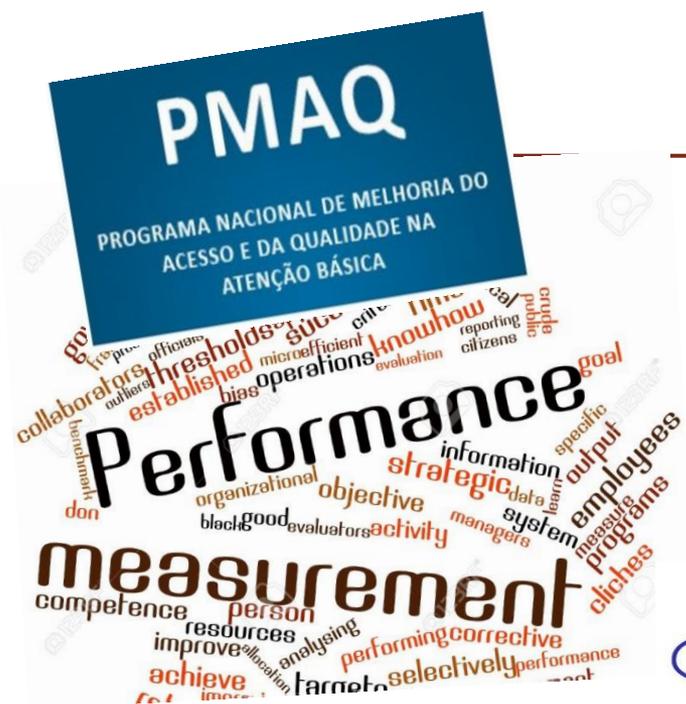


O QUE DIZEM OS GESTORES LOCAIS E EQUIPES DE SAÚDE SOBRE O PMAQ-AB? FORMAS DE PARTICIPAÇÃO E PERCEPÇÕES DE IMPACTO DO PMAQ - GOIÂNIA COMO CASO PARADIGMÁTICO



FABIANA C. SADDI (PNPD-CAPES) (coord., PI)

Universidade Federal de Goiás

Matthew J. Harris (co-PI)

Imperial College London

Raquel A. Pego

Universidade de Brasília

Fernanda Parreira, UFG



PNPD - CAPES



UFG

Imperial College
London

Política & Saúde
Grupo de Pesquisa "Política e Política
Pública de Saúde" DGP/CNPq, Brasil

Introdução:

- **O PMAQ** adota uma sistemática periódica (em ciclos e fases) de avaliação do desempenho dos gestores e equipes na ESF, que induz profissionais a melhorarem a qualidade do serviço na APS.
- Tanto o programa como análises realizadas até o momento sobre enfatizam os indicadores de desempenho originados dos instrumentos do programa.
- Pouco ou quase nada se estuda em relação ao processo (político e percepção dos atores) na implementação do PMAQ junto à linha de frente da ESF.



Objetivos e hipótese

- **OBJETIVO GERAL** - Explorar as formas distintas de participação e de percepção de impacto do PMAQ na perspectiva dos gestores locais e equipes de saúde da ESF (enfermeiros, ACSs e médicos).
- **Objetivos específicos:**
 - Verificar as motivações de adesão (MA) ao PMAQ,
 - Construir o indicador Níveis de “Percepção do Impacto” do PMAQ (NPI-PMAQ) segundo atores.
 - Fazer associações entre “NPI-PMAQ” e “avaliação da capacidade organizacional (CAORG)” da ESF para cada tipo de cada ator.
- **Hipótese geral:** A participação/envolvimento do ator de linha de frente com o PMAQ, bem como seu NPI, mostram-se influenciados pelo contexto organizacional e forma como se dá o processo de trabalho na unidade.(literatura p4p)

Goiânia como...



- **Caso paradigmático de problemáticas relacionadas à capacidade organizacional na unidade.** Apresenta problemáticas semelhantes a demais capitais regionais e cidades no Brasil, **conforme dados do PMAQ (Tabela 1)**
- **Caso paradigmático extremado de problemas de gestão local/prática de avaliação e uso de informações nas unidades.** Dados de Goiânia encontram-se inferior a outras capitais regionais, como Fortaleza e Recife, bem como inferior à média nacional, **conforme dados do PMAQ (Tabela 1)**

Tabela - Dados selecionados do PMAQ sobre características das unidades e gestão local: Goiânia em perspectiva comparada com outras capitais e Brasil.

% de equipes	<i>Goiânia</i>	<i>Goiás</i>	<i>Ceará</i>	<i>Fortaleza</i>	<i>Espírito Santo</i>	<i>Vitória</i>	<i>Brasil</i>
Que recebiam para o planejamento e organização do trabalho	55,9	78,4	90,8	73,3	80,5	89	85,6
Cuja gestão disponibilizava informações que auxiliassem na análise da situação de saúde	44,1	71,5	95,1	75	86,9	94,7	86,8
Que possuía relatórios e consolidados mensais do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)	44,8	70,8	90	82,5	85,1	88,7	85,9
Cujos resultados e metas para acompanhamento do plano tinham sido definidos	66,2	69,4	79,7	64,4	74,5	82,2	78,4
Que tem acesso à internet nas unidades de saúde	11,9	43,3	14,6	27,5	31,2	100	35,4
% de unidades de Saúde							
que não possui farmácia	34,9	32,3	22,5	2,2	49,4	3,8	41,4
que não possui sala de procedimento	51,2	51,4	46,8	56,7	63,7	42	53,2
que não possui sala de vacina	28,9	26,6	23,6	1,1	51,7	12	34,4
% de agentes comunitários de saúde que NÃO compõe a(s) equipe(s) mínima(s) (Faltam ACSs na equipe)	25	11,1	6,5	0	12,2	15	15,3
% de médico em que apenas 1 médico compõe a(s) equipe(s) mínima(s)	63,8	80,2	74,2	50,5	57,3	50	67,7

FONTES: - DAB/MS, Retratos da Atenção Básica, N3, V1 - Gestão do Processo do Trabalho, 2015. - DAB/MS, Retratos da Atenção Básica, N2, Vol1., Características das Unidades Básicas de Saúde, 2015

1. Literatura internacional de P4P e estado atual do conhecimento sobre o PMAQ,



Literatura de P4P na Inglaterra

- Literatura de **organização institucional** sobre “performance measurement”
- Caso do QOF Inglês
 - Peckham (2007)
 - Harris (2012)
- Sobrecarga do trabalho e implicações
- Trabalho foi direcionamento para as metas do programa e implicações
- Outras motivações na adesão além do benefício
 - A remuneração não é o principal incentivo para profissionais se engajarem na melhoria da qualidade
- Apesar da implementação passar a ser focada metas, estas distorcem a prática médica em detrimento da qualidade geral do serviço.
- Participação no QOF depende de um sistema adequado de TI e habilidade para usar o software





Literatura sobre P4P em países de renda baixa e média

- Países africanos, asiáticos, e revisões sistemáticas destes (Lee et al. 2012), Olafsdottir et al. (2014), Chimhutu et al. (2015).
 - Contextos de implementação com baixa capacidade organizacional
 - Adesão aos programas segue outras lógicas diversas. Nem sempre orientado pelo benefício.
 - Falta de participação e envolvimento dos profissionais da linha de frente
 - Gap relevante entre programa p4p desenhado e implementação

Estado da arte da literatura sobre o PMAQ no Brasil



- Predominância de análises/estudos que utilizam o banco de dados do Ministério da Saúde, com indicadores de resultado (quantitativos). *Exemplos:*
 - Número especial da Saúde em Debates (2015).
 - Notas técnicas de “Regiões e Redes” (Giovanella et al.) (e outros)
 - Novas dissertações em Saúde Coletiva (novo campo na área)
- Conhecimento não sistematizado sobre milhares de experiências práticas (Comunidade de Práticas)



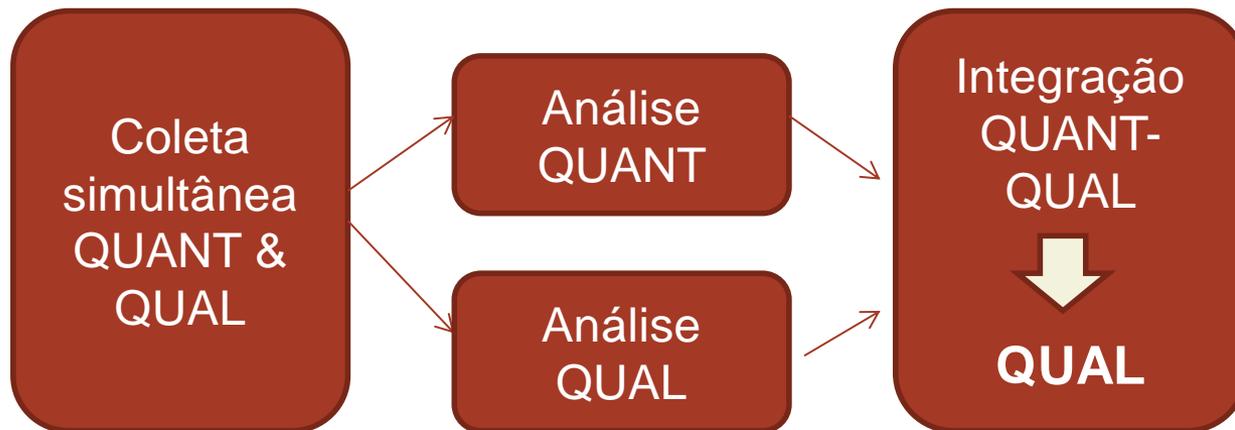
Lacuna no conhecimento sistematizado sobre como os atores de linha de frente participam do PMAQ

2. O método utilizado



Método misto

- Coleta simultânea (contingente) ou paralela das variáveis QUANT e QUAL no questionário, observação e participação no campo e entrevistas em profundidade
- Dados quantitativos e qualitativos são primeiramente analisados separadamente, conforme técnicas específicas
- Depois: integrados em tabelas e narrativa/análise (indicadores qualitativos finais).



2.1. Questionários semi-estruturados

- Utilizamos duas seções do questionário
- **Seção PMAQ:**
 - Motivações na adesão (aberta – 4 permite respostas)
 - Alterações na rotina de trabalho durante o PMAQ? (alternativas de resposta e outros)
 - O PMAQ Melhorou a qualidade da atenção? (Sim ou Não)
- **Seção de avaliação da barreira “capacidade organizacional” (CAORG).** Nota de 0-10 para os seguinte itens: disponibilidade de insumos/materiais, medicamento, pc e profissional, infra-estrutura, segurança.

QUAL

- O indicador **Motivo da Adesão (MA)** revela a percepção do ator sobre a adesão na fase inicial do PMAQ, enquanto o **Nível de Percepção do Impacto (NPI)** revela a percepção do ator no decorrer da implementação do PMAQ.
- O MA foi classificado com base nos motivos ressaltados pelos atores (Q IB.23).
- O NPI foi classificado em três níveis (ALTO, MÉDIO e BAIXO), combinando duas respostas dos questionários: 1) sobre a forma como o PMAQ alterou a rotina de trabalho (ART) (questões IB.24) e 2) se o PMAQ contribuiu para a melhoria da qualidade na atenção (CMQ) (questões IB.25), segundo quadro a seguir.
- **NPIs = (ALTO, $Me > 7$); (MÉDIO, $Me = ou > 5 e < 7$); (BAIXO, $Me < 5$).**

NPI-PMAQ = ART + CMQ

QUAL

ART (IB.24 – se alterou rotina de trabalho)	+ CMQ (IB.25 – se contribuiu para melhoria da qual.)	Atribuição do NPI
1. Produziu mudanças inovadoras ou 2. Direcionou/organizou o trabalho para as metas do PMAQ	+ 1.SIM	ALTO
3. Sobrecarregou meu trabalho ou 4. Não alterou minha rotina de trabalho	+ 1.SIM	MÉDIO
3. Sobrecarregou meu trabalho ou 4. Não alterou minha rotina de trabalho ou 5. Outro	+2.Não	BAIXO

Amostra - PMAQ

- **Dentre os 128 atores da pesquisa ampla, 97 atores responderam à seção do PMAQ (Tabela 2 a seguir)**
 - Gestores locais – 10 (10-100%) - **Maior envolvimento com o PMAQ**
 - Enfermeiros – 27 (27-100%) - **Maior envolvimento com o PMAQ**
 - ACSs – 55 (72) - Menor envolvimento (ou envolvimento médio) com o PMAQ
 - Médicos – 5 (19) Baixíssimo envolvimento com o PMAQ



3.1. Análise da seção sobre PMAQ (e CAORG) dos questionários semi-estruturados

Qualitative	Quantitative
Like Easy	23,406 4.3
Awkward slow	2m32s
Squirrel	76.8%
Efficient	\$45,849
Ambiguous How	1,127 3.76%
Confusing	€12.75

Tabela 2 - Diferença entre a amostra da pesquisa ampla e amostra PMAQ: Quem respondeu à seção do questionário do PMAQ?

Profissionais de linha de frente da ESF entrevistados em relação ao PMAQ – questionários semi-estruturados	Total de entrevistados pela pesquisa		Responderam ao questionário (seção) sobre o PMAQ		Responderam quest. (seção), mas <u>consultaram o enfermeiro p/ responderem sobre melhoria da qualidade com o PMAQ</u>		Não quiseram responder, falaram para <u>perguntar para o enfermeiro</u>		Não responderam, falaram que <u>não trabalhavam na ESF/unid. na ocasião, disseram p/ perguntar para o enfermeiro</u>		Não responderam porque não lembravam do PMAQ (e trabalhavam na unid)	
	N	%	N	%	N	% em relação aos q responderam	N	% em relação ao total entrevistado	N	%	N	%
Profissionais das Equipes de saúde da ESF: (2 equipes por unidade) O que corresponde ao total do n. de equipes de 10 (83%) das unidades pesquisadas, pois maioria das unidades da amostra e de Goiânia são de pequeno ou médio porte, com duas equipes de saúde	118	100%	87	74%	14	16%	3	3%	11	9%	17	14%
ACSS: (Equipes possuíam entre 2 a oito ACSs) entrevistado entre 2 a 6 ACs/equipe	72	100%	55	76%	14	25%	-	-	-	-	17	24%
Enfermeiros (Um por equipe)	27	100%	27	100%	-	-	-	-	-	-	-	-
Médicos (Um por equipe) - havia 2 (duas) equipes sem médicos, e 3 médicos se recusaram a participar	19	100%	5	26%	-	-	3	16%	11	58%	-	-
Gestores Locais: Um por unidade (dois se recusaram a participar)	10	100%	10	100%	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	128	100%	97	76%	14	11%	3	2%	11	9%	17	13%
Número de unidades de saúde/Distritos Sanitários (DS)	12 (14) Compreendendo entre 66% a 33,33% das unidades por distrito. Sendo 66,6% do DS Leste (incluindo as duas unidades de pré-teste), 36,36% do DS Sudoeste e 33,33% do DS Noroeste.											

Tabela 3 - Perfil dos entrevistados conforme anos de trabalho na ESF, origem, forma de contratação: ACS, Enfermeiro, Gestor Local e Médico

Atores	Faixa de n. de anos que trabalha na APS no Brasil	Origem da formação	Forma de contratação										Total	
			CONCURSADO		CONTRATO		PMM		PROVAB		Tranferido/ realocado de outra unidade			
			N	Column N %	N	Column N %	N	Column N %	N	Column N %	N	Column N %	N	%
ACS	1 ano	GO	1	1,4%									1	1,4%
	entre 2 e 4 anos (>3)	GO	26	36,1%									26	36,1%
	entre 5 e 7 anos	GO	2	2,8%									2	2,8%
	entre 8 e 10 anos	GO	15	20,8%									15	20,8%
	entre 11 e 20 anos	GO	25	34,7%									25	34,7%
	NR	GO	3	4,2%									3	4,2%
Total ACS			72	100,0%									72	100,0%
ENFERMEIRO	entre 2 e 4 anos	GO	3	11,1%									3	11,1%
	entre 5 e 7 anos	GO, MG e RO	8	29,6%									8	29,6%
	entre 8 e 10 anos	GO	1	3,7%									1	3,7%
	entre 11 e 20 anos	GO e SP	14	51,9%									14	51,9%
	> 21 anos	GO	1	3,7%									1	3,7%
Total ENF			27	100,0%									27	100,0%
GESTOR LOCAL	<1 (antes na gestão municipal/DS)	GO	3	37,5%							0	0,0%	3	30,0%
	1 ano (antes na gestão)	GO	1	12,5%							1	50,0%	2	20,0%
	entre 2 e 4 anos	GO	3	37,5%							1	50,0%	4	40,0%
	entre 5 e 7 anos	GO	1	12,5%							0	0,0%	1	10,0%
Total Gestor Local			8	80,0%							2	20,0%	10	100,0%
MÉDICO	<1	GO			1	33,3%							1	7,0%
	1 ano	Brasil (GO, TO) e VENEZUELA			1	33,3%	2	15,4%					3	18,4%
	entre 2 e 4 anos (entre 2 e 3)	CARIBE (1) CUBA (4) SP (1)					8	62%					8	42,1%
	entre 5 e 7 anos	RJ, TO, GO			1	33,3%	2	15,4%					3	18,4%
	entre 8 e 10 anos	GO	1	50,0%									1	5,3%
	entre 11 e 20 anos	GO	1	50,0%			1	7,7%	1	100,0%			3	15,8%
Total Médico			2	11%	3	16%	13	68%	1	5%			19	100,0%

Tabela 4 - Tabela (síntese): MA - Motivos da adesão ao PMAQ segundo gestores locais, enfermeiros, ACSs e médicos

Motivação na adesão	Managers		Nursers		CHW		Doctors		Total da LF	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Foi obrigado ou imposição do DS OU SMS	4	40%	12	44,4	21	38,2	4	80%	41	42%
2. NR	2	20%	7	25,9	17	30,9			26	27%
3. Para melhorar qualidade do atendimento	4	40%	7	25,9	9	16,4	1	20%	21	22%
4. Para avaliar/monitorar o serviço ou equipes			1	3,7	1	1,8			2	2%
4. Verba Pública			6	10,9					6	6%
6. Valorização do trabalho			1	1,8					1	1%
Total	10	100	27	100,0	55	100,0	5	100	97	100%

Médicos não responderam as perguntas do PMAQ no questionário semi-estruturado (pediram para falar com o enfermeiro, ou não quiseram). Cinco deles responderam perguntas sobre o PMAQ na entrevista em profundidade.

Tabela 5 (síntese) - Alterações na rotina de trabalho ocasionadas pelo PMAQ, segundo gestores Locais, enfermeiras, ACSs e médicos

	Managers		Nursers		CHW		Doctors		NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Produziu mudanças inovadoras no trabalho	-		8	30%	9	16%	-		-		17	18%
2. Direcionou o trabalho para as metas do PMAQ	-		5	19%	8	15%	3	60%	-		16	17%
3. Sobrecarregou meu trabalho	-		1	4%	14	25%	-		-		15	16%
4. Não alterou minha rotina de trabalho	-		10	37%	20	36%	2	40%	-		33	34%
5. Outro - Ficamos frustrados por falta de apoio dos gestores	-		1	4%	0	0%	-		-		1	1%
6. Outro - Sobrecarregou o trabalho + Trabalho realizado com resistencia, sem respaldo/orientação, sem estrutura	8	80%	-		-		-		-		9	9%
NR	-		2	7%	4	7%	-		2	100%	8	8%
Total	10	100%	27	100%	55	100%	5	100%	2	100%	97	100%

Tabela 6 síntese: Níveis de percepção de impacto, NPI-PMAQ

Levels of the perceived impact (LPI) of PMAQ at the Family Health Strategy (FHS) - Managers, Nurses, CHW and GPs

CH - HAS PMAQ CAUSED CHANGES IN THE PROCESS OF WORK?	IQ Improve- ment of quality?	Levels of Perceived Impact of PMAQ - LPI																				
		LPI-Mnagers				LPI-Nurses				LPI-CHW				LPI-Doctors			Todos					
		M	L	NR	Total	H	M	L	Total	H	M	L	Total	M	L	Total	H	M	L	NR	Total	%
1. Produziu mudanças inovadoras no trabalho	SIM					8(30%)			0	9 (16,4%)			9				17(50%)				17	18%
2. Direcionou o trabalho para as metas do PMAQ	SIM					5(19%)			0	8 (14,5%)			8				13(38%)				13	13%
2. Direcionou o trabalho para as metas do PMAQ	NÃO												0		3	3				3	3	3%
3. Sobrecarregou meu trabalho	NÃO							1	1			12 (21,82%)	12							13	13	13%
3. Sobrecarregou meu trabalho	SIM										2		2							2	2	2%
4. Não alterou minha rotina de trabalho	SIM						2		2		3		3	1		1				6	6	6%
4. Não alterou minha rotina de trabalho	NÃO							8	8			17 (30,91%)	17		1	1				26(53%)	26	27%
5. Outro - Ficamos frustrados por falta de apoio dos gestores	NÃO							1	1				0							1	1	1%
6. Outro - Sobrecarregou o trabalho + Trabalho realizado com resistencia, sem respaldo/orientação, sem estrutura	SIM		4(40%)		4															4	4	4%
6. Outro - Sobrecarregou o trabalho + Trabalho realizado com resistencia, sem respaldo/orientação, sem estrutura	NÃO	4(40%)			4															4	4	4%
NR	SIM					2			2	2			2				4				4	4%
NR	NÃO												2							2	2	2%
NR	NR			2	2															2	2	2%
Total		0	0	2	10	2	2	10	14	19	5	31	55	1	4	5	34	12	49	2	97	100%
%		0%	0%	20%	100%	56%	7%	37%	100%	35%	9%	56%	100%	20%	80%	100%	35%	12%	51%	2%	100%	

Tabela 7 - NPI-PMAQ versus evaluations of organizational capacity of the FHS

Health workers	Evaluation of organizational capacity	LPI-PMAQ								Total by ators	
		HIGH		MEDIUM		LOW		NA			
		Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %
Local managers	>7			4	40,0%	0	0,0%	1	10,0%		
	entre 5 e 7			0	0,0%	4	40,0%	1	10,0%		
Total				4		4		2		10	10%
Nurses	>7	13	48,1%	2	7,4%	3	11,1%				
	entre 5 e 7	2	7,4%	0	0,0%	7	25,9%				
Total		15		2		10				27	28%
CHWs	>7	2	4%	0	0%	1	2%				
	entre 5 e 7	4	7%	1	2%	14	25%				
	<5	13	24%	4	7%	16	29%				
Total		19		5		31				55	57%
Doctors	entre 5 e 7			0	0,0%	2	40,0%				
	<5			1	20,0%	2	40,0%				
Total				1		4				5	5%
General Total		34	35%	12	12%	49	51%	2	2%	97	100%

Síntese dos NPIs-PMAQ mais significativos e suas associações com as barreiras

Ranking dos NPI-PMAQ: do mais significativo para menos significativo

	<i>Enfermeiros</i>	<i>ACSs</i>	<i>Significado</i>
1o lugar	NPI Alto do Enfermeiro (55,6%)	NPI Baixo do ACS (56,4%)	Alto
2o lugar	NPI Baixo do Enfermeiro (37%)	NPI Alto do ACS (34,5%)	Moderado
3o lugar	NPI Médio (7,4%)	NPI Médio do ACS (9,1%)	Baixo

- NPI-PMAQ dos Enfermeiros e ACSs encontram-se distribuídos entre os níveis Alto e Baixo, sendo o nível alto mais significativo para os enfermeiros, e o nível baixo mais significativo para os ACSs.
- ACSs se envolvem menos com o PMAQ. Isto explica sua percepção mais crítica e/ou maior resistência em relação ao PMAQ, e de forma comparada aos enfermeiros.
- Enfermeiros acabam assumindo uma função gerencial ou coordenadora na equipe, e o mesmo ocorre em relação ao PMAQ. De forma que o maior envolvimento e conhecimento dos enfermeiros sobre o PMAQ explica o NPI mais elevado em relação aos ACSs

Questões que surgiram da análise dos questionários: estão sendo melhor verificadas ou complementadas por entrevistas

- De fato é o enfermeiro o principal ator envolvido com o PMAQ na linha de frente?
- Como ocorre de fato a participação dos demais membros da equipe e do médico em especial?
- Como se deu o processo de trabalho relacionado ao PMAQ na unidade? Quais outros elementos ou lógicas estariam conduzindo este processo/ação dos atores de linha de frente?
- Qual avaliação/opinião aberta destes atores sobre o PMAQ?

Análise das Entrevistas (em desenvolvimento)



Quem respondeu às entrevistas?

cod.unid.	Leste				NOROESTE				Sudoeste				Total	
	CSF1	CSF7	CSF4	CSF10	CSF3	CSF6	CSF9	CSF12	CSF11	CSF2	CSF8	CSF5	N	%
enfermeira		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	10	31%
acs	1	2	1		4		1						9	28%
medico	3			1		1		1	1	1			8	25%
gestora					1	1		1		1	1		5	16%
Total	4	3	2	2	6	3	1	3	2	3	2	1	32	100%

Por DS

LESTE	11
NOROESTE	13
SUDOESTE	8
	32

COMO ESTAMOS ANALISANDO AS ENTREVISTAS?

Literatura de organização institucional, antes utilizada, é agora conciliada com a literatura política não-racional ou alternativa sobre “Performance measurement” (PM)



- Abordagens alternativas e não-racionalistas
 - The “politics of performance measurement” (Jeny LEWIS)
 - “Performance alternative logics” (Christopher POLLITT)
 - “Performance Paradox” (Van Thiel e Leeuw)

Temas da literatura utilizados para categorizar as entrevistas (presenciais em profundidade)

- 1) ADESAO – motivos da adesão
- 2) CUL-ORG – capacidade organizacional
- 3) CAVALI – cultura de avaliação
- 4) PARTICI – participação na implementação
- 5) IMPACT – percepção de impacto do PMAQ
- 6) FEED-USE – uso de feedback e uso dos resultados do programa pela linha de frente
- 7) AMBIG – retóricas e ambiguidades em relação ao programa

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Política & Saúde

Grupo de Pesquisa "Política e Política Pública de Saúde" DGP/CNPq, Brasil

Principais resultados preliminares

- **1 - PARTICIPAÇÃO EFETIVA DOS ATORES:**
 - **Enfermeiros e gestores locais** (estes em menor grau) são os principais profissionais da linha de frente da ESF que participam do PMAQ.
 - Seguidos consecutivamente pelos **ACSs**.
 - A maioria dos **médicos** ou não se envolvem com o PMAQ ou tendem a participar de discussões iniciais apenas. Sendo que alguns participam quando quando solicitados.

- **2. CULTURA DE ADESÃO (e avaliação):** A predominância de uma cultura de adesão a programas, de tipo não participativo (ou “top-down”), não favorece o envolvimento dos atores de linha de frente em relação ao programa. Pode ainda estar contribuindo para gerar ambiguidades e lógicas alternativas durante a implementação.
- **3. O CONTEXTO ORGANIZACIONAL** desafiador da ESF (com predominância de cultura frágil de avaliação) com sobrecargas no processo de trabalho, além de incertezas em relação ao pagamento do benefício do PMAQ, afetam a forma como a linha de frente se envolve e percebe o impacto do PMAQ.
- **4. CREDIBILIDADE E NOVA CULTURA DE AVALIAÇÃO -** Um programa que requer continuidade/sustentabilidade e mudança na cultura de avaliação terá maior probabilidade de atingir seus objetivos (ou poderá aprimorar os mesmos) na medida em que incrementar a participação e envolvimento dos atores do processo: com **mais conhecimento/entendimento e valorização** em relação ao programa

Possibilidades para o aprimoramento do PMAQ (na atuação junto à linha de frente)

- **Curto prazo (com sustentabilidade):** Estratégias/ferramentas de diálogo e participação poderiam ser adotadas para de fato envolver/incluir mais atores no processo
 - Estas mostram-se potenciais para a redução de outras lógicas (ou efeitos não-intencionados, e muitos desconhecidos) que podem estar influenciando o processo de implementação do PMAQ. De forma que aprimorar o processo do PMAQ implica em aprimorar a qualidade do resultado.
 - Contribuiriam para elevar o NPI-PMAQ dos atores.
 - Dariam maior credibilidade e legitimidade ao PMAQ na linha de frente, facilitando inclusive o trabalho de implementação e avaliação externa
 - Pesquisas contextualizadas junto aos atores de linha de frente poderiam ser utilizadas para explorar outras variáveis e subsidiar a adoção de estratégias inovadoras e potenciais para fortalecer o PMAQ na ESF conjuntamente
- **Curto e longo prazo:** caberia aprimorar a capacidade organizacional da ESF como um todo

Processos inter-ligados



Projeto PMAQ inserido em Projeto mais amplo de Pós-Doutorado (PNPD-CAPES)

- Projeto amplo: “**Qual a legitimidade da política pública?** Uma análise política do problema da separação na política pública: o caso da atenção básica à saúde em Goiânia (projeto piloto)”. CAPES/Ministério da Educação (PNPD-CAPES), Universidade Federal de Goiás/ Imperial College London, aprovado pelo **Comitê de Ética em Pesquisa da UFG (Reg. CONEP/MS: 26584514.3.0000.5083)**. DOI: 10.13140/RG.2.1.4409.4484
- **Financiamento do projeto:** Bolsa e custeio de pesquisa de pós-doutorado PNPD-CAPES (Fabiana c. Saddi). Bolsas de Iniciação Científica para alunos que atuaram no campo e digitação: PRÓEC-UFG (Probec e Provec) e PRPI-UFG (Pivic),
- Coordenação de Fabiana Saddi, com a colaboração de Matthew J. Harris (co-PI), Imperial College London, e Raquel Abrantes (Co-PI), UNB

OBRIGADO!

Fabiana C. Saddi fasaddi@usp.br



Política & Saúde

Grupo de Pesquisa "Política e Política
Pública de Saúde" DGP/CNPq, Brasil