

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ALINE CORBELLARI ZAMPROGNO

**OLHAR(ES) SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE UMA
ENTREVISTADORA DE CAMPO NA COLETA DE DADOS DO PMAQ NO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2013

ALINE CORBELLARI ZAMPROGNO

**OLHAR(ES) SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE UMA
ENTREVISTADORA DE CAMPO NA COLETA DE DADOS DO PMAQ NO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção de título de Mestre, na área de concentração Política e Gestão de Saúde.

Orientadora: Professora Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima.

VITÓRIA
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Zamprogno, Aline Corbellari, 1987-

Z26o Olhar(es) sobre a atenção básica : a experiência de uma entrevistadora de campo na coleta de dados do PMAQ no estado do Espírito Santo / Aline Corbellari Zamprogno. – 2013.

123 f. : il.

Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde - Avaliação. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Família - Saúde e higiene. 4. Serviços de saúde pública - Espírito Santo (Estado). 5. Cartografia. I. Lima, Rita de Cássia Duarte, 1953-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

Aline Corbellari Zamprogno

Olhar(es) sobre a Atenção Básica: a experiência de uma entrevistadora de campo na coleta de dados do PMAQ no Estado do Espírito Santo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração: Política e Gestão de Saúde.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima (orientadora)
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Túlio Martins de Figueiredo (membro interno)
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto (membro externo)
Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz

Dedico este trabalho a todos que me ajudaram a torná-lo possível, em especial a meus pais (Nilo e Margarete) à minha irmã (Kely) e a meu amor (Alex).

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos por DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta de desenvolver esta pesquisa.

Aos meus pais, Nilo e Luzia Margarete, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em mim, em minha capacidade, entendendo a minha ausência em suas vidas. Obrigada pelo amor incondicional!

À minha segunda mãe e irmã, Kely. Sempre disposta a ajudar e me dando sustentação em cada passo da minha vida. Agradeço ainda a ela por ter me dado a oportunidade de ser tia de três pessoinhas que tanto amo (Isis, Elis e Piero).

Ao meu amigo, namorado, marido, Alex, por ser tão importante na minha vida. Sempre ao meu lado, apoiando-me, ajudando-me e fazendo-me acreditar que posso mais do que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, compreensão, apoio e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Sempre digo que sem você não teria chegando aonde cheguei.

À minha segunda família, Júlio Flávio, Adriana, Paula e Juliana, que me deram o suporte necessário para o início dessa caminhada.

À minha amiga, e agora comadre, Ana Paula (Paulinha). Formamos dupla e estamos juntas desde a graduação. O sonho do Mestrado era nosso e juntas conseguimos alcançá-lo. Mesmo longe, sua palavra sempre me conforta, ajuda e incentiva.

Às amigas que o Mestrado me deu: Camila sempre disposta a ajudar, associada a uma alegria e amizade inigualáveis; Luanna, que com sua criatividade e jeito único de ver a vida, mostrou-me muitas coisas que eu não enxergava; e Tânia Mara, que me abriu a primeira oportunidade de mostrar meus conhecimentos.

À amiga que o PMAQ me deu: Priscilla, companheira de todas as horas e de todos os momentos. Dizem que é nas situações mais adversas que encontramos as

verdadeiras amigadas e você é uma delas.

Aos meus parceiros do Nupgasc pelas contribuições e enriquecedoras discussões. Em especial à Anny que, com sua experiência, organização e centralidade me incentivou a sempre caminhar em frente em busca do meu objetivo, e à Ana Claudia que, com suas importantes contribuições durante todo o processo do PMAQ, colaborou para o enriquecimento do estudo.

À professora Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, pela confiança, oportunidade de trabalhar ao seu lado e por ser a maior incentivadora na superação de meus limites. Agradeço, ainda, pela chance de participar de um projeto tão grandioso como o PMAQ que, certamente, transformou minha visão sobre o sistema de saúde brasileiro.

Finalmente, e em especial, a todos os entrevistadores e supervisores da Equipe de Avaliação Externa do PMAQ–ES (1º ciclo) que tornaram este trabalho possível, seja por meio de seu profissionalismo e parceria, seja pelas fotografias e relatos, enriquecendo ainda mais esta experiência.

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

(Arthur Schopenhauer).

Você não sabe o quanto eu caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu não cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei.
(Cidade Negra – A Estrada – Toni Garrido).

RESUMO

Esta dissertação consiste no relato da experiência vivenciada durante o planejamento, implementação e execução da Avaliação Externa, etapa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), efetivado nos 78 municípios do Estado do Espírito Santo, no ano de 2012. Esse programa possui como principal finalidade, a indução da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais. O objetivo deste estudo é analisar as formas e as condições da organização dos serviços de Atenção Básica (AB), identificando facilidades, dificuldades e desafios experienciados. O percurso metodológico adotado esteve alicerçado na abordagem qualitativa, constituindo-se numa pesquisa exploratória, descritiva e que utilizou como abordagem metodológica a inspiração cartográfica, tecida ao longo do trabalho de campo. Os resultados deste trabalho refletem a situação da AB, que expôs muitas possibilidades de avanços, mas também deixou à mostra condições sanitárias precárias e insuficientes das Unidades Básicas de Saúde no Estado do Espírito Santo.

Palavras-chave: *Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Cartografia. Unidade Básica de Saúde.*

ABSTRACT

This work is the story of lived experience during planning, implementation and execution of the External Evaluation, integral to the National Improving Access and Quality (PMAQ) effected in the 78 municipalities of the state of Espírito Santo in 2012. This program has as its primary purpose the induction of expanding access and improving the quality of primary care, with a guarantee of a quality standard comparable national, regional and locally in order to allow greater transparency and effectiveness of government actions. Thus the essential objectives of this study are analyze the forms and conditions of the organization of primary care services, identifying facilities, difficulties and challenges. Thus, the methodological approach followed for the proposed objectives were achieved was grounded in qualitative approach, constituting an exploratory, descriptive and used as a form of design data, cartography, woven logo of fieldwork. The findings reflect a real picture of Primary Care, who showed plenty of progress, but also left sample poor sanitation and insufficient of Basic Health Units in the State of Espírito Santo.

Keywords: *Primary Care; Family Health Strategy; Cartography; Basic Health Units.*

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade

AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade

APS – Atenção Primária à Saúde

CAA – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

DAB – Departamento de Atenção Básica

EAB – Equipe de Atenção Básica

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESF – Estratégia Saúde da Família

GPAB-A – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

MS – Ministério da Saúde

NOAS-SUS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NUPGASC – Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitário de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PPGSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa Saúde da Família

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SF – Saúde da Família

SGDAB – Sistema de Gestão do Departamento de Atenção Básica

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal de Espírito Santo

VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
3 QUADRO TEÓRICO	15
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS, ABORDAGENS E TENSÕES	15
A IMPORTÂNCIA DA ESF NO CENÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA, ASSIM COMO A NECESSIDADE DA DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS QUE TENHAM IMPACTOS NOS DETERMINANTES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INDICAM A AVALIAÇÃO COMO UMA FERRAMENTA INDISSOCIÁVEL DA EXPANSÃO DA ESF NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL (BRASIL, 2002).	17
3.2 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO: FOCO NO ACESSO E NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	18
3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE MUDANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	21
3.3.1 Avaliação da qualidade: entre as necessidades e a realidade cotidiana dos serviços de saúde	28
3.4 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ)	30
3.4.1 O instrumento	36
3.4.2 Certificação das Equipes de Atenção Básica	38
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	42
4.1 DESENHO DO ESTUDO	42
4.1 CENÁRIO DE ESTUDO	44
4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	45
4.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	46
5 RESULTADOS	47
5.1 PACTOS E ORGANIZAÇÃO DO PMAQ NO ESPÍRITO SANTO	47
5.2 ORGANIZANDO ROTAS E ITINERÁRIOS PARA O PMAQ-ES	48
5.4 FRAGILIDADES DA INFRAESTRUTURA FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA CAPIXABA	54
DE ROTA EM ROTA A ATENÇÃO BÁSICA NO ESPÍRITO SANTO VAI SE (DES)CONSTRUINDO	66
APÊNDICE B – RESUMO II	67
CARTOGRAFANDO A ATENÇÃO BÁSICA: AS IMAGENS REVELADORAS DAS (DES)ARTICULAÇÕES E DAS (DES)IGUALDADES NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE CAPIXABA	67

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é o resultado da experiência vivenciada durante a implementação da Etapa 3 (avaliação externa) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Espírito Santo.

O objetivo central do PMAQ é favorecer a indução da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais (BRASIL, 2011a).

Escrevo minha trajetória neste programa a partir do instante em que assumi a função de supervisora de campo, por meio do Núcleo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Nessa função, tive a oportunidade de conhecer novos caminhos, locais, regiões e culturas, mas, principalmente, pude observar, na prática, como está organizada a Atenção Básica (AB) capixaba.

Com o intuito de apresentar o assunto, foi realizado um resgate do processo de constituição da AB e seu desdobramento na organização do sistema de saúde brasileiro, apontando as principais estratégias utilizadas para qualificá-la, assim como conceitos e modelos avaliativos empregados.

O presente texto trata, ainda, da implementação da Política Nacional da Atenção Básica (Pnab) procurando enfatizar o quanto essa política tem se revelado significativa para a reorientação do modelo assistencial, considerando, ainda, como o PMAQ se insere nesse contexto.

Para o alcance dos objetivos deste trabalho, utilizei minha experiência vivenciada na Etapa 3 desse programa, identificando avanços e desafios dessa política. Busquei, ainda, descrever como a participação nesse processo contribuiu para a compreensão sobre a AB no Espírito Santo, bem como para ampliar o olhar sobre esse cotidiano.

Assim, esta dissertação está organizada em capítulos com uma introdução, os objetivos e um quadro teórico, em que privilegiei o debate de autores de referência

no tema estudado. Conta, também, com o percurso metodológico, apresentando o desenho do estudo, a abordagem, o cenário, os instrumentos de coleta de dados, bem como aspectos éticos. Os resultados são apresentados na forma de relato de experiência associado às discussões embasadas por estudos e autores que se correlacionam com a temática.

Assim, espero que a descrição das experiências vivenciadas durante a realização da coleta de dados, com vistas à Avaliação Externa no Estado do Espírito Santo, oriente e contribua para a realização de novos ciclos do PMAQ, uma vez que foi possível apontar limites, desafios e avanços obtidos, além de desnudar a infraestrutura, a organização dos processos de trabalho e o protagonismo dos usuários nos serviços de AB no Estado.

2 OBJETIVOS

- a) Conhecer a Atenção Básica no Estado do Espírito Santo;
- b) descrever o processo de coleta de dados da terceira fase (Avaliação Externa) do PMAQ no Estado do Espírito Santo;
- c) relatar as experiências vivenciadas no processo de coleta de dados, na terceira fase do PMAQ ES;
- d) identificar as facilidades, as dificuldades e os desafios experenciados durante o planejamento e execução da terceira fase do PMAQ.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS, ABORDAGENS E TENSÕES

Conceituada pela primeira vez na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde à assistência essencial prestada ao nível mais próximo da população, utilizando para tanto tecnologias e ferramentas acessíveis. Dessa forma, tem-se a APS como o primeiro contato com o sistema de saúde e o primeiro passo no processo contínuo da atenção (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

A partir de Alma-Ata, diversos autores (Organização Pan-Americana da Saúde, Starfield e Campos) vêm propondo discussões e definições acerca desse tema. Para Starfield (2002, p. 44):

APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

Ainda de acordo com Starfield (2002), a APS é alicerce dos trabalhos dos demais níveis de atenção do sistema de saúde. A APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Além desses aspectos, a AB também organiza e racionaliza o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

No Brasil, a APS ganhou potência a partir das discussões norteadoras da Reforma Sanitária, levando os atores envolvidos nesse processo a adotar o termo Atenção Básica à Saúde, diferenciando-a da APS seletiva adotada em outros países e enfatizando a reorientação do modelo assistencial que estava sendo implantado,

com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

No processo de construção do SUS, é interessante destacar o tensionamento e disputa de interesses na definição das concepções sobre Atenção Básica à Saúde e Atenção Primária à Saúde. Na década de 1980, a noção de que cuidados primários de saúde, ao assumirem um caráter de Programa de Medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, fez com que o Ministério da Saúde (MS) utilizasse o termo AB para designar, ou mesmo tratar como equivalente a expressão Atenção Primária. Dessa forma, criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico.

Desde então, o termo Atenção Básica em Saúde vem sendo empregado para assinalar a atenção à saúde em seu primeiro nível. É definido como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio do trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados (BRASIL, 2006). Atualmente, em textos acadêmicos, documentos e eventos do MS já vêm sendo utilizada a terminologia internacionalmente conhecida de APS.

No País, a AB apresenta como estratégia principal a Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2007), que deve ser organizada em uma equipe multiprofissional, com definição territorial e adscrição da clientela, além do cadastramento e acompanhamento da população residente na área (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é responsável pelas famílias de seu território de abrangência, identificando problemas e situações de risco e organizando seu trabalho a fim de traçar estratégias para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, bem como desenvolvendo atividades educativas e intersetoriais referentes aos problemas identificados. Dessa forma, espera-se prestar uma assistência integral, ampliando e melhorando o acesso à saúde (BRASIL, 2006).

Para Bueno e Merhy (1997), a ESF caracteriza-se como uma intervenção vertical, permitindo a integração e organização das atividades em um território definido. Está alicerçada no acolhimento voltado às necessidades de saúde dos usuários, assistindo com humanização, cidadania e solidariedade todas as pessoas que procuram os serviços de saúde.

Não há dúvidas de que a ESF traz consigo uma ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, além do crescimento das atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, principalmente para grupos com maiores riscos de adoecer e morrer, o que teve como consequência a melhoria significativa nos indicadores de saúde dos brasileiros nos últimos anos. Todavia, observa-se que ainda existem alguns pontos críticos a respeito de sua implantação, principalmente no que tange aos impactos no montante da rede de serviços de saúde (SERAPIONI; SILVA, 2011).

Para Silva e Caldeira (2010), a consolidação e a expansão da ESF tornou os profissionais de saúde mais próximos dos usuários. Esse fato, todavia, não implica a mudança dos processos de trabalho desses profissionais que, mantendo a mesma lógica da assistência centrada na consulta médica, vêm desenvolvendo limitadamente os atributos da atenção primária.

De acordo com Merhy (2001), a ESF materializa-se como um bom instrumento para a aplicação de ações em redes de serviços locais, mas também configura-se como uma modalidade tecnológica de produção de atos de saúde insuficientes para dar conta dos objetos de ação, na saúde.

A importância da ESF no cenário da saúde pública brasileira, assim como a necessidade da divulgação de resultados que tenham impactos nos determinantes de saúde da população indicam a avaliação como uma ferramenta indissociável da expansão da ESF no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil (BRASIL, 2002).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO: FOCO NO ACESSO E NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Para Cohn (2009), uma política de saúde se configura como processo complexo de jogos de interesses diversos que permeiam a sociedade, confrontando as representações sobre o que vêm a ser de fato as necessidades e demandas da população e os interesses econômicos configurados ao longo do tempo, no interior do próprio setor saúde.

Essa definição perpassa a lógica da criação das legislações e políticas que antecederam a atual Política Nacional da Atenção Básica, aprovada pela Portaria n.º 2.488/2011/GM. Para que se compreendam os interesses e demandas que originaram a PNAB, faz-se necessário um resgate das principais legislações anteriores a ela.

Modificada em 2006, a partir das discussões que deram origem ao Pacto pela Saúde, a PNAB redefiniu, por meio da Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006, os princípios gerais, responsabilidades de cada esfera, infraestrutura e recursos indispensáveis, além de características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF, objetivando o seu fortalecimento como um processo consolidado, na medida em que a Atenção Básica estabelece a Saúde da Família como forma de reorganização do modelo assistencial de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2006).

Revisitada novamente na Portaria n.º 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, a PNAB estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e para o PACS, introduzindo também a discussão a respeito dos recursos financeiros baseados nos componentes do acesso e da qualidade da assistência prestada ao usuário (BRASIL, 2011b).

A Portaria n.º 2.488/2011 é considerada um marco, pois, apesar de manter a essência das legislações que a antecederam, promoveu uma atualização nos conceitos e definições, além de proporcionar a incorporação de algumas inovações, por exemplo, a flexibilização da carga horária do profissional médico.

A Nova Política Nacional de Atenção Básica que a referida Portaria inaugura legitima a saúde da família como estratégia prioritária para a reorganização da AB no País, além de introduzir elementos ligados à ordenação das redes de atenção à saúde.

Observa-se, ainda, que a PNAB reconhece a Saúde da Família como modelo para substituição e reorganização da AB, valorizando tanto a dimensão preventiva quanto a clínica, defendendo estratégias voltadas para o fortalecimento, a expansão e a qualificação da APS no Brasil, vinculada à ESF (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Dessa forma, pondera-se que, em um de seus fundamentos, a AB apresenta-se como uma maneira de possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, além da inserção de alternativas que assegurem a acessibilidade e acolhimento, de modo que se obtenha uma coerência na organização e no funcionamento dos serviços de saúde, garantindo, assim, um atendimento universal e equânime (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, a ESF foi adotada como indutora do processo de institucionalização da avaliação na AB, iniciado no ano de 2004. Acompanhando essa perspectiva e reafirmando sua intencionalidade, observa-se também a criação do Departamento de Atenção Básica, na estrutura organizacional da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), e de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) (FELISBERTO, 2004).

Consolidando o processo de avaliação em saúde, o Governo Federal instituiu, no âmbito do SUS, em 19 de julho de 2011, por meio da Portaria Ministerial n.º 1.654, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), tendo como um de seus alicerces o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) (BRASIL, 2011a).

O objetivo essencial dessa portaria é favorecer a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011a).

Portanto, o PMAQ foi implementado num contexto no qual o Governo Federal, progressivamente, foi se comprometendo a desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Esse programa foi idealizado para operar de forma cíclica. Foi composto por quatro fases: *Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização* (BRASIL, 2012b).

- a) A primeira fase (Adesão e Contratualização) do PMAQ consistiu na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem consolidados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, num processo que envolveu a pactuação local, regional e estadual e a participação do usuário por meio do controle social (BRASIL, 2012b).
- b) A segunda fase consistiu na etapa de Desenvolvimento do conjunto de ações a serem exploradas pelas EAB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com a finalidade de promover os movimentos de mudança que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase foi organizada em quatro dimensões (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional) (BRASIL, 2012b).
- c) Já a terceira fase, denominada Avaliação Externa, foi composta por: certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da AB, coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e também pelo Ministério da Saúde, a partir do monitoramento de indicadores e da avaliação não relacionada com o processo de certificação, cuja finalidade é apoiar a gestão local (BRASIL, 2012b).
- d) E, finalmente, a quarta fase foi constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes de

acordo com os resultados verificados nas fases 2 e 3 do PMAQ-AB. (BRASIL, 2012b).

Portanto, a criação de um programa com potência para avaliar o acesso e a qualidade da assistência prestada à população se mostrou de suma importância para que a gestão, a coordenação e mesmo para que os profissionais das equipes de AB apreendessem quais são suas reais condições e demandas, podendo, assim, traçar diagnósticos da situação da população adscrita. Além disso, por meio desse processo, puderam-se fazer inferências a respeito dos modelos de Atenção Básica que vêm sendo adotados no Estado do Espírito Santo.

3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO¹ DE MUDANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Com a finalidade de equiparar o marco teórico aos objetivos deste trabalho, adotaremos, como referencial, a discussão que vem sendo travada, por autores como Hartz (1999) e Felisberto (2004), entre outros.

Contandriopoulos, em conceito ampliado por Vieira da Silva (2005), indica-nos que a avaliação é um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, visando a uma melhor tomada de decisão. Assim, a avaliação se efetivaria como uma ferramenta indispensável para a melhoria da qualidade da atenção.

A avaliação em saúde, reconhecida como um dos elementos da gestão em saúde, manifesta-se na essência de múltiplas e inúmeras iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS. Apresenta-se, ainda, como uma ferramenta de suporte aos processos decisórios, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, mostrando a

¹ Dispositivo, ou agenciamento, configura-se como um artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires. Pode produzir realidades alternativas e revolucionárias que transformam o horizonte considerado do real, do possível e do impossível (BAREMBLITT, 1936).

necessidade da implantação de novas práticas à rotina dos profissionais e mensurando o impacto das ações efetivadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Para Ferreira (2004), avaliar é emitir um juízo de valor, atribuir valor a algo, apreciar ou estimar o merecimento. Já de acordo com Champagne et al. (2011, p. 42), "[...] a ação de avaliar pode ser também um exercício sistemático que demanda uma *expertise* e pertence ao campo da pesquisa".

Para Patton (1997, p. 23, apud CHAMPAGNE et al., 2011, p. 43), a avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informações sobre as atividades, as características e os resultados, objetivando apreciá-los com o intuito de melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas com os novos programas.

Entretanto, em se tratando da avaliação de políticas, avaliar também é comparar parâmetros estabelecidos e resultados alcançados acerca de uma dada intervenção, objetivando a facilidade da consecução de determinados fins (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

Esse é um tema de nuances em que não existe uma única concepção, dependendo dos interesses a que se filia. Para Hartz (2005), a avaliação é multifacetada e adota por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas vinculadas com o trabalho, nos seus diversos âmbitos, o que envolve as intervenções sociais planejadas.

Numa conceituação mais ampliada do termo avaliação, Champagne et al. (2011, p. 44) afirmam:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementação de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individualmente ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Dessa forma, observa-se que, ao se investir no processo da avaliação, busca-se contribuir decisivamente para a qualificação da atenção à saúde, promovendo-se a

construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, participação social e resolutividade) e abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

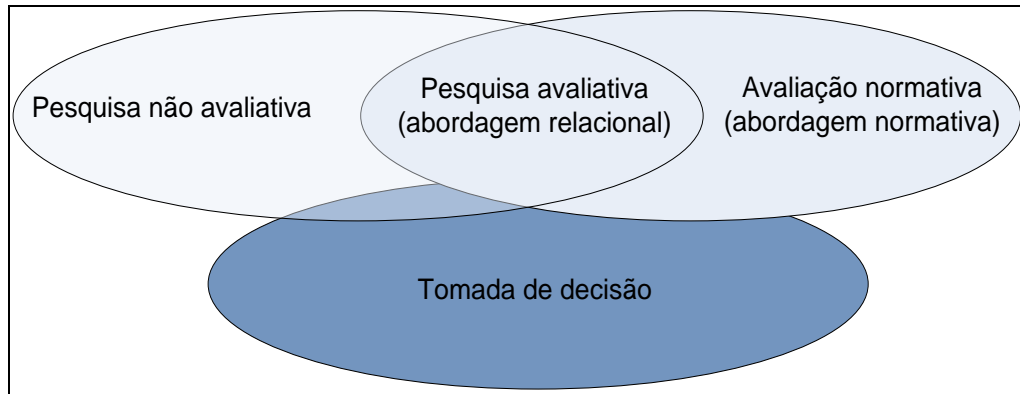
Muitas são as dimensões da avaliação, não havendo um conceito único e acabado, ao contrário, a esse respeito existe uma diversidade de conceitos e tendências. Assim, percebe-se que há grande variedade no campo da avaliação em saúde, o que é discutido por Patton (1997, apud HARTZ, 2005, p. 55), quando adverte que as tentativas de reduzir a complexidade desse processo podem, fatalmente, levar a uma excessiva simplificação. Entretanto, para fins práticos, esse autor discute três objetivos primários para a avaliação de programas: fazer julgamentos, facilitar o seu desenvolvimento e contribuir com o conhecimento.

Já Minayo (2005) possui o entendimento de que a avaliação se configura como uma elaboração, uma negociação, ou mesmo a aplicação de critérios analíticos, inseridos em um exercício metodológico, com o intuito de conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o valor ou o estado de um determinado objeto/situação, a fim de estimular e facilitar o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e de organizações.

Inseridos nessas intencionalidades da avaliação, compreende-se a existência de dois tipos: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. Em linhas gerais, a avaliação normativa busca apreciar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas. Ela se inscreve, por isso, em um processo de verificação da conformidade dos componentes da intervenção em relação a certas referências. Já a pesquisa avaliativa depende de um procedimento científico que permite analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes de intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011).

Há apenas uma sobreposição parcial entre o campo da avaliação e o da pesquisa. A pesquisa é, de fato, uma atividade de pesquisa, mas não se pode dizer o mesmo da avaliação normativa. A figura a seguir revela também que a tomada de decisão só em parte se sobrepõe aos campos da pesquisa e da avaliação (GUBA, 2011).

Figura 1 – Pesquisa, avaliação e tomada de decisão.



Fonte: Guba (2011, p. 45).

Admite-se ainda uma diversificação de tipos que, no caso da avaliação em saúde, se dividiria em duas vertentes: as avaliações presentes no cotidiano e a investigação avaliativa. A avaliação das práticas cotidianas seria realizada a partir de uma apreciação do habitual, utilizando para tanto técnicas não sistematizadas de observação e análise e formulação de juízos de valor dicotômicos e simplificados do próprio processo de trabalho. Já a pesquisa avaliativa obedeceria à apreciação feita sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, por meio do recurso de metodologias científicas. As práticas que têm sido mais frequentemente objeto da avaliação são aquelas resultantes da ação social planejada, tais como: políticas, programas e serviços de saúde (HARTZ, 2005).

De acordo com Minayo (2005), tradicionalmente, as avaliações de programas baseiam-se na tríade estrutura-processo-resultados. A avaliação da estrutura remete às informações acerca dos recursos físicos, materiais e humanos que ditam a forma de organização do serviço. Já o estudo do processo dirige-se às atividades de intervenção, propriamente dita, assim como os componentes técnicos e as relações interpessoais. Por fim, a análise dos processos refere-se aos efeitos, aos produtos e às ações e procedimentos envolvidos na intervenção.

Guba (2011) defende a ideia de que, com o avançar do tempo, o processo avaliativo passou por fases distintas até se instalar em sua atual geração enumerada como a

quarta nesse processo. Entretanto, não há nenhum consenso a respeito dessa forma de avaliação, assim como não se obteve a respeito dos modelos anteriores.

A avaliação de quarta geração é entendida como um modelo em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesses ou interessados servem como enfoques organizacionais que, por sua vez, são implementados de acordo com os preceitos metodológicos do paradigma de investigação construtivista (GUBA, 2011).

Nesse sentido, a avaliação de quarta geração tem se posto como uma alternativa não excludente dos referenciais anteriores, mas seu enfoque traduz que ela se torna inclusiva e participativa, inserida num processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção em que o pesquisador-avaliador também se coloca como parte e não apenas juiz (GUBA, 2011).

O que se depreende dessa discussão é que a avaliação em saúde, como processo que favorece a participação e o debate, redistribui seu acesso aos atores que, com os seus próprios meios, não têm capacidade de avaliar os serviços públicos ou contrabalançar interesses hegemônicos.

Cabe aqui uma distinção entre o monitoramento e a avaliação: o monitoramento corresponderia ao acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços, enquanto a avaliação se refere ao julgamento a respeito dessas mesmas características em um determinado recorte do tempo (HARTZ, 2005).

Para Malta e Merhy (2004), o processo avaliativo deve ocorrer de forma dinâmica, como parte integrante do processo decisório, devendo, assim, estar presente nas diferentes esferas de gestão. Dessa forma, necessita ser um processo constante e sistemático, que articule as ações implementadas, objetivando subsidiar a definição de problemas, reorientar estratégias desenvolvidas, fornecer elementos para a transformação das práticas sanitárias, mensurar impactos das ações sobre as condições de saúde das populações e sobre a organização dos serviços. Portanto, compreende-se que o monitoramento e a avaliação se configuram como etapas fundamentais para a gestão dos serviços de saúde.

Assim, em algumas circunstâncias, o monitoramento pode produzir informações para a realização de uma avaliação, todavia pode não equivaler à sua implementação. Ou seja, quando a atividade de monitoramento se resume ao registro contínuo de variáveis ao longo do tempo, superpõe-se à montagem de um sistema de informação. A transformação de dados em informação, bem como a sua utilização para a avaliação requerem a formulação de uma pergunta específica que oriente a análise e os possíveis sentidos a serem atribuídos aos achados empíricos. A otimização dos sistemas de informação para fins de avaliação, bem como a indicação adequada acerca da necessidade ou não da realização de avaliações pontuais ou de investigações avaliativas exigem certo grau de institucionalização da avaliação (HARTZ, 1999).

Cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na escolha de critérios, indicadores e padrões (HARTZ, 2005).

Bosi e Martinez (2010) afirmam ser inquestionável o poder transformador da avaliação em saúde, principalmente no que se refere ao fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa no SUS. Contudo, contraditoriamente, também alertam para a sua capacidade de endossar práticas preexistentes. Nesse sentido, a prática que incrementa a participação de todos os grupos de interesse deve ser efetiva, bem como a produção de formas de interação e diálogo, tanto entre gestores quanto entre profissionais e usuários, mostrando-se, assim, como uma ferramenta estratégica na consolidação da reforma sanitária brasileira.

O debate técnico-político que acompanha o termo avaliação em saúde intensificou-se nos últimos anos devido ao fortalecimento de movimentos a fim de concretizar a institucionalização da avaliação, principalmente no âmbito da AB.

Nesse enfoque, a concretização da institucionalização da avaliação objetivou a assimetria entre o poder dos grupos constituídos da sociedade e os indivíduos que coletivamente a constituem, contribuindo para a democratização tanto da vida política, como daquela interna às instituições (HARTZ, 2009).

Para Hartz (2005), institucionalizar a avaliação deve significar sua integração em um sistema organizacional no qual seja capaz de afetar o seu comportamento, o que expressa a criação de um modelo orientado para a ação, ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas.

Felisberto (2004) aponta que o processo de compreensão da institucionalização da avaliação, como agrupamento ao cotidiano dos serviços, requer a declaração da necessidade do fortalecimento e/ou desenvolvimento da aptidão técnica, nos diversos níveis de sistemas de saúde, na medida em que a adoção de ações de monitoramento e avaliação seja decifrada como acessória e mesmo essencial ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa).

A concretude da institucionalização da avaliação na AB veio por meio de portaria ministerial, com o programa que instituiu, no âmbito do SUS, o processo avaliativo, alicerçado na melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de saúde, o PMAQ.

Portanto, a avaliação pode funcionar como potente dispositivo para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, desde que adequada ao contexto de sua implementação e comprometida com os princípios do SUS. Desse modo, a depender da implicação e das relações de poder entre os vários atores, a avaliação tem a potencialidade de criar uma cultura democrática de participação efetiva no processo de tomada de decisão, bem como proporcionar um espaço de formação técnica e política para gestores, profissionais de saúde, avaliadores e usuários, possuindo, assim, um papel primordial na concretização de um sistema público universal, integral e de qualidade (SARTI et al., 2008). O debate travado por esses autores permite compreender o PMAQ como um processo importante e com dinamicidade própria para contribuir na melhoria da assistência à saúde no contexto capixaba.

3.3.1 Avaliação da qualidade: entre as necessidades e a realidade cotidiana dos serviços de saúde

A discussão a respeito da qualidade dos serviços de saúde se inseriu recentemente na agenda política do setor. Uma das razões que justifica essa inserção está sustentada no aumento dos custos com a atenção à saúde em contextos de restrição orçamentária; à crescente incorporação e inovação tecnológica; à variação na qualidade da atenção em saúde entre os diversos profissionais e serviços; à baixa efetividade e eficiência do cuidado em saúde, tanto no nível individual quanto no coletivo, mas também devido às desigualdades no acesso aos serviços de saúde (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000; HEALTH SERVICES RESEARCH GROUP, 1992).

Donabedian (1990, p. 12, tradução livre) aponta que “[...] a qualidade da atenção à saúde deve ser definida como o grau em que os meios mais desejáveis são utilizados para alcançar as maiores melhorias possíveis em saúde”.

Tanto é assim que alguns autores (MAXWELL, 1984; DONABEDIAN, 1980) têm optado pela divisão da qualidade em diversas dimensões, buscando evitar o risco de adotar interpretações restritas e incoerentes da realidade. Essas abordagens reconhecem a qualidade como sendo complexa e multidimensional em si mesma. Cada componente indicado fornece uma visão de parte do conjunto de características que compõem a noção de qualidade (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

Concordando com essa linha de entendimento, Donabedian (1990) busca sistematizar os domínios ou âmbitos da qualidade em saúde em sete pilares: eficácia: utilização das melhores ferramentas disponíveis em condições ditas ideais, correspondendo à capacidade da atenção em melhorar os níveis de saúde; efetividade: grau com que melhorias nos níveis de saúde são obtidas no contexto real de produção do cuidado em saúde; eficiência: capacidade em se obter a maior melhoria em saúde a um menor custo; otimização: o alcance da mais proveitosa relação custo-benefício possível; aceitabilidade: conformidade com as preferências dos pacientes com referência à acessibilidade, relação médico-paciente,

amenidades, efeitos e custos da atenção em saúde prestada; legitimidade: conformidade entre os atributos anteriores e as preferências sociais; e equidade: justiça na distribuição social da atenção em saúde e nos efeitos em saúde do cuidado.

Assim, a definição de qualidade a ser utilizada no âmbito da atenção primária deve estar em consonância com seus princípios e características, respeitando suas particularidades como conjunto de práticas e como nível ou *locus* de atenção à saúde (CAMPOS; PISCO, 2008).

Nesse sentido, a avaliação de qualidade é também um julgamento dos processos de trabalho executados para oferecer determinada atenção à saúde de indivíduos ou coletividades (DONABEDIAN, 1978), com o objetivo de identificar as discrepâncias entre o desejado, em termos de cuidado à saúde, e o encontrado na realidade dos serviços.

No debruçar sobre essa temática, identifica-se que uma das conceituações mais disseminadas no campo da avaliação em saúde e, mais especificamente, no campo da avaliação da qualidade em saúde, é a tríade “estrutura – processo – resultado” formulada por Donabedian nos seus trabalhos na área da qualidade da atenção médica (1978, 1980, 1988, 2005). A conexão dessa tríade se estabelece na suposição de que estruturas adequadas aumentam a probabilidade de bons processos e estes aumentam a perspectiva de resultados favoráveis em saúde.

Desse modo, para que a qualidade em saúde seja mensurada, faz-se necessária a elaboração de indicadores, além de critérios e padrões para subsidiar o processo de comparação do real com o ideal, passo primordial em qualquer avaliação (ASSIS et al., 2005). Esses referenciais poderão quantificar e qualificar uma série de características de determinado objeto e disponibilizarão informações cruciais para se acompanhar a evolução das mudanças oriundas de um conjunto de práticas sociais, como as de saúde, bem como possibilitarão a comparação entre diversos atores sociais, como profissionais ou serviços de saúde (STENZEL, 1996).

Para Assis et al. (2005, p. 106), “[...] no contexto da avaliação, os indicadores são parâmetros quantificados ou qualitativamente elaborados que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo adequadamente conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (de resultados)”. Ou seja, expressam indiretamente, e de forma sintética, alguma relação com a realidade. E essa limitada capacidade dos indicadores em proporcionar uma avaliação do todo é fundamental, pois exige dos avaliadores a utilização de uma série de parâmetros com vistas a se aproximar o máximo possível do objeto em sua completude, mesmo consciente da impossibilidade disso (SARTI, 2009).

É importante optar por indicadores que sejam aceitáveis pelo conjunto de atores envolvidos com o objeto avaliado e que forneçam informações pertinentes para a tomada de decisão no cotidiano dos serviços. Por outro lado, esses indicadores devem ser capazes de identificar o maior número possível de problemas de qualidade, quando estes realmente existirem, e excluir os problemas, quando estes realmente não estiverem ocorrendo (SARTI, 2009).

Com isso, percebe-se que a incorporação de práticas avaliativas, sobretudo quando estas se referem à qualidade, promove uma valorização de sistemas e serviços de saúde ancorados em uma noção ampliada de saúde, o que pressupõe não apenas a universalidade do acesso, mas também a integralidade e a humanização das práticas, dentre outros princípios e diretrizes (BOSI; MARTINEZ, 2010).

3.4 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ)

A complexidade e a importância da AB para a reorganização das redes de atenção no âmbito do SUS são inquestionáveis. A dimensão que emerge da efetivação e do acúmulo da implementação da ESF ratifica, ética e politicamente, a necessidade de se ampliar e avaliar a qualidade dessa estratégia, em particular no que diz respeito às muitas dimensões que a compõem, seja a partir de um olhar interno (autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade - AMAQ), seja do PMAQ, a exemplo do que ocorreu nos municípios brasileiros com a implementação do PMAQ.

Assim, um dos pressupostos deste estudo é relatar a experiência propiciada por esse processo – o PMAQ – e descrever os fatos e acontecimentos que compuseram a realidade vivida no Estado do Espírito Santo.

O conhecimento das origens e evoluções sofridas pelo processo de avaliação em saúde que culminou em sua consolidação por meio do PMAQ torna-se de suma importância para entender como esse processo está organizado e alicerçado metodologicamente. Com esse intuito, serão abordadas as principais legislações, portarias e documentos do Governo Federal que contribuíram para a incorporação do PMAQ ao SUS.

Nesse sentido, voltando-se, ainda que de forma breve, à retrospectiva do processo de avaliação inserido na AB, compreende-se que ele se estabelece nas últimas décadas a partir da Portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002, que aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002), ampliando, assim, as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, além de estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e da busca por uma assistência mais equânime, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2002).

Subsequente a essa portaria, em 4 de abril de 2003, foi lançada a Portaria n.º 384/GM, que altera o Capítulo III – Critérios de habilitação e desabilitação de Municípios e Estados, da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002 – considerando para tanto dois níveis de gestão: a “Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A)” e a “Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)”, de maneira que, para se habilitar ao primeiro modelo de gestão, o município deveria assumir algumas responsabilidades, dentre elas, a realização de cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS (BRASIL, 2003).

Coerente com essa postura, no ano de 2003, por meio da Portaria n.º 676, de 3 de junho de 2003, instituiu-se uma comissão, a fim de determinar critérios, mecanismos e fluxos para a avaliação da AB, além da elaboração e proposição de estratégias

para a integração e unificação dos processos de controle, acompanhamento e avaliação da AB (BRASIL, 2003b).

Em outubro do mesmo ano, a comissão instituída por essa portaria divulgou o “Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica” que, dentre outras considerações, concluiu que naquele momento se fazia necessária a adoção de um “olhar avaliador” que perpassaria por todas as instâncias de governo (BRASIL, 2003c).

Essa mesma comissão também assinalou que o cenário da avaliação em saúde no Brasil ainda era bastante incipiente, pouco incorporado às práticas e possuía um caráter muito mais prescritivo, punitivo e burocrático do que subsidiário de ações de planejamento e de gestão (BRASIL, 2003d).

Evidências como essas fortalecem a adoção de estratégias para a institucionalização da avaliação, como pode ser analisado na publicação do documento intitulado “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização” no ano de 2005. Esse material corrobora a ideia de que o investimento nesse período seria o modo de se buscar a qualificação da AB, contribuindo, assim, para a construção de modelos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (BRASIL, 2005b).

Com a finalidade de fortalecer a dinâmica avaliativa, foi lançada a Portaria n.º 21/GM, de 5 de janeiro de 2005, que instituiu a Relação dos Indicadores da Atenção Básica – 2005, a serem pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde, constituindo-se um instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de atenção (BRASIL, 2005a).

Com o fortalecimento da proposta de avaliação, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica tornou-se importante mecanismo para o direcionamento de esforços em relação às metas almejadas pelas três esferas de governo no SUS por meio do processo de pactuação.

No transcorrer do tempo, esse conjunto de indicadores sofreu diversas modificações. Durante os anos de 1999, 2000, 2001 e 2002, as alterações foram

anuais. Entre 2003 e 2005, o conjunto manteve-se inalterado. Uma nova reformulação foi realizada para o Pacto pela Saúde, de 2006.

O Pacto pela Saúde indica a necessidade da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e institui a unificação do processo de pactuação de indicadores anteriormente integrantes do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Vigilância em Saúde (VS) (BRASIL, 2006).

Percebe-se, assim, a importância de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) inserida na esfera federal, principalmente quando se atribui a ela a responsabilidade da condução gerencial de iniciativas processuais de grande envergadura, como o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a Investigação Avaliativa, representada pela realização de estudos e pesquisas de abrangência nacional, e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), principal instrumento de monitoramento da AB com características muito peculiares de apoio à gestão, ao fazer uso dos conceitos de territorialização, adscrição de clientela e potencialidade do uso por profissionais integrantes das equipes de saúde para discussão com a comunidade usuária e programação local (FELISBERTO, 2004).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde instituiu uma proposta de avaliação formativa específica para a ESF, de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), focada na autoavaliação e apresentando padrões de referência para a organização dos serviços (SILVA; CALDEIRA, 2001).

A AMQ era um projeto estratégico e integrante à Política Nacional de Avaliação da AB e tinha por objetivos o desenvolvimento de tecnologias de avaliação para a melhoria contínua da qualidade da ESF; a definição de padrões de qualidade da ESF; a construção de instrumento de monitoramento e avaliação; e a contribuição com o desenvolvimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação nas Secretarias Estaduais de Saúde e municípios brasileiros (BRASIL, 2005a).

Especificamente no Estado do Espírito Santo, a implantação do AMQ teve seu início em meados de 2006, contando com intensa indução da Secretaria Estadual de Saúde (Sesa), por meio de seu Núcleo de Normalização, e atingindo um total de 64

dos 78 municípios capixabas, o que fez do Espírito Santo o Estado de maior destaque na utilização do instrumento no País (ESPIRÍTO SANTO, 2007).

Contudo, pouco se estudou sobre a AMQ e os processos de melhoria da qualidade na ESF. Além disso, a AMQ foi pensada e formulada com vistas à autoavaliação dos processos de trabalho de gestores e profissionais de saúde, demonstrando-se insuficiente na adoção de estratégias para sua utilização como recurso de gestão para os municípios (SARTI, 2009).

Devido a esses fatores, foi elaborada a ferramenta Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), construída a partir da revisão e adaptação do projeto da AMQ e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. Na AMAQ, os gestores municipais deveriam aderir de maneira voluntária e participativa, motivados pelo anseio de oferecer uma atenção à saúde de melhor qualidade (BRASIL, 2009; (BRASIL, 2012d).

Atualmente, percebe-se um movimento do Ministério da Saúde de incentivo, por parte da gestão, baseado em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. Entre esses esforços, insere-se o “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade”, constituindo-se a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando a um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica (BRASIL, 2012c).

Reafirmando todo esse processo, em 19 de julho de 2011, a Portaria Ministerial n.º 1.654 instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), assim como o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, associado ao Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do “Saúde Mais Perto de Você”, no qual se insere o PMAQ, mostra-se como uma das principais estratégias indutoras da qualidade para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

Esse programa tem sido apontado como uma das alternativas que objetivam ampliar a competência das gestões federal, estadual e municipal, além das EABs, na oferta de serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2012b). Tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o País (BRASIL, 2012a).

De acordo com a pesquisadora Márcia Fausto, em entrevista concedida ao “Informe ENSP”, em 19 de julho de 2012, o PMAQ reflete uma estratégia do processo de avaliação: a de qualificar as ações. Segundo a pesquisadora,

[...] a iniciativa do MS de implementar uma política de avaliação para a Atenção Básica é uma maneira de monitorar e identificar o que não vai bem, além de permitir apresentar as ações exitosas aos demais lugares. O processo de avaliação auxilia na tomada de decisão dos gestores e também em uma apropriação de conhecimento por parte da equipe no momento da entrevista.

Assim sendo, o PMAQ foi organizado em quatro fases que se complementam e que se conformam em um processo cíclico de melhoria do acesso e da qualidade da AB. São elas: *Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização*, conforme já descrito (BRASIL, 2012b).

Define-se a Avaliação Externa, foco deste trabalho, como um levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EABs, a partir das equipes que fizeram a adesão ao PMAQ, buscando-se reconhecer e valorizar os esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB (BRASIL, 2012c).

Cabe salientar, ainda, que a Avaliação Externa segue a mesma linha de raciocínio da AMAQ, diferenciando-se apenas na ordem de execução e na forma de aplicação. Assim, em ambos os instrumentos, estão contemplados elementos relacionados com a estrutura, equipamentos e condições de trabalho nas UBS; a qualidade do vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; o apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica; o acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada ao cidadão; e a satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada UBS avaliada (BRASIL, 2012a).

Para a realização da Avaliação Externa, o Ministério da Saúde contou com o apoio de instituições de ensino e pesquisa. No caso do Estado do Espírito Santo, a instituição responsável pela coordenação da Avaliação Externa foi a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) que, em parceria, também coordenou as atividades desenvolvidas nos Estados do Rio de Janeiro, Paraná e Tocantins. A Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) participou por intermédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), do Nupgasc.

Essa etapa do PMAQ ocorreu em todo o território nacional e, para sua materialização, algumas ações foram pactuadas entre os entes envolvidos (Ministério da Saúde, municípios e instituições de ensino e pesquisa), como: a gestão local seria informada previamente da visita dos avaliadores, de acordo com rotas preestabelecidas, e providenciaria o transporte dentro de seu município, assim como a hospedagem para toda a equipe de entrevistadores. Toda a coleta de dados foi informatizada, utilizando-se *tablet's*, visando à redução da duração do trabalho de campo, de forma a acelerar o processo de certificação (BRASIL, 2012c).

Juntamente ao processo da avaliação externa do PMAQ, como parte integrante das ações de qualificação da Atenção Básica, foi realizado o Censo da AB, com o objetivo de verificar a estrutura das UBS. Essa ação objetivou levantar informações para o aprimoramento da estratégia de Requalificação das UBS. Assim, mesmo os municípios que não aderiram ao PMAQ receberam a visita dos entrevistadores para diagnóstico da infraestrutura de suas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012c).

3.4.1 O instrumento

O instrumento utilizado para a coleta de dados na etapa da avaliação externa foi organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações (BRASIL,2012c):

- a) Módulo I – Observação na UBSaúde: objetivava avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS. Este módulo foi aplicado em todas as UBS do País, incluindo os municípios que não aderiram ao PMAQ, pois era integrante tanto do PMAQ quanto do Censo Nacional das UBS;
- b) Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS: visava a obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário e, ao mesmo tempo, verificar os documentos de apoio à avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, realizada pelo avaliador da qualidade;
- c) Módulo III – Entrevista com o usuário na UBS: visava à verificação da satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde, no que se refere ao seu acesso e utilização;
- d) Módulo IV – Módulo *on-line*: compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações deveriam ser respondidas por gestores e equipes no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no *site* do Programa.

Os objetivos da aplicação dos módulos eram realizar as certificações das equipes e fazer um levantamento de informações que orientassem o aperfeiçoamento das políticas de saúde. A Tabela 1 apresenta as dimensões e respectivas ponderações consideradas na certificação do desempenho das equipes:

Tabela 1 – Dimensões para ponderação e certificação das equipes

Dimensões	Ponderações
Gestão municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica	10%
Estrutura e condições de funcionamento da UBS	10%
Valorização do trabalhador	20%
Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho	50%
Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário	10%

Fonte: Brasil, 2011.

3.4.2 Certificação das Equipes de Atenção Básica

O processo de certificação teve como objetivo realizar a avaliação do acesso e da qualidade das EABs participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes (BRASIL, 2012b).

O processo de certificação foi entendido como um momento de reconhecer o esforço de melhoria do acesso e da qualidade da AB, desenvolvido pelas equipes participantes e pelo gestor municipal.

Em linhas gerais, a finalidade da certificação da EAB não ficou restrita ao reconhecimento e verificação de padrões de qualidade, pois também se estendeu à identificação de ações para o fortalecimento dos processos de gestão e de trabalho, com vistas à melhoria da qualidade (BRASIL, 2012b).

A intenção do Ministério da Saúde com a implantação do PMAQ e, conseqüentemente, com a realização das certificações das EABs de forma cíclica foi considerar a variação do contexto histórico, político, econômico e cultural, de maneira que o PMAQ fosse constantemente aperfeiçoado, não obscurecendo a necessidade da adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação e gestão, com vistas às novas demandas e desafios apontados pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012c).

A cada ciclo do programa, novos parâmetros de qualidade podiam ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população.

Ao realizar a adesão das equipes ao PMAQ, o município teve a possibilidade de se organizar no prazo de dois a seis meses para realizar a solicitação da avaliação externa, por meio do Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB), após a data de homologação da adesão. Entretanto, devido ao cronograma logístico, administrativo e orçamentário do primeiro ano de implantação do programa, a avaliação externa em todos os municípios iniciou-se cerca de seis meses após a adesão. Vale destacar que, após iniciado o primeiro ciclo de avaliações, previu-se que a mesma equipe fosse reavaliada a cada 18 meses (BRASIL, 2012c).

Na certificação das Equipes de Atenção Básica, o Ministério da Saúde levou em consideração as seguintes dimensões (BRASIL, 2012c):

- a) a implementação de processos autoavaliativos pelas Equipes de Atenção Básica que equivaleria a 10% da certificação;
- b) os resultados dos indicadores contratualizados desde a adesão ao programa por equipes e gestores municipais de saúde que corresponderia a 20% da certificação;
- c) as informações obtidas no processo de avaliação externa, que serão detalhadas neste documento, equivalente a 70% da certificação.

A avaliação da EAB foi prevista para ser realizada por comparação com as demais equipes. Devido a isso, a classificação de desempenho das EABs, aglutinadas no município ao qual pertence, foi feita por meio de estratos definidos com base em critérios de equidade, comparados com a média e o desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato (BRASIL, 2012c).

A definição dos estratos considerou aspectos sociais, econômicos e demográficos tais como: Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2012c).

Tabela 2 – Critérios de estratificação dos municípios

ESTRATO	CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85

Fonte: Brasil, 2012b.

O PMAQ previu, como regra geral, para o desempenho médio de cada estrato aquele obtido com o resultado da avaliação de 25% do total de equipes de cada estrato. Todas as equipes daquele estrato foram comparadas com esse desempenho e certificadas em função do quanto está na média, acima ou abaixo dela (BRASIL, 2012c).

No primeiro ciclo do PMAQ, o desempenho das equipes foi classificado em quatro categorias (BRASIL, 2012c):

- *Insatisfatório: equipes que não cumpriram com os compromissos assumidos no Termo de Compromisso no momento da contratualização no PMAQ-AB e Portaria nº 1.654/GM, de 19 de julho de 2011, bem como não cumpriram com as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica previstas na Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. A equipe perde o recurso do componente PAB qualidade.*
- *Regular: equipes com resultado menor do que a média do seu estrato. A equipe manteria o recurso do PAB qualidade em 20%.*
- *Bom: equipes com resultados maior ou igual a média do estrato e menor que +1 desvio padrão da média. A equipe aumentaria o recurso do PAB qualidade para 60%.*
- *Ótimo: equipes com resultado maior ou igual a +1 desvio padrão da média. A equipe aumentaria o recurso do PAB qualidade para 100%.*

O DAB definiu que os resultados das certificações de cada equipe de AB seriam divulgados por meio do Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), o que só ocorreria após a consolidação dos dados obtidos com a avaliação e assim que cada equipe cadastrada no programa recebesse a sua certificação, de forma que cada município receberia, por *e-mail*, a lista com o desempenho de cada uma de suas equipes participantes do programa (BRASIL, 2012c).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O percurso metodológico seguido a fim de que os objetivos propostos fossem alcançados está alicerçado na abordagem qualitativa, de maneira que o presente estudo se constituiu numa pesquisa exploratória, descritiva e que utilizou de uma inspiração cartográfica para o delineamento do relato da experiência vivida durante a realização da coleta de dados, com vistas à Avaliação Externa do PMAQ-AB no Estado do Espírito Santo.

A escolha da abordagem qualitativa deu-se porque trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, entendidos conjuntamente como parte de uma realidade social. Dessa forma, o objeto da pesquisa dificilmente conseguiria ser quantificado. A realidade estudada não se encontra visível, necessitando ser exposta e apresentada, *a priori*, pelos próprios pesquisadores (MINAYO, 2007).

Esse tipo de abordagem permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categoriais durante a investigação. Por essa razão, caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2006).

De acordo com Chizzotti (1998), um dos aspectos da pesquisa qualitativa é que o problema decorre, antes de tudo, de um processo indutivo que se vai definindo e se delimitando na exploração dos contextos ecológico e social, nas quais se realiza a pesquisa, da observação reiterada e participante do objeto pesquisado e dos contatos duradouros com informantes que conhecem esse objeto e emitem juízos sobre ele. Ainda segundo o autor, em geral, a finalidade de uma pesquisa qualitativa é intervir em uma situação insatisfatória e mudar condições percebidas como transformáveis.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 1994).

Assim sendo, o que se pretendeu foi relatar, sob a ótica de um supervisor de campo implicado com o processo, as experiências vivenciadas durante o planejamento e execução da terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica no Estado do Espírito Santo, per meio da coleta dos dados e das observações captadas do diário de campo. Também foi realizado um grupo de discussão com as demais supervisoras do projeto, com o intuito de ampliar a opinião e pontos de vistas sobre a experiência em estudo.

O grupo de discussão configura-se como uma ferramenta por meio da qual o pesquisador estabelece uma via de acesso, permitindo a reconstrução dos diferentes meios sociais e do *habitus* coletivo do grupo. A análise do discurso dos sujeitos auxilia na identificação da importância coletiva de um determinado tema (WELLER, 2006).

Nesse sentido, o grupo de discussão apresenta-se como uma técnica que utiliza e desenvolve a coleta de informação, sobretudo no estudo de situações revestidas de alguma complexidade (SANTOS 2009).

No que se refere à inspiração desta dissertação, a abordagem cartográfica, proposta por Deleuze e Gattari (1995), constitui-se em um método para aproximação da subjetividade entendida em sua dimensão processual, havendo para tanto uma diferenciação entre sujeito, produto/objetivo e também do processo de produção. Ainda de acordo com esses autores, a cartografia apresenta-se como um mapa aberto que vai se desenhando pelas conexões que o campo de pesquisa oferta, não esquecendo jamais que nele se incluem as implicações do próprio pesquisador, ou seja, seus desejos, perguntas, curiosidades, verdades.

Trata-se de uma abordagem que não tem como premissa básica o seguimento de regras que devem ser adotadas e aplicadas. Na cartografia, busca-se elaborar

construir o processo caso a caso, passo a passo, procurando descrever, construir e coletivizar a experiência do cartógrafo (KASTRUP, 2007).

Na medida em que o caminho vai sendo percorrido, construído e vivenciado, a cartografia vai se configurando como uma das possibilidades de registro de investigação mais adequada para ser usada, uma vez que busca circunscrever um plano coletivo de sentidos, sistemas de signos que não desenham uma identidade, mas, ao contrário, permite detectar os elementos de processualidade do território em questão. Podem-se efetivar por meio de vivência institucional, entrevistas, construção de um diário de campo, questionários, fotografias e confrontação da validação dos resultados com o coletivo de trabalhadores (FERREIRA, 2009).

Dessa forma, cartografar os processos no âmbito da saúde coletiva é investigar o que dá expressão e o que transforma os modos de produção de cuidado; escutar os seus "ruídos", seus incômodos; fazer aparecer as coisas que estão ali, mas não têm visibilidade (FRANCO; MERHY, 2009).

Assim, na perspectiva cartográfica, investigar um território de produção de saúde é buscar captar suas dinâmicas, seus movimentos, seus acontecimentos, o que se passa na relação entre instituição-território, instituído-instituente (FERIGATO; CARVALHO, 2011). Esses movimentos foram se construindo no processo de produção da coleta de dados do PMAQ-ES.

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O campo de estudo foi produzido no transcorrer do processo de planejamento, elaboração e supervisão do trabalho de campo vivenciado pela pesquisadora enquanto integrante da equipe de avaliação externa do PMAQ no Estado do Espírito Santo, no período de março a outubro de 2012.

O cenário reflete uma (re)produção das vivências experienciadas durante a elaboração de rotas, dos planos de trabalho, dos contatos com os municípios, assim

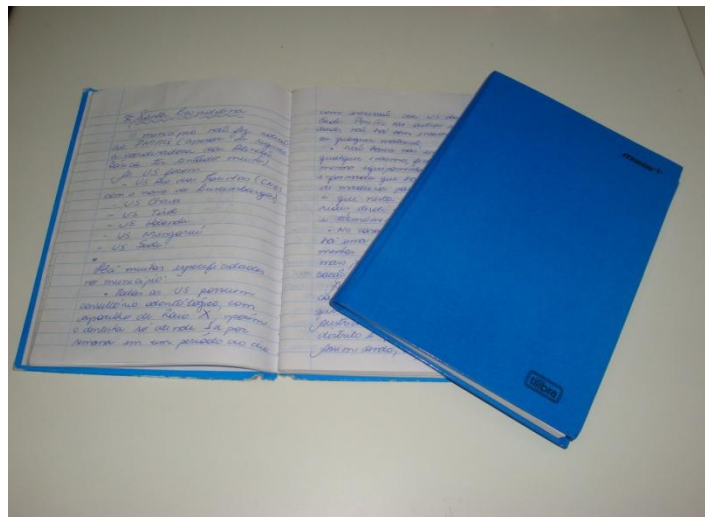
como a supervisão, propriamente dita, em 53 dos 78 municípios do Estado, contabilizando a visita da equipe PMAQ em 156 UBS, de um total de 875. Assim, esta pesquisadora supervisionou o trabalho de campo em 279 entrevistas com os usuários e 91 com profissionais de ensino superior (médicos, enfermeiros e odontólogos). O relato de experiência que se segue é fundamentado na vivência produzida com base nesse cenário.

4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Todas as informações observadas e experienciadas foram registradas em um diário de campo adotado desde o início do PMAQ.

Os diários de campo foram denominados "Caderninho Azul" (foto) e digitalizados para assegurar as observações vivenciadas

Figura 1 – "O Caderninho Azul"



Essa ferramenta transformou-se em um espaço revelador de fatos e fatos e se tornou espelho privilegiado que propiciou desnudar avanços, limites e possibilidades da AB em nosso Estado. As anotações foram se produzindo como um *zoom* da realidade da AB, em pausas para se reviver, ampliar ou mesmo reduzir os caminhos e atalhos traçados a partir das rotas. O campo desvelou realidades vividas,

inusitadas e inesperadas. Trouxe à tona também a complexidade e diversidade dos protagonismos em ato nos serviços de saúde no Espírito Santo.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo está incluído no Projeto de Pesquisa "Avaliação da Atenção Básica em Saúde nos Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná e Tocantins", objeto de atuação do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva, constituído por diversos pesquisadores e cadastrado em 31-5-2012 na Plataforma Brasil.

5 RESULTADOS

Os resultados desse relato de experiência expressam etapas significativas que foram produzidas a partir da implementação da terceira fase do PMAQ – Avaliação Externa, no Estado do Espírito Santo. Refletem também os limites de se relatar um processo ainda em curso e carregado de ineditismo. Limitou-se a um dado período que foi o da organização, da ida a campo para a coleta de dados e das observações a respeito da AB que a pesquisadora pôde captar nesse processo.

Assim, as etapas da avaliação externa das equipes e UBS da AB, nos 78 municípios do Estado do Espírito Santo, foram realizadas tendo como pressuposto as premissas que constituíram o primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde em 2012, cujo principal objetivo foi coletar dados para a efetivação, por parte do DAB/MS, da avaliação de como vem se dando o acesso à AB, apreendendo as singularidades e diferenças dos diversos municípios. Para os objetivos deste estudo, foram feitos recortes para relatar a experiência inédita da realização do PMAQ no cenário capixaba.

Os relatos constituíram a expressão desses momentos em que como supervisora juntamente com os demais membros das quatro equipes que constituíram o PMAQ /ES participaram de todo o processo de organização e coleta dos dados. Destacou-se o processo de organização do trabalho de campo, a elaboração das rotas, os itinerários percorridos, o olhar sobre a AB, a identificação das lacunas, dificuldades e possibilidades que foram produzidas pelo e no campo.

5.1 PACTOS E ORGANIZAÇÃO DO PMAQ NO ESPÍRITO SANTO

O envolvimento da Universidade Federal do Espírito Santo no PMAQ, por meio do Núcleo de Estudos em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, teve início

em novembro de 2011, em pactuação que envolveu a Ufes e pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), responsável pela coordenação nacional de nove Estados brasileiros, incluído o Estado do Espírito Santo. Em março de 2012, deu-se início ao processo administrativo e político com vistas a viabilizar o PMAQ, contando ainda com a parceria da Secretaria de Estado da Saúde, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), além dos coordenadores e gestores da AB dos municípios.

Estabelecidos os pactos interinstitucionais, ficou definido o prazo para a realização do processo de coleta de dados nos municípios de três meses (junho a agosto), período este que se mostrou muito curto para dar conta de tantas atividades, para vencer diferentes obstáculos, assim como para realizar a seleção e treinamento de entrevistadores de campo, traçar rotas e itinerários e viabilizar visita aos 78 municípios capixabas. Acrescidas a essas dificuldades, experienciou-se também a necessidade de vencer questões políticas dadas pelo período de campanha e eleição municipal que coincidiu com a época da coleta de dados.

A equipe de entrevistadores do PMAQ/ES foi composta por 17 profissionais de saúde, assim caracterizados: oito enfermeiras, três nutricionistas, três psicólogos, duas assistentes sociais, uma farmacêutica; a supervisão contou com uma enfermeira, uma cientista social, uma dentista e uma psicóloga e a coordenação estadual com uma docente enfermeira.

5.2 ORGANIZANDO ROTAS E ITINERÁRIOS PARA O PMAQ-ES

A organização e elaboração das rotas foi um capítulo à parte nesse processo pela escassez de informações e inconsistência das informações a que se teve acesso.

Para o cálculo do tempo de trabalho, foi estimado que cada equipe seria constituída de um supervisor e quatro entrevistadores, responsáveis por realizar uma

certificação e um censo por dia, com a perspectiva de que o trabalho de campo para avaliação externa fosse concluído em três meses.

O planejamento das rotas mostrou as complexas intencionalidades e as disputas de poder para se referir à realidade, quando adentramos nos territórios onde os acontecimentos se efetivaram. Uma das ferramentas utilizadas para aperfeiçoar esse processo foi viabilizada pelo Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), que disponibilizou em seu *site* o programa Quantum GIS, oferecendo-nos informações relativas à localização dos estabelecimentos de saúde, mas apenas essas informações não foram suficientes. Agregaram-se a essas informações os dados contidos no mapa rodoviário e turístico do Estado com vistas a obter o melhor acesso viário e as melhores proximidades geográficas entre os municípios capixabas. Assim, toda a lógica adotada pela equipe foi baseada nessa perspectiva e foi a partir dela que as rotas foram construídas.

Para essa tarefa, foram utilizados parâmetros e orientações do DAB, mas que, num primeiro momento, mostraram-se insuficientes. Também por uma orientação do DAB, iniciou-se o trabalho de campo pela capital, Vitória. Tal atitude foi fundamental para o bom andamento do restante do trabalho, uma vez que se puderam observar, bem de perto, pontos e aspectos que deveriam ser corrigidos e aprimorados para a garantia da segurança, assim como da qualidade das certificações realizadas.

A realização dessa rota permitiu também que se tivesse um parâmetro aproximado do tempo de aplicação do instrumento de todas as equipes. Informação que foi utilizada para definição do cronograma das rotas posteriores. Nas demais rotas, além desse parâmetro, foi considerado o tempo de deslocamento de Vitória até o município a ser coletado o dado.

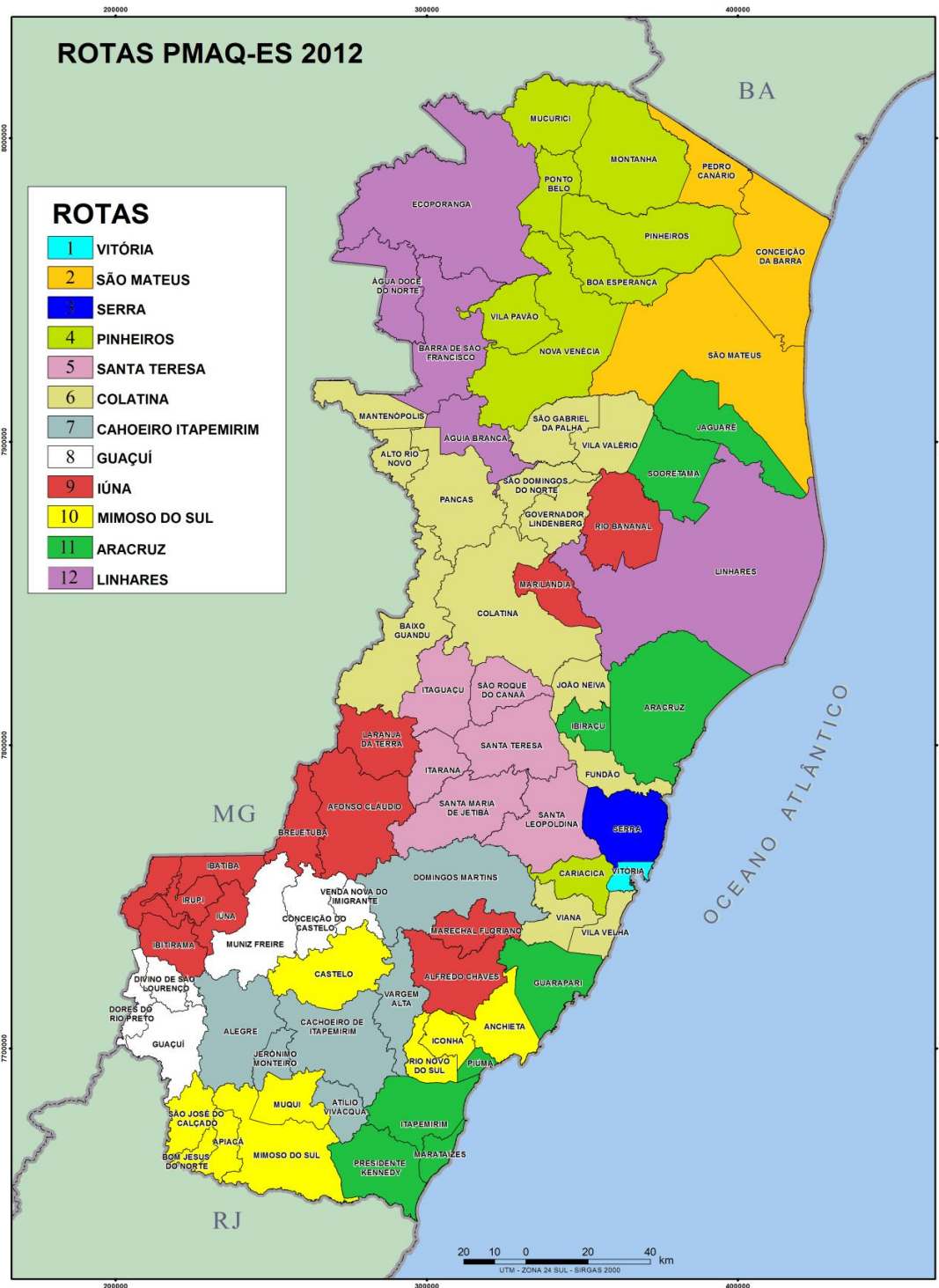
Todas as rotas foram previamente enviadas aos municípios para aprovação e para possíveis modificações por parte da gestão municipal. Nem sempre, entretanto, houve respostas a essa solicitação, e foi frequente a necessidade de mudanças nos itinerários quando da chegada das equipes PMAQ para a coleta de dados nos municípios.

Outro ponto vislumbrado para a elaboração das rotas esteve conjugado com a necessidade de associar os melhores itinerários, as disponibilidades e condições de hospedagem, o que nem sempre foi possível pela precariedade e falta de infraestrutura dos municípios no que diz respeito às condições higiênicas e sanitárias de muitos hotéis e dos restaurantes encontrados. Outro problema foi a limitação da rede de telefonia e acesso à *internet*, em particular no interior do Estado.

Vale ressaltar que o desenho das rotas no Estado foi modificado por alguns contratemplos que não haviam sido considerados inicialmente, por exemplo, inúmeros feriados municipais, assim como a limitada disponibilidade de carros nos municípios que, além de atender as necessidades locais, tiveram que receber também as demandas do PMAQ, conforme pactuado na adesão do município ao programa.

Com o intuito de organizar e estruturar todo o trabalho de campo foi estabelecido um critério de divisão da pesquisa em 12 rotas que se basearam num melhor acesso viário entre os municípios capixabas e as proximidades geográficas (Mapa 1).

Mapa 1 – Demonstrativos das rotas da equipe PMAQ-ES



Fonte: IBGE - adaptação própria.

Iniciado o trabalho de campo, a equipe de entrevistadores percebeu a necessidade de reservar um dia da semana para ajustes e resoluções de problemas, confecção de diários de campo e relatórios, além de reunião com a coordenação local.

Outra questão que surgiu com a ida a campo foi que semanas consecutivas de viagem tornariam, ao longo do tempo, o trabalho muito cansativo e desgastante. Com isso foi pactuado, com a coordenação local, que uma equipe ficaria realizando o trabalho de campo na região metropolitana, enquanto as demais viajariam, realizando assim um revezamento. As equipes em viagem procuravam permanecer juntas para que o trabalho fosse efetivado de forma colaborativa, solidária e com mais celeridade.

Nesse processo merece destaque, ainda, o *tablet*, instrumento de trabalho utilizado na realização desta pesquisa. Equipado com câmera fotográfica, permitiu a captura de imagens que não poderiam ser descritas com palavras. Foi fundamental para dar agilidade ao processo, assim como para garantir a qualidade e a maleabilidade dos dados da pesquisa.

Com essas ferramentas e a partir do reconhecimento de limites, desafios e possibilidades, foi possível desenvolver este trabalho. Todavia, cabe destacar alguns aspectos a respeito das peculiaridades da organização e apresentação da Atenção Básica capixaba, observados durante o trabalho de campo.

5.3 OBSERVAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESPÍRITO SANTO

No que diz respeito às formas de organização da Atenção Básica, percebeu-se uma grande discrepância, contendo desde equipes e unidades bem estruturadas, até equipes itinerantes, em que todo o material médico, insumos e equipamentos eram carregados em uma caixa de madeira. As várias formas de organização desses serviços levaram a supor que, apesar de existirem orientações e resoluções a respeito de como deve ser organizada a Atenção Básica em saúde, o que realmente

dita essa organização são as condições políticas, aliadas à infraestrutura física, geográfica e econômica, assim como as características da população que a compõe.

Essas características também podem ser utilizadas para justificar os inúmeros pontos de apoio existentes no Estado. Apesar da nomenclatura “pontos de apoio” não existir como padrão de classificação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), essa foi a forma encontrada pela maioria dos municípios capixabas para designar estabelecimentos que não possuem funcionamento regular e que dão suporte à Unidade de Saúde, seja devido à extensão geográfica da área de abrangência, seja pelo quantitativo populacional.

Outro aspecto observado e que deve ser destacado diz respeito às questões trabalhistas, uma vez que foram encontrados municípios em que estão em curso diferentes processos de gestão do trabalho, norteados pela valorização profissional, com a contratação dos trabalhadores por concurso público, com a inclusão de políticas de educação permanente e com o plano de cargos e salários implantado ou em vias de implantação.

Entretanto, na maioria dos municípios, foram identificadas muitas fragilidades no que diz respeito à gestão do trabalho, destacando-se: salários atrasados há mais de seis meses e condições de trabalho insalubres, tanto para os profissionais quanto para os usuários do sistema. Chama-se a atenção, nesse processo, para os vínculos de trabalho precários, estabelecidos como uma prática usual e frequente na maioria dos municípios visitados.

Em relação a esse aspecto, é válido destacar que o processo de expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família foi acompanhado de uma ampliação maciça da força de trabalho nos municípios. Entretanto, esse movimento esbarrou em medidas restritivas de contratação de pessoal, como a Lei de Responsabilidade Fiscal ou mesmo o bloqueio do uso de verbas para a realização de concursos públicos, aliadas aos interesses políticos para a manutenção do clientelismo, no que se refere aos modos de contratação de pessoal para atuar nos serviços de saúde. Possivelmente essa situação favoreceu a proliferação de contratos de trabalho com baixa capacidade regulatória, intermediados por fundações privadas, cooperativas e

Organizações Não Governamentais (ONGs), denominados “contratos precários” (MENDONÇA et al., 2010).

No que diz respeito à gestão municipal da saúde, esta se mostrou de maneira bem diferenciada e, de certa forma, desigual, desenhando modelos de organização e gestão peculiares às suas características regionais e possibilidades de governabilidade. De um lado, deparou-se com gestores descuidados ou mesmo desinformados das principais diretrizes da AB e do PMAQ. Identificaram-se gestores que centralizaram as informações sobre o PMAQ e não ofertaram nenhum tipo de apoio aos profissionais da assistência. Mas, felizmente, encontraram-se também gestores implicados com o processo e realizando uma gestão mais compartilhada e comprometida com o SUS e as necessidades de saúde da população sobre sua responsabilidade. Portanto, constatou-se não haver homogeneização das formas como esses gestores atuam, o que reforça as especificidades e desigualdades regionais no Espírito Santo.

5.4 FRAGILIDADES DA INFRAESTRUTURA FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA CAPIXABA

Um componente que se destacou durante o processo de coleta de dados foi as condições de infraestrutura física das unidades de saúde visitadas. Observou-se a precariedade dessas estruturas, comprometendo o acesso e a qualidade da atenção prestada nesses espaços. Nessa questão, as discrepâncias continuaram a predominar, pois se, no percorrer do caminho, foram encontradas unidades reformadas e bem conservadas, bem estruturadas, dentro das normas de funcionamento e informatizadas, em contrapartida, deparou-se também com unidades funcionando em residências adaptadas, com fiação exposta, pouca luminosidade, além de muito mofo e infiltrações.

A infraestrutura precária das unidades de saúde trouxe à tona a fragilidade da vigilância sanitária nos municípios, responsável pela fiscalização e regulação das condições de funcionamentos dos estabelecimentos de saúde. Esse quadro apontou

a necessidade urgente de investimento nessa área, uma vez que não se pode associar qualidade de atenção à saúde com locais tão insalubres tanto para usuários quanto para os trabalhadores ao estarem cotidianamente expostos aos riscos, inclusive ambientais nesses espaços.

Essa situação está em desacordo com a Constituição Federal, uma vez que nela a vigilância sanitária foi afirmada como uma das competências e ações do SUS, constituindo-se, portanto, como um serviço de relevância pública, de caráter prioritário, assumindo, assim, uma natureza essencialmente preventiva.

Uma possibilidade com vistas a modificar essa situação está no programa Requalifica UBS, que propõe uma estrutura física das unidades básicas de saúde – tornando-as acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade, de forma a facilitar a mudança das práticas das equipes de saúde. Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da AB.

Apesar disso, identificou-se que muitos municípios não fizeram a adesão ao Programa Requalifica, ou mesmo buscaram alternativas para a melhoria das condições sanitárias de seus estabelecimentos de saúde. Analisa-se que essa é uma questão muito mais de prioridades que de recursos financeiros para a melhoria da estrutura física. Essas limitações só corroboram e fortalecem a necessidade de uma Vigilância Sanitária atuante, que fiscalize e norteie as ações a serem implementadas nos serviços de saúde.

Nesse sentido, destacam-se as situações relacionadas com o sucateamento ou mesmo a inadequação da infraestrutura das unidades de saúde, com ênfase às adaptações frequentes, tendo no local o mofo como marca registrada em alguns municípios capixabas. Além disso, destaca-se o baixo investimento nos trabalhadores, seja devido à precariedade das relações de trabalho, seja às condições de trabalho inadequadas, seja ao pacto de convivência que se estabelece entre gestão, trabalhadores e usuários em aceitar situações que vão de encontro a ações efetivas que contribuam para a melhoria da qualidade do trabalho na AB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços obtidos com a realização desta pesquisa, há uma série de ações que necessitam ser seguidas e adotadas para um melhor aprimoramento e também para que os erros cometidos neste ciclo não sejam repetidos nos ciclos subsequentes, como a estruturação de rotas não só de trabalho, mas também de estrutura hoteleira e alimentícia para a equipe de avaliação externa, além da maior aproximação dos entes federados tanto na pactuação como na implementação de um programa tão grandioso como o PMAQ.

Além disso, pelos caminhos percorridos, pôde-se ter uma maior compreensão da AB capixaba que realmente se materializa nos serviços ofertados à população, assim como verificar que ainda há muito que ser percorrido na busca da melhoria da qualidade e do acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde.

Dentre os intuitos a que este trabalho se propôs, é possível afirmar o quanto a experiência de participar de uma pesquisa com a magnitude do PMAQ foi enriquecedora e importante para todos os atores envolvidos nesse processo. O olhar, que antes era restrito a alguns serviços, ampliou-se e ganhou uma conotação crítica a respeito não só da organização e da gestão, como também da atuação dos profissionais de saúde.

A vivência mostrou bons e maus exemplos. Ações que devem ou não ser seguidas, mas, acima de tudo, deu pistas de como deve e pode ser uma Atenção Básica voltada para dar conta das diretrizes não só da política de AB, mas da qualidade da atenção à população brasileira.

Posto isso, a resposta aos objetivos a que trabalho se propôs está consolidada em dois artigos, dos quais os resumos se encontram nos apêndices desta dissertação.

Assim, dois de nossos objetivos foram contemplados no artigo intitulado “De rota em rota a Atenção Básica no Espírito Santo vai se (des)construindo”, uma vez que nele se realizou uma descrição do processo de coleta de dados da terceira fase (Avaliação Externa) do PMAQ no Estado do Espírito Santo, além de se identificar as

facilidades, as dificuldades e os desafios experienciados durante o planejamento e execução dessa fase do PMAQ.

Já o terceiro e último objetivo foi respondido no segundo artigo: “Atenção Básica no Espírito Santo: (des)articulações e (des)igualdades no cotidiano dos serviços de saúde capixaba”. Nesse artigo se realizou uma análise das formas e das condições da organização dos serviços de Atenção Básica no Estado.

Por meio dos resultados encontrados, pôde-se verificar que existem outros aspectos que influenciam sobremaneira o sistema de saúde e que fogem à racionalidade técnica. Esses aspectos são principalmente de natureza política, relacionados com os vários interesses em disputa entre os atores envolvidos na organização da rede de serviços de saúde.

Os caminhos percorridos e as muitas realidades vivenciadas calibraram nosso olhar, nossa lente, ampliando nosso *zoom*, com a perspectiva de entender, ou melhor, demonstrar as formas e condições da Atenção Básica no Espírito Santo.

O olhar desarmado permitiu identificar as facilidades, as dificuldades e os desafios experienciados durante o planejamento e execução desse programa, mostrando configurações que sustentaram ações que, ao mesmo tempo em potencializam, contribuem também para desqualificar relações de trabalho, como se observou nas relações precarizadas.

Muitos aspectos foram percebidos ao longo de todo o percurso. Um deles foi o trajeto, a construção das rotas, revelando a desestruturação das instituições. Também foram identificadas condições desfavoráveis quanto à logística regional e à dificuldade do gestor de assumir compromissos pactuados.

A estrutura física de inúmeras UBS também se constituiu como um potente analisador, revelando as limitações do poder municipal e estadual, remetendo ao descumprimento dos contratos de trabalho, à precarização dos vínculos. Essas constatações apontaram a necessidade de ressignificação dos processos de

trabalho, inclusive da gestão. Enfim, foram identificados muitos avanços, mas constatou-se também a necessidade de desafiar os desafios.

Assim, por meio dos relatos das experiências vivenciadas nos múltiplos territórios, houve a possibilidade de que este estudo refletisse um retrato mais próximo da realidade da AB, mostrando muitas possibilidades e avanços. Todavia, também deixou evidente condições sanitárias precárias e insuficientes das UBS no Estado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F. GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Caderno de Saúde Pública** (on-line), v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002>. Acesso em 18 set. 2013.

ASSIS, S. G. et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 105-132.

BACKES, D.S. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em:< http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_da_dos_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**, Lisboa. Ed. 70, 2008.

BOSI, M.LM.; MARTINEZ, F.J.M. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 44. p.566-700, 2010; Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/22.pdf>>. Acesso em 12 dez. 2012.

BRASIL. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002). **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2002. Seção I (40), p.52-62.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Universidade Federal da Bahia (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva. **O Programa de Saúde da Família**: evolução de sua implantação no Brasil [relatório final]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Portaria nº 676, de 3 de junho de 2003. Instituiu a Comissão de Avaliação da Atenção Básica (2003a). **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção I.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica** (2003b). [Produto do trabalho da comissão instituída pela Portaria nº 676 GM/MS, de 3 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003. Disponível em:< http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliogr

afias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (2003c). **Relatório de Atividades**, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de auto-avaliação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. n.5.

_____. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 20 de junho de 2011a. p 79 a 80.

_____. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011b. p. 48 a 55.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Documento Síntese para a Avaliação Externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BUENO, W.S.; MEHRY, E.E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde (on-line). Temas para Debate II Descentralização da Gestão da Saúde, 1997. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos14.pdf>. Acesso em 12 dez. 2012.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CAMPOS, C. E. A.; PISCO, L. A melhoria contínua da qualidade em atenção primária à saúde. In: FILHO, E. D. C.; ANDERSON, M. I. P. **PROMEF CICLO 3 MÓDULO 4**: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2008b. p. 9-40

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CHIZZOTTI, A. Da pesquisa qualitativa. In: **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998. cap. 1, p. 77-85. **Explorations in quality assessment and monitoring**: The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press, 1980.v.1.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **Science**, v. 200, p. 856-864, may, 1978.

_____. **Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica**: un texto introductorio. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990. 74 p.

FAUSTO, M. C. R. F.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** (on-line), v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 mai. 2012.

FELISBERTO, E.; ALVEZ, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da Avaliação. In: SAMICO, I. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface (Botucatu)** (on-line), v.15, n.38, p. 663-676, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2013.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Positivo, 2004.

FERREIRA, V.S.C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, abr. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/21.pdf> >. Acesso em: 20 fev. 2013.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. **Salud Colect.**, v. 5, n. 2, p.181-94, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000200003&script=sci_arttext >. Acesso em: 20 fev.2013

GIL, A. C. A pesquisa social. In: **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 44.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografia do desejo**. Petropolis, RJ: Vozes, 1986.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação em saúde.**Dicionário da educação profissional em saúde**, 2009. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

HARTZ, Z.M.A.; VEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HEALTH SERVICES RESEARCH GROUP. Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? **Canadian Medical Association Journal**, v. 146, n. 12, p. 2153-2158, jun., 1992. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492299/?page=1>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem de USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n. 1, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

MERHY, E.E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. **Interface (Botucatu)**, v. 5, n. 9, p. 147-149, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/11.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. Avaliação do Projeto Vida e do Acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n.2, p. 259-267, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-03.pdf>>. Acesso em 12. dez. 2012.

MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VEIRA-DA-SILVA, L.M.; **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-64.

MINAYO, M.C.S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Pesquisa social**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2012.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. In: CONFERÊNCIA REGIONAL SOBRE TENDÊNCIAS FUTURAS E A RENOVAÇÃO DA META SAÚDE PARA TODOS, 1998, Rio de Janeiro. **Série estudos em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21 p.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

REIS et al. Cartografando territórios: oficinas de fotografia pinhole como dispositivo de ação em saúde. **Interface (Botucatu)** (on-line). v.16, n. 42, p. 855-862, 2012, Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300022&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2013.

ROEMER, M. I.; MONTOYA-AGUILAR, C. Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva: World Health Organization, 1988. 78 p.

SANTOS, M.C.P. O estudo do universo escolar através da voz dos jovens: o grupo de discussão. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 22, n. 1, p. 89-103, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpe/v22n1/v22n1a05.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2012.

SARTI, T. D.; LIMA, R. C. D. ; MACIEL, E. L. N ; SILVA, Z . M . A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da ESF. Ufes. **Revista de Odontologia**, v. 10, p. 65-71, 2008.

SARTI, T.D. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)**. 2009. 158 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G.C. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciência e saúde coletiva** (on-line). v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200004&lang=pt&lng=>. Acesso em: 12 dez. 2012.

SILVA, J.M.; CALDEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública** (on-line). v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600012&lang=pt&lng=>. Acesso em: 12 dez. 2012.

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

STENZEL, A. C. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva**: uma bibliografia comentada. 1996. 258 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996. Disponível em:<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000108533>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Tradução de Walkiria Maria FrankeSettineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, n. 3, p.454-463, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 fev. 2013.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educ. Pesqui.** (on-line). v. 32, n. 2, p. 241-260, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022006000200003>. Acesso em: 18 fev. 2013.

APÊNCIDE A – RESUMO I

DE ROTA EM ROTA A ATENÇÃO BÁSICA NO ESPIRITO SANTO VAI SE (DES)CONSTRUINDO

Aline Corbellari Zamprogno

Rita de Cássia Duarte Lima

Este artigo propõe descrever a experiência vivenciada durante o processo de organização e implementação da avaliação externa integrante ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), no Estado do Espírito Santo. Os relatos estão centrados apenas na terceira fase do PMAQ, visto que a pesquisadora participou, *in loco*, como uma das supervisoras de campo, podendo observar com maior propriedade, proximidade e clareza as venturas e desventuras desse processo, ampliando o olhar interessado sobre uma realidade em que nem sempre o ideal e o real se encontram. Essa experiência nos remeteu às reais contribuições para a realização de novos ciclos do PMAQ, uma vez que foi possível apontar os avanços, os limites, os desafios e as fragilidades a serem enfrentados, além de desnudar a precarização da infraestrutura física, a necessidade de ressignificar os processos de trabalho e os protagonismos de gestores, trabalhadores e usuários nos serviços de Atenção Básica no Estado.

PALAVRAS-CHAVE: *Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em Saúde.*

APÊNDICE B – RESUMO II

CARTOGRAFANDO A ATENÇÃO BÁSICA: AS IMAGENS REVELADORAS DAS (DES)ARTICULAÇÕES E DAS (DES)IGUALDADES NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE CAPIXABA

Aline Corbellari Zamprogno

Rita de Cássia Duarte Lima

O estudo em questão constitui-se em uma cartografia confeccionada a partir das inquietações produzidas com a implementação e execução da avaliação externa, componente do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) no Estado do Espírito Santo. A abordagem cartográfica apresenta-se como um mapa aberto que se vai desenhando pelas conexões que o campo de pesquisa oferece, podendo se materializar por meio da vivência institucional, por meio de entrevistas, construção de um diário de campo, questionários e até mesmo fotografias. Considera que a imagem é uma forma de linguagem, e também pode compor narrativas. Dessa forma, este trabalho se desenha como uma cartografia fotográfica, enriquecida pelas vivências dos supervisores de campo do PMAQ, com o intuito de mostrar a realidade dos cotidianos dos serviços de Atenção Básica por meio da observação da infraestrutura física das unidades da saúde no contexto dos municípios capixabas.

PALAVRAS-CHAVE: *Vigilância em Saúde Pública. Vigilância Sanitária. Atenção Básica.*

