

Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro

Quality improvement: an analysis from the perspective of professionals from the primary health care teams in the city of Rio de Janeiro

Mejora continua de la calidad: un análisis desde la perspectiva de los profesionales de los equipos de atención primaria de salud del municipio de Rio de Janeiro

Maurício Ramos¹, Ana Laura Brandão², Leonardo Graever³, Carlos Eduardo Aguilera Campos⁴

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) / Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) / Faculdade de Medicina (FM) / Mestrado Profissional de Atenção Primária à Saúde (MPAPS). Rio de Janeiro - RJ.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP FIOCRUZ, Rio de Janeiro - RJ.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) / Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) / Faculdade de Medicina (FM) / Mestrado Profissional de Atenção Primária à Saúde (MPAPS). Rio de Janeiro - RJ.

⁴ Carlos Eduardo Aguilera Campos: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) / Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) / Faculdade de Medicina (FM) / Mestrado Profissional de Atenção Primária à Saúde (MPAPS). Rio de Janeiro - RJ.

Resumo

Introdução: A melhoria contínua da qualidade (MCQ) em saúde pode ser conceituada como um compromisso de melhorar continuamente a qualidade do cuidado, centrando-se nas preferências e necessidades das pessoas que usam os serviços. No Brasil, entre os anos de 2009 e 2016, houve grande incentivo à avaliação do desempenho e melhoria da qualidade das equipes de saúde da família (eSF), através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). No município do Rio de Janeiro (MRJ), ocorreram os seminários de accountability, um processo organizado pela gestão municipal para apresentação e avaliação de resultados por avaliadores externos a partir de uma matriz de indicadores previamente definidos, e os seminários de avaliação e melhoria da qualidade, organizados em 2018, com a prerrogativa do uso de ferramentas de MCQ pelas eSF e gestão local. **Objetivos:** Analisar a experiência das equipes de APS do MRJ em utilizar ferramentas de MCQ no seu processo de trabalho. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos profissionais que compõe a coordenação técnica das unidades básicas de saúde, avaliando-se a percepção geral sobre o trabalho e a rede, a presença de planejamento estratégico e a compreensão sobre os seminários de avaliação e melhoria da qualidade, por meio de análise do conteúdo das entrevistas. **Resultados:** Dos entrevistados, 54% avaliam seu trabalho como “regular” e 36% como “ruim” e todos entrevistados levaram em consideração o atual cenário da APS do MRJ para autoavaliação. Dos participantes, 86% relataram que as reuniões de equipe não acontecem na periodicidade prevista, contudo apontam para a ênfase no planejamento dos processos de trabalho nas reuniões. Somente 10% informaram que utilizam indicadores em saúde para nortear as ações a serem discutidas em reunião. Apenas 14% conseguiram realizar o itinerário completo dos seminários de MCQ com apoio de toda a equipe. **Conclusão:** Evidenciou-se a importância da institucionalização da MCQ e da avaliação em saúde, a influência negativa de um cenário político adverso e seu impacto nos processos de MCQ.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gestão da Qualidade Total; Administração em Saúde Pública; Apoio ao Planejamento em Saúde.

Como citar: Ramos M, Brandão AL, Graever L, Campo CEA. Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2376. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2376](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2376)

Autor correspondente:

Maurício Ramos Pereira.

E-mail: drmauricioramos@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

N. 15664419.6.0000.5238

TCLE: Assinado pelos pacientes

Procedência:

não encomendado

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 08/10/2020.

Aprovado em: 31/05/2021.



Abstract

Introduction: Continuous quality improvement (MCQ) in healthcare can be conceptualized as a commitment to continuously improve the quality of care, focusing on the preferences and needs of the people who use the services. In Brazil, between 2009 and 2016, there was a great incentive to evaluate the performance and improve the quality of the family health teams (eSF), through the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ). In the municipality of Rio de Janeiro (MRJ), there were accountability seminars, a process organized by the municipal management for the presentation and evaluation of results by external evaluators based on a matrix of previously defined indicators, and the seminars on evaluation and quality improvement, organized in 2018, with the prerogative of the use of MCQ tools by eSF and local management.

Objectives: To analyze the experience of the MRJ PHC teams in using MCQ tools in their work process. **Methods:** Semi-structured interviews were carried out with professionals who make up the technical coordination of the basic health units, evaluating the general perception about the work and the network, the presence of strategic planning and the understanding of the seminars on quality evaluation and improvement, through the analysis of the content of the interviews. **Results:** Of the respondents, 54% assess their work as “fair” and 36% as “poor” and all respondents took into account the current scenario of the MRJ PHC for self-assessment. Of the participants, 86% reported that team meetings do not take place as scheduled; however, they point out the emphasis on planning work processes in the meetings. Only 10% reported that they use health indicators to guide the actions to be discussed at the meeting. Only 14% managed to complete the entire MCQ seminars itinerary with the support of the entire team. **Conclusion:** The importance of institutionalizing the MCQ and health assessment, the negative influence of an adverse political scenario and its impact on the MCQ processes was highlighted.

Keywords: Primary Health Care; Total Quality Management; Public Health Administration; Health Planning Support.

Resumen

Introducción: La mejora continua de la calidad (MCQ) en el cuidado de la salud se puede conceptualizar como un compromiso para mejorar continuamente la calidad de la atención, enfocándose en las preferencias y necesidades de las personas que utilizan los servicios. En Brasil, entre 2009 y 2016, hubo un gran incentivo para evaluar el desempeño y mejorar la calidad de los equipos de salud de la familia (eSF), a través del Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ). En el municipio de Río de Janeiro (MRJ) se realizaron los seminarios de rendición de cuentas, proceso organizado por la gestión municipal para la presentación y evaluación de resultados por evaluadores externos con base en una matriz de indicadores previamente definidos, y los seminarios de evaluación y mejoramiento de la calidad, organizado en 2018, con la prerrogativa del uso de herramientas MCQ por parte de eSF y la gestión local. **Objetivo:** Analizar la experiencia de los equipos de APS de MRJ en el uso de herramientas MCQ en su proceso de trabajo. **Método:** Se realizaron entrevistas semiestructuradas con profesionales que integran la coordinación técnica de las unidades básicas de salud, evaluando la percepción general sobre el trabajo y la red, la presencia de planificación estratégica y la comprensión de los seminarios de evaluación y mejora de la calidad, a través del análisis del contenido de las entrevistas. **Resultados:** De los encuestados, el 54% valora su trabajo como “regular” y el 36% como “deficiente” y todos los encuestados tuvieron en cuenta el escenario actual del MRJ APS para la autoevaluación. De los participantes, el 86% informó que las reuniones de equipo no se realizan según lo programado, sin embargo señalan el énfasis en la planificación de los procesos de trabajo en las reuniones. Solo el 10% informó que utiliza indicadores de salud para orientar las acciones que se discutirán en la reunión. Solo el 14% logró completar todo el itinerario de Seminarios MCQ con el apoyo de todo el equipo. **Conclusión:** Se destacó la importancia de institucionalizar la MCQ y la evaluación de salud, la influencia negativa de un escenario político adverso y su impacto en los procesos de MCQ.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Gestión de la Calidad Total; Administración en Salud Pública; Apoyo a la Planificación en Salud

INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade em saúde tem evoluído ao longo das décadas, incorporando novas vertentes e agregando novos valores dentro do processo de trabalho.¹

O enfoque na qualidade dos processos de trabalho, seja individualmente ou em equipe, é considerado fundamental para alcançar a qualidade dos serviços e cuidados em saúde, assumindo uma dimensão central no desempenho do sistema de saúde, seja a nível nacional ou local.² Diversos autores trouxeram contribuições relevantes, ao longo do tempo, para que a evolução dessa discussão pudesse ser melhor compreendida, sedimentando conceitos como eficiência, eficácia, equidade, centralidade no paciente, segurança e oportunidade.³ Assim, o foco em qualidade pode ser enxergado como força remodeladora que conduz os serviços de saúde ao cumprimento de seus atributos fundamentais.

A melhoria contínua da qualidade (MCQ) foi criada na década de 1920, pelo engenheiro e físico Walter Shwehart, em sua passagem pela *Bell Telephone Laboratories*, ao focar na avaliação dos seus processos de produção. O *The Royal College of General Practitioners*⁴ difundiu a MCQ como um compromisso de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados de saúde, centrando-se nas preferências e necessidades das pessoas que usam os serviços.

A MCQ engloba um conjunto de valores, que inclui 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. Dessa forma, a MCQ consiste em ações sistemáticas e contínuas que levam a uma melhoria mensurável dos serviços de saúde e do estado de saúde da população, e, por isso, é considerada uma importante aliada na avaliação e no aprimoramento de processos de trabalho em saúde, incluindo serviços de atenção primária à saúde (APS) e equipes de saúde da família (eSF).

O Ministério da Saúde (MS) financiou e estimulou, na última década, ações 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)⁵, em seus três ciclos, ocorridos em 2011/2012, 2013/2014 e 2016/2017 e da Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). O PMAQ configurou-se nesse período como a principal estratégia no Brasil para atingir mudanças nas condições e modos de funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS), e ampliar o acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na APS.⁶

No município do Rio de Janeiro (MRJ), com a expansão da rede de APS ocorrida a partir de 2010, novas equipes e novas unidades somaram-se à rede básica, mudando o panorama da saúde da cidade.⁷ Contudo, no ano de 2019 encontramos uma realidade diferente do que havia anteriormente, onde o MRJ contava com 50,50% de cobertura, assim cerca de 3.377.925 pessoas têm acesso a APS, sendo atendidos por 858 eSF, em 139 UBS.

Em adição ao PMAQ, o MRJ adotou, nos anos de 2013 a 2016, os seminários de *accountability* como uma atividade de incentivo à qualidade, numa proposta cujo intuito foi nortear melhorias de qualidade no processo de trabalho, de forma periódica, com intervalo anual.

Os seminários de *accountability* foram realizados em todas as unidades de APS, sendo 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 das UBS. Participavam desse espaço os profissionais das clínicas da família (CF), membros da gestão distrital, uma dupla de avaliadores do gestão central e representantes dos setores populares como líderes comunitários, presidentes de associação de moradores, para que fosse estimulado o controle social.⁸ Propunha-se que as equipes trabalhassem sobre os resultados que poderiam ser melhorados.

Em 2018, a secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) incentivou processos de monitoramento e avaliação, considerando a MCQ uma ferramenta importante para a reorganização dos processos de trabalho das eSF.⁸

O primeiro passo foi a sistematização das aferições,⁸ para tal, escolheu-se a já consagrada utilização dos indicadores de saúde, que visa orientar a melhor tomada de decisão. Um ponto importante neste processo de sistematização foi a tentativa de unificação de um painel de indicadores que avaliasse de fato o que era considerado significativo para os profissionais e gestores locais, sem deixar de respeitar as agendas estratégicas da gestão municipal, pois, o que se percebia era a existência de múltiplos painéis de indicadores, definidos por várias instâncias, com fontes e métodos de cálculos diferentes, para as mais diversas finalidades.

Foi definido um painel de indicadores (Quadro 1) que se baseou em 4 eixos, a saber: atributos da APS, condições crônicas, ciclo de vida e doenças transmissíveis, esse painel foi elaborado a partir de reuniões sistemáticas com gerências de áreas técnicas e consulta pública a gerentes, médicos e enfermeiros responsáveis técnicos das unidades das áreas programáticas, depois foram realizados os cálculos pela gestão municipal, e os resultados foram disponibilizados em plataforma *online*. Foram então lançados os seminários de avaliação melhoria da qualidade na atenção primária à saúde, no município do Rio de Janeiro.

Quadro 1. Indicadores de desempenho da atenção primária à saúde.

EIXOS	INDICADORES
ATRIBUTOS DA APS	Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	Proporção de usuários atendidos pós-alta para condições selecionadas
	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
	Média de atendimentos realizados por profissional do núcleo de apoio à saúde da família (NASF)
CONDIÇÕES CRÔNICAS	Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	Controle glicêmico em diabéticos
	Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	Taxa de frequência às atividades coletivas do programa academia carioca
	Prevalência de pessoas com deficiência cadastradas
CICLOS DE VIDA	Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal
	Proporção de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida
	Cobertura vacinal de pentavalente (3ª dose) em crianças de um ano
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	Proporção de casos de sífilis na gestação com tratamento adequado
	Número de casos novos de hanseníase nas unidades de saúde
	Incidência de HIV na faixa etária de 15 a 24 anos (por 100 habitantes)
	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	

Fonte: Rio de Janeiro, 2018⁸

A partir dos indicadores apresentados (Quadro 1), as eSF, em acordo com a gestão local, selecionavam dois, identificando os problemas que consideravam mais significativos para a sua prática, e construíam planos para resolução destes problemas. Tratava-se, portanto, do estímulo ao protagonismo das eSF no aperfeiçoamento dos processos de trabalho, uma vez que o movimento era centrado nos profissionais e na gestão local.

O presente artigo tem como objetivo analisar a experiência dos profissionais das equipes de APS no município do Rio de Janeiro ao utilizar ferramentas de melhoria contínua da qualidade no seu processo de trabalho e participar dos seminários de avaliação melhoria contínua da qualidade da APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo que se desenvolveu em três etapas: a aplicação de entrevistas semiestruturadas, caracterização descritiva dos respondentes e a análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

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 pudesse expor suas impressões e opiniões sobre o que é perguntado.⁹ Apresenta-se a seguir o roteiro de entrevista utilizado (Quadro 2).

Quadro 2. Roteiro de entrevista utilizado.

Características
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
Você já vivenciou o PMAQ ou o <i>accountability</i> ? 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

Fonte: Elaboração própria.

É importante ressaltar que as entrevistas foram gravadas em um dispositivo de áudio e serão guardados por 5 anos em um local onde somente o pesquisador e orientadores terão acesso e os dados dos respondentes não serão compartilhados. Durante as entrevistas, não houve nenhum tipo de identificação dos participantes como uma maneira de minimizar os riscos da pesquisa e garantindo assim confidencialidade dos respondentes e o uso das análises serão para fins acadêmicos com garantia do anonimato dos respondentes.

A análise de conteúdo foi feita baseada nos conhecimentos de Bardin (1977),⁹ que evidencia a importância de considerar o sentido das falas e não as tratar de forma literal. A análise foi realizada em 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.⁹ Este método de análise permite a interpretação e a inferência do pesquisador.

A clareza nos procedimentos é um critério de credibilidade, com isso buscou-se realizar documentação, transparência e clareza nos procedimentos da pesquisa e na análise dos resultados, assim como a descrição do contexto do cenário da pesquisa e do sujeitos entrevistados e das fases da elaboração da pesquisa, entendendo que seja importante gerar condições para outros pesquisadores reconstruírem o que foi realizado em cenários diferentes, entendendo que há limites para o grau de generalização ou representatividade dos resultados encontrados. Além disso, também em relação à credibilidade da análise buscou-se a saturação dos dados.¹⁰

Os critérios de inclusão dos sujeitos de pesquisa para a realização das entrevistas foram: ser gerente e/ou responsável técnico (RT) de unidades que apresentaram seus planos no seminário de avaliação e melhoria da qualidade da APS; ter vivenciado o PMAQ e/ou *accountability*; ter pelo menos um ano na função; ter especialização e/ou residência em APS ou saúde da família.

No MRJ, o gerente técnico em saúde e os RTs, tanto de medicina quanto de enfermagem, são figuras centrais na gestão de processos de trabalho das unidades da APS. Ambos possuem atuações em três esferas principais: a política (o que diz respeito à sua finalidade), a organizacional (que diz respeito ao processo gerencial e técnico para organizar a gestão dos serviços) e a técnica que se refere ao trabalho propriamente dito, como gestão de cuidados. Neste último quesito, cabe ressaltar que o critério técnico será o mediador das decisões tomadas.¹⁰

O universo de profissionais que se enquadraram nesses critérios foi de 30 e todos foram convidados a participar das entrevistas, que ocorreram entre os dias 8 a 22 de janeiro de 2020. Destes, 11 consentiram em ser entrevistados. Essa pesquisa foi apresentada e aprovada através do número 15664419.6.0000.5238, ao comitê de ética em pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características dos entrevistados

Dos 30 profissionais convidados, apenas 11 responderam a entrevista, a recusa pode ser atribuída ao fato de as entrevistas terem sido realizadas durante o período de greve de profissionais da APS, por isso muitos alegaram precisar estar em turnos de atendimento ou estarem em atividades externas relacionadas ao movimento grevista.

O grupo de entrevistados foi composto em sua maioria por profissionais com 36 a 40 anos de idade (63%), com mais de 10 anos de formação (45%), que exercem suas funções nos respectivos cargos por um período de 6 a 10 anos (46%). A maioria dos profissionais eram gerentes (55%), como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos de pesquisa.

Característica	n° Idade (em anos)	%
30 a 35	1	9
36 a 40	7	63
Acima de 40	3	28
Tempo de formação (em anos)		
1 a 5	1	9
6 a 10	4	36
Acima de 10	6	55
Tempo de função (em anos)		
1 a 5	4	36
6 a 10	5	46
Acima de 10	2	18
Função		
RT medicina	1	9
RT enfermagem	4	36
Gerente	6	55

Fonte: Elaboração própria.

Percepções gerais sobre o trabalho e a rede

Ao serem questionados sobre como avaliam o seu processo de trabalho, 54% dos entrevistados responderam “regular” e 36% “ruim”. Nenhum profissional considerou seu trabalho ótimo. Os que classificam seu trabalho como “bom” o fazem por entenderem que cumprem o seu melhor, “mesmo no caos”, como trouxe um entrevistado. Estes resultados podem ser compreendidos como uma influência do cenário atual da APS no município do Rio de Janeiro.¹¹ Este fato também pode estar relacionado a maioria dos profissionais apresentarem dificuldades de observar a importância da qualidade do seu trabalho diante dos obstáculos já citados. Os que apresentam uma visão positiva da sua própria atuação, o fazem considerando esta ressalva.

Como fatores relevantes para a qualidade de seus processos de trabalho, os RTs de medicina e enfermagem consideram que o acúmulo de função assistencial e de gestão interfere negativamente, mencionado também em outro estudo.¹² Realizar atendimentos aos pacientes, participar da coordenação do cuidado de toda a unidade e administrar demais questões, como organização de agenda e regulação ambulatorial, causam prejuízo em seu desempenho nas tarefas listadas. Isso se dá porque esses profissionais exercem dupla função: assistencial e de coordenação técnica da unidade. Como relata um dos entrevistados ao dizer que:

“Às vezes não dá tempo para você fazer tudo que tem pra fazer. Para fazer uma reunião com o gerente da unidade, precisa deixar de atender por um tempo. Nem todo mundo entende isso, principalmente os pacientes.”

Tanto os RTs quanto os gerentes deixaram claro que o panorama vigente na APS no MRJ, que traz elementos como a redução do número de equipes, levando ao aumento do número de indivíduos cadastrados por equipe e conseqüente piora da coordenação do cuidado, o que impacta desfavoravelmente na qualidade da APS. Os entrevistados sentem-se sobrecarregados e trazem insatisfação em suas falas devido aos fatores citados acima. “*A gente se esforça, mas não cuidamos das pessoas como antes*”, refere um entrevistado.

Além disso, também foi ressaltado elementos já abordados na literatura,¹³⁻¹⁵ tais como: a alta rotatividade dos profissionais, principalmente médicos, atribuída ao frágil vínculo empregatício (contratação por organizações sociais de saúde ou pela empresa pública de saúde por tempo determinado), já que em outros cenários podem conseguir remuneração mais atraente ou até mesmo maior estabilidade, em caso de concursados. Como retrata a fala de um entrevistado:

“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 (...) A gente (...) viu até outubro do ano passado a incerteza se ia estar empregado ou não.”

Especificamente em relação ao município do Rio de Janeiro, percebe-se que o cenário de crise tem gerado efeitos negativos na gestão, organização e acesso aos serviços de saúde. As conseqüências são mais graves no âmbito da APS, cuja estruturação foi tardia quando comparada a outras grandes capitais.¹⁶ Contudo, 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 2017.¹⁷ Ao considerar a alteração da composição das eSF, ao propor a não obrigatoriedade do agente comunitário de saúde, ao 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 possibilidades de mudança de rumos da APS nacional.¹⁸

Desta forma, percebe-se que a desestruturação das condições de trabalho, com os sistemáticos atrasos salariais, as extensas e recorrentes greves dos profissionais e a supressão de equipes geram impacto na percepção dos profissionais acerca dos processos de trabalho, com potenciais danos na assistência, vigilância em saúde e coordenação do cuidado. Além disso, atrapalham a institucionalização da cultura avaliativa e do desenvolvimento dos processos de MCQ.

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 nessas atividades. Assim, elas são interpretadas como tarefas impostas às equipes prejudicando a adesão da coletividade ao planejamento, que acaba concentrado apenas na gestão local.

Planejamento estratégico e gestão local

Os profissionais também foram indagados quanto à forma que 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 habitantes¹⁹ e do recomendado pela SMS-RJ.²⁰

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 o estudo que analisou equipes da região Sudeste acima de 100.000 habitantes.¹⁹

Todos os entrevistados destacaram o cenário desfavorável, devido aos fatores já descritos, como obstáculo para realização das reuniões de equipe semanalmente. 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 eSF em cidades da região Sudeste com mais de 100.000 habitantes.¹⁹ E, ainda, apenas 10% dos informantes levam em consideração a opinião dos usuários para realizar o planejamento da sua equipe. Este fato é relevante, pois vai na direção oposta ao que o *The Royal College of General Practitioners* compreende como parte fundamental da MCQ: um compromisso de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados em saúde, centrando-se nas preferências e necessidades das pessoas que usam os serviços.

Percepção sobre os seminários de avaliação e melhoria da qualidade da APS

A identificação e compreensão dos nós críticos dos processos de trabalho são partes fundamentais para a equipe identificar como atuar de maneira a resolver os seus problemas, como cita o entrevistado a seguir:

“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.”

Dos entrevistados, somente 43% declararam que participaram ativamente na elaboração dos planos de melhoria da qualidade da sua unidade, realizados por ocasião da iniciativa de seminários de MCQ da SMS-RJ. 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 os instrumentos de MCQ não garante a institucionalização dos mesmos na prática.

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 APS para a promoção da gestão autônoma do seu processo de trabalho. Logo, a utilização de ferramentas, como o MCQ, e a institucionalização da cultura do planejamento em saúde e da avaliação na APS 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 mudanças e a institucionalização nos serviços.²¹ Para que um programa de MCQ 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.²²

Entende-se como limitações da pesquisa os seguintes aspectos: o número restrito de participantes como consequência da baixa adesão dos profissionais devido ao cenário complexo da APS, além de poucas publicações sobre o tema.

CONCLUSÃO

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 para aprimorar o serviço ofertado, a fim de resolver as demandas dos usuários e ofertar a melhor resposta para seus anseios.

Nota-se que o planejamento em saúde necessita de um terreno estável para fincar-se como uma cultura institucional. Então, é capital que haja segurança e confiabilidade do profissional na rede em que atua, para que se sintam seguros e identifiquem na ESF um ambiente para a aplicação de ferramentas de MCQ, evitando a vacância das equipes e aumentando a satisfação do trabalhador.

Contribuição dos autores

Pereira MR: contribuiu para a elaboração do rascunho do trabalho, da análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e participou da aprovação da versão final do manuscrito, e concorda em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas;

Brandão AL: contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica para conteúdo intelectual importante, participou da aprovação da versão final do manuscrito e concorda em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas;

Graever L: contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica para conteúdo intelectual importante, participou da aprovação da versão final do manuscrito e concorda em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Campos CEA: contribuiu para a concepção, planejamento e da revisão crítica para conteúdo intelectual importante e concorda em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Conflitos de interesse

Os autores informaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Juran J. Quality control handbook. New York: McGraw-Hill; 1951.
2. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Health Care*. 2015 Abr;27(2):137-46.
3. Institute of Medicine (US). A strategy for quality review and assurance in medicare. Washington (DC): The National Academies Press (US); 1990.
4. The Royal College of General Practitioners (RCGP). Quality improvement for general practice: a guide for GPs and the whole practice team. London (UK): RCGP; 2015.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde (SAPS). Departamento de Atenção Básica. Melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde/SAPS; 2010.
6. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, 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. *Saúde Debate*. 2014;38(spe):13-33. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>
7. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
8. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (BR). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMS-DC). Instrutivo para a criação e apresentação de planos de melhoria da qualidade. Rio de Janeiro (RJ): Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/SMS-DC; 2018.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded source book. 2ª ed. Londres: SAGE Publications; 1994.
11. Franco CM, Santos AS, Salgado MF; Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (FIOCRUZ), Biblioteca de Saúde Pública. Desafios da média gerência na saúde. Manual do Gerente. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/FIOCRUZ; 2011.
12. Melo EA, Mendonça MHM, Teixeira MA. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2019 Dez;24(12):4593-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>
13. Machado LCT. Dimensões da governança clínica na atenção primária à saúde: as contribuições do médico responsável técnico no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP); 2020.
14. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(Supl 1):1521-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>
15. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Admin Pública*. 2008;42(2):347-68.
16. Cegatti F, Carnut L, Mendes A. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no Sistema Único de Saúde - SUS nas políticas sociais e nos trabalhadores. *J Manag Prim Health Care*. 2020;12:e36. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.978>
17. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, Menezes T, Konder MT. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 Dez; [citado 2020 Ago 24]; 24(12):4555-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204555&lng=en&nrm=iso DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>
18. Ministério da Saúde (BR). 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, Brasília (DF)*, 22 set 2017; Seção 1: 68.
19. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018 Jan/Mar;42(116):11-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>

20. Cruz MA, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014 Out;38(spe):124-39. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S010>
21. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (BR). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMS-DC). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro (RJ): Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/SMS-DC; 2016.
22. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(9):2091-102. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900015>