. Ele é particularmente útil quando o seu objetivo tem muitos componentes ou objetivos acessórios. O Diagrama de Driver pode também servir para decidir a direção da sua prática ou organização após o desenvolvimento de uma visão ou declaração de missão (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS,2015).

De acordo com *The Royal College of General Practitioners* (2015), o diagrama consiste em três colunas: resultado, *drivers* primário e secundário. O resultado abrange o(s) objetivo(s) a serem alcançados pelas equipes. Os principais drivers (ou forças) descrevem o conjunto de alto nível de fatores / áreas que precisam ser abordados ou influenciados a fim de alcançar o resultado desejado. Eles podem frequentemente responder a primeira pergunta no Modelo para Melhoria: "O que estamos tentando realizar?". Já os *drivers* (ou forças) secundários(as), contribuem para pelo menos um *driver* principal e áreas de cobertura, nas quais faz-se necessário adotar medidas e planejar a mudança. Isso mostra que o objetivo pode ser alcançado de diferentes formas, seja individualmente ou coletivamente, pois há uma maneira, seja através de um projeto ou até mesmo de uma ação, de reconhecer essa força.

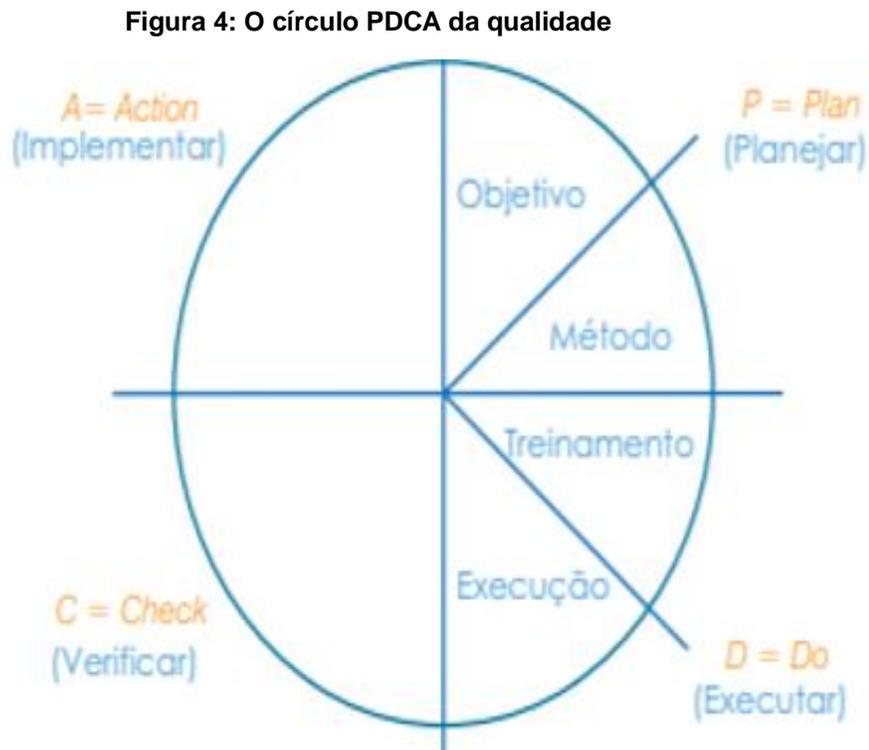
A figura a seguir é um exemplo de como o Diagrama de Driver ou Diagrama de Forças pode ser construído.

**Figura 3: Exemplo de Diagrama de Driver (ou Diagrama de Forças)**



Fonte: The Royal College of General Practitioners, 2015

Como última ferramenta a ser utilizada, mas não menos importante, há o círculo PDCA ou PDSA. Essa etapa caminha conforme a sequência planejar – executar – verificar – implementar, como mostra a figura 4:



Fonte: Adaptado de MALIK; SCHIESARI, 1998.

Para a aplicação do círculo, a metodologia a ser utilizada é a reunião dos membros da equipe, que desejam participar de forma voluntária, para que possam traçar cada etapa, coletivamente, de forma a fazer sentido para todos. Para realizar esse ciclo, é necessário eliminar o medo de cometer erros, instituir a formação em qualidade e envolver todos os integrantes da organização na missão de melhorar o que fazem em todos os níveis. (BRASIL, 2010).

Considera-se, nesse contexto, que o ato de planejar é traçar o objetivo principal, o que se deseja atingir com o círculo (BRASIL, 2010). Nesse momento, é a vez de identificar a mudança em que a equipe gostaria de implementar para trazer a melhoria dentro do processo de trabalho. Também é nesta etapa em que se identifica quem será responsável por cada ação proposta (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015). É a hora de detalhar o método adotado para que o objetivo seja atingido.

A segunda etapa constitui-se do treinamento ou execução, é a parte prática. Ou seja, é percorrer o caminho, no campo prático, para que a etapa anterior obtenha sucesso, como realização de capacitações com a equipe, por exemplo (BRASIL, 2010). Inicialmente, deseja-se que haja uma coleta de dados com o objetivo de traçar uma linha de base e, assim, saber o ponto de partida para o monitoramento da ação, podendo essa etapa ser contemplada tanto no planejamento quanto na ação. É importante que todos os membros envolvidos tenham o claro conhecimento de quais dados estão sendo coletados e de qual maneira essa tarefa está sendo executada. Essa iniciativa não pode e não deve ser pontual, sendo necessário que haja dinâmica para acompanhar a mudança desejada. Assim, se algo não estiver dentro do que foi previsto inicialmente, pequenas alterações podem ser feitas para que o projeto seja adaptado e a equipe permaneça motivada (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

Já o *Check* é o momento em que se avalia se o que foi feito até então conseguiu atingir os objetivos. Assim, a equipe deve selecionar critérios de avaliação como informações obtidas no prontuário eletrônico ou qualquer outro critério concreto (BRASIL, 2010). É nessa etapa que há uma análise quantitativa, através dos dados coletados previamente, e também qualitativa, através da discussão coletiva de como todos os membros envolvidos experimentaram a mudança e todo o processo. À luz de Berwick (2003), a mensuração dos resultados é necessária, mas não é suficiente para melhorar a qualidade, caso atue de maneira isolada. Por isso, há também dois tipos de avaliação. É importante ressaltar que nem toda ação resulta em melhora, mas pode ser vista como uma experiência de aprendizado (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

A última etapa é a ação. É o momento em que se transforma o que foi realizado até então, para que se cumpra o objetivo principal, após passar por todas as etapas. Dessa maneira, o plano original pode ser adotado em maior escala ou adaptado para que seja aplicado de uma outra maneira, em um nível mais amplo. Caso a análise tenha concluído que o plano não foi adequado e que não é mais exequível, abandona-se o projeto original (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

A abordagem através do ciclo PDSA ou PDCA parte da premissa de que nem todas as boas ideias irão funcionar da maneira prevista, havendo, por esse motivo, o teste em um ambiente menor e de forma controlada. Começar o teste em uma menor proporção é uma forma econômica, não só quanto a recursos financeiros, mas quanto à energia dos membros participantes (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

Ao desejar melhores situações dentro do processo de trabalho, muitas vezes consegue-se alcançar ideias, mas não se pode afirmar que elas vão resultar nas mudanças desejadas inicialmente. Por momentos, deseja-se adotar novas práticas, e então novas condutas são adotadas, mas isso não é transformado em melhoria da qualidade, por si só. Assim, é fácil perder a motivação de acreditar que o trabalho bem planejado seja capaz de, efetivamente, fazer a diferença (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

A terceira etapa do ciclo da Melhoria da Contínua da Qualidade é a fase de implementar e incorporar a intervenção como uma prática. Após testar a mudança proposta em uma escala menor, a decisão de abandonar, adaptar ou adotar será tomada, como citado anteriormente. Já a fase final é o momento de sustentar a nova forma de trabalho para que a experiência seja vivida em um âmbito maior que a escala anteriormente utilizada para teste. Isso acontecerá baseado nos métodos adotados anteriormente, quando o projeto atingir um nível mais local (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

Acredita-se que essa nova proposta de qualificação do processo de trabalho seja a aplicação de parte da Teoria da Mudança. À luz de Baker (2015), este fundamento refere-se a como e por que uma iniciativa funciona, e se ela pode ser testada

empiricamente pela medição de indicadores para cada etapa esperada no hipotético caminho causal do impacto. No caso da MCQ, as ferramentas descritas anteriormente instrumentalizam a mudança através de um processo contínuo de reflexão para explorar a mudança e como ela acontece (JAMES, 2011). Desta maneira, a ação proposta pode ser replicada em diversos cenários práticos com o propósito de melhorar o processo de trabalho.

O uso das ferramentas da MCQ é uma forma importante de apoiar a melhora do serviço prestado pelas unidades, independentemente do nível de atenção em saúde. Elas podem ser utilizadas em consonância com a auditoria em saúde. À luz de Currie (2014), os estudos de auditoria são infrequentes na área da saúde e costumam ter uma amostra pequena. Todavia, é uma forma relevante de transformar uma prática que pode ser melhorada, a fim de buscar a qualidade nos cuidados em saúde, seja através de um protocolo, de registros de informação, entre outras formas.

Idealmente, esse é um mecanismo que oferece orientação, em que o orientador mediante contato com o processo, serviço ou sistema, acompanha o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s) objeto do acompanhamento. Isso posto, suas finalidades são i). Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder o levantamento de dados que permitam ao Sistema Nacional de Auditoria conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde; ii). Avaliar objetivamente os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, através da detecção de desvios dos padrões estabelecidos; iii). Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da assistência à saúde; iv). Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário (BRASIL, 1998).

Assim, as ferramentas da MCQ e a auditoria em saúde caminham entrelaçadas em busca da melhor qualidade na oferta do serviço pelas unidades de atenção primária à saúde. Conclui-se, portanto, que a Melhoria Contínua da Qualidade seja uma nova metodologia do processo de trabalho, que propõe que a garantia da qualidade seja apenas o primeiro passo de um processo amplo e contínuo de melhoria da qualidade em

saúde (BRASIL, 2010). Entende-se que a escolha pela MCQ seja o caminho mais simples, direto e efetivo para a otimização do tempo, por se tratar de algo valioso demais para ser desperdiçado em uma fase de testes (THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2015).

### **3.3 Programa de Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária Saúde no município do Rio de Janeiro**

Em busca dos melhores padrões de qualidade, a cidade do Rio de Janeiro optou por fazer um movimento autônomo. O Seminário de *Accountability*, um método realizado concomitantemente pelo MRJ, foi realizado em todas as unidades de APS, entre 2013 e 2016. Foi um momento em que as equipes se mobilizavam para calcular e avaliar seus resultados a partir de uma matriz de indicadores previamente definidos pela SMS-RJ. Essa apresentação ocorria, juntamente com as experiências exitosas e relatos sobre o contexto e as particularidades daquela unidade de saúde. Isso tudo acontecia não só para os próprios profissionais das Clínicas da Família (CF) mas, também, para membros da gestão distrital, uma dupla de avaliadores do gestão central (SMS) e representantes dos setores populares como líderes comunitários, presidentes de associação de moradores, para que fosse estimulado o controle social. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018). Propunha-se que as equipes trabalhassem sobre os resultados que poderiam ser melhorados.

O seminário servia como disparador e norteador para a melhoria dos processos de trabalho até a próxima avaliação. Todavia, esse movimento não tinha a continuidade necessária no dia a dia das equipes, com poucos desdobramentos práticos. O Seminário de *Accountability* se tornava uma prestação de contas pontual, sendo lembrado apenas quando se aproximava um novo encontro. Ou em outras palavras, a avaliação sistemática e o desdobramento em ações coordenadas e sustentadas pela equipe não se consolidaram à cultura organizacional.

O MRJ adotou um modelo de gestão compartilhada entre a Prefeitura e as Organizações Sociais em Saúde (OSSs) para a gestão da APS. Nessa parceria público-privada, o contrato de gestão é a forma em que a SMS-RJ consegue induzir boas práticas em saúde e monitorar se as OSS contratadas desempenham um bom papel na qualidade do serviço prestado. As avaliações conjuntas do desempenho alcançado segundo os indicadores de saúde ensejam uma oportunidade para que estes mesmos atores possam atuar como facilitadores em processos de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ).

Todavia, uma crise econômica e política de âmbito nacional, impactou negativamente a APS do MRJ. Melo et al (2019) elucidam melhor essa questão, afirmando que é importante que se amplie o olhar e se entenda que, desde a sua implementação, o SUS tem convivido com subfinanciamento, baixa legitimação social e limites no acesso à atenção especializada. A situação do Brasil é de baixo investimento público em saúde - R\$ 3,48 (três reais e quarenta e oito centavos) per capita/dia, considerando os três níveis de governo. O Estado do Rio de Janeiro, terceiro em Produto Interno Bruto no país, investe menos em saúde que a média brasileira. Em 2017, o município do RJ investiu R\$ 3.31 (três reais e trinta e um centavos) per capita/dia. O setor público de saúde brasileiro, que cobre toda a população, representa apenas 48% dos recursos globais da saúde, e contrasta com o custeio público da saúde de países que também possuem acesso universal à saúde, como Reino Unido (94,2%) e Suécia (84%), e aproxima-se da situação observada nos Estados Unidos da América (47%).

Melo et al (2019) ainda ressalta que, em 2013, o Brasil entrou em uma forte instabilidade política, agravada e complementada nos anos seguintes por crise econômica e social, em meio ao destaque dado ao tema da corrupção, a níveis crescentes de desemprego e violência, a marcante polarização social, a medidas de ajuste fiscal incidindo sobre políticas sociais e trabalhistas, além de processos societários e institucionais que colocaram em risco a democracia e a política enquanto ação pública. Em seguida, algumas medidas interferiram de forte maneira no SUS e, especialmente, na APS. Dentre elas, vale ressaltar, o congelamento de gastos via emenda constitucional, a mudança nos blocos de financiamento do SUS e a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que prevê a diminuição do número mínimo

de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe de saúde da família (EqSF) e a indicação de maiores incentivos financeiros para formatos de APS anteriores à Estratégia Saúde da Família (ESF), com forte protagonismo da representação dos gestores municipais. Essas medidas incidem diretamente sobre a qualidade da saúde pública em todas as esferas de governo. Como consequência, foi observado o déficit no orçamento municipal que ocasionou medidas como a readequação do número do número de EqSF e de saúde bucal, além dos atrasos recorrentes do pagamento dos salários dos trabalhadores vinculados às OSS (MELO, 2019), o que gerou períodos extensos e recorrentes de greves recorrentes dos profissionais da APS, levando a um importante retrocesso ao acesso e a qualidade do serviço prestado.

Com a intenção de conciliar as contas públicas e a força da APS, nos últimos meses de 2019 e nos primeiros de 2020, a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro (RioSaúde) passou a atuar também no âmbito das UBS. A sua participação engloba a contratação dos profissionais e também a operacionalização dos serviços.

A SAP, ao compreender que a MCQ é uma grande aliada para a reorganização dos processos de trabalho das EqSF, incentivou que o processo de monitoramento e avaliação fosse baseado em aferições. Para tal, escolheu a já consagrada utilização dos indicadores de saúde, que visa orientar a melhor decisão a ser tomada. Contudo, o que foi percebido é que, ao longo da história, havia vários painéis de indicadores definidos por várias instâncias, com fontes e métodos de cálculos diferentes, para as mais diversas finalidades.

Dessa forma, houve a compreensão da necessidade da construção de um novo panorama com o objetivo de definir um painel conciso, abrangente, com dados de fácil extração, preferencialmente automatizado, com elementos comuns a painéis utilizados em outros pactos de gestão e que pudessem indicar os principais desafios e oportunidades de melhoria. Para tal movimento, a SAP coordenou um processo de seleção de indicadores, envolvendo as Gerências de Áreas Técnicas, CAPs, gestores locais e responsáveis técnicos, estes dois últimos mediante consulta pública online (RIO DE JANEIRO, 2018).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2018), as vantagens do processo de uniformização são a facilidade de consolidação de dados sobre todo o município; a possibilidade de parametrização e comparação de processos e resultados de ações em diversos níveis de trabalho, da equipe de atenção primária até as Áreas de Planejamento da cidade, possibilitando troca de saberes e experiências; a inclusão de aferições relacionadas a diferentes modelos de organização da APS, incluindo Estratégia Saúde da Família (ESF) e modelo tradicional; a possibilidade de detecção e resolução de problemas relacionados à extração, aferição e consolidação dos dados; e a potencialização do apoio oferecido pelo Núcleo de Informação da SAP, uma vez que dados homogêneos podem ser consolidados, apurados e devolvidos para as áreas, gestores locais e equipes.

À luz da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2018), parte da linha de indicadores relevantes para a qualidade assistência são representados diante dos seguintes itens: cobertura assistencial pela APS, média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante, proporção de atendimentos de demanda espontânea, proporção de serviços ofertados pela equipe de APS, proporção de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada, tempo médio de agendamento no Sistema de Regulação (SISREG) para todos os procedimentos, taxa de notificação à ouvidoria por dificuldade para ser atendido na unidade e a média de atendimentos realizados por profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os indicadores do eixo de condições crônicas, propõem-se: o índice de atendimentos por condição de saúde avaliada, o controle glicêmico em diabéticos, a razão de coleta de material citopatológico do colo do útero, a taxa de frequência às atividades coletivas do Programa Academia Carioca e a prevalência de pessoas com deficiência cadastradas.

Os indicadores relacionados ao grupo “Ciclos de Vida” foram propostos: a proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal, a proporção de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida, a cobertura Vacinal de Pentavalente (3ª Dose) em crianças de um ano.

Quanto às Doenças Transmissíveis, analisam-se os seguintes indicadores: a proporção de casos de sífilis na gestação com tratamento adequado, o número de casos novos de Hanseníase nas unidades de saúde, a incidência de HIV na faixa etária de 15 a 24 anos (por 100 habitantes), a proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura, proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes, proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura, número de casos de tuberculose em aberto, número de casos de tuberculose encerrados como abandono de tratamento, número de casos de tuberculose encerrados como transferência, proporção de sintomáticos respiratórios examinados entre os estimados e a proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.

No grupo das ações de Saúde Bucal, estão inseridas a cobertura de primeira consulta odontológica programática, a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas e a proporção de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal.

O grupo das ações de Promoção de Saúde e Práticas Intersetoriais incluem: a cobertura de ações do Programa Saúde na Escola (PSE), a taxa de acesso ao tratamento para cessação do tabagismo, a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e Cartão Família Carioca (CFC) e a taxa de Frequência às Atividades Coletivas do Programa Academia Carioca.

Nas Práticas Integrativas e Complementares, os dados são o número de procedimentos das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) realizados pelas equipes.

Ao todo, o painel é composto por 34 indicadores em saúde a serem monitorados pelas equipes de APS.

Recentemente, a Superintendência de Atenção Primária (SAP), vinculada à Subsecretaria de Promoção de Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) iniciou um processo de revisão dos processos e dos indicadores de avaliação. Para isto, a SAP, por meio de reuniões periódicas junto das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária das Áreas de Planejamento (CAP's), gerências locais das unidades e

os Responsáveis Técnicos (de medicina e enfermagem), buscou avaliar e revisar os trinta e quatro indicadores que fazem parte do painel de indicadores da APS do MRJ, de forma a tornar o processo de avaliação se desse de forma mais inclusiva e participativa. Como desdobramento desta iniciativa, foi dado início a um movimento que estimula implementação de processos de Melhoria Contínua da Qualidade pelas equipes de Saúde da Família. Essa nova forma de trabalho encontrava-se em consonância com a reforma dos cuidados em APS, já que a melhoria da qualidade é um dos princípios e estratégias (SORANZ, 2017). A diferença estava, agora, no fato de buscar dar ainda maior ênfase em processos de auto avaliação com problemas e questões sendo levantados a partir dos próprios profissionais membros das equipes, e não propostos de forma uniforme a partir das gestões central ou local buscando assim considerar no processo de planejamento, monitoramento e avaliação a singularidade de cada equipe

Ainda segundo a SMS-RJ, os desafios presentes para a utilização do painel são considerados limitações que se apresentam, mas não diminuem o valor da iniciativa. Para divulgar a nova proposta, a SAP se reuniu com as superintendências da SUBPAV e coordenadores de área, em dois momentos distintos, para divulgar a ideia e alinhar os conceitos, com foco principal em explicar as diferenças entre este modelo e os Seminários de *Accountability*, aos quais estavam acostumados. A reunião serviu também para que cada setor, superintendência ou coordenações, indicasse pontos focais para o trabalho em MCQ e participação nos seminários (RIO DE JANEIRO, 2018).

Na reunião com os gestores regionais das CAPs, além da apresentação da nova proposta, incluiu, também, a exposição do painel de indicadores, os instrumentos da MCQ e os conceitos que norteiam a nova proposta dos Seminários de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde. Nessa etapa, os atores envolvidos ainda simularam a utilização do Diagrama de Ishikawa, Diagrama de Drivers e do ciclo PDSA, para que melhor entendessem a nova realidade a ser vivida pelas equipes de saúde da Família e gestão local.

Assim foi possível que os atores adquirissem maior familiarização com as ferramentas e pudessem atuar, de forma mais segura, como facilitadores da implementação dessa nova cultura junto às Unidades das suas respectivas Áreas

Programáticas. Diante desse movimento, eles apoiaram a construção do Plano de Melhoria, junto a gestão local das unidades de saúde, auxiliando no diagnóstico, execução e monitoramento das ações junto a tríade da gestão local e demais lideranças das unidades que possam colaborar nesta etapa. Definiu-se também que as superintendências teriam como função facilitar as discussões nos seminários (RIO DE JANEIRO, 2018).

Após esse período, as unidades participaram do Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde, ao apresentar seus nós problemáticos no processo de trabalho relevando a significância para cada cenário. Essa fase consistiu na aplicação dos instrumentos de MCQ como Diagrama de Ishikawa, do Diagrama Driver, PDSA, entre outros, para identificação dos principais problemas identificados no processo de trabalho.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Geral**

Analisar a experiência dos profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro ao utilizar a Melhoria Contínua da Qualidade no seu processo de trabalho

### **4.2. Específicos**

- Compreender o entendimento dos profissionais sobre os instrumentos de Melhoria Contínua da Qualidade utilizados no Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde;

- Identificar potencialidades e dificuldades sob a perspectiva dos profissionais de equipes de Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro sobre a utilização do MCQ;

- Detectar como os profissionais das EqSF realizam o seu planejamento em saúde.

## **5. METODOLOGIA**

A metodologia da presente dissertação será apresentada a partir dos seguintes aspectos: a abordagem metodológica, as etapas de pesquisa, constituídas pela realização das entrevistas semiestruturadas e análise das entrevistas e por último as considerações éticas.

### **5.1 Abordagem metodológica**

O trabalho realizado baliza-se, inicialmente, na Sociologia Compreensiva que propõe que a subjetividade ocupe o lugar fundamental para identificação do sentido da vida social e inerente à construção da objetividade nas ciências sociais. Ao segui-la, não há preocupação em quantificar o que se observa, mas sim em compreender e buscar explicações para a dinâmica das relações entre os indivíduos (equipe e usuários) que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Os pesquisadores que optam por tal corrente trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. Contudo, as críticas revelam que o empirismo e o subjetivismo do pesquisador podem confundir o que observam e a fala que ouvem com a verdade científica além do envolvimento emocional com o seu campo de trabalho (MINAYO, 1993).

De acordo com Demo (1991), o cientista necessita questionar, em um primeiro momento. A partir desse ponto, a sua inquietação será o que irá permiti-lo ultrapassar uma simples descoberta para que possa realizar um rico diálogo com a realidade. À luz dos conhecimentos de Minayo (1993), o estudo qualitativo se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Assim, apresenta um enfoque no universo dos significados, motivos, aspirações, valores e atitudes correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Somente por meio dessa forma

de análise o investigador é capaz de captar as nuances e o que há de mais profundo que acontecem durante a execução das entrevistas.

A entrevista semiestruturada foi adotada como método de pesquisa, sendo considerada não somente uma forma de conversação, mas gerando a possibilidade de um direcionamento mais livre, com aberturas para que o entrevistado possa expor suas impressões e opiniões sobre o que é perguntado. No entendimento de Triviños (1987), essa maneira de entrevista parte de certos conhecimentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa. Em seguida oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta forma, o informante seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar do conteúdo de pesquisa.

Trata-se de uma conversação dirigida a um propósito definido, que não é a satisfação da conversação em si, pois esta última é mantida pelo próprio prazer de estabelecer contato sem ter o objetivo final de trocar informações, ou seja, diminuir as incertezas acerca do que o interlocutor diz (HAGUETTE, 2001). Segundo Fraser (2004), esse método de pesquisa traz diversas vantagens. Uma delas é o favorecimento de uma relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado. Assim, por meio das trocas verbais e não verbais que se estabelecem neste contexto de interação, permite-se uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais a respeito de situações e vivências pessoais. Outra vantagem é a flexibilização na condução do processo de pesquisa e na avaliação de seus resultados, visto que o entrevistado tem um papel ativo na construção da interpretação do pesquisador.

Fraser (2004) ainda nos diz que ao se dar o privilégio da fala dos atores sociais, a entrevista na pesquisa qualitativa permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. De outra maneira, pode-se dizer que a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao

mundo circundante. Deste modo, a entrevista dá voz ao interlocutor para que ele fale do que está acessível a sua mente no momento da interação com o entrevistador e em um processo de influência mútua produz um discurso compartilhado pelos dois atores: pesquisador e participante.

Todavia, Duarte (2004) questiona o fato de debates acadêmicos considerarem que a entrevista, principalmente aberta ou semiestruturada, possa ser um método coleta de informações pouco confiável, em virtude de ser excessivamente subjetivo. Para que exista uma maior confiabilidade desse método de pesquisa, e ele seja apontado como o mais adequado, é preciso que o cenário a ser abordado pelo pesquisador seja previamente avaliado. Cabe ao pesquisador avaliar a situação antes de sua entrada no campo, para escolher de quais recursos irá lançar mão.

As entrevistas são fundamentais quando se precisa ou deseja mapear práticas, crenças ou valores em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004). Ou seja, permite ao entrevistado contribuir no processo de investigação com liberdade e espontaneidade, sem perder a objetividade (ANDRADE, 2010).

A escolha da entrevista semiestruturada para esta pesquisa não deve ser considerada uma maneira banal de obter as informações desejadas. Trata-se de propiciar situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, de forma a “provocar” um discurso relativamente livre, mas que atenda aos objetivos da pesquisa e que seja significativo no contexto investigado e academicamente relevante.

## 5.2 Etapas da pesquisa

### Etapa 1: Realização das entrevistas semiestruturadas

As unidades que já participaram dos Seminários de Avaliação e Melhoria da Qualidade da APS apresentaram os quatro passos do ciclo PDSA. Contudo, devido às dificuldades internas e externas, como dito anteriormente, há a dúvida de como os profissionais das unidades conseguiram incorporar os instrumentos da MCQ à sua prática/ rotina de planejamento em saúde.

Selecionou-se como critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa para a realização das entrevistas os profissionais que fazem parte de unidades que já apresentaram seus planos no Seminário de Avaliação e Melhoria da Qualidade da APS; tempo de função do profissional entrevistado, por pelo menos um ano; ter Especialização/ Residência em Saúde da Família e ter vivenciado os Seminários de Avaliação e Melhoria da Qualidade da APS, o PMAQ e/ou *Accountability*.

A adesão dos profissionais foi voluntária. É relevante compreender que as unidades já desenvolveram seus processos de trabalho anteriormente e que a proposta não é jogar por terra o que foi construído até então. Como nos ensina Freire (2017), é preciso valorizar o conhecimento prévio do educando. É preciso que haja respeito à sabedoria adquirida por aqueles profissionais durante toda sua trajetória.

A presente pesquisa ocorreu nas Clínicas da Família (CF's) e Centros Municipais de Saúde (CMS's) do Município do Rio de Janeiro, junto da gestão local, que é composta pela tríade do gerente técnico (ou diretor) e os Responsáveis Técnicos (RTs) de Medicina e Enfermagem. Há o entendimento, também, de que exista outras figuras importantes para o compartilhamento do planejamento e das decisões, sejam preceptores, membros da equipe técnica e demais lideranças.

Os sujeitos de pesquisa foram escolhidos diante da compreensão do papel central que ocupam no cenário local, principalmente na atribuição do planejamento das atividades na Unidade de Atenção Básica e na íntima relação dos cargos com a promoção da qualidade dos serviços prestados. Franco, Santos e Salgado (2011)

apontam para a importância de focar o processo de planejamento como estratégia para solução de problemas, tendo em mente que o planejamento é uma atividade que antecede e precede a ação a fim de potencializar os resultados desejados. Para tal, há a necessidade de utilizar ferramentas para traçar planos e avaliar o desempenho de atividades cotidianas no seu âmbito de gestão.

Com o intuito de abarcar todas as Áreas Programáticas (APs) do MRJ, foi enviada a carta-convite (Apêndice B) por e-mail para o representante das unidades que apresentaram seus planos nos Seminários de Avaliação e Melhoria da Qualidade da APS. A seleção das unidades ocorreu após consulta a uma lista de posse da SUBPAV que contém as unidades que participaram dos Seminários e foi realizado sorteio randomizado, que garante a aleatoriedade dos entrevistados. Assim, o número máximo era de 30, caso tanto os Responsáveis Técnicos quanto os gerentes das unidades selecionadas apresentem os critérios de seleção.

Já em seu Manual do Diretor Técnico (2019), o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) considera que o RT tem a designação equivalente ao Diretor Técnico. Assim, tanto um quanto o outro têm o dever de zelar pelo padrão da qualidade assistencial da instituição e pela permanente avaliação da assistência prestada à população. O Conselho Federal de Enfermagem (2016) qualifica RT como profissional capaz de desenvolver a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de enfermagem em seus aspectos técnico, ético e seguro para a sociedade e seus pares. Isso posto, planejamento em saúde e qualidade assistencial são dois tópicos que passam a encontrar-se entrelaçados.

Todos os sujeitos de pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta no apêndice A. O roteiro de entrevista semiestruturada encontra-se no apêndice C.

É importante ressaltar que as entrevistas foram gravadas em um dispositivo de áudio, permanecendo salvas por 5 anos em um local onde somente o pesquisador, sua orientadora e seu coorientador terão acesso. Durante as entrevistas, não houve nenhum tipo de identificação dos participantes, como mais uma maneira de minimizar os riscos

da pesquisa. O material colhido será utilizado somente nesta pesquisa, como explícito no TCLE.

Após a realização das entrevistas o material foi transcrito para realização da análise.

## **Etapa 2: Análise das entrevistas realizadas**

O percurso analítico deste trabalho toma como referência os conhecimentos de Bardin (1977), que conceitua a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Assim, o itinerário se inicia na fase de pré análise, que é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; c) formulação das hipóteses e dos objetivos; d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 1977).

Em um segundo momento, ao entrar em contato com o material gravado, o pesquisador permite-se não ser literal, mas compreender o núcleo de sentido exposto, diretamente ou não, nas falas dos informantes. Dessa maneira, consegue-se organizar o que é achado por meio de categorias (sistemas de codificação) e identificar as unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem de frequência) e as unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a

unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Essa é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 1977).

Bardin (1977) nos ensina que é na terceira fase em que se realiza o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa em que há a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. Campos (2004) divulga que no universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados, deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (corpus), tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico numa abordagem naturalística.

A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção. O analista trabalha com vestígios da linguagem verbal e não verbal. Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles. Na realidade, este processo dedutivo ou inferencial a partir de índices ou indicadores, não é raro na prática científica. O médico faz deduções sobre a saúde do seu paciente, graças aos sintomas, por exemplo (BARDIN, 1977).

Campos (2004) destaca que o conteúdo de uma comunicação, não obstante a fala humana, é tão rica e apresenta uma visão polissêmica e valiosa, que notadamente permite ao pesquisador qualitativo uma variedade de interpretações. Talvez o maior nó em relação à abordagem desses conteúdos esteja em como visualizá-lo no campo objetivo, a princípio mais palpável; e no campo simbólico, ou seja, naquilo que não está aparente na mensagem. Isso remete a uma breve discussão sobre os limites dos “conteúdos manifestos” e dos “conteúdos latentes” de uma mensagem.

O analista também pode ser considerado com uma espécie de detetive, pois trabalha com índices cuidadosamente postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos. Se a descrição, a enumeração das características do texto, resumida após tratamento, é a primeira etapa necessária, e se a interpretação, a significação concedida a estas características, é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra (BARDIN, 1977).

Produzir inferências sobre o material coletado é a razão desse estudo ter escolhido a análise de conteúdo. Confere ao método relevância teórica, implicando pelo menos uma comparação onde a informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor. Um dado sobre conteúdo de uma comunicação não possui valor até que seja vinculado a outro e esse vínculo é representado por alguma forma de teoria. A partir deste ponto de vista, produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores. Situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção (CAMPOS, 2004).

### **5.3 Considerações Éticas**

Os procedimentos éticos no desenvolvimento do estudo respeitaram a resolução nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. E além disso, pela resolução nº 580/2018 que trata das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico envolvendo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Para entrada em campo, o pesquisador solicitou autorização por meio do Termo de Anuência Institucional (TAI), documento constando as atividades que serão desenvolvidas, sendo assinada pelas Coordenadorias Gerais de Atenção Primária das Áreas de Planejamento onde ocorrerão a pesquisa com identificação de cargo/função e respectiva assinatura. Esse projeto foi apresentado e

aprovado através do número 15664419.6.0000.5238, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery, acompanhado do TCLE, o qual foi apresentado aos participantes do estudo previamente à coleta de dados. A desistência pode ocorrer em qualquer momento, se este fosse o desejo do participante. O pesquisador se comprometeu com a manutenção do sigilo dos participantes, bem como com a confidencialidade dos dados coletados de forma que os sujeitos não sejam identificados pelos seus verdadeiros nomes e não gerando prejuízos à rotina de trabalho dos participantes nas unidades de saúde.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização dos sujeitos de pesquisa

Por tudo exposto anteriormente e para valorizar as nuances do que foi analisado, a pesquisa contou com um n= 11 profissionais entrevistados. As greves intermitentes e extensas além da instabilidade dos vínculos empregatícios tornam o cenário em que se encontra a APS carioca desfavorável para uma pesquisa que envolve a necessidade de entrevistas de profissionais.

O objetivo inicial era conseguir entrevistados de todas as 10 APS do município do Rio de Janeiro, porém, ao receber o convite por e-mail, muitos não responderam ou desmarcaram os encontros presenciais, ao alegar os motivos já citados. Foi preciso adotar outra estratégia para realização das entrevistas, se concentrando assim em uma grande região composta pelas APS 3.1, 3.2, 3.3.

Em relação à faixa etária dos entrevistados, a maioria (63%) apresenta entre 36 a 40 anos, como pode ser observado no quadro 3.

**Quadro 3- Distribuição segundo faixa etária dos entrevistados**

| VARIÁVEL | 30 A 35 ANOS | 36 A 40 ANOS | ACIMA DE 40 ANOS |
|----------|--------------|--------------|------------------|
| IDADE    | 9%           | 63%          | 28%              |

No que tange a formação profissional, a maioria (46 %) é composta por enfermeiros, de acordo com o quadro 4.

**Quadro 4- Distribuição segundo categoria profissional dos entrevistados**

| VARIÁVEL  | MEDICINA | ENFERMAGEM | NUTRIÇÃO | ODONTOLOGIA |
|-----------|----------|------------|----------|-------------|
| CATEGORIA | 36%      | 46%        | 9%       | 9%          |

Em relação ao tempo em que a formação foi finalizada, a maioria (55%) dos entrevistados já terminaram sua formação no nível superior há mais de 10 anos. Em relação ao tempo em que os entrevistados estão nos seus cargos varia. A maioria dos entrevistados (46%) está em seus cargos no período situado entre 6 a 10 anos, já 36% dos entrevistados entre 1 a 5 anos e tão só 18% exercem suas funções há mais de 10 anos (Quadro 5).

**Quadro 5: Distribuição segundo tempo de formação e função dos entrevistados**

| VARIÁVEL          | 1 a 5 ANOS | 6 a 10 ANOS | ACIMA DE 10 ANOS |
|-------------------|------------|-------------|------------------|
| TEMPO DE FORMAÇÃO | 9 %        | 36%         | 45%              |
| TEMPO DE FUNÇÃO   | 36%        | 46%         | 18 %             |

No que diz respeito à função exercida, a maioria (55%) dos entrevistados ocupam o cargo de gerente, enquanto 36% são Responsáveis Técnicos em Medicina e apenas 9%, Responsáveis Técnicos de Enfermagem (Quadro 6). Não houve nenhum diretor entrevistado. Percebe-se que o total de nutricionistas e dentistas, além de 80% dos enfermeiros entrevistados ocupam o cargo de gerente. Isso pode ser relevante pois as graduações citadas, principalmente de odontologia e de enfermagem estimulam o

planejamento durante seus cursos, o que nos leva crer que o incentivo à esta cultura desde o período de formação pode interferir na prática profissional.

**Quadro 6: Distribuição segundo a função dos entrevistados**

| VARIÁVEL | RT ENFERMAGEM | RT MEDICINA | GERENTE |
|----------|---------------|-------------|---------|
| FUNÇÃO   | 9%            | 36%         | 55%     |

Isso posto, nota-se que os entrevistados são profissionais com relevante experiência gerencial e com largo tempo de formação, tornando-os qualificados em suas atuações na APS.

## **6.2 Análise de discurso**

A segunda parte da entrevista leva em consideração questões relacionadas ao processo de trabalho. Dos entrevistados, nenhum classificou como ótimo o seu trabalho atualmente. Já 36 % dos informantes acham que desempenham um papel ruim e 54 %, regular. Somente 10 % dos questionados rotulam o seu trabalho como bom. Os entrevistados levantaram situações do cenário atual, como períodos extensos de greve, rotatividade de profissionais e supressão de equipe, como motivos que interferem na classificação apresentada.

Do exposto, os profissionais que desempenham papéis de Responsabilidade Técnica consideram que o acúmulo de função assistencial e da gestão local interfere na qualidade do processo de trabalho. Realizar atendimentos aos pacientes, vigilância das linhas de cuidado e administrar as demais questões como organização de agenda e de encaminhamentos interferem negativamente na qualidade da sua contribuição para a gestão da unidade. Isso se dá porque esses profissionais exercem dupla função: de

membro da equipe, prestando assistência e demais atribuições que os compete, e de gestão local.

Tanto os RTs quanto os gerentes deixaram claro que o panorama vigente na APS no MRJ impacta desfavoravelmente quesitos como redução do número de equipes, o que leva ao elevado número de indivíduos cadastrados por equipe, e consequente piora da coordenação do cuidado, alta rotatividade dos profissionais, principalmente médicos seja pelo frágil vínculo empregatício, já que em outros cenários podem conseguir remuneração mais atraente ou até mesmo maior estabilidade, em caso de concursados.

Questões como essas não se circunscrevem apenas no município do Rio de Janeiro. O Brasil como um todo tem sofrido impactos, inclusive por conta da publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 (Brasil, 2017). Ao considerar a alteração da composição das EqSF, ao propor a não obrigatoriedade do Agente Comunitário de Saúde e permitir que haja até três profissionais da mesma categoria para exercer a carga horária de 40 horas semanais, e relativizar a cobertura da APS, a nova PNAB traz possibilidade de mudança de rumos da AB nacional (MOROSINI et al, 2018). Assim, a AB tradicional torna-se atraente para ser o modelo adotado pelos municípios, principalmente pela redução de gastos e pelo apoio financeiro.

Outro motivo pode ser o de enxergarem a Atenção Básica (AB) como algo temporário até passarem no Programa de Residência da especialidade desejada, ou seja, pela alternância de médicos já programada a cada 2 anos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. O fato principal levantado por todos, inclusive pelos que consideram o seu trabalho como bom, é que as sucessivas e longas greves interferem fortemente na qualidade do trabalho, primordialmente no valor do cuidado ofertado. Os que ponderam seu trabalho como “bom” o fazem por entenderem que cumprem o seu melhor, “mesmo no caos”

Também foi questionado quanto à forma que os profissionais realizam o planejamento em saúde. Todos os entrevistados revelaram que realizam reuniões (seja com membros da equipe, por categoria profissional ou com os colaboradores de todas as categorias profissionais da unidade). Todavia, 86 % dos informantes relatam que as

reuniões não acontecem na periodicidade prevista (semanal). 43% dos entrevistados dizem que realizam suas reuniões de equipe quinzenalmente e 14 % a “cada dois meses”. Essa frequência encontra-se abaixo da média da realização de reuniões semanais (79,5%) em municípios da região Sudeste que possuem acima de 100.000 habitantes. Entretanto, os entrevistados apontam para a ênfase ao planejamento das ações e organização dos processos de trabalho e da equipe nas reuniões. Assim, apresentam-se em consonância com as demais equipes da região Sudeste acima de 100.000 habitantes (DA CRUZ et al, 2014). Todos os entrevistados que destacaram o cenário desfavorável, devido aos fatores já descritos, como impeditivo para realizar as reuniões de equipe semanalmente. Como representa a fala do entrevistado 6: “Agora quase uma (reunião) a dois meses por causa da greve”.

Somente 10 % informam que utilizam os indicadores em saúde fornecidos por planilhas específicas da sua unidade ou por relatórios concedidos pelo prontuário eletrônico para nortear as ações a serem discutidas em reunião. Desta maneira, essa caracterização encontra-se muito aquém da utilização das metas dos municípios pelas EqSF em cidades da região Sudeste com mais de 100.000 habitantes conforme os ensinamentos de Cruz et al (2014). No presente trabalho, apenas 10% levam em consideração a opinião dos usuários para realizar o planejamento da sua equipe.

O Ministério da Saúde (2010) entende que os usuários compreendem qualidade a obtenção dos benefícios diante das demandas e expectativas, de acordo com os seus problemas de saúde. O desconhecimento de quais são as necessidades dos pacientes pode direcionar o olhar da equipe somente para dentro dela mesma, o que pode ser um erro. Campos (2005) esclarece que os critérios para a caracterização da qualidade em saúde não são absolutos, mas dependem do lugar que o sujeito ocupa no sistema de saúde. Por um lado, os usuários buscam a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde. Já os profissionais valorizam, em sua maioria, satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde e um bom ambiente de trabalho, incluindo o conforto, a segurança.

A semana padrão na APS prevê um turno por semana reservado para o planejamento via reunião. Isso se dá para que seja possível a realização da programação da equipe, bem como avaliação e discussões do processo de trabalho (RIO DE JANEIRO,2016). Porém, a pesquisa esclarece que períodos frequentes de greve, rotação de membros na equipe ou até mesmo sua incompletude provocam a irregularidade da frequência das reuniões e comprometem a qualidade da organização do processo de trabalho interno. Chorny, Kuschmir e Taveira (2008) nos mostram que o principal objetivo do planejamento em saúde é contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível. Apesar de parecer evidente os autores deixam claro que é necessário que essas atividades tenham explícitas em que poderão contribuir para que a população seja mais adequadamente tratada – e assim a gestão dos meios passa a ser um fim em si mesmo.

Outra maneira de fazer o planejamento é por meio de encontros diários, preferencialmente no início ou no final do dia com objetivo de avaliar e planejar as ações cotidianas e agilizar a tomada de decisões pela equipe (RIO DE JANEIRO, 2016).

De acordo com 14% dos entrevistados que utilizam esse recurso, em sua unidade, faltam profissionais da sua categoria e apresentam dificuldades de participar das reuniões de equipe, já que há a necessidade de não interromper o acesso, mesmo durante o momento da reunião. Entretanto, essa configuração pode prejudicar a organização da EqSF uma vez que, de acordo com o estudo de Cruz *et al* (2014), os principais temas das reuniões de equipe são organização do processo de trabalho e do serviço, discussão de casos e planejamento das ações da equipe. Assim sendo, a não participação de um membro da equipe pode comprometer a execução do que foi acordado coletivamente.

Ao elaborar o Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde, a SUBPAV previu que poderia auxiliar no planejamento e na qualificação do trabalho. No total dos entrevistados, somente 18% já tinham tido contato prévio com os instrumentos da MCQ, principalmente nos Programas de Residência ou de Pós-graduação.

A identificação e compreensão do nó crítico são partes fundamentais para a equipe identificar como atuar de maneira a resolver o seu problema. Dos entrevistados, somente 43% declararam que participaram ativamente na elaboração dos Planos de Melhoria da Qualidade da sua unidade. Desses, 66% indicaram que não contaram com apoio de outros membros da sua equipe. Já 33% informaram que conseguiram realizar o itinerário completo com apoio de toda a equipe (o que corresponde a somente 14% do total de entrevistados). Vale, portanto, refletir que possuir o instrumento não garante a institucionalização dos mesmos na prática.

Zarafian (2001) aponta que há um grande número de disfunções, de desperdícios de recursos ou de maus desempenhos nas empresas. Isso se deve, principalmente, pela má qualidade da cooperação entre os atores. Participar das implicações de uma situação profissional possibilita dar um sentido coletivo às ações, construindo um futuro comum. Participar das implicações significa igualmente saber o que se pode partilhar e o que deverá seguir no campo de interesses antagônicos. Ou seja, para obter sucesso no engajamento e na construção coletiva, a equipe precisa compreender o sentido comum da ação.

De todos os entrevistados, 57% disseram que não se envolveram com a identificação do nó crítico e nem com a elaboração do Plano de Melhoria da Qualidade na sua unidade. Desses, 75% informaram que os gerentes foram os responsáveis pela elaboração de todo o planejamento. Já 25% dos entrevistados relataram que os incumbidos foram os RTs. Fica claro, então, que esses processos ficam centrados em poucos profissionais que compõem as equipes não horizontalizando de fato as decisões.

Percebe-se, portanto, que o Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde não conseguiu promover um momento em que a gestão local se unisse para analisar seus problemas e desenvolvesse formas conjuntas de resolvê-los. Assim, é possível realizar o questionamento se os participantes captaram o objetivo do Seminário ao promover a gestão autônoma do processo de trabalho. Chorny, Kuschnir e Taveira (2008) nos ensinam que se os objetivos não estão claros, ainda que se possa alcançar algum controle sobre as atividades que são realizadas e o consumo de recursos e fazer com que as coisas “andem”, este é um processo sem

planejamento, sem direção, sem que se saiba aonde se quer chegar e sem saber onde nos levarão os caminhos que está sendo trilhado. Portanto, o objetivo de apoiar o planejamento em saúde das Unidades Básicas de Saúde não foi alcançado em sua plenitude.

Entretanto, todos os entrevistados avaliaram de forma positiva o Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde. Ao serem questionados, trouxeram elogios como “fabuloso”, “positivo” e “uma proposta muito boa e válida”. Também ressaltaram a dificuldade de se pôr em prática os planos traçados inicialmente devido aos obstáculos já citados como períodos extensos de greve, supressão de equipes e alta rotatividade de profissionais. Como percebe-se na fala a seguir do entrevistado 6:

Nos últimos quatro anos, não deixa a gente dar sequência a nada que a gente pensa. É primeiro a questão do atraso salarial, e segundo a questão de estabilidade no emprego, você não sabe o que vai acontecer. A gente na (CAP) 3.1 viu até outubro do ano passado a incerteza se ia estar empregado ou não.

Também foi destacado o sentido de apoio do Seminário aos profissionais ao salientar que não continha um caráter punitivo, paralelo feito às demais formas de incentivo à MCQ, como PMAQ e *Accountability*, na percepção dos entrevistados. Portanto, considera-se uma boa proposta, mas com impasses para ser executada de forma satisfatória dentro do que é objetivado, de forma contínua. Conforme as transcrições da fala a seguir:

O *Accountability* e o PMAQ criavam um clima ruim nas unidades porque tínhamos a sensação que sempre viria alguém de fora pra punir a gente, pra fiscalizar. Já no Seminário deu pra entender que a ideia era ajudar a equipe e se enxergar melhor (ENTREVISTADO 9).

Tal fala se assemelha muito ao senso comum do que é avaliação, um tanto quanto ultrapassada, que associa avaliação a punição. Avaliação é a emissão de um juízo de valor sobre algo.

Quanto à preparação para a participação no Seminário, os entrevistados apresentaram os mais diversos sentimentos. 43% declararam que acharam fácil e

resolutivo, se sentindo bastante à vontade com a atividade. Em contraposição, 14% informaram que acharam difícil pois não contaram com apoio da equipe na elaboração dos planos. Já 29% disseram que não conseguiram participar ativamente por sobreposições de tarefas dentro da rotina de trabalho e por isso não poderiam opinar. Outros 14% também alegaram que não seriam capazes de definir como se sentiram durante esse processo pois fazia “muito tempo” que já tinha ocorrido. O Entrevistado 10 ressaltou que “nós não conseguimos nos reunir para fazer esse planejamento porque sempre tem muita coisa pra fazer: atendimentos, etc. Então eu fiz sozinho”.

Ao considerar sua participação no Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde, 63% dos entrevistados consideraram que poderiam ter feito melhor já que “seria mais produtivo se o plano tivesse sido bem debatido coletivamente na unidade. Me sentiria representando minha Clínica” (ENTREVISTADO 11). Já 27% acharam a experiência “motivante”, e 10% disseram que não poderiam classificar pois não lembravam como tinha sido devido ao tempo que tinha já decorrido. Em relação à utilidade prática, 71% revelaram que os instrumentos de MCQ fornecidos estão sendo úteis. Mesmo não sendo posto em prática, servem para as equipes refletirem sobre o processo de trabalho. Como resalta o entrevistado 9 ao dizer que “Os instrumentos são úteis porque fazem a gente entender o melhor caminho pra atingir as metas, mas não conseguimos fazer tudo aquilo que planejamos “

A última parte da entrevista leva em consideração a análise dos entrevistados sobre o Seminário. Quando o assunto é o que eles compreenderam sobre o objetivo do Seminário, foram relatadas considerações como “nortear, organizar e estimular o planejamento”, “incentivar a olhar os indicadores de saúde locais” e, principalmente, “melhorar a qualidade do serviço ofertado à população” como resume bem o entrevistado 6 :

Ajuda a pensar os processos que não estão funcionando dentro da unidade. Eu acho que ele ajuda isso quando você leva para a discussão, entendeu? Nesse caso ajuda você a pensar se aquele problema é realmente do tamanho que você acha que ele é. Ele ajuda você em como discutir com outras pessoas a pensar nas soluções, em como implantar essas soluções, porém, é aquilo que eu falei anteriormente a gente não consegue levar isso para a frente na situação que a gente está vivendo no Rio.

Logo, compreende-se que os informantes levam em consideração um conceito trazido pelo Ministério da Saúde (2010) que é o da Gestão pela qualidade total, que pode ser traduzido como

um compromisso com a excelência, permitindo a satisfação de todas as partes interessadas na organização, a satisfação e foco nos usuários internos e externos, apoio e estímulo do nível superior da gestão, buscar a eficiência e a eficácia dos processos (MS, 2010, p.44).

As principais potencialidades trazidas sob a perspectiva dos entrevistados foram as de poder separar um momento do seu trabalho e trabalhar os indicadores de saúde locais com o intuito de melhorar a qualidade do serviço ofertado. Incentivar a equipe a olhar para o seu próprio trabalho e poder interpretar os indicadores e ser capaz de aprimorá-los ao levá-los para as reuniões, sejam por categoria, de equipe ou geral.

Os Seminários foram uma maneira de fazer a gente conseguir se enxergar como equipe. Foi um momento que a gente se olhou e viu onde poderíamos melhorar. Mais do que isso, foi um momento que vimos como melhorar (ENTREVISTADO 7).

Contudo, os principais percalços encontrados são a falta de cultura de utilizar a MCQ para orientar o processo de trabalho, o que leva os profissionais a não debaterem suas práticas baseadas em instrumentos. Também foram levantados os poucos relatórios fornecidos pelo e-sus, fator que causa maior obstáculo para conseguir os dados dos indicadores locais. O pouco engajamento da equipe foi enfatizado, fato que está intimamente relacionado à falta de cultura das Unidades de Atenção Básica em utilizar os instrumentos da MCQ como norteador no aprimoramento do serviço proposto.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades e as expectativas dos usuários são o ponto de partida para a melhoria da qualidade, não havendo sentido propor melhorias se não agregarem valor ao usuário do serviço. Isso implica em que as organizações criem um movimento contínuo de melhorias, cujo objetivo não seja somente alcançar padrões de atenção à saúde, mas sim aprimorar o serviço ofertado. De uma outra forma, é importante que a pessoa que procura a unidade de saúde não somente tenha sua demanda resolvida, mas que também receba a melhor resposta para seus anseios.

Ressalta-se que, no campo da qualidade em saúde, trabalha-se com a premissa de que bons processos de trabalho podem levar a bons resultados, principalmente quando as equipes conseguem identificar os objetivos a serem trabalhados. Assim sendo, é de suma importância a qualificação das equipes de Atenção Primária à Saúde para o empoderamento e para a promoção da gestão autônoma do seu processo de trabalho. Logo, a institucionalização da cultura do planejamento em saúde e da avaliação é vital para que isso possa acontecer.

A avaliação não deve ser entendida com um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças. Dessa forma, é imprescindível que haja a criação de uma nova cultura nos serviços de saúde, principalmente na APS: a do planejamento em saúde com utilização de ferramentas como as da MCQ.

Para que um programa de garantia ou de melhoria contínua da qualidade cumpra os seus propósitos, são necessárias as seguintes condições: motivar alterações concretas que busquem gerar um serviço de melhor qualidade; eleger os líderes e os incumbidos pelas ações; obter apoio da gestão local para proporcionar as condições que não estão ao alcance da equipe, de forma a catalisar a melhoria de qualidade.

Desta forma, percebe-se que a desestruturação das condições de trabalho interfere negativamente de forma intrínseca na ausência do processo frequente da Melhoria Contínua da Qualidade. Assim, expõe-se que os sistemáticos atrasos salariais deflagram a fragilidade da gestão do MRJ ao cumprir seus compromissos com os profissionais da AB. Como consequência, há a resposta por meio de extensas e recorrentes greves, como maneira de luta para garantir seus direitos e, portanto, gera-se prejuízo na assistência e na coordenação do cuidado.

Pode-se, também, adicionar outros quesitos que atrapalham a institucionalização da cultura avaliativa como supressão de equipes, o que gera aumento do número de cadastrados por equipe. Assim, cria-se o dano nas ações primordiais como vigilância e ofertado do cuidado coordenado. Outro agente que inibe o planejamento em saúde são as vacâncias nos quadros das equipes técnicas (principalmente médicos) em todo o MRJ. Este fato influencia no papel da enfermagem que, adicionada às suas atribuições habituais, não contam com apoio médico para o cuidado. Assim, sobrecarregam-se e prejudicam o seu papel primordial: a de coordenação da equipe.

Outro aspecto relevante é a existência de uma rotatividade desses profissionais, especialmente médicos, seja pelos atrasos salariais já citados ou pelas condições locais do trabalho e do território, como a insegurança gerada pela violência, morosidade na manutenção da infraestrutura, falta de insumos, entre outros fatores. Também é relevante notar que há um número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade aquém da necessidade da rede, ou até mesmo pelos vencimentos mais atraentes ofertados no mercado particular.

Isso posto, considera-se que esses são obstáculos que atrapalham o planejamento pelas EqSF, já que não compreendem o sentido de realizar avaliação em saúde em meio a um panorama com diversos fatores desfavoráveis, que não os dá condições de fazer um movimento cíclico e fluido.

É válido notar que os profissionais da APS consideram que as ações que estimulam o planejamento em saúde, como os Seminários de Avaliação e Melhoria Contínua da Qualidade da APS, são importantes. Entretanto, as condições acima descritas dificultam

o engajamento dessas atividades. Assim, elas são interpretadas como tarefas pelas equipes ou, até mesmo, nem chegam a participar da coletividade do planejamento, que se concentra na gestão local com o objetivo de não sobrecarregar a EqSF.

## 8 RECOMENDAÇÕES

A incumbência do Mestrado Profissional é de impulsionar estudos que promovam o desafio cotidiano de encontrar soluções aos problemas diários, de formular políticas e desenvolver estratégias que estimulem efetivamente a mudança de estruturas e práticas insuficientes e/ou inadequadas para o enfrentamento e resolução dos problemas existentes.

Diante disso, serão apresentadas algumas recomendações que buscam contribuir para o avanço da Melhoria Contínua da Qualidade no município do Rio de Janeiro.

Para que a cultura da avaliação e do planejamento de saúde seja criada, é crucial sensibilizar os profissionais de saúde desde a graduação. Logo, sugere-se que o Ministério da Educação reformule as Diretrizes Nacionais Curriculares com o intuito de haver disciplinas que possam englobar instrumentos como MCQ e demais ferramentas que auxiliem no planejamento em saúde. Assim, há a contribuição na formação dos graduandos da área de saúde, uma vez que os cursos de enfermagem e odontologia possuem maior intimidade com o tema. Isto posto, acredita-se que as unidades são o alicerce da transformação dos serviços de saúde logo, recomenda-se estender e ampliar os temas como avaliação e planejamento em saúde para os demais cursos como medicina, nutrição, educação física, serviço social e fisioterapia, por exemplo.

Acredita-se que as ações que estimulem a cultura organizacional de práticas do planejamento em saúde por meio de atuações da gestão municipal, como os Seminários de Avaliação e de Melhoria da Qualidade da APS ou outros, sejam essenciais. No entanto, tem de haver a possibilidade de adaptação às necessidades das EqSF. Assim, o incentivo também das gestões regional e local para que esse processo se consolide de forma institucionalizada, e não somente a cargo da experiência de cada colaborador.

Nota-se que o planejamento em saúde necessita de um terreno estável para fincar-se como uma cultura institucional. Então, é capital que haja uma proposta de vínculo trabalhista baseado no Plano de Cargos e Salários para os trabalhadores da APS, além da regularização dos pagamentos de salários. Desta maneira, os profissionais podem se sentir seguros e identificar a ESF como seu plano de carreira. Assim, evita-se a rotatividade e a vacância de profissionais.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.B.P. **Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

ARAH, O.A; WESTERT, G.P.; HURST, J.; KLAZINGA, N.S. **A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project**. International Journal for Quality in Health Care. 2006;18(Suppl 1):5–13.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARKER, P. **Improving quality: Theories of change**. Institute of Medicine; Washington, DC: Jan 28, 2015.

BAZONI, A.A.F. et al. **Implantação do diagrama de ishikawa em uma empresa do segmento de tintas e materiais para construção, para solucionar problemas de estocagem e recebimento**. Gestão em Foco, São Paulo, v.15, n.7, p.227-238, dez, 2015

BBC – British Broadcasting Corporation. **Por que o Brasil ainda não conseguiu entrar na OCDE, o clube dos países ricos**. Disponível em <https://www.bbc.com/>. Último acesso em 04/11/2018.

BERWICK D.M; JAMES B; COYE M.J. **Connections between quality measurement and improvement**. Medical Care. 41 (1 Suppl): I30–I38, 2003.

BOUCAR M; HILL K; COLY A; DJIBRINA S; SALEY Z; SANGARE K; KAMGANG E; HILTEBEITEL S. **Improving postpartum care for mothers and newborns in Niger and Mali: A case study of an integrated maternal and newborn improvement programme**. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 121(Suppl 4):127–133, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Normas de Auditoria** / Diretora, Deildes de Oliveira Prado et al. Brasília: 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 0509/2016**. Dispõe sobre A Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico. Disponível em <[www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br)>. Último acesso em 02/03/2020.

BROOK, R.H.; DAVIES-AVERY, A.; GREENFIELD, S. et al. **Assessing the quality of care using outcome measures: An overview of the method**. *Medical Care*. Sept.15(9) Supplement:1–165, 1977.

CAMPOS, C.E.A. **Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde**. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 5 (Supl 1): S63-S69, dez., 2005

CAMPOS, C.J.G. **Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília (DF) set/out;57(5):611- 4, 2004.

CARINCI, F.; VAN GOOL, K.; MAINZ, J.; VEILLARD, J.; PICHORA, E.C.; JANUEL, J.M.; ARISPE, I.; KIM, S.M.; KLAZINGA, N.S. **Towards actionable international comparisons of health system performance: Expert revision of the OECD framework and quality indicators.** International Journal for Quality in Health Care. 27(2):137–146, 2015.

CHORNY, A; KUSCHNIR, M; TAVEIRA, M. **Planejamento e Programação em Saúde: Texto para Fixação de Conteúdos e Seminário.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008

COSTA, P.L. **A qualidade - evolução do conceito.** IPP/ ISCAP, Porto. 2013.

CRUZ, M.A. da; SOUZA, R.B.C. de; TORRES, R.M.C; ABREU, D.M.F. de; REIS, A.C; GONÇALVES,A.L. **Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica.** Rio de Janeiro. Ver. Saúde Debate. V. 38, N. ESPECIAL, P. 124-139, OUT 2014

CURRIE, J.; LIN, W.; MENG, J. **Addressing antibiotic abuse in China: An experimental audit study.** 2014. unpublished.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care.** Milbank Memorial Fund Quaterly. pp 166-203; 1966

DONABEDIAN, A. **Explorações na avaliação da qualidade e Vol Monitoring.1. A definição de Qualidade e abordagens para a sua avaliação.** Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Méd, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov, 1990.

DONABEDIAN, A. **Uma introdução à garantia de qualidade nos cuidados de saúde.** 1.ed. New York, NY: Oxford University Press, 2003

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas.** Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, Editora UFPR, 2004.

FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SEIDL, H.; GAGNO, J. **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB.** Rio de Janeiro, 2014.

FORSETLUND, L.; BJORNDAL, A.; RASHIDIA, A.; JAMTVEDT, G.; O'BRIEN, M.A.; WOLF, F.; DAVID, D.; ODGAARD-JENSEN, J.; OXMAN, A.D. **Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009.

FRANCO, C.M.; SANTOS, S.A.; SALGADO, M.F. **Desafios da média gerência na saúde. Manual do Gerente: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.** Biblioteca de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ, p.208, 2011

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. **Da Fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa Qualitativa.** Paidéia, 14 (28), 139 -152, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 55.ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2017.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2001.

HULTON, L.A.; MATTHEWS, Z.; STONES, R.W. **A framework for the evaluation of quality of care in maternity services**. Highfield, Southampton, UK: University of Southampton; 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) **Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare**; Editor: Kathleen N. Lohr. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE, **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**, United States of America, 2001.

JAMES, C. **Theory of Change Review: A report commissioned by Comic Relief**. 2011

JURAN, J. **Quality control handbook**. Nova York: McGraw-Hill, 1951.

Lei nº 6417 de 6 de Novembro de 2018. **Obriga o Poder Executivo Municipal a publicizar na Rede Mundial de Computadores informações acerca da fila de espera para serviços e/ou ações de saúde e dá outras providências**. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2018.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: FSP-USP, v. 3. 241, 1998.

MARTINS, M. **Qualidade do cuidado em saúde**. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25.ed.rev.atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINICUCCI, A. **Técnicas do trabalho de grupo**. São Paulo: Atlas, 2001

MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 42, N. 116, P. 11-24, jan-mar 2018

ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICOS disponível em <https://www.oecd.org>. Último acesso em 04/11/2018

PORTELA M.C; MARTINS M. **Caderno de estudo: gestão da qualidade em saúde**. In: LOPES C.M.B.; BARBOSA, P.R.; SILVA V,C.; organizadores. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2008. Programa de Gestão em Saúde, Ensino a distância da ENSP/Fiocruz e Universidade aberta do Brasil. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Material didático de curso de educação a distância).

RIO DE JANEIRO, CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual do diretor técnico** / org. pelo CPEDOC. - 9. ed., rev., atual. e ampl. - Rio de Janeiro, 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Rio de Janeiro, edição revista, atualizada e aumentada: SMS, 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Disponível em [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf). Acessado em fevereiro de 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Relatório de Gestão CAP 3.1.**, Rio de Janeiro, 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Instrutivo para a criação e apresentação de planos de Melhoria da Qualidade**. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Rio de Janeiro, 2018.

SORANZ, D.; PISCO, L.A.C. **Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):679-686, 2017.

SORANZ, D.; PINTO L.F.; PENNA, G.O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro**, Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1327-1338, 2016.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Quality Improvement for General Practice: a guide for GPs and the whole practice team**. The Royal College of General Practitioners. Q. Londres, Ed 1, 2015

TRIP D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. *Educ. Pesqui.* v.31, n.3, pp.443-466. 2005.

VUORI, H. **A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate**. CEBES: Londrina, 1991.

WERKEMA, M.C.C. **Ferramentas estatísticas básicas para o gerenciamento de processos**. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni, 1995.

WILLIAMS, R. L. **Como Implantar a Qualidade Total na sua Empresa**. 1.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

## Apêndice A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Análise da Avaliação de processos de Melhoria Contínua da Qualidade por equipes de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro sob a perspectiva dos profissionais.”, que tem como objetivo central: Analisar a experiência das equipes de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em utilizar a Melhoria Contínua da Qualidade no seu processo de trabalho

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder as perguntas de uma entrevista semiestruturada, que será realizada de forma individual, com gravação de áudio, para que possa ser feita a transcrição. Somente os pesquisadores terão acesso ao áudio. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os riscos desta pesquisa são a possível identificação do participante e comprometer, mesmo que de forma mínima, o bom funcionamento da sua rotina de trabalho. O responsável pela realização do estudo se compromete a não divulgar o nome do(a) entrevistado(a) e nenhum outro dado que possa o(a) identificar além de pactuar o melhor horário e dia para a realização da pesquisa. Além disso, apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. As entrevistas gravadas, serão transcritas e armazenada em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e seus orientadores. Assinando esse consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera o pesquisador de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) deverá

se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. O pesquisador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para promover uma reunião de conhecimentos acerca da aplicabilidade da Melhoria Contínua da Qualidade como uma forma de aperfeiçoar o processo de trabalho das equipes atuantes na Atenção Primária à Saúde no modelo Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda do pesquisador por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos dos Comitês de Ética e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Participante: Nome: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador: Nome: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato pelos endereços de e-mail e telefones abaixo:

Orientadores: Ana Laura Brandão (alaurarandao@gmail.com) Tel. (21) 99831-2400/  
Leonardo Graever (leograever@gmail.com ) Tel. (21) 992657883

Pesquisador: Maurício Ramos Pereira ([drmauricioramos@gmail.com](mailto:drmauricioramos@gmail.com)) – Tel. (21)988873881

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-39380962  
E-mail: [cepeeanhesfa@gmail.com](mailto:cepeeanhesfa@gmail.com) ou  
[cepeeanhesfa@eean.ufrj.br](mailto:cepeeanhesfa@eean.ufrj.br)

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de  
Saúde do Rio de Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga(Instituição  
Coparticipante), 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de  
Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-  
mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

## Apêndice B

### CARTA CONVITE

Prezado Gerente/Diretor e Responsáveis Técnicos,

Gostaria de convidá-los para participar do estudo que irei desenvolver como aluno do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde pela Universidade Federal Do Rio de Janeiro, intitulado **Análise da Implementação de processos de Melhoria Contínua da Qualidade por equipes de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro sob a perspectiva dos profissionais.**

O objetivo principal deste estudo é analisar a experiência das equipes de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em utilizar a Melhoria Contínua da Qualidade no seu processo de trabalho

Solicito a sua colaboração para participar da entrevista que será realizada em ambiente protegido com gravação em áudio, para que possa ser feita a transcrição. Somente os pesquisadores terão acesso ao áudio.

A escolha do tema de pesquisa está diretamente relacionada à minha trajetória profissional na Atenção Primária em Saúde. Como Médico de Família e Comunidade, o interesse em gestão em saúde fez com que observasse que o planejamento em saúde pode ser um aliado para o aperfeiçoamento das práticas organizacionais e assistenciais. No entanto, a utilização da Melhoria Contínua da Qualidade não é uma prática inerente ao nosso meio.

**Caso tenha interesse em contribuir com a pesquisa, basta confirmar a sua participação respondendo a esse e-mail. O prazo para resposta é de 10( dez) dias.**

Agradeço a sua disponibilidade em receber o meu convite e conto com você para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Carioca

Atenciosamente,  
Maurício Ramos Pereira  
Tel. (21) 988873881

## Apêndice C

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA**

#### **1) Características do entrevistado**

Quantos anos você tem?

Qual a sua formação? Há quanto tempo você é formado? Qual cargo você exerce? Há quanto tempo?

Possui especialização ou residência em Saúde da Família/ Enfermagem da Família / Medicina de Família?

#### **2) Atividades e instrumentos da Melhoria Contínua da Qualidade**

Você já vivenciou o PMAQ ou o Accountability?

Como você avalia o processo de trabalho da sua equipe?

Como você realiza o planejamento da sua equipe?

Você participou da escolha do problema e da elaboração do plano de melhoria? Se não, quem o escolheu?

Você já teve contato com instrumentos da Melhoria Contínua da Qualidade anteriormente ao Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde?

Como você avalia o Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde?

Como foi para você a preparação do material e uso das ferramentas antes do Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde

Como foi para você a sua participação durante o Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde?

Como foi para você o uso dos instrumentos da Melhoria Contínua da Qualidade subsequente ao Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde? Foram aplicados? Estão sendo úteis?

### **3) Finalidades**

Quais os objetivos do Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde?

Quais as potencialidades do Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde?

Quais as dificuldades encontradas para o Seminário de Avaliação e Planos de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde?