

**PROGRAMA DE MEJORA DEL ACCESO Y DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA ÓPTICA MÉDICA****PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA SOB A ÓTICA MÉDICA****PROGRAM FOR ACCESS AND QUALITY IMPROVEMENT IN PRIMARY
CARE FROM A MEDICAL PERSPECTIVE**

Marilane Amaro¹, Jean Paulo Oliveira², Érica Toledo de Mendonça³, Camilo Amaro de
Carvalho⁴, Fernando Pacheco Zanelli⁵, Andreia Guerra Siman⁶

Como citar este artículo: Amaro M, Oliveira JP, Mendonça ET, Carvalho CA, Zanelli FP, Siman AG. Programa de mejora del acceso y de la calidad de la atención primaria desde la óptica médica. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2021 [acceso em: ____]; 10(1):e202103. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.4156>

RESUMEN

Objetivo: Entender el significado del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria (PMAC-AP) desde la perspectiva de los médicos que trabajan en equipos de Salud de la Familia. **Métodos:** Investigación cualitativa, realizada con 14 médicos a través de entrevistas con un formulario semiestructurado. Los datos se analizaron utilizando la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Se elaboraron tres categorías temáticas: Concepción médica del PMAC-AP: puntos de vista opuestos; Lado positivo del PMAC-AP; PMAC-AP y las dificultades que experimentan los médicos. **Conclusión:** Es necesario que haya programas de educación continua en materia de políticas de salud para incorporarlos de forma más efectiva, apuntando a la calidad en las prácticas de los servicios de salud. Se destaca la necesidad de inversiones en la estructura física y de recursos materiales, considerados aspectos limitantes para el trabajo de los profesionales

Descriptor: Gestión de la Calidad; Atención Primaria de la Salud; Evaluación de los Servicios de Salud.

¹ Enfermera. Doctora en Biología Celular y Estructural. Profesora adjunta III de la Carrera de Enfermería del Departamento de Medicina y Enfermería de la Universidad Federal de Viçosa, MG. <http://orcid.org/0000-0002-9495-0861>. marilaneamaro@yahoo.com.br

² Enfermero. Graduado en la Universidad Federal de Viçosa, MG. <http://orcid.org/0000-0001-7123-8778>. jean.oliveira@ufv.br

³ Enfermera. Doctora en Ciencias de la Nutrición. Profesora adjunta II de la Carrera de Enfermería del Departamento de Medicina y Enfermería de la Universidad Federal de Viçosa, MG. <http://orcid.org/0000-0002-3014-1504>. ericapoty@yahoo.com.br

⁴ Farmacéutico. Doctor en Biología Celular y Estructural. Profesor adjunto II de la Carrera de Medicina del Departamento de Medicina y Enfermería de la Universidad Federal de Viçosa, MG. <http://orcid.org/0000-0001-9539-8653>. camiloamaro@yahoo.com.br

⁵ Estudiante avanzado de la Carrera de Enfermería en la Universidad Federal de Viçosa, MG. <http://orcid.org/0000-0002-1215-4934>. fernando.zanelli@ufv.br

⁶ Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora adjunta II de la Carrera de Enfermería del Departamento de Medicina y Enfermería de la Universidad Federal de Viçosa, MG. <http://orcid.org/0000-0001-7990-9273>. ago.80@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: compreender a concepção sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) sob a ótica dos médicos atuantes nas equipes de Saúde da Família. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada com 14 médicos através de entrevistas com roteiro semiestruturado. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Elaboraram-se três categorias temáticas: A concepção médica sobre o PMAQ-AB: visões que se contrapõem; A face positiva do PMAQ-AB; PMAQ-AB e as dificuldades vivenciadas pelos médicos. **Conclusão:** Fazem-se necessários programas de educação permanente no tocante às políticas de saúde de forma a incorporá-las com maior efetividade visando à qualidade nas práticas dos serviços de saúde. Ressalta-se a necessidade de investimentos na estrutura física e recursos materiais que são apontados como aspectos limitadores para a atuação dos profissionais.

Descritores: Gestão da Qualidade; Atenção Primária à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the meaning of the program for improving access and quality of primary care from the perspective of physicians working in family health teams. **Methods:** Qualitative research, performed with 14 physicians through interviews with a semi-structured script. Data were analyzed using the content analysis technique. **Results:** Three thematic categories were elaborated: The medical conception of PMAQ-AB: opposing views; the positive face of PMAQ-AB; PMAQ-AB and the difficulties experienced by doctors. **Conclusion:** Permanent education programs are necessary in relation to health policies in order to incorporate them with greater effectiveness aiming at quality in health services practices.

Descriptors: Quality Management; Primary Health Care; Evaluation of Health Services.

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas de salud en Brasil siempre han tenido una fuerte relación con el momento histórico-político vigente en ese momento. El modelo médico hegemónico de atención de la salud estuvo marcado históricamente por un enfoque asistencial centrado en el individualismo, el mecanicismo, el biologicismo, el curativismo y la atención hospitalaria. Con la implantación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988, surgió la necesidad de nuevas prácticas en los servicios, y, por ende, la incorporación de los principios de

equidad, universalidad, integralidad y descentralización.¹

Por lo tanto, en 1994 se instituyó el Programa de Salud de la Familia (PSF), que surgió de la necesidad de reestructuración del sistema de salud del país, para superar el antiguo modelo de atención de salud. Posteriormente, en 2006, el PSF dejó de ser un programa y se consolidó como la estrategia prioritaria para ofrecer servicios de Atención Primaria (AP) en Brasil, y se la denominó Estrategia de Salud de la Familia (ESF).¹

Esta nueva estrategia de atención, desde sus inicios, articula acciones de

prevención de enfermedades, promoción, recuperación, rehabilitación y mantenimiento de la salud. Su dinámica también propicia el vínculo entre usuario y equipo, reduciendo considerablemente la brecha creada previamente por el modelo biologicista.¹

Sin embargo, los servicios de salud necesitan medios para consolidar la calidad de sus acciones, con miras a ofrecer servicios que respondan a las necesidades de la población, organizándose sistemáticamente dentro de estándares predeterminados que denoten características aceptables de ejecución.

Por lo tanto, en 2011, el Ministerio de Salud (MS) elaboró propuestas para la reestructuración de la AP enfocadas en ampliar y cualificar los servicios prestados. Por consiguiente, varias estrategias pasaron a formar parte de la nueva Política Nacional de Atención Primaria (PNAP), entre ellas el Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria (PMAC-AP).²

El PMAC-AP surgió en medio de este proceso considerando que los intentos de mejorar la calidad a través de la autoevaluación de los servicios no habían logrado el efecto deseado y no pudieron contemplar de forma colectiva los modelos de atención existentes.²

El PMAC-AP consta de cuatro fases: adhesión y contractualización; desarrollo;

evaluación externa y recontractualización. El programa define varias situaciones/problemas/poderes a través de sus estándares de calidad y alienta a los actores a reconocerlos, discutirlos y definir cuáles son las prioridades según su realidad.²

También cabe destacar la singularidad que presenta esta estrategia de evaluación en cuanto a la adhesión, ya que el plan es de carácter voluntario y el registro se da de forma individual entre los equipos, lo que permite su autonomía. En definitiva, el principal objetivo del PMAC-AP es inducir la ampliación del acceso y la mejora de la calidad de la AP, garantizando un estándar de calidad comparable a nivel nacional, regional y local, de forma que permita una mayor transparencia y efectividad de las acciones gubernamentales.³

Tomando como punto de partida la importancia de la calidad de la atención brindada por todos los profesionales involucrados en la ESF, la pregunta es: ¿cuál es la concepción que tienen los médicos que trabajan en los equipos de Salud de la Familia del PMAC-AP? Se realizó una revisión de la literatura con el fin de mejorar el conocimiento sobre la concepción médica del PMAC-AP y su desempeño como miembro del equipo, que encontró que existen pocos estudios sobre este tema.

Por lo tanto, el estudio tiene como objetivo comprender la concepción del PMAC-AP desde la perspectiva de los médicos que trabajan en los equipos de Salud de la Familia de un municipio de la Zona da Mata Mineira, Brasil.

MÉTODO

Se trata de una investigación descriptiva y cualitativa. La investigación de enfoque cualitativo le permite al investigador tener una aproximación de cómo es la realidad de vida del individuo, además de identificar el contexto en el que se inserta.⁴

Para entender el significado del PMAC-AP, el escenario elegido fue un municipio que cuenta con 17 unidades de Salud de la Familia, ubicadas en la Zona da Mata Mineira. La recolección de datos se realizó entre abril y diciembre de 2016, a través de entrevistas con un formulario semiestructurado. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: profesionales médicos que trabajaban en los equipos de Salud de la Familia del municipio en cuestión, que no estuviesen apartados de su cargo por ningún motivo.

De los 17 médicos que trabajan en el municipio, tres se negaron a participar en la investigación, llegando finalmente a un total de 14 participantes. El horario de la entrevista fue previamente programado con cada participante y las entrevistas fueron

grabadas y transcritas completamente. Para identificar a los médicos en la investigación, los mismos fueron codificados con la letra “M”, seguida de numerales que indican el orden en que se realizaron las entrevistas.

El análisis cualitativo de los resultados se realizó a través del Análisis de Contenido que consta de 3 fases: preanálisis, exploración material e interpretación de los contenidos.⁵ Por consiguiente, inicialmente se realizó una lectura fluctuante y exhaustiva de las preguntas de la entrevista para familiarizarse con el texto y comprender lo que el sujeto quería transmitir. Luego se realizó una selección temática, que consistió en identificar los núcleos semánticos, o elementos semánticamente similares, para categorizarlos posteriormente. Por último, se realizó la interpretación de los datos de acuerdo con la literatura relevante al tema.

La investigación fue sometida al Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos, siendo aprobada bajo el dictamen n.º 1.146.811.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los 14 médicos que participaron en la investigación, nueve tenían ≤ 30 años, dos tenían entre 31 y 40 años y tres tenían más de 50 años. Nueve profesionales eran del sexo femenino. En cuanto al tiempo de

recibidos, seis se graduaron hace menos de un año, cinco entre 1 y 10 años y tres hace más de 10 años. Doce médicos trabajaban en equipos de Salud de la Familia hace cuatro años o menos y solo dos hace más de 10 años. La carga horaria de trabajo de dos de los entrevistados contratados por el Programa Más Médicos (*Programa Mais Médicos*) era de 32 horas semanales y el resto tenía una carga horaria de 40 horas semanales. También cabe destacar que seis profesionales ya habían cursado una especialización en áreas relacionadas con la salud de la familia.

Tras analizar las entrevistas, surgieron las siguientes categorías: Concepción médica del PMAC-AP: puntos de vista opuestos; Lado positivo del PMAC-AP; PMAC-AP y las dificultades que experimenta los médicos.

Concepción médica del PMAC-AP: puntos de vista opuestos

En esta categoría se abordó la concepción del programa desde la perspectiva de los médicos. Conocer la concepción médica del PMAC-AP nos permite comprender cómo se implanta y desarrolla el programa, lo que puede reflejar la realidad de otros equipos en Brasil.

Se observa que algunos participantes pudieron identificar elementos esenciales que rigen el programa, pero sin

especificarlos. Como se puede ver en los siguientes testimonios:

Es el Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad en la Atención Primaria, desde que se puso en marcha el objetivo que al menos entiendo es incentivar a los equipos a mejorar el acceso de las personas a los servicios, mejorando también el acceso a la calidad de este servicio y, para eso, ellos son evaluados en algunos indicadores [...] (M2)

El PMAC es un programa de mejora, ¿sí?, para mejorar tanto el acceso como la calidad de la atención primaria en la red pública. (M3)

Al comprender los lineamientos propuestos por el PMAC-AP, habrá una mayor movilización para incorporarlos a su práctica asistencial. De forma complementaria, van surgiendo acciones para ampliar el acceso y la calidad de los servicios de salud en el ámbito de la salud de la familia, aumentando la oferta de atención cualificada, haciendo efectiva la característica resolutoria de la ESF.

Algunos autores también describen que el PMAC-AP posibilita la gestión de los recursos sanitarios, trae mejoras en el desempeño del proceso de trabajo, que se reflejan en los indicadores de salud, de tal forma que no solo estén condicionados al programa, sino también a una práctica diaria que repercuta considerablemente en el flujo de los servicios.⁶

A continuación se presentarán testimonios que reflejan los conceptos erróneos que caracterizan el desconocimiento médico sobre el significado real del programa:

¿Sabes que no sé nada del PMAC?! No tengo ni idea, quiero decir; la gente llega y habla. ¿El PMAC no es eso que hace una evaluación y viene anualmente y evalúa a los médicos y cosas así? (M1)

[...] Pero realmente me perdí, con el tiempo, realmente ya no sé qué es. (M5)

Es lo que te dije, no lo conocía hasta que me invitaste a la entrevista, pero traté de averiguar, es un programa del gobierno federal que habla de mejorar la atención, la gestión, pero nada de salud, pero hasta entonces no sabía nada del programa. (M11)

Es tan poco conocido el PMAC-AP que eso restringe su importancia y crea una barrera que puede limitar su desarrollo, minimizando su papel como herramienta potencial para mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud pública.

El desconocimiento de los actores involucrados limita el programa a un mecanismo burocrático, que impacta directamente en los objetivos propuestos. Esto, a su vez, interfiere con el reconocimiento de la ESF como puerta de entrada a los servicios de salud, ocultando el carácter resolutivo de la AP.⁷

Se cuestiona la participación de los médicos en el proceso de adhesión al programa, porque, según los testimonios, se asume que el PMAC-AP fue una estrategia introducida verticalmente en el escenario investigado, sin conciencia de la necesidad real de su implantación, sin presentar su potencial o la necesidad de adaptarse a las acciones de salud dirigidas a fortalecer las

prácticas de cuidado sin que implique sobrecarga laboral.

Un estudio realizado en el Distrito Federal mostró que algunos médicos no estaban a favor de implantar el programa, asociaban las reformulaciones necesarias con un aumento de la carga horaria de trabajo.⁸

Otro aspecto importante, puesto en evidencia por esta investigación, se relaciona con la preparación profesional, que incluye la búsqueda de cursos que tengan posgrado, en la que solo seis profesionales entrevistados informaron haber cursado una especialización en áreas relacionadas con la salud de la familia. Este dato es relevante ya que, en un contexto económico, político y social de grandes cambios en los escenarios y prácticas de salud, se espera que todos los actores involucrados estén comprometidos a mejorar la calidad de la atención. La formación en el área de especialización puede influir en el desempeño satisfactorio de las actividades, además de repercutir positivamente en la motivación de los profesionales.⁹

Lado positivo del PMAC-AP

Considerando las reflexiones desarrolladas sobre la concepción médica del PMAC-AP, esta categoría abordará las potencialidades del programa identificadas por los participantes del estudio. Entre ellas,

prevalece su reconocimiento como instrumento de autoevaluación:

Creo que el principal beneficio [del programa] es precisamente la autoevaluación de los equipos, para que puedan mirar un poco su trabajo diario e identificar debilidades y fortalezas [...] identificación de deficiencias, identificación de áreas donde se necesita mejorar el acceso... (M2)

Creo que es precisamente ese [beneficio] el de hacer que cada profesional mire su trabajo con una mirada un poco más crítica, tratando de identificar debilidades en su desempeño como profesional, creo que el PMAC hace que el equipo se detenga a mirar su propio trabajo [...] (M4)

La percepción de que es necesaria una herramienta de autoevaluación permite la construcción de objetivos en función de la realidad en la que operan, posibilitando una reformulación de las prácticas realizadas. De esa forma, todo el proceso conducirá a una replanificación de las acciones orientadas a coordinar la atención, beneficiando a los usuarios del servicio. Por lo tanto, es importante destacar la necesidad de crear una cultura de calidad en la APS, donde la autoevaluación genere cambios y reajustes, en la que los actores involucrados no se limiten a cumplir las metas, sino que se enfoquen en el individuo y sus comunidades.¹⁰

Los médicos, además, reconocen que el programa se basa en facilitar el acceso, como se describe en las declaraciones a continuación:

[...] El objetivo que al menos entiendo es animar a los equipos a mejorar un poco el acceso de

las personas a los servicios, mejorando también el acceso a la calidad de este servicio [...] (M2)

[...] El programa es de mejora, ¿sí?, para mejorar tanto el acceso como la calidad de la atención primaria en la red pública. (M3)

[...] El acceso a la mejora del acceso, la búsqueda activa es incuestionable [...] (M4)

Es importante tener una comprensión más amplia del acceso, como una forma de promoción de la salud, que no se restrinja solo a cuestiones estructurales y geográficas, sino que también permita la resolución de las demandas que hay en el servicio, ya sean programadas o espontáneas. Por ende, la accesibilidad o el acceso aparecen como uno de los aspectos de la prestación de servicios relacionados con la capacidad de producir servicios y responder a las necesidades de salud de una población determinada.¹¹

En este contexto, los médicos informaron que el PMAC-AP tenía la potencialidad de implantar la recepción en las unidades:

[...] al final, todos tenemos que hacer todo, desde la recepción del paciente hasta el tratamiento [...] (M3)

[...] pero por ahora, el beneficio real era solo el conocimiento de la recepción [...] (M14)

La Atención Primaria debe establecer mecanismos que aseguren la recepción, se presume una lógica de organización y funcionamiento del servicio de salud, que parte del principio de que la unidad de salud debe recibir y escuchar a todas las personas que acuden a los servicios, de manera

universal y sin diferenciaciones excluyentes.

Sin embargo, aún quedan retos por superar, es necesario que haya profesionales preparados, motivados y con formación específica para trabajar en la Atención Primaria, de esa forma, dichos profesionales serán capaces de responder a las necesidades de los individuos.¹²

Los testimonios de los participantes también identificaron la importancia de las inversiones del PMAC-AP en educación continua, permitiéndoles a los profesionales actualizarse sobre la nueva evidencia científica. Los testimonios que siguen los reflejan:

Muchos beneficios... Muchos beneficios [PMAC llevó a la AP] ... Porque lo que pasa, es que tenemos que capacitarnos más, tenemos que aprender más, atender más, como calidad de atención se entiende, para que el paciente reciba un producto de buena calidad al final, es decir, un servicio de buena calidad [...] (M10)

[...] así que cuando se realizó el entrenamiento ya era norma para mí, esa era mi rutina, con tos por más de dos semanas, pero ahora ya pide todo el protocolo. (M3)

La educación continua se entiende como una estrategia de transformación de las prácticas de salud, ya que les permite a los profesionales adquirir cada vez más experiencias prácticas, con el objetivo de mejorar sus acciones ante los problemas cotidianos y las soluciones factibles, donde el apoyo de la gestión favorece su consolidación.¹³ Las organizaciones deben invertir en los trabajadores, generando

oportunidades de aprendizaje continuo, de esta forma, la educación continua contribuye a la discusión del proceso de trabajo y a la valoración de las experiencias de todo el equipo de salud para la construcción refinada de un producto asistencial.¹⁴

Una encuesta expresó la opinión de los gestores sobre la participación de los médicos en los programas de educación continua. La participación de los médicos estuvo relacionada con la adecuación del espacio físico para la realización de las actividades educativas y el abordaje multidisciplinario.¹³

Además, es necesario superar algunos desafíos, ya que muchos equipos de salud familiar ubicados en áreas rurales no cuentan con educación continua habitualmente.¹⁵ Según datos de DATASUS¹⁶, en 2016 Brasil contaba con un 64,0% de cobertura de ESF, de los cuales el 20,04% estaba ubicado en zonas rurales. Se sugiere incentivar la cualificación profesional para la adquisición de competencias y habilidades en AP. Por ende, la educación continua es un medio fundamental para la construcción de estándares de calidad que respondan a las demandas que surgen en los servicios.

PMAC-AP y las dificultades que experimentan los médicos

En esta categoría se discutirán las debilidades que experimentan los participantes y que dificultan el logro de los objetivos propuestos por el programa. Los profesionales entrevistados informaron que la estructura física de las unidades era inadecuada, que en su mayoría funcionan en casas alquiladas, lo que genera condiciones laborales desfavorables y dificulta la atención, como se puede apreciar en las declaraciones a continuación:

[...] Aquí es más buena voluntad y todo, cada uno compartiendo el lugar con el otro, que las condiciones que son muy malas, las condiciones del material humano son muy buenas, pero de la unidad física, de la estructura, son muy malas. (M3)

[...] Pero yo creo que hay más dinero y que a veces lo podrían poner en la unidad de salud, ¿no? Principalmente porque nuestra estructura aquí es muy mala, es una casa alquilada, dicen que no pueden invertir muchas veces en una casa alquilada [...] (M2)

[...] así que para hacer un programa de salud, cualquier tipo de programa de salud, primero hay que tener una estructura creada. (M10)

Para orientar a los equipos adheridos al PMAC-AP, el MS elaboró un manual donde se enumeran los mayores desafíos relacionados con la implementación del programa, y se identifican como factor de complicación las precarias condiciones relacionadas con la estructura física de las unidades. Sin embargo, no se presenta y/o contextualiza ninguna propuesta o reflexión sobre estos determinantes.^{3,17} A esto se suma el hecho de que un clima laboral desfavorable genera desmotivación en los

profesionales que trabajan en estos escenarios.¹⁸

En este sentido, para consolidar la implantación de la ESF en todo el territorio nacional, es necesario superar los elementos que constituyen un obstáculo para su efectivización, sobre todo la estructura física de los servicios de salud. Para eso, es necesario el apoyo de los gestores en todos los niveles de gestión que deben estar atentos a los resultados generados en los ciclos del PMAC-AP y desarrollar propuestas que apunten a solucionar tales debilidades.^{3,19}

Otra dificultad que experimentan los médicos es la falta de recursos materiales para brindar una atención de calidad. Mencionan la falta de materiales esenciales para el funcionamiento de las unidades, como se puede observar a continuación:

[...] Falta material, faltan sábanas y siempre falta algo distinto, lo compramos, reponemos una cosa y falta otra, así que es difícil trabajar... Yo ya compré una grapadora, un bolígrafo ... hasta papel traje de casa [...] (M1)

La falta de recursos materiales limita las prácticas asistenciales, impidiendo que la AP ofrezca soluciones a las demandas existentes en los servicios. Esto compromete el desarrollo de las actividades que forman parte de este escenario, restringiendo el principio de integralidad que constituye uno de los ejes centrales del SUS.¹⁹

Los estudios reafirman el aspecto de la gestión del trabajo en salud en AP, destacando que los municipios son incapaces de formar equipos de salud y cubrir las demandas de atención cuando escasea el financiamiento en el sector. También se señala que existe una falta de incentivos en las acciones dirigidas a evaluar los resultados de la asistencia.¹⁹ Por consiguiente, es evidente que es importante que haya una mayor articulación entre las distintas esferas gubernamentales, que permita concretar las propuestas del PMAC-AP.

Además, los testimonios también denotaron la percepción que tienen los médicos de la contractualización en el PMAC-AP, la consideran una política verticalista, donde prevalece un pacto directo entre la gestión municipal y el MS, privando al PMAC-AP de su característica de adhesión voluntaria, esto es lo que se puede ver en los extractos a continuación:

¿Estoy, no estoy?! Sabes que me inscribieron en el PMAC, ¿verdad? (M1)

Lo he estado desde que entré. El PMAC es el de la municipalidad, ¿verdad? Tan pronto como me uní, me inscribieron, no fue por voluntad propia. (M8)

Solo si la municipalidad me inscribió. No sé cómo funciona realmente. (M11)

Cabe destacar que la adhesión al programa debe realizarse de forma voluntaria y su éxito depende de la motivación y proactividad de todos los

profesionales del equipo multidisciplinario.³ Por ende, la escasa comprensión de los principios del PMAC-AP resulta un obstáculo para la implementación del programa, haciendo que pierda la característica de impulsor de la mejora del acceso y de la calidad de los servicios prestados por la AP.²⁰

Un estudio afirma que los desafíos relacionados con el proceso de implantación del PMAC-AP hacen que los profesionales consideren el programa como algo impuesto por los gestores municipales, quienes lo utilizan como una forma de castigo o compensación económica. Por ello, es necesario que los gestores permitan que todas las etapas del programa se realicen correctamente para que los profesionales se sientan motivados y parte de ese proceso.²⁰

CONCLUSIÓN

El estudio reveló que algunos médicos desconocían el significado del PMAC-AP. Por otro lado, algunos participantes identificaron las potencialidades del programa como una herramienta de autoevaluación y mejora del acceso de la población que se caracteriza por la recepción. Otro aspecto positivo del PMAC-AP es la implementación de la educación continua en los servicios de salud.

Los profesionales también identificaron debilidades relacionadas con el desarrollo del PMAC-AP, como estructura física inadecuada, que dificulta el proceso de trabajo, sumada a la falta de insumos materiales y, por último, la fase de contractualización verticalizada.

Se sugiere avanzar en la investigación relacionada con el rol de los médicos en el PMAC-AP, para que se desarrolle adecuadamente, dando como resultado un estándar de salud uniforme a nivel nacional, regional y local.

Se considera una limitación el bajo número de estudios disponibles para fundamentar la discusión y comparación de resultados.

REFERENCIAS

1. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Rev Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado em 2 out 2018]; 20(6):1869-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en
2. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado em 2 out 2018]; 38(N esp):358-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600358&lng=en
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade: manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2 out 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
6. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [citado em 2 Out 2018]; 39(107):1033-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401033&lng=en
7. Clementino FS, Gomes LB, Viana RPT, Marcolino EC, Araújo JP, Chaves TV. Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Rev Saúde Ciênc*. [Internet]. 2015 [citado em 3 out 2018]; 4(1): 62-80. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/241/239>
8. Lopes EAA, Scherer MDA, Costa AM. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. *Tempus (Brasília)*[Internet]. 2015 [citado em 4 out 2018]; 9(2):237-50. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1757>
9. Lopes EZ, Bousquat AEM. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2011 [citado em 05 out 2018]; 6(19):118-24. Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/185/313>

10. Cruz MM, 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* [Internet]. 2014 [citado em 05 out 2018]; 38(N esp):124-39.

Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38nspe/124-139/pt/>

11. Uchôa SAC, Arcênio RA, Fronteira ISE, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Acceso potencial a la Atención Primaria de Salud: qué muestran los datos del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de Brasil? *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2016 [citado em 10 out 2018]; 24(2672):1-30. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100304&script=sci_arttext&lng=es)

[11692016000100304&script=sci_arttext&lng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100304&script=sci_arttext&lng=es)

12. Cavalcanti PCS, Neto AVO, Sousa MF. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [citado em 10 out 2018]; 39(105):323-36.

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n105/323-336/>

13. Ávila LS, Assis LN, Melo MB, Brant LC. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Rev Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2014 [citado em 10 out 2018]; 19(2):401-16. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n2/401-416/pt/>

14. Ferreira RGS, Cardoso MMVN, Tavares IGAMT, Carvalho ACS, Lacerda AC. Perspectivas dos enfermeiros frente às práticas educativas no cotidiano do trabalho. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2018 [citado em 10 out 2018]; 7(3):3-13. Disponível em:

<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2496/pdf>

15. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Educação Permanente e Qualificação profissional para Atenção Básica. *Saúde Pesqui*. [Internet]. 2017 [citado em 11 out 2018]; 10(1):101-9.

Disponível em:

<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5682>

16. Ministério da Saúde (Brasil), Portal da Saúde. Cobertura da Atenção Básica. Brasília, DF: DATASUS; 2017.

Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

17. Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica: questões a problematizar. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. 2015 [citado em 14 out 2018]; 23(1):122-27. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagem/uerj/article/view/14725/12366>

18. Giacomelli W, Borges GR, Santos EG. Determinantes da desmotivação no trabalho: uma investigação teórica e empírica. *Rev Adm Roraima* [Internet]. 2016 [citado em 18 out 2018]; 6(1):4-17.

Disponível em:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5609280>

19. Silva KL, Medeiros CS. Fatores Intervenientes na Implantação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios Brasileiros. *Rev APS*. [Internet]. 2015 [citado em 20 out 2018]; 18(3):378-89. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15610>

20. Sossai TA, Galavote HS, Vieira ECL, Freitas PSS, Lima RCD. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2016
[20 out 2018]; 18(1):111-19. Disponível
em:
[https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/
15142/10723](https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15142/10723)

RECIBIDO: 21/11/2019
AUTORIZADO: 12/11/2020
PUBLICADO: 04/2021