



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

ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA: AS CONCEPÇÕES DE QUALIDADE NO CUIDADO PRESENTES NA
POLÍTICA E AQUELAS CONSTRUÍDAS PELOS USUÁRIOS**

**VITÓRIA-ES
2016**

ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA: AS CONCEPÇÕES DE QUALIDADE NO CUIDADO PRESENTES NA
POLÍTICA E AQUELAS CONSTRUÍDAS PELOS USUÁRIOS**

Projeto de pesquisa a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para título de Mestre em Saúde Coletiva – Área de Concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Carvalho
Andrade

VITÓRIA-ES

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R672p Rocha, Erika Maria Sampaio, 1961 -
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da
Atenção Básica: as concepções de qualidade no cuidado
presentes na política e aquelas construídas pelos usuários /
Erika Maria Sampaio Rocha – 2016.
171 f. : il.

Orientador: Maria Angélica Carvalho Andrade.

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

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde.
3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Participação social.
I. Andrade, Maria Angélica Carvalho. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA: AS CONCEPÇÕES DE QUALIDADE NO CUIDADO PRESENTES NA
POLÍTICA E AQUELAS CONSTRUÍDAS PELOS USUÁRIOS**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito ao título de Mestre em Saúde Coletiva – Área de Concentração Política e Gestão em Saúde. Aprovado em 18 de março de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Suplente Interno

Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia Pinheiro Garcia
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Membro Suplente Externo

Dedico este trabalho a minha família, aquela com que o universo me presenteou, meus pais Therezinha e Aristides e meus irmãos, Henrique, Moira e Fred, que me ensinaram as coisas mais importantes sobre o mundo.

E a outra família, aquela que construímos juntos, eu e Júlio com nossos meninos, Jonas e Gabriel, que me ensinaram um amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me sustentado com alegria e saúde em todos os momentos.

Agradeço a Júlio pelo amor, pelo apoio nas discussões e na vida, sem os quais este projeto não seria possível.

Agradeço aos meus filhos, Jonas e Gabriel, pelo carinho imenso e pela compreensão das minhas ausências.

Agradeço aos meus pais pelos princípios e valores ensinados ao longo de nossas vidas, com a força de seus exemplos.

Agradeço especialmente a minha orientadora e companheira de trabalho, Professora Dr^a. Maria Angélica Carvalho Andrade, nossa querida Angélica. Agradeço pelo companheirismo, pelo carinho, pelas valiosas orientações que foram muito além deste estudo e que levarei sempre comigo! Mas não poderia deixar de agradecer pelos deliciosos cappuccinos na sua varanda!

Agradeço imensamente à Professora Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima pela condução do nosso Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva, o nosso NUPGASC, pelo apoio sempre presente ao longo destes anos de mestrado e por ter aceitado o convite para participar e contribuir nesta banca.

Agradeço imensamente ao Professor Dr. Thiago Dias Sarti por ter aceitado prontamente o nosso convite e por contribuir com seus conhecimentos e vivências para as discussões nesta banca.

Agradeço à Professora Dr^a. Mariana Bonomo pelo grande apoio dado em relação à utilização do *software* Alceste e às valiosas orientações relativas à análise das informações processadas, fundamentais para responder ao primeiro objetivo específico desta dissertação.

Agradeço aos queridos amigos que encontrei aqui nas terras capixabas e que me acolheram nas suas casas, junto às suas famílias. Ainda não conheci palavras capazes de agradecer a Fabiana, Flávio, Jandesson, Jeremias, Jullyane, Lorryne e Paula. Nós seguiremos juntos como amigos que nos tornamos.

Agradeço aos colegas de mestrado por termos dividido alegrias e desafios nestes dois anos de caminhada.

Agradeço aos colegas do NUPGASC, pelas contribuições importantes para sustentação teórica deste estudo.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES pelos valorosos ensinamentos.

Agradeço aos funcionários do Programa de Pós-Graduação que sempre me acolheram nas chegadas das tantas viagens e pelo cuidado, para que tudo ocorresse a contento. Agradeço especialmente à Cinara pelo seu apoio na secretaria do Programa de Pós-graduação.

Agradeço aos amigos baianos, especialmente às amigas Cida, Renata, Mavanier e Lúcia, que me apoiaram e souberam perdoar as minhas ausências.

Agradeço aos usuários do SUS por terem inspirado este estudo.

Uma lei não tem poder para eliminar um desejo.

Rubem Alves

RESUMO

A avaliação da Atenção Básica (AB) se constitui em um desafio dada a complexidade do modelo technoassistencial adotado e a sua importância para a efetividade do cuidado.

O estudo tem como contexto o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e elegeu como objeto de estudo a qualidade em saúde. Adotou como objetivo geral analisar as aproximações e distanciamentos entre as concepções de qualidade presentes nos documentos oficiais do Programa e aquelas construídas por usuários, e refletir sobre as consequências para a AB. Para tal assumiu como objetivos específicos: analisar os documentos oficiais do Programa, para apreender os sentidos e intencionalidades presentes na política; analisar os discursos dos usuários da AB, para compreender as concepções construídas com relação à temática da qualidade em saúde; e correlacionar os sentidos presentes nos documentos oficiais e nos discursos dos usuários. Para a análise dos documentos oficiais da política foi utilizado o *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*, que realizou uma análise lexical e de coocorrências no conjunto dos textos dos citados documentos, embasada na Teoria das Representações Sociais. Para a análise dos discursos dos usuários foi realizada observação não sistemática em duas unidades de saúde sorteadas, em Vitória e Vila Velha, com construção de um diário de campo, e realizadas entrevistas abertas com usuários destas unidades. Posteriormente foi realizada análise temática do construto elaborado com os usuários. Finalmente foram correlacionadas as concepções presentes na política com aquelas construídas pelos usuários. Os resultados indicaram concepções de qualidade ambíguas e antagônicas na política e um distanciamento dos usuários, que representaram qualidade como a garantia de acesso ao cuidado nas unidades de saúde e ao longo da rede de serviços, com abordagem resolutiva e alteridade no encontro com os trabalhadores de saúde. Este afastamento pode comprometer a efetividade das ações. O estudo apontou ainda a necessidade de investimento na pesquisa avaliativa no sentido do desenvolvimento de metodologias adequadas à complexidade da AB e de instrumentos de escuta adequados aos muitos atores, especialmente os usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em saúde, Qualidade dos cuidados de saúde, Participação Social.

ABSTRACT

Primary Health Care evaluation presents itself as a challenge, given the complexity of the adopted model and its importance to the effectiveness of health care. The research has the National Program of Access and Quality Improvement in Primary Health Care as the main context and quality in health as the subject of analysis. The general objective is to analyse the similarities and divergences between the quality conceptions present in the official program documents and those constructed by users, and later reflecting about the consequences to Primary Health Care. Assumed as specific objectives: analyse official program documents to absorb and comprehend the meanings and internationalities present in the policy; analyse Primary Health Care users' opinions to comprehend the constructed conceptions related to health quality theme and correlate the meanings present in official documents and users' opinions. The software *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* was used to investigate official policy documents through lexical and co-occurrences analysis, underlain by the Theory of Social Representations. A non-systematic observation was realized in two health units in Vitória and Vila Velha to analyse Health Care users' speeches, constructing a field diary and realizing open interviews. Lastly the conceptions present in Health Care policies are correlated to those constructed by users. The results indicate ambiguous and antagonistic quality conceptions in the program and a detachment from users, which see quality as guarantee of access to health care in health units and to related services, with a solving and helpful approach in the contact with healthcare workers. This detachment compromises the effectiveness of actions. The research pointed out the necessity of investment in evaluative research towards the development of methodologies more adequate to Primary Health Care and instruments which allow to listen to the involved and interested parties, focusing the attention on the users.

Key-words: Primary Health Care, Quality of Health Care, Health Evaluation, Social Participation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente	98
Figura 2 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 1	102
Figura 3 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 4	105
Figura 4 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 2	108
Figura 5 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 5	110

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ALCESTE	<i>Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família
BM	Banco Mundial
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CAH	Classificação Ascendente Hierárquica
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GQT	Gestão da Qualidade Total
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JACH	<i>Joint Commission on Accreditation Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations</i>
LAPA	Laboratório de Administração e Planejamento
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB/96	Norma Operacional Básica de 1996
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
PAB Variável	Piso da Atenção Básica Variável
PEP	Política de Educação Permanente em Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROESF	Programa para Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RS	Representação Social
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
TQT	Teoria da Qualidade Total
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNICAMP	Universidade de Campinas
UniRio	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	16
1	INTRODUÇÃO	20
2	ABORDAGEM TEÓRICA	26
2.1	DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: CONQUISTA POPULAR? ..	26
2.2	A GRANDE IMBRICAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DO ACESSO E DA QUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE	38
2.3	A POLISSEMIA DA QUALIDADE NO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA	48
2.4	PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: O DESAFIO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA	61
3	OBJETIVOS	80
3.1	OBJETIVO GERAL	80
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	80
4	TRAJETO METODOLÓGICO	81
4.1	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	82
4.2	OS PASSOS DO CAMINHO...	84
4.2.1	Analisar os documentos oficiais do PMAQ-AB para apreender os sentidos e intencionalidades presentes na política	85
4.3	ANALISAR OS DISCURSOS DOS USUÁRIOS DA AB PARA COMPREENDER AS CONCEPÇÕES CONSTRUÍDAS, COM RELAÇÃO À TEMÁTICA DA QUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE	86
4.3.1	Cenários da pesquisa	86
4.3.2	Observação participante e a construção do Diário de Campo	89
4.3.3	Entrevistas Abertas	90
4.4	CORRELACIONAR OS SENTIDOS PRESENTES NOS DOCUMENTOS OFICIAIS DO PMAQ-AB E NOS DISCURSOS DOS USUÁRIOS	91
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	92
4.6	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	92

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	93
5.1	ARTIGO 1: PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: AMBIGUIDADES NO DISCURSO OFICIAL	93
5.2	CONCEPÇÕES DE QUALIDADE NO CUIDADO CONSTRUÍDAS PELOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA: DO DIREITO DECLARADO AO DIREITO EFETIVO	118
5.2.1	Sujeitos do campo de pesquisa	118
5.2.2	As representações sociais de qualidade construídas pelos usuários	118
5.2.3	A garantia de acesso ao cuidado na UBS	119
5.2.4	A garantia de continuidade do cuidado ao longo da rede de serviços	130
5.2.5	A comunicação efetiva nos encontros entre usuários e trabalhadores	133
5.3	APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE AS CONCEPÇÕES DA POLÍTICA E AQUELAS CONSTRUÍDAS PELOS USUÁRIOS E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A AB	138
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
	REFERÊNCIAS	147
	APÊNDICES	164
	ANEXOS	170

APRESENTAÇÃO

Uma pesquisa começa nos passos dados ao longo da nossa história. Na verdade, somos escolhidos por um determinado objeto e, como ele atrai o nosso olhar, acreditamos tê-lo escolhido. Como a minha trajetória no mestrado teve início depois de muitos anos de prática, na medicina homeopática e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Teixeira de Freitas, me inquietavam os ruídos percebidos na comunicação entre profissionais de saúde e usuários. Penso que a qualidade deste encontro depende fundamentalmente da efetividade da comunicação entre estes sujeitos sociais.

Busquei maior entendimento, inicialmente, em um curso de especialização em Saúde Pública, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município em parceria com a Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). O curso tinha abordagem interdisciplinar, com profissionais de várias áreas, e isto possibilitou a percepção da grande influência do discurso acadêmico, ficando cada um de nós ainda muito preso ao seu núcleo específico de saber, dificultando muitas vezes a vivência prática da interdisciplinaridade e reforçando uma postura prescritiva diante dos usuários.

Alguns anos depois, participei da Especialização em Saúde da Família, com foco nas Linhas de Cuidado, realizada pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia. Este curso integrou uma proposta de qualificação da Atenção Básica (AB) e, assim, foi desenvolvido totalmente inserido nas unidades de saúde, com envolvimento de todos os membros das equipes e da comunidade, com duração de dois anos, o que suscitou discussões acirradas e muito ricas, pois estavam ali representadas diversas visões do processo saúde-doença-cuidado.

Minha prática em saúde foi profundamente afetada por estas vivências. Conhecemos muitos instrumentos de trabalho com a equipe e com a comunidade. Conhecemos ferramentas que favoreciam a fala e a escuta qualificada dos usuários. Descobrimos que, apesar da qualidade dos encontros ser grandemente influenciada por posturas ético-políticas, assumidas por cada um de nós, trabalhadores nos

cenários de práticas, algumas mudanças organizacionais no nosso processo de trabalho poderiam favorecer a qualificação destes encontros.

Este curso teve como desdobramento o Acolhimento Pedagógico, no qual atuei como facilitadora em muitos municípios da região, e possibilitou a vivências de novas realidades e especificidades, trazidas por cada uma das equipes de saúde com que trabalhamos.

Como consequência, foram desencadeadas diversas mudanças na minha prática nas unidades de saúde, e o fato de eu estar em uma mesma equipe há muitos anos facilitou o processo. A mudança mais desafiadora e que demandou maior pactuação de todos os membros da equipe foi a adoção de uma agenda aberta, mas com garantia de espaço para ações programadas. Acabar com as filas no portão da unidade foi o que sustentou e uniu a equipe e a comunidade. Também foram acordadas mudanças na abordagem de educação em saúde, no sentido de dar voz aos usuários e de aumentar a participação dos agentes comunitários de saúde, evitando que apenas médicos e enfermeiros se responsabilizassem por estas atividades.

Obtive êxito, com a equipe de trabalho, em algumas mudanças, mas não avançamos em outros tantos aspectos. Não conseguimos, por exemplo, constituir o Conselho Local de Saúde, nem manter o grupo de educação em saúde com os adolescentes. Demorou muito tempo, mas conseguimos fortalecer a participação dos usuários nas reuniões. No entanto, observo hoje que, apesar de todo esforço e do grande vínculo estabelecido com a comunidade, o foco dos nossos encontros continuou sendo a doença, sobretudo as doenças crônicas, e mantive muito da minha postura prescritiva: mais do que medicamentos, prescrevia hábitos de vida. Porém, hoje, ao refletir sobre o assunto, apesar das insistentes recomendações, percebo a sabedoria dos usuários em seguir administrando suas vidas conforme suas crenças e valores, sem, contudo, quebrar nossos vínculos.

Quando vivenciei na prática as atividades de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) havia uma relação de muita distância entre gestão e trabalhadores. Enquanto trabalhadora da saúde não me sentia acolhida pela gestão. Vejo hoje que me fechei muito às propostas avaliativas. Participei de todas as atividades e respondi aos questionários de maneira

verdadeira, mas não acreditava em mudanças por meio daquele processo de avaliação.

Algum tempo depois veio o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e eu estive nesta mesma equipe durante os dois ciclos. Não fomos entrevistados, nem eu nem os agentes comunitários. Apenas a enfermeira foi ouvida, embora estivéssemos todos na unidade de saúde. Na nossa unidade, cerca de três usuários responderam aos questionários, na recepção e sem nenhuma privacidade. Todos tiveram a preocupação de elogiar o trabalho da equipe e não apontaram dificuldades, nem no acesso nem no cuidado de saúde ofertado pelos trabalhadores, mas sabíamos que isso não refletia a nossa realidade.

Fui surpreendida com a classificação alcançada, não só pela nossa equipe, mas por quase todas as equipes do município que aderiram ao PMAQ-AB. Quase todas ficaram classificadas como muito acima da média. Pensava que havia muito a ser efetivado na situação de saúde da comunidade, antes de se alcançar aquele patamar de avaliação, uma vez que os programas, tais como o Hiperdia, continuavam cheios de usuários, muitos com severas complicações e perdas de autonomia. Ainda enfrentávamos muitas dificuldades para o diagnóstico precoce de Tuberculose (TB) e Hanseníase. Acreditava que faltavam melhorias na abordagem aos usuários, tanto nas rotinas do cuidado quanto nos processos participativos. Enfim, sentia que estávamos distantes da efetivação dos princípios norteadores da AB, mas este fato não havia sido detectado pelo processo avaliativo. Não houve escuta adequada da comunidade, que certamente teria muito a contribuir.

A caminhada no mestrado trouxe respaldo a algumas inquietações antigas e possibilitou o surgimento de novos desconfortos, ao passo em que ampliávamos nossas leituras. Nossa turma se constituiu em um grupo bastante diversificado, em relação à formação acadêmica, às posturas políticas e até com relação à faixa etária. Esta diversidade enriquecia muito nossas discussões e nos desafiava na aceitação de nossas diferenças. Houve momentos em que não foi fácil o trabalho! Cada um de nós sabe em que aspecto foi mais exigido e transformado.

Quando surgiu a possibilidade de pesquisar o PMAQ-AB, chamou logo a atenção o objeto 'qualidade', e o relacionei com os antigos questionamentos, em relação à

distância entre o mundo da ciência e a vida prática, entre o discurso da área da saúde e os saberes dos usuários. Assim, começou a se delinear o presente estudo.

Fui ainda muito afetada pelo campo de pesquisa, durante a observação nas unidades de saúde. Eu tentava passar despercebida, em um cenário onde estava profundamente implicada. Vivenciei um conflito muito grande em estar ali, ouvindo e participando da vida daquelas pessoas, mas sem atuar como médica. Era como se estivesse interpretando um papel, e ludibriando as pessoas. Incomodou muito perceber como este papel de profissional se impunha com tamanha força na minha vida.

Os relatos dos usuários entrevistados traziam a potência destes sujeitos, mas eu insistia em manter para com eles uma postura de defesa dos seus interesses, como se eles precisassem de defensores. A sensibilidade e perspicácia da minha orientadora me apoiou nas tantas vezes em que fui capturada nesta armadilha. Enfim, foi uma grande caminhada que me impulsionou para novas formas de pensar a saúde e o nosso fazer cotidiano.

1 INTRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o mais potente da sociedade civil, com legitimidade para conseguir a aprovação do direito universal à saúde na Constituição de 1988 e seguir aprovando medidas no sentido da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta nas últimas décadas novas estratégias, com arranjos sutis e espúrios na relação público-privado, que ameaçam a consolidação do que pode vir a ser a sua maior conquista: a democratização da saúde (PAIM, 2008, 2012).

O momento histórico da construção do SUS foi marcado por forças antagônicas de âmbito mundial, algumas apontando para a universalização do direito à saúde, integrando movimentos de democratização política, especialmente na América Latina, e outras direcionando para a retração das políticas sociais devido à crise de sustentação do capitalismo nas décadas de 1980. Para o capitalismo interessava reduzir custos com as políticas sociais, porém, mantendo um nível basal de investimentos na área social capaz de manter o consumo e a saúde dos trabalhadores. Interessava então às instituições financeiras internacionais sistemas de saúde simplificados para os mais carentes (MERHY, FRANCO, 2013; PAIM, 2012).

Nesse contexto, o SUS foi aprovado com muitas negociações, frutos do embate entre os interesses antagônicos citados e, assim, sofrendo restrições ao longo de sua história (SANTOS, 2007, 2009). Também sob estas disputas, foi construída a Atenção Básica (AB) que, posteriormente, adotou como modelo tecnoassistencial a ESF, com a prerrogativa de orientar todo o cuidado ofertado pelo SUS. A ESF traz em si este paradoxo: a depender das posições políticas adotadas, pode ser compreendida como um modelo complexo que considera as especificidades dos muitos territórios e subjetividades individuais e coletivas, utilizando-se da clínica ampliada e de equipes interdisciplinares para uma abordagem integral da saúde dos usuários; e, no entanto, pode também ser concebida como um sistema de saúde simplificado e de baixo custo focado na assistência aos problemas de saúde prevalentes em populações mais carentes, e o seu papel ficaria reduzido à

regulação do consumo de tecnologias complexas e medicamentos de alto custo (MERHY, FRANCO, 2013; PAIM, ALMEIDA FILHO, 2014).

No Brasil muito se avançou após a aprovação do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, renovada em 2011 com maior afirmação de seus princípios norteadores avançando nas normas, no sentido de garantias do acesso e acolhimento das necessidades em saúde, do cuidado resolutivo, integral e continuado ao longo da rede de serviços (BRASIL, 2006, 2011a). Estes avanços, na prática, evidenciaram melhorias, especialmente no acesso aos serviços com cobertura de AB em 2010 (52,2% da população brasileira, por meio de equipes de saúde da família, e 62,6% por intermédio dos agentes comunitários de saúde). (PAIM *et al.*, 2011, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), no entanto, afirma a necessidade de melhorias na qualidade da assistência, pois persistem aspectos como uma rede física com estrutura precária e ambiência pouco acolhedora, e condições de trabalho muitas vezes inadequadas, pela alta rotatividade dos profissionais de saúde com comprometimento dos princípios da PNAB (BRASIL, 2012a).

Neste sentido, o processo avaliativo da AB ganha relevância considerando a sua grande expansão e o caráter paradoxal que pode adquirir, frente às disputas de interesses políticos e econômicos e às pressões de instituições financeiras internacionais. Em especial, a avaliação da qualidade do cuidado ofertado neste nível da atenção torna-se decisiva para a efetividade de todo o sistema de saúde.

Vários autores apresentam a temática da avaliação da qualidade em saúde como um desafio conceitual e metodológico e mostram a necessidade do investimento em pesquisas para desenvolvimento de abordagens avaliativas, com potência adequada à multidimensionalidade das questões envolvidas (AYRES, 2004; UCHIMURA, BOSI, 2007; SERAPIONI, 2013; SANTOS FILHO, 2009).

O PMAQ-AB é mais uma iniciativa do MS no sentido de promover a avaliação, com vistas a disparar um processo cíclico de qualificação da AB, que vem sendo desenvolvido em ciclos, chamados “ciclos de qualidade”. O primeiro ocorreu em 2011 e o segundo em 2013. Cada ciclo compõe-se de quatro fases: (1) adesão ao Programa, (2) fase de desenvolvimento, composta pela autoavaliação,

monitoramento, educação permanente; e apoio institucional, (3) avaliação externa e (4) certificação de desempenho e a reconstrução. As equipes recebem uma classificação de desempenho, referência para o valor do incentivo financeiro, denominado componente de qualidade do PAB Variável, a ser recebido, via transferência fundo a fundo (BRASIL, 2011b, 2012b).

A compreensão das concepções de qualidade que embasam o PMAQ-AB assume enorme importância, já que qualidade admite muitos sentidos e abarca muitas dimensões, objetivas e subjetivas (UCHIMURA, BOSI, 2002; SERAPIONI, 2013). A sua explicitação é necessária para a compreensão das posições ético-políticas assumidas, bem como das implicações das abordagens avaliativas adotadas pelo Programa.

Serapioni (2013) afirma a importância da escuta e da apreensão da concepção de qualidade adotada pelos vários atores e grupos, especialmente aqueles que elaboram, normatizam e financiam programas ou políticas em saúde, além dos usuários e trabalhadores.

Nesse sentido, torna-se fundamental compreender o conceito de qualidade presente nos princípios que embasam a AB, descritos na PNAB, bem como a concepção de qualidade adotada pelo Banco Mundial (BM), que financiou o PMAQ-AB, contexto do estudo.

Interessa especialmente ao estudo perceber em que medida existe alinhamento entre as concepções de qualidade que embasam o Programa e aquelas construídas pelos usuários da AB, uma vez que a efetividade do cuidado depende fundamentalmente deste alinhamento, da significação atribuída aos atos de saúde pelos usuários (AYRES, 2004; MERHY, 2013).

Segundo a PNAB (BRASIL, 2012a), um dos atributos da qualidade implica no duplo papel do usuário, como foco da atenção ao ser cuidado pela equipe e também como coconstrutor da atenção, mediante a sua participação efetiva nas instâncias formais do controle social e nas rotinas organizacionais nos pontos da rede de serviço, na sua busca pelo cuidado (BRASIL, 2012).

Vários estudos foram publicados abordando a satisfação dos usuários com relação aos serviços e sistemas de saúde, no entanto, a grande maioria destes estudos

utilizou instrumentos frágeis de escuta e, assim, foram muito criticados e relacionados aos altos índices de satisfação encontrados (SERAPIONI, 2013).

No Brasil, a sociedade civil historicamente apartada das decisões políticas (LUZ, 2007) e com frágeis concepções de cidadania (CARVALHO, 2013) vivencia tentativas de silenciamento dos seus representantes nas instâncias formais da participação social, bem como nas rotinas das unidades de saúde (MOREIRA, ESCOREL, 2009; GUIZARDI, PINHEIRO, 2006; WENDHAUSEN, CAPONI, 2002; MARTINS, 2007; SOUZA *et al.*, 2012; QUINTANILHA, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2013). A escuta efetiva, permitindo a expressão e compreensão dos conceitos e valores elaborados por estes sujeitos sociais, se constitui numa lacuna nas pesquisas em saúde coletiva.

Desta forma, o estudo adotou como objetivo geral: analisar as aproximações e distanciamentos entre as concepções de qualidade presentes nos documentos oficiais do PMAQ-AB e aquelas construídas por usuários, e refletir sobre as consequências para a AB.

Como objetivos específicos o estudo elegeu:

- Analisar os documentos oficiais do PMAQ-AB para apreender os sentidos e intencionalidades presentes na política.
- Analisar os discursos dos usuários da AB do SUS para compreender as concepções construídas, com relação à temática da qualidade em saúde.
- Correlacionar os sentidos presentes nos documentos oficiais e nos discursos dos usuários.

A pesquisa escolheu como referencial metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), desenvolvida por Moscovici na década de 1960 (MOSCOVICI, 2005) e que postula a construção histórica dos fenômenos sociais, tendo os indivíduos e grupos como seus protagonistas. Na dimensão do universo consensual (senso comum) os objetos sociais são elaborados pelos sujeitos por meio de um diálogo contínuo com as esferas hegemônicas, culturais e normativas. As representações sociais construídas exercem grande influência sobre os comportamentos dos indivíduos e coletividades (JODELET, 2002).

Para responder ao primeiro objetivo do estudo e compreender as intencionalidades presentes na política, foram analisados os documentos oficiais que embasaram o PMAQ-AB. Utilizou-se o *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), que tem embasamento na TRS e realizou uma análise estatística de representatividade, distribuição e correlação lexical de palavras do corpo documental. O resultado desta primeira etapa do estudo foi apresentado no formato de artigo no capítulo de resultados e discussão.

O segundo objetivo do estudo demandou aproximação com os cenários de práticas do cuidado na AB, em que foi realizada observação não sistemática, que originou um diário de campo. Também foram realizadas entrevistas abertas com dez usuários. Foram escolhidos os municípios de Vitória e Vila Velha, que, apesar de próximos (viabilizando a pesquisa), apresentam cobertura dos serviços de AB muito díspares (BRASIL, 2014). Realizou-se uma análise temática (BARDIN, 2004) das transcrições destas entrevistas e os construtos desta etapa foram apresentados no capítulo de resultados e discussão.

Por fim, foram comparadas as concepções de qualidade presentes na política e aquelas elaboradas pelos usuários, as aproximações e distanciamentos entre elas, bem como as possíveis implicações destes no cuidado na AB, e as conclusões compuseram também os resultados e discussão.

O estudo integra a Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, CNPq/Decit nº 41/2013, que criou o Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, sob a coordenação do Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, tendo como instituição executora a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e instituições colaboradoras a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio), a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), a Universidade de Campinas (UNICAMP), a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O Observatório Microvetorial de Políticas Públicas de Saúde e Educação em Saúde foi implantado na UFES em maio de 2015, integrando-se aos projetos de pesquisa do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

O presente estudo compõe especificamente a pesquisa de número 6, Análise microvetorial do impacto da Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que 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), nos seus aspectos macro e micropolíticos. O estudo contou com a contribuição dos pesquisadores do NUPGASC-UFES.

2 ABORDAGEM TEÓRICA

2.1 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: CONQUISTA POPULAR?

A conquista dos direitos civis, políticos e sociais, que caracterizam o cidadão pleno, formaliza-se de modo diversificado, conforme o processo histórico de cada nação e fruto de um constante jogo de forças entre os grupos sociais, consistindo em um seguimento de avanços e recuos (CARVALHO, 2013). A ordem cronológica com que esses direitos são alcançados também é decisiva em relação ao modo como um determinado povo vivencia a cidadania, sendo a mais lógica desta conquista, segundo Marshall, aquela que se deu, por exemplo, na Inglaterra: primeiro vieram os direitos civis, no século XVIII, coincidindo com a formação dos primeiros burgos.

Depois, com o crescimento destes, por volta do século XIX, instituiu-se um poder controlador e administrador do coletivo, com a noção moderna de Estado e os direitos políticos. Só mais tarde, por volta do século XX, os cidadãos, agora mais instruídos e organizados politicamente, passam a reivindicar do Estado melhorias de condições de vida, tais como moradia digna, segurança, educação de qualidade, garantias trabalhistas, ou seja, os direitos sociais (MARSHALL *apud* CARVALHO, 2013).

No caso do Brasil, a ordem cronológica com que se formalizaram os direitos aconteceu de modo muito diferente do que foi colocado por Marshall: primeiro vieram os direitos sociais, depois os civis e políticos. Questiona-se até o termo 'direito', já que, neste caso, não foram conquistas sociais, mas sim concessões, em maior ou menor número, conforme os períodos da nossa história (CARVALHO, 2013).

Carvalho (2013, p. 221) afirma uma prática na política brasileira, que ele denominou de "estadania", em lugar de cidadania, uma vez que o Estado sempre teve papel central, especialmente o poder executivo, que sempre foi o mais forte, seja como um duro controlador e cobrador de impostos ou como distribuidor de benesses.

O distanciamento político da população e o autoritarismo, de governos civis ou militares, são vistos em vários momentos da história, começando pela independência, feita a partir de uma negociação entre Portugal, Inglaterra e os latifundiários, que não se constituiu de um processo revolucionário e não representou uma mudança. Toda a burocracia portuguesa se manteve e o nosso primeiro imperador foi Dom Pedro I, filho do rei de Portugal. Fomos Estado, sem termos sido nação (CARVALHO, 2013). A constituição da república brasileira não se tratou de um processo de transformação social, ao contrário, se deu atendendo a interesses, econômicos e políticos, de abrir o país ao mercado externo.

A situação do país mostrava várias limitações à economia capitalista: uma população com baixíssimos índices de alfabetização, extremamente desinformada, e uma economia de tradição escravocrata, com mão de obra pouco qualificada e não assalariada, baixo consumo de manufaturas e com regime de produção com baixa circulação monetária. A mudança do regime atendeu então a interesses do mercado externo. A república, assim instalada, apresenta uma estrutura centralizadora, autoritária, vertical, e não é representativa da diversidade da sociedade civil. Suas políticas públicas sociais são instáveis, exatamente por não representarem genuinamente a sociedade civil (LUZ, 2007).

Esta conformação política, segundo Luz (2007), trouxe três importantes características à sociedade brasileira: a primeira, um forte individualismo nas práticas políticas, distante das noções de solidariedade, características de sociedades democráticas, onde foram incorporadas as noções de cidadania. A segunda se refere a um desconhecimento, pelo cidadão, dos limites entre o individual e o coletivo, que reverbera na confusão entre os limites do público e do privado e favorece aos mais fortes, detentores de poder nas decisões políticas. E a terceira, consequência da segunda, é o fato de instituições civis ligadas ao poder público, que deveriam defender os interesses da sociedade, transformarem-se em centros de mando, controle e desconsideração do cidadão, aceitando que “em princípio, todos são iguais, mas há alguns mais iguais que outros” (LUZ, 2007, p. 297).

O direito à saúde, inscrito dentre os direitos sociais, tem suas peculiaridades e o caminho até a sua declaração no Brasil se fez mais visível a partir da década de

1970 com vários movimentos populares, instituições de ensino e pesquisa como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), atualmente Associação Brasileira de Saúde Coletiva, e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), reunidos na RSB. As bases do SUS foram lançadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), e aprovadas com várias negociações, na Constituição Federal de 1986 (BRASIL, 1986, 1990). O Brasil, um país de vastidão territorial e grande diversidade socioeconômica e cultural, aprovou um sistema de saúde universal, equânime e integral (SANTOS, 2009; PAIM, 2008).

Nesta mesma época, no âmbito mundial, com a crise do capitalismo, vivencia-se uma pressão por parte dos organismos internacionais de financiamento no sentido da retração do Estado nas políticas públicas. Na área da saúde, a estratégia teve características diferentes. A parcela da população de maior custo para a saúde, como os idosos, os portadores de doenças crônicas, os desempregados ou aqueles com renda baixa, ou seja, aqueles que não interessavam ao mercado foram, então, assumidos pelo Estado. Porém as políticas públicas adotadas para estas populações tinham baixa cobertura de serviços e participação do mercado privado, especialmente nos serviços de alta tecnologia. Paralelamente, cresceram no mercado as empresas privadas de planos e seguros de saúde. Esta é a denominada primeira geração da Reforma do Estado (ANDREAZZI, 2013).

Nesta conjuntura, direitos sociais alcançados nos pós-guerra, nas políticas do *Welfare State*, começam a ser vistos como um fardo para o Estado. Nesse sentido, muitos destes direitos sociais, garantidos a todos os cidadãos, passam a status de bens de consumo, adequados à capacidade de compra de cada um. Devido ao caráter estratégico da área da saúde para o mercado, pacotes de cobertura limitada de serviços foram instituídos em muitos países para grupos menos favorecidos da população. Em paralelo, afirmam-se nos sistemas de saúde variadas conformações de sistemas embasados na lógica de seguro de saúde (PAIM, SILVA, 2010).

Esta disputa se traduziu no Brasil na luta entre grupos; de um lado, defensores do SUS como uma política de democratização e de aposta na defesa incondicional da vida; e, de outro lado, grupos defensores de uma política de 'Estado Mínimo' e de interesses privados na área da saúde (PAIM, 2008). Na homologação da Constituição Federal de 1988, estas posições, opostas e antagônicas, são

representadas no texto constitucional. Nos artigos constitucionais temos contemplada a concepção de seguridade social, com integração das ações de previdência e assistência social e a saúde reconhecida como direito de todos e dever do Estado, sendo aprovados os princípios filosóficos e organizacionais do SUS. No entanto, há também no texto constitucional a garantia da liberdade à iniciativa privada, apresentada sob a possibilidade da complementariedade, como visto no Artigo 199 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

De modo análogo, este antagonismo segue na legislação infraconstitucional. Na aprovação da Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990a), todos os artigos referentes à participação social e ao financiamento, bases de sustentação do SUS como reforma social ampla e não apenas uma reforma setorial da saúde, foram todos vetados e retomados na Lei 8142/1990, meses depois, com limitações ao funcionamento das instâncias participativas, dependência do poder executivo, indefinições em relação ao financiamento para a área da saúde e o condicionamento, para sua aprovação, da participação da iniciativa privada no sistema de saúde (BRASIL, 1990b; VASCONCELOS; PASCHE, 2013).

Na norma constitucional, o direito à saúde apresenta princípios doutrinários, ou finalísticos, tais como a universalidade do acesso ao cuidado, o direito ao cuidado integral e equitativo, e também princípios organizativos, como a descentralização, a regionalização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 1988).

O princípio doutrinário básico — a universalidade, o direito universal à saúde e ao acesso aos serviços de saúde — constitui, segundo Matta (2007, p. 64), a própria razão do SUS “que deve existir para todos”. A saúde é entendida como um direito social, tal como consta no Artigo 6º da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). E todos os cidadãos, sem exceção, têm direito à saúde, que deve ser assegurada por políticas sociais e econômicas de responsabilidade do Estado, como afirmada no Artigo 196.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

Como declarado na norma constitucional, o direito ao acesso às ações e aos serviços de saúde é universal e igualitário. Na Lei 8080/1990 este direito é reafirmado nos Artigos 2º e 7º (BRASIL, 1990a). O SUS adotou o conceito ampliado de saúde que abrange o bem-estar físico, psíquico e social, sendo resultante das condições de alimentação, de habitação, de educação, de renda, de meio ambiente, de trabalho, de transporte, de emprego, de lazer e de liberdade, adequando-se ao modelo biopsicossocial, contra-hegemônico. Esta abordagem foi referendada pela legislação constitucional e pela Lei Orgânica da Saúde, ao afirmarem a defesa da saúde por meio de políticas sociais, alinhadas aos determinantes sociais da saúde.

Para uma grande parcela de brasileiros, a aprovação da Constituição de 1988 representou o fim da exclusão à atenção à saúde. Até aquela época, saúde era um direito individual dos trabalhadores formais, por meio de uma política meritocrática do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS). Esta condição foi denominada como cidadania regulada, visto que gozavam da proteção do Estado apenas aqueles indivíduos que, por meio de um vínculo trabalhista, contribuía e usufruía dos serviços de saúde (PAIM; SILVA, 2010). Aos sujeitos com trabalho informal ou desempregados restavam a caridade dos serviços beneficentes (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Fruto das disputas políticas e econômicas citadas, encontramos na legislação uma dualidade. Por exemplo, na Constituição Federal, nos Artigos 6º e 196º, a saúde aparece como direito universal, porém, no artigo 199, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que pode participar de modo complementar (BRASIL, 1988). De modo análogo, na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) o Artigo 7º, que aborda os serviços privados que integram o SUS, vai de encontro ao postulado no Artigo 2º, que afirma a saúde como direito universal, sendo dever do Estado formular políticas que garantam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 1988; 1990a). Caracteriza-se uma fragilidade normativa que coloca em risco a universalidade do direito à saúde e ao acesso aos serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2013).

A equidade, outro princípio doutrinário do SUS, está muito relacionada às noções de justiça social. O termo não consta no texto constitucional nem nas Leis Orgânicas da Saúde, em que foi mencionado apenas o acesso igualitário às condições

determinantes e aos serviços e ações de saúde (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b). O conceito de equidade é polissêmico, sendo abordado de forma ampla, remetendo tanto à equidade em saúde como também à equidade no acesso a serviços de saúde, definições vinculadas a diferentes correntes de pensamento e que demandam enfoques metodológicos diversos, sendo importante a sua explicitação (SPOSTI, 2015).

Especialmente a partir do século XX, quando foi elaborado o moderno conceito de justiça distributiva, há um relativo consenso entre os teóricos e a sociedade quanto à necessidade de uma justa divisão de bens, garantindo aos indivíduos uma condição digna de vida. No entanto, ao se operacionalizar o conceito, entram em confronto as muitas posições que refletem os valores de justiça de uma dada sociedade (FORTES, 2010).

Segundo Souza *et al.*(2014), a equidade pode ser abordada de duas maneiras: a equidade horizontal, que significa a igualdade entre iguais, ou seja, a oferta de ações e serviços de modo igualitário para indivíduos em condições semelhantes; e a equidade vertical, que compreende o tratamento desigual para desiguais, o que significa o reconhecimento das desigualdades de condições e de oportunidades entre grupos populacionais e indivíduos que, dessa forma, devem receber atenção diversificada compatível com suas necessidades. Esta última é a mais usada na área da saúde quando se pensa em acesso equitativo. O SUS representou um grande avanço em relação à redução das desigualdades e das iniquidades em saúde, entendidas como as desigualdades evitáveis e injustas (PAIM *et al.*, 2011).

Importante destacar a análise realizada, em 2012, no banco de dados do PMAQ-AB (ALVES *et al.*, 2014), que evidencia as cruéis desigualdades ainda presentes na realidade vivida pela população brasileira. Este estudo aponta que as piores condições de acesso e acolhimento na AB do país se encontram nos locais com os menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). Nesse contexto, os municípios com os IDH muito baixo e baixo apresentam as menores proporções de acesso (51,2%) e acolhimento (52,4%), enquanto aqueles com os maiores IDH contam com maiores proporções, respectivamente 70,7% e 64,1%.

A efetivação do princípio da universalidade pode abrir caminhos para a equidade em saúde pois, sendo universal, o sistema será utilizado por usuários de diferentes

classes sociais e com condições e poderes políticos diferenciados, o que tencionará a qualidade dos serviços, no sentido do seu aprimoramento. Dessa forma, usuários menos favorecidos contarão com serviços de melhor qualidade e mais resolutivos no atendimento de suas necessidades determinando melhora nas condições de vida, empoderamento e redução de desigualdades (PAIM; SILVA, 2010).

Outro princípio importante do direito à saúde é a integralidade. Este termo foi utilizado pela primeira vez no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher das Ações Integradas de Saúde com o sentido da integração de ações preventivas e terapêuticas (PAIM; SILVA, 2010). Na Constituição Federal de 1988, este termo foi mencionado como uma diretriz que preconiza o atendimento integral, priorizando ações preventivas, mas sem prejuízo das assistenciais (BRASIL, 1988). O termo integralidade aparece na Lei 8080/1990 com sentido de abordagem envolvendo ações terapêuticas, preventivas e de promoção, individuais ou coletivas, de caráter contínuo e presentes em todos os níveis de atenção do sistema (BRASIL, 1990a).

O termo adquire três diferentes sentidos, segundo Mattos (2006). O primeiro sentido é aquele relacionado a uma prática médica de qualidade, que compreende o ser humano na sua complexidade e aborda os aspectos biopsicossociais. Constitui-se no enfrentamento das posturas positivistas hegemônicas. Ressalta-se que esta abordagem, segundo Camargo Junior (2005), encontra grandes entraves na formação profissional embasada no modelo biomédico, fragmentado, focado no diagnóstico e abordagem medicamentosa e com dificuldades no trabalho interdisciplinar.

Um segundo sentido da integralidade se relaciona com a integração entre as várias práticas de saúde, de âmbito preventivo, de caráter terapêutico ou de promoção de saúde, bem como entre os vários níveis de atenção do sistema e vários pontos da rede de serviços. O objetivo é a continuidade e maior resolutividade do cuidado. O terceiro sentido envolve a integração de políticas, programas e ações em saúde favorecendo a efetividade do sistema (MATTOS, 2006).

Dentre os princípios organizativos do SUS, destaca-se a descentralização, que implica na divisão de poder e responsabilidades nas decisões das políticas de saúde, entre as instâncias federal, estadual e loco-regional, e demanda apoio e o repasse de recursos financeiros e humanos do nível central para os demais níveis

de governo (TEIXEIRA, 2011). Segundo Hortale, Pedroza e Rosa (2000), a descentralização é condicionante da melhoria do acesso, da adequação social e da qualidade do sistema de saúde, da equidade e participação social.

A regionalização e hierarquização constituem-se também em importantes princípios organizativos. A regionalização considera a base territorial do sistema, mas também a organização administrativa das ações de saúde, as aproximações e pactuações entre pontos de atenção do sistema na conformação de regiões de saúde. A hierarquização relaciona-se à organização do sistema por meio de redes com diferentes graus de complexidade tecnológica da atenção prestada, articulando locais de atenção menos complexa àqueles de maior complexidade (TEIXEIRA, 2011).

A participação social, um princípio organizativo que constituiria uma das grandes transformações sociais, fosse o SUS plenamente efetivado, constituiu-se na base de grandes entraves (PAIM, 2008). Está no fundamento da democracia: um governo democrático garante o direito à participação. Porém, os mecanismos e a intensidade desta dependerão das demandas e pressão populares que, por sua vez, dependerão da cultura de cidadania desta sociedade. O grau de institucionalização e autonomia das instâncias participativas, bem como a relação entre elas e outras instituições, alvos de suas ações, expressam a legitimidade da participação social numa dada sociedade, num determinado momento histórico (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

A participação social, detalhada na Lei 8142/1990, foi regulamentada em duas instâncias: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. A criação e o funcionamento destes conselhos tornam-se condições obrigatórias para o repasse dos recursos da federação para os estados e municípios (BRASIL, 1990a). As instâncias participativas são alvo de interesses políticos e sua efetivação, independente do poder executivo, é um grande desafio ao controle social das políticas de saúde (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

O SUS teve suas bases lançadas na década de 1980, foi aprovado na Constituição de 1988, mas é importante ressaltar a dificuldade da RSB em construir uma base popular que garantisse a implementação ampla da Reforma Sanitária, tal qual foi

elaborada. Sergio Arouca usou uma alegoria para simbolizar essa concentração de forças em torno das vias legislativo-parlamentar e técnico-científica e menos articulada com as massas populares, “fantasma da classe ausente” (PAIM, 2008, p. 310). Esse caráter do movimento teve implicações desde seu início. Rodrigues Neto (1997) relata, por exemplo, a grande dificuldade enfrentada na Assembleia Nacional Constituinte para a aprovação das emendas populares relativas à saúde na Constituição Federal de 1988.

As dificuldades com a implementação das reformas postas na legislação aumentaram, especialmente após 1995, com a denominada segunda geração da Reforma do Estado que teve como marco o Relatório do Banco Mundial, de 1997. Esta nova fase foi caracterizada pela participação da iniciativa privada nas políticas públicas e pela presença crescente das Organizações Sociais, empresas públicas de direito privado com o discurso da desburocratização da estrutura do Estado (ANDREAZZI, 2013).

No Brasil, estas medidas, iniciadas pelos Ministérios da Administração do Estado e do Planejamento, tornam-se cada vez mais explícitas nas políticas de retração social, com um drástico subfinanciamento, precarizações das remunerações e das relações de trabalho e a entrada da iniciativa privada por meio das terceirizações. Estas investidas, comprometendo especialmente a AB, inviabilizaram a plena efetivação dos princípios defendidos pela RSB (SANTOS, 2007), e a disputa de interesses se fez cada vez mais acirrada ao longo dos 27 anos da aprovação do SUS, com manobras cada vez mais sutis e insidiosas que favorecem a iniciativa privada e ameaçam as bases do direito à saúde, criando uma distância entre os direitos declarados e a sua efetivação nas práticas em saúde.

As empresas de saúde se fortaleceram ao longo deste tempo atuando em duas frentes: na garantia de apoio político, por meio de investimentos pesados em campanhas políticas; e investimento na mídia, com campanhas subliminares valorizando a medicina suplementar e a paralela degradação ou invisibilidade das conquistas do SUS (DIRETORIA DO CEBES, 2014; BAHIA, 2015; XAVIER, NARVAI, 2015).

Este movimento de ameaça aos direitos, com retração do Estado, veio se mantendo na Europa e América Latina com aspectos diversos, mas tendo em comum o

aumento das políticas de copagamentos, aumento dos custos diretos para os usuários e as privatizações (PAIM, 2015a). Neste sentido, uma estratégia denominada ‘cobertura universal de saúde’ foi liderada pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e teve início com a aprovação da resolução 58.33, em 2005, na assembleia da OMS. Com o discurso da sustentabilidade dos sistemas de saúde e dos riscos, aponta como solução a maior participação do capital privado como forma de proteção. Apesar do uso do termo universal, a proposta visa o enfraquecimento dos sistemas universais e a expansão dos sistemas privados e dos seguros de saúde. Ainda assim, o direito à saúde no Brasil se viu mais diretamente ameaçado após a 67ª Assembleia das Nações Unidas, onde os representantes brasileiros se pronunciaram favoráveis à proposta da ‘cobertura universal de saúde’, de acordo com a qual a saúde deixaria de ser um direito e passaria a ser um bem de consumo (DIRETORIA DO CEBES, 2014).

Apesar da conquista do SUS, muitos de seus princípios não se efetivaram, dentre eles a participação social (PAIM, 2008). O pleno controle social se tornou uma ameaça, motivo da “colonização de instâncias participativas por interesses partidários, corporativos e de grupos” (PAIM, 2009). O Estado aumenta cada vez mais a responsabilidade local nas ações sociais e ao mesmo tempo reduz o financiamento da saúde. A luta em defesa de interesses específicos e o corporativismo se faz cada vez mais acirrada nas instâncias deliberativas das políticas públicas (SANTOS, 2007; BAHIA, 2015). A representatividade da sociedade civil, já comprometida pelo seu percurso histórico, se esfacela na prática das instituições, porém se mantém no discurso do SUS seguindo as diretrizes constitucionais. Assistimos a tentativas de silenciamento dos usuários, não de forma explícita, mas através de mecanismos sutis de desconsideração dos mesmos (MOREIRA; ESCOREL, 2009; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; MARTINS, 2007; SOUZA *et al.*, 2012).

Mais recentemente, sérias ameaças ao direito à saúde, dentro da atuação do Estado no Brasil, são apontadas por Paim (2015a):

Rejeição da emenda popular Saúde + 10; abertura da saúde ao capital estrangeiro; o orçamento impositivo; obrigatoriedade de planos privados de saúde para empregados; projeto de lei das terceirizações; reconhecimento

da constitucionalidade das Organizações Sociais (OS); compromisso do Governo com a proposta da cobertura universal da saúde.

Tais ameaças revelam que “os três poderes do Estado Brasileiro atuam na contramão dos princípios e diretrizes do SUS” (PAIM, 2015a, p. 63).

Asensi (2010, p. 15) afirma um constante tensionamento, no direito à saúde, entre o direito declarado e a realidade prática. A saúde, como um direito social fundamental, tem “força normativa suficiente para sua incidência imediata e independente de providência normativa ulterior para sua aplicação”. No entanto, na prática, o Estado nunca sacrifica sua estrutura pelos cidadãos. A estratégia de sobrevivência estatal é a escolha de grupos que serão favorecidos em detrimento de outros que arcam com o sofrimento e a falta de proteção social (ASENSI, 2010).

Sobre a efetivação do direito à saúde no Brasil, Asensi (2010) discute, na base desta temática, três concepções construídas pela sociedade brasileira ao longo da história sobre o termo ‘usuário’, que influem na internalização da ideia de direitos e de cidadania e na sua efetivação. São elas:

1- o usuário como número, embasada pelo método estatístico e epidemiologia. É inegável a sua importância na visualização de situações macrosociais de saúde, porém, considerada como único enfoque, retira o usuário da condição de sujeito social, e, de maneira autoritária, considera o usuário uma “unidade homogênea e classificável de acordo com variáveis, previamente concebidas pelo pesquisador, o que reforça o processo de sua dessubjetificação” e conseqüentemente a perda da noção de cidadania (ASENSI, 2010, p. 21).

2- “o usuário como pedinte” (ASENSI, 2010, p. 22), reflexo do afastamento entre Estado e sociedade civil. A população, com uma participação extremamente reduzida e uma postura passiva, deixa a cargo do Estado todas as decisões nas políticas de saúde. Assim, os sujeitos pedem e não demandam como fariam se tivessem internalizadas as noções de direitos de cidadania assegurados pela legislação (ASENSI, 2010).

3- o “usuário como *tradeoff*”¹ (ASENSI, 2010, p. 25). Essa é uma representação que ganha força crescente após a Constituição de 1988 e a discussão jurídica dos direitos em saúde. Esta concepção nasce das considerações acerca da condição do Estado de custear ou não direitos já assegurados pela lei. Abre a premissa de que os direitos têm custos e assim podem ser restringidos, uma vez que o “Estado não se sacrifica pelo indivíduo e sim o inverso” (ASENSI, 2010, p. 26).

Neste sentido, termos como ‘mínimo existencial’ e ‘reserva do possível’ são muito utilizados pelo Estado, ainda que não existam na Constituição, para condicionar a efetivação de direitos à condição econômica de custeá-los (ASENSI, 2010). ‘Mínimo existencial’ seria o conjunto dos direitos mínimos para uma vida digna, dentre os direitos fundamentais, e que não podem ser restritos pelo Estado. Mas fica então a possibilidade de o Estado cortar direitos, que não façam parte deste conjunto, em caso de falta de recursos estatais. E a ‘reserva do possível’ justifica o corte de recursos para determinados setores, uma vez o Estado não possui condições de arcar com os custos (ASENSI, 2010).

A efetivação dos direitos à saúde, já declarados, depende, na atualidade, muito mais da luta nas instâncias da prática do cuidado. “A conquista do direito à saúde não se dá mais na forma da lei ou nos limites da legalidade; ela extrapola o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir seu sentido” (ASENSI, 2010, p. 29).

Diante desta situação de ameaças aos direitos declarados e do percurso histórico brasileiro, alguns autores discutem se a aprovação do SUS foi de fato uma conquista popular, ou apenas de segmentos organizados da sociedade brasileira, que se consolidou como política de Estado (MATTOS, 2006; TEIXEIRA, 2011). Outros estudos, no entanto, mostram que os usuários vêm desenvolvendo formas diferenciadas de participação que se dão fora das instâncias formais, estando presentes nos cenários das práticas de cuidado. Desta forma estes sujeitos sociais lutam por afirmar seu protagonismo da maneira que lhes é possível, seja por meio dos “barracos” nas unidades de saúde, como mostra Quintanilha (2012), seja pelos

1 *Tradeoff*: a tradução para o português não é muito precisa, seria como uma negociação ou troca em que se avalia custo e benefício (MICHAELIS, 2009).

caminhos alternativos construídos na rede de serviços, como apontou Mehry (2013), seja pelo tensionamento criado com os trabalhadores nas unidades de saúde, como mostra Sarti (2015). Destas formas eles forjam a construção do SUS no dia a dia dos serviços de saúde (DALBELLO-ARAÚJO, 2005).

Apoiando este pensamento, Ayres (2009) afirma que todos os modelos de políticas e programas de saúde sofrem reformatações ao serem implementados pois, nos cenários de prática, ao mesmo tempo que a normativa exerce influência sobre a prática dos trabalhadores e usuários, estes sujeitos também modificam estes modelos, por meio de adaptações às suas diversas realidades e subjetividades. Desta forma, nas rotinas dos serviços de saúde, é que se dá efetivamente a construção do SUS, e não de um único sistema, mas vários, conforme as tantas e diferentes realidades locais.

Ainda nesta mesma lógica desenvolvida por Ayres (2009), é válido pensar na indissociabilidade entre gestão e atenção, tal como postulado por Santos Filho (2009), e observar que a separação entre a macropolítica e a micropolítica se dá apenas no plano didático, pois efetivamente estes campos estão interligados por vias de duplo sentido, como no modelo de Ayres.

2.2. A GRANDE IMBRICAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DO ACESSO E DA QUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

A OMS, na sua Constituição em 1946, definiu como direito universal e fundamental de todo ser humano gozar do melhor estado de saúde que seja possível atingir. Desta forma, expressa uma relação entre a universalidade do acesso e a qualidade do cuidado acessado. Apesar de muitos avanços, no relatório da OMS de 2010, a universalidade persiste como meta a ser alcançada. O documento traz como sugestão, para melhoria da atenção ofertada, o aumento dos orçamentos destinados à saúde, a redução dos pagamentos diretos, o aumento da eficiência e da equidade. Remete novamente à questão da qualidade do cuidado e à temática do acesso, no caso, equitativo (OMS, 2010).

A Comissão de Determinantes Sociais da OMS considera o acesso universal a sistemas de saúde de qualidade um determinante de saúde, uma vez que, a depender da organização e qualidade da atenção ofertada e das políticas de financiamento deste sistema, ele pode reduzir desigualdades sociais (SOUZA, *et al.*, 2014). Desta forma, caracteriza-se uma grande inter-relação entre as categorias acesso e qualidade na área da saúde, especialmente na AB, que consiste no cenário privilegiado para a avaliação do acesso, uma vez consideradas a descentralização do sistema, a maior proximidade entre equipes e usuários e a posição de porta preferencial ao sistema (FEUERWERKER, 2011).

Vasconcelos e Pasche (2013), Teixeira, Souza e Paim (2014) afirmam que o acesso oportuno ainda não se efetivou, estando os usuários enfrentando barreiras de acesso e longas filas de espera, que predominam na atenção especializada, mas que ainda desafiam gestores e trabalhadores na AB, como apontado por muitos estudos (ASSIS, JESUS, 2012; ONOCKO *et al.*, 2014). São muitos os desafios a serem enfrentados prioritariamente por este nível de atenção à saúde, alguns deles relacionados ao subfinanciamento e às políticas de mercado e outros à transição epidemiológica e demográfica com aumento das doenças crônicas, o recrudescimento de antigas doenças infectocontagiosas e outras emergentes, e as consequências da violência (PAIM *et al.*, 2011).

A utilização dos serviços, central em um sistema de saúde, é determinada pela interação entre os usuários e os profissionais de saúde, segundo Travassos e Martins (2004). Em geral, o primeiro contato com o sistema depende mais de características dos usuários, sendo os contatos subsequentes mais determinados pelas posturas dos trabalhadores, que conduzem os usuários ao longo dos vários pontos da rede de serviços.

A grande imbricação dos conceitos de acesso e qualidade dificulta abordá-los separadamente. O fato torna-se mais perceptível quando são avaliadas as dimensões de ambos. Alguns autores (MAXWELL, 1984 *apud* SERAPIONI, 2013; DONABEDIAN, 1984; LEE JONES, 1991 *apud* UCHIMURA, BOSI, 2007; GATTINARA *et al.*, 1995; SERAPIONI, 2013) têm uma concepção de qualidade mais abrangente, incluindo nas suas dimensões aspectos que dizem respeito ao acesso. Outros autores inserem dimensões relativas à qualidade junto ao acesso, e têm

assim uma concepção mais abrangente deste último (ASSIS; JESUS, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Esta grande inter-relação torna necessário abordar alguns aspectos relativos ao tema do acesso.

O conceito de acesso é muito amplo, sendo empregado de maneiras diversas por diferentes autores, e tem sofrido mudanças ao longo do processo histórico, acompanhando as reformulações dos sistemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ASSIS; JESUS, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A própria terminologia diverge, havendo autores, como Donabedian (1984), que utilizam o termo acessibilidade, como uma dimensão da qualidade em saúde, enquanto outros escolhem o termo acesso, e ainda há autores que os utilizam como sinônimos. Mas, em geral, existe concordância nas concepções destes termos no sentido da maior ou menor facilidade encontrada pelos usuários na utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; SOUZA *et al.*, 2014).

Donabedian entendia acessibilidade de modo abrangente como sendo as características da oferta de serviços que influenciam no seu uso pela população. O autor dividia a acessibilidade em geográfica, que envolve a distância, as dificuldades e custos do deslocamento; e a acessibilidade organizacional, que abarca todas as características de um dado serviço, tais como horário de funcionamento, agendas e políticas públicas, que podem favorecer ou dificultar o uso dos serviços por grupos ou indivíduos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; DONABEDIAN, 1984).

Outros autores (SOUZA *et al.*, 2014; THIEDE; MCINTYRE, 2008) caracterizam também o acesso como a relação entre ofertas e demandas em saúde, referindo-se às características da oferta de serviços que facilitam, dificultam ou até mesmo impedem a utilização dos mesmos e o dividem em três dimensões: disponibilidade, capacidade de pagamento e aceitabilidade.

A disponibilidade se refere à oferta do serviço necessário no momento e local oportunos, de modo a atender à necessidade de saúde quando ela se apresenta. Envolve localização geográfica e a facilidade ou dificuldade de deslocamento, os serviços domiciliares, os horários de funcionamento e agendas dos serviços, a presença de recursos humanos e tecnológicos compatíveis com a demanda (SOUZA, *et al.*, 2014).

A capacidade de pagamento se refere aos custos diretos para os usuários, decorrentes da realização de procedimentos ou compra de medicamentos, do pagamento de transporte, alimentação, bem como aos custos indiretos decorrentes de faltas ao trabalho por exemplo. Ressalta-se que a capacidade de pagamento reflete bem fidedignamente as condições de financiamento do sistema (SOUZA, *et al.*, 2014).

No Brasil, segundo Paim (2015), os custos diretos e indiretos para os usuários são crescentes. Particularmente para os menos favorecidos, que são duplamente penalizados por uma estrutura tributária injusta, onde quem mais paga impostos são exatamente as parcelas mais pobres da população, e uma política econômica focada no mercado com um financiamento decrescente para área da saúde, com média de 1,7% do PIB para saúde e de 6,5% do PIB para pagamento de juros da dívida pública, no período de 1995-2014. Os usuários que mais necessitam dos serviços de saúde são então os mais prejudicados com o subfinanciamento do setor (PAIM, 2015a).

A aceitabilidade se refere ao grau de sensibilidade e aceitação da equipe de saúde em relação às crenças, valores, preferências sexuais, religiosas e culturais da população atendida (SOUZA, *et al.*, 2014). Com relação aos aspectos citados que dizem respeito às posturas dos trabalhadores frente aos usuários, Donabedian (1984) prefere abordá-los na categoria da qualidade do cuidado. O autor divide a avaliação da qualidade em estrutura, processo e resultado. A qualidade está diretamente relacionada ao processo com que se dá o cuidado. Qualidade para Donabedian (1984) envolvia eficácia, efetividade, eficiência, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade.

Thiede e McIntyre (2008) relatam a importância da informação em saúde e a grande desigualdade no seu acesso entre usuários e profissionais. A informação atravessa as três dimensões relatadas do acesso, empoderando o usuário, facilitando a utilização dos serviços de saúde e melhorando a sua capacidade de escolha. Sanchez e Ciconelli (2012) apontam, ao longo do tempo, a maior valorização dos aspectos menos tangíveis, dentre as dimensões de acesso, tais como aqueles relativos à relação entre profissionais e usuários e as habilidades comunicacionais de ambos. As autoras propuseram um modelo que inclui como dimensões de acesso

a disponibilidade, a capacidade de pagamento, a informação e a aceitabilidade, porém encaradas de forma mais amplas e com definição de indicadores para avaliação de cada uma delas. A disponibilidade inclui a adequação quantitativa e qualitativa dos serviços às necessidades da população. Como indicadores propuseram: tipo de serviço utilizado (hospitalar, médico, odontológico, emergencial, assistência domiciliar), local no qual o cuidado foi dispensado (residência, consultório, clínica, hospital), propósito do cuidado (preventivo, curativo), percentual da população em risco que visitou ou não um médico em um dado intervalo, número de leitos, equipamentos (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A capacidade de pagamento é a dimensão que inclui os custos de financiamento do sistema, os custos para os usuários de modo amplo, considerando as despesas com alimentação, transportes e aquelas advindas do tempo de espera e capacidade de arcar com eles, considerando salários, rendas e capacidade de crédito, relacionando às redes sociais acessadas pelo usuário. Como indicadores utilizaram: renda, fontes de renda, cobertura por seguro saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A outra dimensão apontada foi a informação, sendo valorizada pelas autoras, o empoderamento dado pelo acesso à informação e aspectos subjetivos que se referem às informações sobre seu problema e o número de escolhas possíveis e percebidas pelo usuário. A informação, segundo estas autoras, pode ser a lacuna entre oportunidade e utilização efetiva do serviço. Como indicadores propõem escolaridade, conhecimento e fontes de informação.

A última dimensão do modelo proposto por Sanchez e Ciconelli (2012) consiste na aceitabilidade que compreende os aspectos subjetivos como a relação entre a atenção ofertada e a forma como ela é percebida pelo usuário, a relação entre as expectativas dos trabalhadores de saúde e aquelas dos usuários, a qualidade da escuta, do exame físico e das orientações dadas aos usuários, as relações dos trabalhadores entre si e com os usuários. Como indicadores propõem crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado, ansiedade relacionada e confiança no sistema de saúde.

Assis e Jesus (2012), embasados por uma cuidadosa revisão sobre acesso a serviços de saúde no Brasil, propuseram um modelo para análise do acesso

universal organizado em dimensões de análise, tais como a dimensão política, a dimensão organizacional, a dimensão técnica e a dimensão simbólica. A dimensão política envolve as pactuações entre as várias instâncias de governo, a participação social e o acompanhamento do processo para tomada de decisão.

A dimensão socioeconômica envolve tanto os investimentos feitos na rede pública como também as barreiras socioeconômicas, culturais e físicas enfrentadas pelos usuários, enquanto a dimensão organizacional refere-se às barreiras geográficas e àquelas relativas ao funcionamento de toda a rede de serviços (ASSIS; JESUS, 2012).

A dimensão técnica é relativa à qualidade do serviço e abarca o acolhimento, o vínculo e a integralidade do cuidado, as habilidades técnicas e comunicacionais dos profissionais, o compromisso com os usuários e com o desenvolvimento de sua autonomia; e, finalizando, a dimensão simbólica aborda aspectos subjetivos como as crenças, valores, concepções do processo saúde, doença e cuidado de usuários e profissionais (ASSIS; JESUS, 2012).

Vuori (1982) afirma como componentes da qualidade de serviços de saúde: a eficácia, que é a relação do impacto real com aquele obtido em condições ideais; a eficiência, que é a relação do impacto real do serviço e seus custos; a adequação, que é a disponibilidade dos serviços em relação às necessidades da população, considerando a relação quantitativa entre os recursos e as necessidades e a sua distribuição em diferentes regiões e em diferentes subgrupos da população; a qualidade técnico-científica, que se refere aos conhecimentos e tecnologias já desenvolvidos pela ciência; a satisfação dos usuários; a acessibilidade, que é a possibilidade de os usuários terem acesso oportuno aos serviços conforme suas necessidades; e a continuidade do cuidado. O autor observa que a equidade também é um componente importante da qualidade, mas a coloca num patamar diferente, pois deve estar presente em todo o sistema de saúde.

Donabedian (2001d) define sete pilares sobre os quais se sustenta a qualidade: o primeiro, a eficácia, que é a obtenção do melhor resultado possível em condições ideais, constitui o limite máximo possível oferecido pelo progresso da ciência médica e da tecnologia. O segundo, a efetividade, que foi definida como o melhor resultado alcançado em condições reais, na prática cotidiana em saúde, em relação ao melhor

disponibilizado pela ciência, em condições controladas. O terceiro pilar, a eficiência, considera os custos da atenção, assim se duas estratégias são igualmente eficazes ou efetivas, a mais barata será a mais eficiente. O quarto, a otimização, é a relação entre os custos e benefícios passíveis de serem alcançados; por exemplo, se uma mudança implicou em um pequeno benefício, mas acarretou um custo muito grande, o cuidado não foi otimizado (DONABEDIAN, 2001d).

Importa destacar o quinto componente, a aceitabilidade, que se refere à adaptação da atenção ofertada aos valores, necessidades e expectativas dos usuários e subdivide-se em quatro aspectos: acessibilidade, relação médico-paciente, a comodidade do tratamento, as preferências do paciente e os custos do tratamento (DONABEDIAN, 2001d).

A acessibilidade foi definida pelo autor (DONABEDIAN, 1984, p. 29) como a “facilidade com que se inicia e se mantém” o cuidado em saúde e, apontada como um dos sustentáculos da qualidade, em estreita relação entre qualidade, acesso e continuidade do cuidado (DONABEDIAN, 2001d). Uma maior acessibilidade possibilita, mas não implica necessariamente em um cuidado de qualidade, considerando-se, além dos custos e riscos para os usuários, as desigualdades sociais que levam ao acesso prioritário de alguns grupos e à exclusão de outros dentro de uma sociedade. Da mesma forma, a continuidade do cuidado está muito relacionada à qualidade do serviço ofertado, uma vez que traduz os valores, propósitos e a divisão de responsabilidades entre os vários pontos do sistema de saúde (DONABEDIAN, 1984).

Os demais componentes da qualidade são a legitimidade e a equidade. A legitimidade constitui-se na aceitação pela comunidade ou sociedade, entendendo-se que a sociedade escolhe os grupos prioritários ao cuidado, em detrimento de outros, menos favorecidos. A equidade é abordada como justiça distributiva, que nem sempre coincide com as escolhas da sociedade (DONABEDIAN, 2001d).

Maxwell, conforme apontado por Serapioni (2013), na segunda metade dos anos 1980 atribui à qualidade os seguintes elementos: acessibilidade, relevância em relação às necessidades, equidade, aceitabilidade social, efetividade e eficiência. Mostra uma concepção semelhante àquela elaborada por Donabedian.

Outro estudo sobre a qualidade de programas e serviços de saúde foi desenvolvido por Gattinara *et al.*(1995), e abordou a percepção dos usuários sobre a qualidade, com enfoque principal nas relações entre estes e os profissionais de saúde. Estes autores abordaram as percepções de toda a população, considerando importante incluir aqueles que não acessaram os serviços ou preferiram os serviços privados, e propõem como dimensões da qualidade: a competência profissional, que envolve habilidades técnicas e comunicacionais e atitudes da equipe; a satisfação dos usuários com relação ao tratamento recebido, aos resultados concretos alcançados, os custos e o tempo; a acessibilidade cultural, social, geográfica e econômica; a eficácia que envolve as normas adequadas, a tecnologia apropriada e o respeito às normas da equipe; e, finalizando, a eficiência que relaciona os custos, os recursos e riscos.

Serapioni (2013) aponta três principais dimensões da qualidade:

- 1- Qualidade avaliada pelos usuários, envolvendo aquilo que os usuários desejam do serviço, seja como indivíduos ou grupos representantes destes atores sociais;
- 2- Qualidade profissional, que envolve a satisfação das necessidades de saúde percebidas pelos profissionais que prestam assistência, e a adequação das técnicas e procedimentos utilizados;
- 3- Qualidade gerencial, que consiste no uso eficiente e produtivo dos recursos de modo a responder às necessidades de toda a comunidade dentro das diretrizes do sistema de saúde.

Segundo o autor (SERAPIONI, 2013), estas dimensões devem ser correlacionadas. Então, a integração das considerações técnicas e competências organizacionais e gerenciais conformam o que denominou de Qualidade Prestada. Esta última deve ser integrada aos aspectos relacionais, técnicos e a acessibilidade, observados pelos usuários, correlação denominada Qualidade Percebida. A relação entre a qualidade prestada e a percebida e a consideração da distribuição da assistência a diferentes regiões e grupos da população conforma a denominada Qualidade Social (SERAPIONI, 2013).

Para uma visualização das dimensões da qualidade, relativas a programas e serviços de saúde e apontadas pelos autores pesquisados neste estudo, elaborou-se a Tabela 1.

Tabela 1 - Dimensões de Qualidade do cuidado em sistemas e programas de saúde conforme estudo dos autores citados.

Dimensões/ Autores	Vuori, 1984	Maxwell, 1984	Donabedian, 1984	Lee Jones, 1991	Gattinara, 1995	Serapioni, 2013
Acessibilidade	Incluída	Incluída	Incluída como um dos componentes da aceitabilidade	Incluída	Inclui acessibilidade cultural	Incluída
Eficácia.	Incluída	Incluída	Incluída	Incluída	Inclui respeito às normas de uso adequado das tecnologias e normas de equipe	Inclui respeito às normas de uso adequado das tecnologias
Eficiência	Incluída	Incluída	Incluída	Incluída	Incluída	Incluída
Eficiência		Incluída	Incluída			Incluída
Otimização			Incluída			
Relevância em relação às necessidades		Incluída				
Aceitabilidade: acessibilidade geográfica e organizacional, relação médico-paciente, a comodidade do tratamento, as preferências e tempo de espera e custos	Inclui apenas a satisfação dos usuários		Incluída	Aborda relação contínua e estreita entre médico e paciente	Aborda a satisfação com os resultados de tratamento e custos	Aspectos avaliados pelo usuário: acessibilidade, tecnologias, relacionais e ambiência
Aceitabilidade social		Incluída				
Legitimidade			Incluída			
Competência Técnica dos profissionais	Incluída.		Incluída	Incluída	Incluída	Inclui competências organizacionais e gerenciais

Habilidades comunicacionais dos profissionais		Incluída	Inclui habilidades da equipe	
Coordenação entre serviços médicos e serviços sociais		Incluída		
Cooperação entre os consumidores e prestadores de serviço		Incluída		
Abordagem integral do indivíduo		Incluída		
Adequação: disponibilidade de recursos, quantitativa e sua distribuição	Incluída	Incluída	Incluída	Incluída

Fontes: VUORI, 1982; MAXWELL, 1984 *apud* SERAPIONI, 2013; LEE JONES, 1991 *apud* BOSI, UCHIMURA, 2002; GATTINARA, 1995; SERAPIONI, 2013.

Com relação a esta estreita relação entre qualidade e acesso, já assinalada, ressalta-se o conceito elaborado por Teixeira (2005, p. 92) e denominado “virtual acessibilidade universal”. Segundo o autor, a temática da qualidade do cuidado ofertado é fruto de um tensionamento que extrapola os muros das unidades de saúde, da instância micropolítica, principiando no nível macropolítico, conseqüente a posturas políticas que possibilitem acesso aos serviços de saúde por um grande número de usuários. Ultrapassadas as barreiras iniciais do acesso, iniciam-se as discussões da qualidade do cuidado ofertado. A preocupação com a quantidade do acesso se amplia abarcando a qualidade do acesso e do cuidado prestado e sua continuidade na rede de serviços. Este tensionamento em relação às temáticas da qualidade não cresce em potência, nos cenários micropolíticos, nas práticas do cuidado nas unidades de saúde, sem que se atinja este limiar crítico, que corresponde à “virtual acessibilidade universal” (TEIXEIRA, 2005).

Os sinais, que mostram termos atingido este limiar na década de 2000, são as mudanças nas temáticas das agendas políticas com foco na qualidade, tais como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a valorização do acolhimento. Atingir

este limiar não assegura a resolução das questões ligadas à universalidade do acesso, mas mostra que alcançamos um nível de acesso a partir do qual as questões serão cada vez menos ligadas à quantidade das portas de acesso, e cada vez mais concernentes à qualidade deste acesso nas instâncias micropolíticas, prestadoras do cuidado (TEIXEIRA, 2005).

2.3 A POLISSEMIA DA QUALIDADE NO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Um dos desafios para a abordagem da qualidade nos serviços de saúde é a definição de um conceito que possa ser compartilhado pelos muitos atores sociais da área e atenda à sua complexidade conceitual e metodológica (VUORI, 1982; NOGUEIRA, 1994; UCHIMURA, BOSI, 2007; SERAPIONI, 2013).

Qualidade é um termo polissêmico, com cerca de treze concepções apresentadas nos dicionários de língua portuguesa (MICHAELIS, 2009). Segundo Gomes (2004, p. 7), a Associação de Bibliotecas do Reino Unido, ao se pronunciar sobre o conceito, inicia com as seguintes palavras: “Fácil de reconhecer, difícil de definir”. Nogueira (1994) busca na filosofia aristotélica fundamentos para o conceito. Segundo Aristóteles, a Qualidade não existiria por si mesma, e sim como uma característica atribuída à substância, havendo qualidades boas e ruins. Dessa forma, para se emitir um juízo de valor sobre um dado objeto, deveriam ser consideradas as qualidades boas e ruins e se chegar a uma conclusão. Entretanto, aponta Nogueira (1994), o termo qualidade perdeu esse cunho de neutralidade, ao longo da história, e passou a abarcar apenas o que é bom ou adequado a alguém (NOGUEIRA, 1994).

Segundo Serapioni (2013), a complexidade conceitual de qualidade amplia-se somada à multidimensionalidade da área da saúde, tornando necessário desta forma o conhecimento da concepção adotada para o conceito, especialmente quando vinculado a programas de saúde.

Nesse sentido, o conceito de qualidade implicará em posturas muito diversas conforme a sua vinculação a uma determinada corrente de pensamento, tais como o

positivismo e o compreensivismo, que têm suas origens em duas tradições filosóficas concernentes à natureza da realidade, que são respectivamente o realismo empírico e o idealismo (POTVIN *et al.*, 2013).

O realismo empírico entende que os objetos do mundo têm uma existência completamente exterior e independente da consciência humana, cabendo ao pesquisador descobrir as verdades que já estão postas no mundo real (POTVIN *et al.*, 2013). O positivismo, fundamentado nesse preceito filosófico, admite como passível de conhecimento apenas aquilo que pode ser identificado e mensurado, uma vez que utiliza conceitos matemáticos para a explicação da natureza e da realidade social (MINAYO, 2013).

A qualidade em um programa de saúde com esta concepção terá foco em aspectos objetivos, abordado na linguagem das variáveis e indicadores, passíveis de mensuração por meio de procedimentos científicos predeterminados e padronizados, elaborados por especialistas externos que apontam os problemas e as soluções comprovadamente eficazes para aplicação e correção deste (MINAYO, 2013; POTVIN *et al.*, 2013). A avaliação consistirá na verificação objetiva e análise das mudanças ocorridas pelos especialistas, ou seja, a verificação da eficácia do programa, compatível com a avaliação de terceira geração (HARTZ, 2009).

O idealismo afirma que a única possibilidade de o ser humano ter contato com a realidade é através do seu aparelho perceptivo e desta forma existe uma diferença entre a realidade em si mesma e as construções, as representações que os seres humanos fazem dela. Assim, entende-se que todo o conhecimento é construído num determinado tempo histórico e os sujeitos são ativos construtores deste conhecimento. Programas vinculados ao idealismo são embasados nas representações de situações vivenciadas construídas pelos muitos sujeitos envolvidos. Ao mesmo tempo em que as ações transformam a realidade, modificam também as representações construídas pelos sujeitos e, portanto, os próprios sujeitos (POTVIN *et al.*, 2013).

O compreensivismo, embasado nesta linha de pensamento, tem a subjetividade como fundamento da vida social e as crenças, valores e significados devem ser compreendidos, e não quantificados. Qualidade neste caso terá um cunho subjetivo, e demanda metodologias qualitativas, capazes de dialogar com o construto dos

muitos sujeitos. As avaliações demandam a expressão de todos os atores sociais envolvidos, como as avaliações de cunho participativo (MINAYO, 2013).

Segundo Uchimura e Bosi (2007), a subjetividade é inerente à avaliação, especialmente quando relacionada à qualidade de programas ou políticas públicas, mas o reducionismo na abordagem da qualidade tende a destacar os aspectos mensuráveis, relativos à eficiência e eficácia, em detrimento daqueles relativos à efetividade que remetem ao resultado vivenciado na prática e que demandam a compreensão de valores e significados, da vida e da saúde, para os muitos atores envolvidos, especialmente os usuários que são a razão maior das ações. Abordar os aspectos subjetivos da qualidade faz crescer a necessidade e o valor das pesquisas de metodologias qualitativas (UCHIMURA; BOSI, 2007). Ayres (2001, p. 65), em relação à qualidade do cuidado que acontece nas instâncias micropolíticas, acha mais apropriado considerar a intersubjetividade, dado o “caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos”.

O autor que iniciou a sistematização do conceito de qualidade em saúde foi Avedis Donabedian, com os estudos de métodos de garantia da qualidade na assistência, a *Quality Assurance*, iniciados na década de 1960 (SERAPIONI, 2013). A leitura das obras de Donabedian aponta para uma vinculação ao paradigma positivista. O autor trabalhou no desenvolvimento de critérios e padrões explícitos de qualidade, que fossem mensuráveis e permitissem a comparação da qualidade entre serviços de saúde. Adotava metodologias objetivas, embasadas pelo método científico, especialmente a estatística e a epidemiologia (DONABEDIAN, 1984, 2001a, 2001b, 2001c, 2001d, 2001e).

Donabedian (1984) desenvolveu o que denominou conceito unificado de qualidade, que considera os aspectos técnicos e científicos, os aspectos relacionais envolvidos na atenção à saúde e questões relativas à comodidade do tratamento para o paciente. Este autor considera a qualidade um atributo da atenção à saúde, sendo constituída por uma relação dinâmica entre os benefícios alcançados em relação aos custos, diretos e indiretos, e possíveis riscos para os pacientes. Por consequência aponta três abordagens básicas da qualidade em saúde. A primeira, que denominou de “absolutista”, consiste na definição unilateral da melhor conduta,

pelo profissional embasado cientificamente (p. 17). A segunda abordagem, que denominou “individualizada”, considera, além da visão da ciência, as expectativas e crenças do paciente, bem como sua condição frente aos custos e riscos, para a definição da conduta (p. 18). A terceira, denominada “abordagem social de qualidade”, preconizada pelo autor, considera, além dos aspectos citados, todo o contexto socioeconômico e o sistema de saúde onde a prática está inserida, neste caso consideram-se os custos sociais, os benefícios coletivos e as escolhas sociais em relação à distribuição do bem-estar (DONABEDIAN, 2001c).

Donabedian (1984) aponta a importância dos valores construídos por uma determinada sociedade para a definição do que se considera qualidade em saúde. Estes valores sociais determinam a divisão de poder e de direitos sociais e influenciam também na decisão do modelo de atenção e das políticas de saúde adotados, mas o autor considera os usuários como consumidores e é desta forma que valoriza a sua opinião sobre os sistemas de saúde (DONABEDIAN, 2001e).

Na mesma vertente do positivismo, ao longo das décadas de 1930 e 1940, Edwards Demming e Joseph Juran desenvolveram um método estatístico aplicado à qualidade que foi utilizado inicialmente nas indústrias e depois estendido à área de serviços, inclusive à educação e à saúde. Como o método conseguiu aumento da produtividade nas indústrias americanas e japonesas após a Segunda Guerra Mundial, ganhou publicidade e adotou o nome de Teoria da Qualidade Total (TQT) (NOGUEIRA, 1994). Este método recebeu grande influência das Teorias Científicas da Administração, como o Taylorismo, o Fordismo e Toyotismo (TAYLOR, 1990; WALTON, 1989) e, apesar dos seus teóricos argumentarem haver, como diferenças, a aproximação entre gestão e operários e o foco na satisfação dos clientes, há uma grande proximidade na concepção de qualidade que embasa estas teorias. Qualidade, aqui, tem o sentido da ausência de defeitos, no caso de produtos, ou na satisfação do cliente por meio da padronização, ou adequação, de condutas, no caso de serviços, com o objetivo final de reduzir as perdas, ou a insatisfação, e aumentar a lucratividade. Qualificar as empresas consistia na adoção de programas padronizados de modo a alcançar as metas e os padrões predeterminados, quando, então, as empresas eram certificadas por grupos de profissionais especializados (NOGUEIRA, 1994; BONATO, 2007).

A leitura de alguns autores da TQT aponta para semelhanças entre esta e os documentos que embasam o PMAQ-AB, especialmente na indução de ciclos de qualidade, consistindo na adoção de normas de condutas pelas equipes de saúde, que deveriam levar aos padrões de qualidade determinados pelo MS, mensuráveis e comparáveis para certificação do desempenho destas equipes de saúde (WALTON, 1989; BONATO, 2007; BRASIL, 2012b).

Vuori (1982), em um documento da OMS sobre Garantia de Qualidade, faz uma analogia entre a aplicação do controle de qualidade nas indústrias e nos serviços de saúde. Na concepção do autor, os pacientes entram em um serviço de saúde com o objetivo de resolverem suas necessidades ao final do processo, tal como numa linha de montagem industrial. O autor considera a maior complexidade da área da saúde na qual o material de trabalho é o ser humano, mas, ainda assim, traça comparações mostrando as vantagens do controle de qualidade nos vários níveis de complexidade da assistência à saúde, com algumas adaptações.

Estas técnicas, aplicadas na área da saúde, fortaleceram a aplicação de ferramentas de avaliação, auditoria e ajustes aos padrões definidos internacionalmente, para se alcançar uma certificação de qualidade. A Qualidade Total, na área da saúde, iniciou nos hospitais com a constituição de Comissões de Acreditação Hospitalar, sendo uma das mais primeiras a Joint Commission on Accreditation Hospitals (JACH), nos Estados Unidos, que depois mudou de nome para Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), refletindo a expansão dos programas para diversos segmentos de serviços de saúde, incluindo também ambulatorios, laboratórios, saúde mental, rede de serviços, *home care*, entre outros.

Estas empresas tiveram enorme penetração na América Latina na década de 1990, especialmente nos setores privados, e podem ter contribuído para agravar desigualdades, em relação ao acesso e à qualidade do cuidado ofertado (MERCADO *et al.*, 2013). No Brasil, os programas de Qualidade Total iniciaram-se no final da década de 1990, de forma semelhante, e a princípio abrangiam apenas os hospitais privados, depois os hospitais públicos e mais recentemente a AB.

Donabedian realizou também uma vasta revisão de pesquisas realizadas sobre a opinião dos usuários com relação à qualidade na assistência à saúde. Iniciou com trabalhos da década de 1950, como o estudo desenvolvido pela socióloga Laub

Coser, que entrevistou cinquenta usuários sobre o tema, até os estudos de Hulka *et al.* e Ware e Synder, em meados da década de 1970. O foco dessas pesquisas era a assistência médica, e as metodologias eram variadas, com predomínio de questionários e entrevistas estruturadas. As conclusões de Donabedian mostram uma valorização, por parte dos usuários, tanto da qualidade técnica como também dos aspectos da relação e comunicação entre médicos e pacientes (DONABEDIAN, 1984).

Na década de 1980, foram realizados inúmeros trabalhos sobre a percepção dos usuários, influenciados pelo parecer de Donabedian. A maioria destes estudos se utilizou de instrumentos estruturados, não sendo possível maior aprofundamento nos conceitos construídos pelos usuários com relação ao tema da qualidade no cuidado (SERAPIONI, 2013).

Uchimura e Bosi (2007) apontam as limitações da avaliação da qualidade baseada na tríade estrutura/processo/resultado, elaborada por Donabedian (1984), na avaliação de programas de saúde. As autoras afirmam que esta abordagem se adequa a serviços focados no atendimento de cunho individual e curativo apenas e que a qualidade deve ser abordada de modo diferente quando relacionada a programas mais amplos, como aqueles que trabalham na vertente da promoção de saúde. Para abordagens com esta abrangência, as autoras (UCHIMURA; BOSI, 2007) apontam algumas iniciativas tais como o trabalho realizado por Lee Jones, em 1991, que traz como componentes da qualidade: a fundamentação científica da prática médica, a prevenção, a cooperação entre os consumidores e prestadores de serviço, a abordagem integral do indivíduo, relação estreita e contínua entre o médico e o paciente, a coordenação entre serviços médicos e serviços sociais e a acessibilidade à atenção para toda a população.

Muitos autores concordam que ainda prevalecem concepções positivistas nas abordagens da qualidade em saúde, muitas vezes, resultando em um reducionismo que não dialoga com a realidade do cotidiano do cuidado (AYRES, 2004; UCHIMURA; BOSI, 2007; SERAPIONI, 2013; SANTOS FILHO, 2009). No entanto, o conceito de saúde ganhou complexidade ao longo da história, e deste modo os aspectos subjetivos começam a ser mais valorizados, tendo em vista as

peculiaridades de uma produção imaterial, frutos do encontro de sujeitos, que se constroem juntos (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2001; LAZZARATO; NEGRI, 2001).

Em uma abordagem de cunho compreensivista, a qualidade em saúde implica em ter “o cuidado como horizonte” (AYRES, 2004, p. 87), admitindo a sua abrangência e as implicações práticas dela decorrentes, tais como a alteridade no encontro com o outro, buscando compreender suas concepções de vida e seus projetos de felicidade, ampliando o cuidar para além da biotecnologia com uma visão integral do ser humano e respeitando o seu lugar como senhor das suas necessidades e do cuidado consigo (AYRES, 2004).

Ayres (2001, p. 71) considera que a qualidade no cuidado deve considerar os “Projetos de Felicidade” construídos pelos usuários para suas vidas. As abordagens de saúde devem ser compatíveis com estes projetos, muito mais amplos. Desta forma, continua o autor (2001, p. 69), “os êxitos técnicos e os sucessos práticos” integram este projeto de felicidade e um cuidado qualificado deve abarcar a ambos, fazendo a abordagem científica adequada, válida e necessária, mas não se limitando a ela, abordando os aspectos de natureza emocional, moral, cultural e tantos outros que se encontram presentes no âmbito do sucesso prático do cuidado e fazendo com que este cuidar não se restrinja a “tratar, curar ou controlar” (AYRES, 2001, p. 71).

Merhy (2013, p. 33), abordando a qualidade do cuidado, a caracteriza pela sua vitalidade, ou seja, como “trabalho vivo em ato”, trabalho que tem liberdade criativa, que se constrói e constrói subjetividades em processo, nos encontros entre os muitos sujeitos presentes nas instâncias micropolíticas das práticas de saúde. Contrasta com o “trabalho morto” que já está pronto, aprisionado, fruto de trabalhos anteriores. Neste encontro entre usuários e trabalhadores, a qualidade caracteriza-se por esta condição de não aprisionamento e abertura para novas possibilidades do cuidar. Estas posturas qualificadoras do cuidado demandam do trabalhador, enquanto sujeito e enquanto equipe de saúde, uma porosidade às demandas individuais e coletivas que vêm do lado de fora dos muros das instituições de saúde. É necessário não excluir a dimensão humana ao se exercer o papel de trabalhador, afinal nos encontros nas práticas do cuidado estão em negociação interesses de

sujeitos sociais, que não se aprisionam inteiramente pelas normas do trabalho em saúde, especialmente no modelo preconizado na AB (FRANCO; MERHY, 2013).

O cuidado qualificado, segundo Feuerwerker (2011), implica no posicionamento do usuário como orientador do cuidar de si, no reconhecimento e validação de suas escolhas, que faz com ou sem o apoio das equipes de saúde. Segundo a autora (2011), existe uma expectativa dos usuários de poder contar com o apoio dos trabalhadores e que estes tenham ferramentas potentes de escuta, compreensão e minoração de seus sofrimentos. É exatamente nesta dimensão que se criam vínculos e responsabilização para construção conjunta do cuidado qualificado.

A qualidade é caracterizada pelo cuidado comprometido com a defesa da vida, expresso em posturas de acolhimento, de criação de vínculo, de resolutividade, de estímulo à autonomia do usuário no seu cuidar de si, de enxergar “a vista do ponto de vista do outro”. Assim o usuário compreende o discurso do trabalhador, bem como o contexto onde ele se situa e, de modo semelhante, o trabalhador apreende as questões levantadas pelo usuário dentro do universo onde se inserem, com o significado atribuído por este último (MERHY, 2015).

Essa concepção de qualidade demanda pesquisas para o desenvolvimento de instrumentos sinalizadores do trabalho vivo, da promoção da saúde, pois os Sistemas de Informação estão aptos apenas aos indicadores do trabalho morto, do modelo médico hegemônico e da doença (MERHY, 2013).

Novos enfoques têm se estruturado no sentido de se abrandarem as posturas extremas, vinculadas a um ou outro paradigma, buscando ampliação conceitual e metodológica. Estas novas abordagens se fortalecem à medida que estudos de cunho estritamente objetivo ou estritamente subjetivo não conseguem dialogar com realidades complexas e antigas, tais como a fome, e aquelas que se impuseram de modo crescente a partir do século XX, como as doenças crônicas e a violência, todas com distribuição profundamente desigual (UCHIMURA; BOSI, 2007; MINAYO, 2012; POTVIN *et al.*, 2013; MERCADO *et al.*, 2013).

Uchimura e Bosi (2002) reforçam a necessidade desta ampliação metodológica, visto que qualidade abarca aspectos objetivos e subjetivos, demandando estudos que integrem as visões de ambos os campos, com maior aproximação e

resolutividade nas práticas em saúde. Nos últimos anos, segundo as autoras (2007), percebe-se uma valorização dos aspectos subjetivos que demandam avaliações qualitativas, no entanto, persiste ainda um predomínio dos aspectos quantificáveis da qualidade, passíveis de serem avaliados por estudos de cunho objetivo. Em outro estudo, estas autoras afirmam que esta polissemia da qualidade torna-se ainda mais complexa quando relacionada à avaliação de programas e políticas em saúde. Neste caso, além das muitas dimensões, de cunho subjetivo e objetivo, componentes da qualidade, que as autoras denominaram de “multidimensionalidade intrínseca”, devem ser consideradas as diferentes intencionalidades dos atores e grupos envolvidos que foram denominadas de “multidimensionalidade extrínseca” (UCHIMURA, BOSI, 2007, p. 85).

Um cuidado de qualidade, segundo os preceitos da PNAB, é orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

A PNAB admite o preceito ético de que toda necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido, portanto a organização do processo de trabalho das equipes deve ser usuário-centrada, permitindo o desenvolvimento de uma postura de acolhimento das necessidades dos usuários, por todos os membros da equipe de saúde, em tempo oportuno. Caracteriza-se, desta forma, um vínculo com o movimento em Defesa da Vida formulado por militantes da RSB e vinculados ao Laboratório de Administração e Planejamento (LAPA), da Universidade de Campinas (UNICAMP), no final da década de 80, que postulava a mudança do processo de trabalho de modo a acolher os usuários e suas percepções do adoecimento e do cuidado, se responsabilizando pela sua situação de saúde e criando vínculos e utilizando-se de tecnologias que contribuam para aumentar a autonomia dos usuários e a resolutividade das práticas do cuidado. Postulava que toda vida vale a pena ser vivida, por constituir-se em bem comum a ser defendido pelo coletivo social (MERHY; MALTA; SANTOS, s.d.).

A qualidade no cuidado é expressa pela garantia de acesso a um cuidado integral, com criação de vínculo e responsabilidade da equipe pela condição de saúde do usuário, bem como pela continuidade do cuidado (BRASIL, 2012a). As implicações

desta postura serão expressas no sentimento de reconhecimento dos usuários pelas equipes, e reciprocamente um sentimento de pertencimento e segurança por parte dos usuários, no sentido de conceber a equipe como referência para suas necessidades em saúde, ou, como disse Ayres (2004), na validação de seus projetos de felicidade para a vida, muito além dos projetos terapêuticos de doenças.

A diversidade dos usuários será validada por meio do acesso equitativo, que oferta atenção com base nas necessidades singulares, valorizando a diversidade e reduzindo as desigualdades (BRASIL, 2012a).

A escuta qualificada torna-se, então, um componente fundamental da qualidade neste modelo de atenção, uma vez que o acolhimento, a abordagem integral de saúde e a participação efetiva dos usuários só serão possíveis por meio de uma postura dialógica (TEIXEIRA, 2005). A escuta qualificada favorece o acesso oportuno e a resolutividade no cuidado.

Teixeira (2005) reafirma o princípio da integralidade, que traduz como a mudança nas relações de poder entre usuários e trabalhadores, com uma conseqüente mudança no modelo comunicacional, e aponta a alteridade como a base de todos estes aspectos que podemos considerar como sinalizadores da qualidade no modelo da atenção adotado na AB. A alteridade enquanto postura ético-política fundamenta os modelos embasados na integralidade, pois na sua base está a integração do outro, do que é diferente, e é condição para a abordagem biopsicossocial, a clínica ampliada, consideradas a promoção, prevenção e recuperação, para a interdisciplinaridade e para integração do cuidado individual e coletivo (TEIXEIRA, 2005).

Os princípios da PNH influenciaram em grande medida a PNAB, aprovada em 2003 pelo MS, mas não homologada. A PNH considera que o modelo comunicacional está na base da qualidade do cuidado ofertado, o que implica em mudança de postura frente aos encontros de gestores e trabalhadores, dos trabalhadores entre si e dos trabalhadores e usuários. Qualidade na PNH constitui-se de escuta qualificada, vínculo, responsabilização e resolutividade. Esta política tem como princípios a transversalidade abrangendo todos os níveis de atenção e favorecendo a integração em rede do cuidado, a indissociabilidade entre gestão e atenção, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Preconiza, como diretrizes

de trabalho, o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a clínica ampliada e compartilhada e a ambiência (BRASIL, 2003c; 2008).

A PNH nasceu de experiências exitosas do nível local contemplando suas especificidades e efetivando os princípios do SUS nos cenários de prática (BENEVIDES, PASSOS, 2005). Considera-se a potência das peculiaridades do nível local como recursos para maior resolutividade das ações em saúde uma vez que, quando descoladas do contexto loco-regional, as necessidades, demandas e escolhas dos usuários perdem em significação. Os balizadores da qualidade para a PNH se constituem no acolhimento, na clínica ampliada e compartilhada, na ambiência dos serviços de saúde. A PNH adotou o apoio institucional como principal estratégia de avaliação e qualificação do cuidado ofertado.

O acolhimento traz na base o reconhecimento e legitimação das necessidades de saúde trazidas pelo outro, seja trabalhador da equipe ou usuário. Enquanto diretriz da PNH, é entendido como postura que tem como base a escuta qualificada e não admite a restrição a um local ou horário específico, como comumente acontece se confundido com triagem ou recepção. O acolhimento deve perpassar todos ambientes e todas as conversas como o elemento que conecta a rede de cuidados, como ferramenta comunicacional imprescindível para a resolutividade (TEIXEIRA, 2005).

Chama a atenção o estudo realizado por Alves *et al.* (2014), que analisa as dimensões de acesso, disponibilidade e acolhimento das 17.200 equipes de AB, disponíveis no banco do PMAQ-AB em 2012. Os resultados apontaram que menos da metade das equipes afirmaram possuir condições adequadas para realizar o acolhimento. Foram relatadas, pela maioria das equipes, as seguintes dificuldades: falta de sala específica (36,6%), falta de protocolos para acolhimento (38%) e inadequada capacitação dos profissionais para esta atividade (46,3%). Destaca-se ainda que apenas 21% das equipes desencadeiam ações a partir do acolhimento realizado. Com base nestes dados, parece prevalecer ainda uma concepção de acolhimento como uma atividade, e não como uma postura diante do outro, aquele que busca cuidado, sendo membro da equipe ou da comunidade.

A clínica ampliada e compartilhada consiste na abordagem do adoecimento de forma ampla considerando as muitas dimensões implicadas e a singularidade de

cada sujeito. Estas dimensões devem ser consideradas nas etapas diagnósticas, estratégias terapêuticas e na construção conjunta do cuidado (Brasil, 2008). No entanto, os resultados apontados por Alves *et al.* (2014) mostram uma grande prevalência de temas com foco na doença. Nas atividades de promoção em saúde, foram citados: diabetes (89,5%); hipertensão arterial sistêmica (HAS) (89,4%); gestação/puerpério (87,4%); TB (54,2%); e hanseníase (52,2%). Pequeno número de equipes abordou o excessivo uso de ansiolíticos (16,1%), álcool ou outras substâncias químicas (24,5%). Chama a atenção também que o procedimento mais mencionado pelas equipes é a vacinação (79,1%) (ALVES *et al.*, 2014). Estes resultados atribuem um cunho ainda preventivista à AB. A gestão participativa e cogestão implicam na implementação de espaços coletivos de gestão que possibilitem conversas e negociações entre os interesses da gestão, dos trabalhadores e dos usuários e garantam a efetiva participação dos usuários nas rotinas organizacionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2008).

A ambiência preconiza a criação de espaços acolhedores e confortáveis que respeitem a privacidade e favoreçam os encontros dos muitos sujeitos sociais nas UBS (BRASIL, 2008). Garcia *et al.* (2015), em estudo abordando a questão na ESF, apontam para as limitações em relação à ambiência, refletindo as muitas lógicas que atravessam os encontros entre trabalhadores entre si e entre estes e os usuários. Os autores (2015) relatam muitas diferenças nos olhares dos vários profissionais integrantes das equipes de saúde, com relação ao local de trabalho e às concepções de privacidade e respeito no encontro com os usuários. Estas diferenças de pontos de vista poderiam enriquecer o trabalho se consideradas à luz da alteridade (TEIXEIRA, 2005) e se as restrições dadas pela ambiência fossem abrandadas.

A PNH tem, no apoio institucional, uma estratégia potente de acompanhamento e autoavaliação permanentes das equipes que, assim, trabalham na indução e construção conjuntas de mudanças qualificadoras do trabalho. O apoio institucional atuando transversalmente em toda a rede de serviços favorece a integração dos seus vários pontos, bem como dispara processos de diálogo entre trabalhadores, usuários e gestores por meio de várias ferramentas e, ao mesmo tempo, embasa as mudanças almejadas pelo coletivo com suporte técnico e relacional adequado (BRASIL, 2008; ANDRADE *et al.*, 2014).

Retomamos aqui a fala de Serapioni (2013) relativa à importância de se explicitar as intencionalidades e concepções de qualidade dos grupos envolvidos em uma política, os formuladores, financiadores, os trabalhadores e usuários. Uma avaliação de programas e políticas deve envolver todos estes atores sociais para que seja efetiva e construa informações pertinentes. Neste sentido é importante conhecer as concepções de qualidades presentes na política, no caso o PMAQ-AB, mas, embora não seja objeto deste estudo, é também relevante conhecer as concepções de qualidade adotadas pelo Banco Mundial (BM), financiador da citada política.

O BM é a instituição que coordena o sistema financeiro transnacional, e uma vez que é fonte privilegiada de produção teórica macroeconômica de cunho capitalista e compreende também a saúde, nessa ótica, como um bem de comércio e consumo e acessível conforme a capacidade de pagamento, tem a qualidade embasada por esta linha de pensamento, relacionada à eficiência e eficácia, expressa por indicadores numéricos padronizados e vinculada aos preceitos positivistas (CRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013). Mackay (1999) expressa a visão institucional do BM afirmando existirem vários instrumentos de avaliação, porém, todos estes instrumentos se referem à medição do desempenho. Podem ser usados de formas diversas seja para monitoramento dos indicadores de desempenho, na avaliação de projetos ou programas, em avaliações de custo/benefício ou em auditorias financeiras.

O BM, com o discurso da eficiência, financiou programas de saúde em diversos países da América Latina, tais como Argentina, Chile, México e Colômbia, cujos usuários convivem atualmente com severas ameaças ao acesso, entre por exemplo aumentos progressivos nas taxas de copagamentos e das privatizações e redução das responsabilidades dos Estados. Dessa forma, é válido o questionamento sobre a eficiência apregoada pelo BM na década de 1990 quando foram celebrados os citados acordos de financiamento, e justifica-se a expressão “fetiche da eficiência” usada por Paim (2015b). O financiamento de um programa de saúde implica em condicionamentos políticos e coloca em questão as concepções de qualidade abordadas. Uma empresa de capital faz investimentos e os acompanha matematicamente verificando seus resultados, esta é a sua natureza. Diferenciar ‘clientes’ conforme a sua condição de investimento é a sua rotina.

Torna-se importante a compreensão das concepções de qualidade adotadas pelo PMAQ-AB, como uma política ministerial e entendendo o comprometimento político do país com posturas de cunho antagônico: de um lado os princípios do SUS e do modelo de atenção adotado na AB, ancorados nos preceitos de democratização da saúde e defesa da vida; e de outro o discurso da eficiência do sistema de saúde ancorado nos interesses de instituições de crédito internacionais, como o BM.

2.4 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: O DESAFIO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

O PMAQ-AB, contexto do presente estudo, é apresentado pelo MS como um programa de avaliação que pretende induzir um processo de melhoria contínua da AB. Trata-se então de uma política de grande potência, principalmente considerando-se os princípios da AB, norteados pela PNAB, para um país de grande extensão territorial e diversidade loco-regional (BRASIL, 2011a, 2012a). O programa se constitui em um desafio metodológico, uma vez que demanda abordagens avaliativas compatíveis com a complexidade do modelo de atenção e com os princípios do SUS, pois, do contrário, conduziria a conclusões equivocadas que comprometeriam a qualidade do cuidado em saúde. O programa torna-se também um desafio ético-político, dado que o compromisso com princípios como a universalidade do acesso, a atenção integral e equitativa e a participação social efetiva vincula-se a políticas de democratização, valorização do direito à saúde e de enfrentamento das iniquidades sociais, e gera tensões com políticas globais de mercado, que favorecem a concentração de recursos (PAIM, 2015a).

A seriedade ética e metodológica na defesa destes citados princípios refletirá a relação entre Estado e sociedade civil (PINHEIRO; MARTINS, 2009). Se o Estado assume verdadeiramente a responsabilidade pelo cuidado em saúde por meio de políticas públicas que expressem claramente a defesa da vida, as políticas avaliativas refletirão este compromisso com metodologias adequadas ao sistema de saúde e em conformidade com as demandas da sociedade civil, considerando-se os valores construídos por ela nas experiências de adoecimento e nos trajetos

percorridos pelos cidadãos na rede de serviços, em busca do cuidado (PINHEIRO; MARTINS, 2009; MERHY, 2015). A sociedade tem mostrado formas diferenciadas de participação social, para além das instâncias participativas formais, e elas são passíveis de serem percebidas em novos formatos de avaliações em saúde que, apesar de não muito sistematizadas, têm apresentado produção de estudos e resultados (PINHEIRO; MARTINS, 2009; QUINTANILHA, 2012; BOSI; MERCADO, 2013).

O desafio metodológico enfrentado pelo PMAQ-AB e apontado pelo estudo refere-se à necessidade do desenvolvimento de ferramentas metodológicas capazes de avaliar adequadamente um modelo de atenção à saúde tão complexo como aquele adotado na AB no Brasil. A Atenção Primária à Saúde (APS), definida como estratégica desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, permanece desafiando gestores, trabalhadores e usuários em muitos países (BRASIL, 2002; STARFIELD, 2002; ANDRADE *et al.*, 2012; PAIM, 2012; MASSUDA; POLI NETO; DREHMER, 2014).

Paim (2012, p. 343) discute as muitas concepções que o termo APS permite e afirma haverem prevalecido concepções reducionistas com um enfoque de “intervenções pobres para pobres, isto é, uma medicina ‘simplificada’ para gente simples” mesmo em países como o Brasil, que adotou a nomenclatura de Atenção Básica como forma de diferenciar sua proposta de APS. Dessa forma o autor afirma a necessidade de reflexão sobre as conformações da APS em diferentes coletivos como forma de “radicalização das lutas democráticas pelo direito universal à saúde no século XXI” (PAIM, 2012, p. 346).

A concepção inicial de APS recebeu grande influência do Relatório Dawson, elaborado pelo ministro da saúde inglês em 1920, que envolvia um sistema com cobertura universal, financiado pelo Estado, com regionalização e hierarquização dos níveis de atenção. Com a crise econômica nos anos 1970, o acúmulo de capital pelos países industrializados e o crescimento das periferias dos grandes centros urbanos, o crescimento das desigualdades sociais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) retoma essas ideias, apoiando a organização de sistemas nacionais de saúde, tendo como base a APS. O modelo foi acrescido de intersetorialidade e de participação social, tendo em vista a clara relação entre saúde e condições

socioeconômicas (COELHO, 2002; ANDRADE *et al.*, 2012). Estas orientações influenciaram mais fortemente os países europeus, enquanto nos Estados Unidos prevaleceram orientações do Relatório Flexner, de 1910, valorizando a assistência médica centrada com o uso de tecnologias de ponta, prestada pelo setor privado por meio de diversas formas de financiamento, ficando a APS encarregada de uma assistência aos mais carentes, focada em ações programáticas menos abrangentes (COELHO, 2002).

Concernentes com as discussões de Alma-Ata, muitos países reestruturaram seus sistemas de saúde, centrados na APS. Na prática desenvolveram-se duas principais concepções, uma de cuidados ambulatoriais limitados a problemas prevalentes e outra como política de reorganização da assistência, de modo mais seletivo em alguns países ou mais amplo em outros (CONILL, 2008).

Andrade *et al.* (2012) retomam uma síntese, elaborada por Vuori em 1985, mostrando os vários modelos de APS, tais como: a APS seletiva com foco em problemas mais prevalentes, orientada para assistência às populações mais pobres; a APS como um modelo de porta de entrada para o sistema de saúde, com assistência a toda a população de modo continuado, em geral prestada por médicos generalistas ou especializados em medicina de família, a forma mais comum na Europa; a APS ampliada que segue o conceito definido em Alma-Ata, sendo uma estratégia reorganizadora de todo o sistema, com foco na promoção de saúde e tendo como princípios a intersectorialidade, o trabalho em equipe multiprofissional, a universalidade, a abordagem dos principais determinantes sociais com utilização de tecnologia adequada e a participação individual e comunitária; e finalmente um modelo que considera saúde como direito humano sendo fundamental responder aos seus determinantes sociais e políticos mais amplos, com foco na equidade e no desenvolvimento de políticas comprometidas com a abordagem dos determinantes socioeconômicos e políticos de doenças (ANDRADE *et al.*, 2012).

No Brasil, a APS não foi muito valorizada quando da aprovação do SUS. Alguns autores (CONILL, 2008; MACHADO; LIMA VIANA, 2008; PAIM, 2008) relacionam o fato à necessidade de se priorizar, na época, ações de cunho político-institucional e administrativo, para garantia de direitos, tais como a universalidade e a integralidade. Dessa forma alguns aspectos de cunho técnico, na assistência, não

foram contemplados de início, havendo, por exemplo, pouco aproveitamento de experiências comunitárias locais da década de 1970 (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

A denominação de AB marcou, de início, a diferença da proposta brasileira que adotou uma concepção de APS mais abrangente, universal e equitativa, especialmente em relação a outros países da América Latina que realizaram reformas mais pontuais (PAIM, 2012). Porém, na prática não se pode negar a influência do modelo americano na APS brasileira, persistindo por muito tempo o foco em ações preventivas e programáticas, como a assistência à gestante, à criança, imunizações, TB e hanseníase (BRASIL, 2006, 2012a; CAMPOS, 2008, COELHO, 2010; MASSUDA; POLI NETO; DREHMER, 2014).

A complexidade do modelo de atenção adotado foi explicitada na PNAB, homologada pela Portaria MS/GM nº 648/2006 e reformulada na Portaria MS/GM nº 2488/2011, colocando a ESF como estratégia preferencial, reorganizadora do SUS (BRASIL, 2006, 2011a, 2012a). A AB, termo definido como equivalente à APS pela PNAB, integra um conjunto de ações em saúde, de cunho individual e coletivo, envolvendo a recuperação, por meio de diagnóstico e tratamento adequados, a reabilitação e redução de danos, a prevenção e promoção da saúde. Abarca práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, desenvolvidas por equipes multiprofissionais, em um dado território, com uma população adscrita sobre os quais assumem responsabilidade sanitária. Tem como objetivo a atenção integral de modo a impactar a situação de saúde, a autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a).

A AB deve utilizar tecnologias complexas e variadas para abordagem das necessidades e demandas mais frequentes e relevantes da população, sob o imperativo ético de que todas as necessidades de saúde e os sofrimentos devem ser acolhidos. Deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, estando as unidades de saúde próximas aos locais onde vivem e trabalham os usuários e se constituindo na porta de entrada preferencial ao sistema e ordenadora de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tem como princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a

participação social. Tem a ESF como prioritária para expansão e consolidação da AB, que deve se orientar pelos princípios da PNAB e do SUS, mas, considerando-se as especificidades locais (BRASIL, 2012a).

O desafio ético-político refere-se ao compromisso com uma proposta avaliativa qualificadora do cuidado, entendido conforme os princípios da PNAB, acima citados, e o compromisso com a mudança social desencadeada por meio da efetivação plena desta política de AB. A defesa da vida e do direito universal a saúde, protagonizada no Brasil pela RSB, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), teve início na década de 1970, momento em que as políticas do *Welfare State*, iniciadas após a segunda Guerra Mundial, disputavam espaço com a iniciativa de instituições financeiras, tais como o BM, sob a alegação de necessidade de maior eficiência nas políticas sociais, e pressionava fortemente os países onde financiavam programas, no sentido da retração do Estado e da abertura à iniciativa privada (PAIM, 2015b).

Nesta época, a população brasileira vivenciava enormes iniquidades uma vez que o grande progresso econômico e tecnológico, alcançado nos anos de regime ditatorial, contrastava com péssimas condições de vida, enormes desigualdades sociais e indicadores de saúde alarmantes, frutos do baixo acesso da população a serviços de saúde, educação e saneamento básico (COTTA *et al.*, 2013; PAIM, 2008; VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

A AB se expandiu muito a partir de 1994, com implantação do programa de saúde da família, que se transformou em ESF, sendo a forma preferencial e reorganizadora de todo o sistema a partir de 1997 (COELHO, 2008; MACHADO, LIMA. VIANA, 2008; ANDRADE *et al.*, 2012; TEIXEIRA, SOUZA, PAIM, 2014). Um grande estímulo para a sua expansão foram mudanças no financiamento, especialmente por meio da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) que instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), passando-se para uma forma de repasse mais global, ao contrário dos pagamentos por serviços prestados, até então vigentes. Instituíram-se as transferências fundo a fundo, da gestão federal para os municípios, e, também, iniciaram-se os investimentos nos sistemas de informação em saúde para tornar o monitoramento mais eficiente, dada a grande expansão da cobertura (BRASIL, 1996, 1997).

Em concordância com o exposto, alguns autores (CONILL, 2008; MOREIRA, ESCOREL, 2009) relatam que houve, por parte das gestões municipais, a maioria sem infraestrutura para assumir os compromissos advindos da municipalização, uma valorização dos repasses de recursos federais, muito mais do que um interesse em reorganizar as práticas de saúde. Também favoreceram a expansão da ESF os interesses do próprio governo, ainda que de cunho neoliberal, devido à visibilidade política dada pela estratégia (MACHADO, LIMA, VIANA, 2008). No entanto, destaca Conill (2008), havia movimentos contrários, como o corporativismo médico, alimentando o preconceito contra as tecnologias usadas, e as críticas veiculadas pelo BM questionando a qualidade da atenção e sugerindo restrições de direitos dos usuários. Vale lembrar que esta mesma instituição financiou, anos depois, o Programa para Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), para consolidação da estratégia em municípios com mais de 100.000 habitantes, locais com as menores porcentagens de cobertura da ESF (BRASIL, 2003b), denotando uma ambiguidade nas posturas políticas assumidas pelo MS.

Chama a atenção uma análise documental, do período de 1990 a 2005, realizada por Gil (2006), mostrando uma falta de consenso dos termos atenção primária, atenção básica e saúde da família, mesmo nos documentos oficiais, e, em uma revisão bibliográfica no mesmo estudo, percebe-se na maioria dos artigos uma abordagem da ESF como um programa, e não como estratégia, sendo o conceito de AB e APS confundido com o de unidade de saúde ou serviço local de saúde. Com relação a esta ambiguidade de conceitos, Campos (2008) relata que o MS sempre investiu em estratégias de estímulo de cunho financeiro ou normativo, preterindo o debate e desconsiderando opiniões divergentes. Esta fragilidade conceitual, reflexo de posturas políticas inconsistentes, repercute nas instâncias micropolíticas, comprometendo a implantação das políticas públicas, que se efetiva na interação de trabalhadores e usuários (CONILL, 2008; BAPTISTA; MATTOS, 2011).

Contandriopoulos (1999) questiona se apenas a institucionalização de políticas avaliativas conseguirá inserir a avaliação nas rotinas dos serviços de saúde e envolver a sociedade. Considera também os riscos de uma prática avaliativa reducionista, como estratégia para corte de custos sociais e distanciamento das demandas da população.

A institucionalização da avaliação favorece o aparecimento de uma cultura autenticamente democrática quando promove a subordinação de grupos de interesse, revestidos de poder, aos de indivíduos que constituem a sociedade coletivamente (CONTANDRIOPOULOS, 1999, p. 256).

Estas posturas políticas ambíguas, e às vezes antagônicas, mostraram-se presentes no processo de institucionalização da avaliação da AB. O MS, pressionado pelo MARE e por instituições financeiras internacionais, como o BM, com o discurso da eficiência na gestão pública (BRASIL, 1995), inicia um processo de institucionalização da avaliação em saúde, no âmbito da AB. Primeiramente realiza investimentos nos Sistemas de Informação e cria, em 2000, a Coordenação de Investigação no Departamento de Atenção Básica (DAB) com o objetivo de institucionalizar a avaliação da AB, tendo em vista a grande expansão da ESF. Posteriormente, esta coordenação passa a se chamar Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da AB (CAA/DAB), e promove ampla discussão sobre a necessidade de uma política nacional de monitoramento e avaliação (ALMEIDA, GIOVANELA, 2008).

Uma das estratégias desta política foi a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ), constituída por cinco instrumentos de autoavaliação, abordando 300 padrões de qualidade destinados aos gestores e às equipes de saúde da família. Estes instrumentos são embasados pelos postulados de Donabedian (1984) relativos à tríade estrutura/processo/resultado. Os Instrumentos são padronizados e comportam apenas as categorias sim/não para respostas de gestores e trabalhadores das equipes de saúde (BRASIL, 2005 a). Não permitindo, assim, considerações relativas aos aspectos das realidades locais nem de subjetividades neste processo avaliativo.

A CAA/DAB elaborou, em 2003, uma detalhada proposta de avaliação adequada à conformação de AB adotada no Brasil, como sendo um processo contínuo e sistemático de cunho “formativo, pedagógico e reorientador” envolvendo negociação entre atores sociais, e, tendo em vista as diferentes condições de poder, a gestão deveria assegurar mecanismos de participação de todos os sujeitos envolvidos, não deixando a atribuição a cargo de avaliadores externos (BRASIL, 2003a, p. 9).

Paralelamente, o MS, com financiamento do BM, implantou o PROESF, que vinculou a transferência de recursos financeiros à melhoria em indicadores de saúde, pactuados entre a gestão federal e os municípios (BRASIL, 2003b). Caracterizou-se assim uma dualidade, pois, ao mesmo tempo em que a CAA/DAB aponta para um processo avaliativo de cunho processual e formativo com base na participação e empoderamento dos atores envolvidos, o MS assume um programa financiado pelo BM com concepções antagônicas, focado apenas em padrões de qualidade e vinculando recursos financeiros aos municípios que cumprissem as metas no alcance destes padrões.

A primeira etapa do PROESF transcorreu entre 2002 e 2009 e a segunda fase foi redesenhada, de modo a integrar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), homologado pela Portaria GM/MS nº 1654 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b).

A avaliação da qualidade do cuidado na AB adquire grande importância, pois, apesar de haver um consenso internacional sobre os impactos positivos da APS (ANDRADE *et al.* 2012), no Brasil os resultados da ESF são ainda controversos (CAMPOS, 2008; CONILL, 2008; MACHADO, LIMA, VIANA, 2008; TEIXEIRA, SOUZA, PAIM, 2014). Conill (2008) relata estudos comparativos de indicadores de áreas com ESF e UBS tradicionais onde não se constataram diferenças consideráveis. Machado, Lima e Viana (2008), em estudo realizado em 22 municípios com mais de 100.000 habitantes do estado do Rio de Janeiro, apontam prioritariamente três desafios à consolidação da ESF. Primeiramente a grande diversidade das condições financeiras e político-institucionais dos municípios estudados, implicando em grande variação no funcionamento da AB; em segundo lugar as diversidades loco-regionais e a necessidade do incentivo ao desenvolvimento de outros modelos de estruturação da AB, desde que em conformidade com os princípios do SUS. Finalmente, os autores questionam a ESF como única modalidade de organização da AB em grandes centros urbanos, especialmente em metrópoles que apresentam um dinamismo tal que inviabiliza, por exemplo, a adscrição dos usuários nos moldes da ESF. Os autores relatam que a ESF trouxe grandes mudanças especialmente com relação às melhorias locais na assistência à saúde e ao acesso, sendo a política de maior capilaridade do MS, porém, mostram que grande parte da população continua utilizando os serviços de

APS nos moldes tradicionais e há necessidade de se investir na qualificação da AB (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Campos (2008) aponta para o fato de grande número de usuários, de grandes centros urbanos, acessarem o sistema por meio de unidades de pronto atendimento, com atendimento pontual, sem longitudinalidade, sem vínculo, do tipo queixa-conduta sem abordagem preventiva nem de promoção à saúde.

Com relação à busca dos serviços de urgência pelos usuários, Deslandes (2002) aponta algumas especificidades destes serviços que podem favorecer esta situação. Segundo a autora, os serviços de emergência funcionam como uma rede específica e com grande interdependência entre os seus vários pontos (serviço móvel de urgência, pronto atendimento, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva) e a especificidade da atenção, que requer resolução imediata, mais focalizada e uso mais intenso de tecnologias leve-duras e duras (MERHY, 2013), possibilitam uma organização mais sistêmica e que têm mais resolutividade na abordagem da queixa imediata dos usuários (DESLANDES, 2002). A AB, com uma abordagem extremamente mais complexa envolvendo muitos fatores além da assistência biomédica, muitas vezes, perde na competição pela resolutividade sob a ótica simplista da queixa/conduta.

Pasche (2010) considera a resolutividade das equipes de saúde um dos grandes desafios para a consolidação da AB como base, orientadora de todo o sistema. Na concepção do autor (PASCHE, 2010), a capacidade de responder à complexidade crescente das demandas das coletividades está na dependência do aumento da capacidade politico-institucional da gestão para organizar as redes de atenção à saúde, bem como na efetivação do papel dos usuários como coconstrutores do cuidado.

Paim (2009) aponta dificuldades de acesso e descaso na prestação do cuidado, especialmente em grandes centros urbanos, onde muitas vezes as unidades de saúde localizam-se em bolsões de pobreza prestando serviço apenas a esta parcela da população. Esses fatos, associados à predominância do setor privado nos níveis de atenção de maior complexidade geram tensão e acabam favorecendo a judicialização da saúde.

O mesmo autor (2011) destaca as melhorias na situação de saúde advindas após o SUS tais como o grande aumento do acesso à atenção básica e aos serviços de emergência, uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, a expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país. No entanto, Teixeira, Souza e Paim (2014) reafirmam a necessidade política de busca de sustentabilidade de todo o SUS, seja ela política, institucional ou financeira. Os autores relacionam esta insustentabilidade à falta de bases sociais sólidas da RSB, que favoreçam a defesa dos interesses públicos.

Desta forma, as conquistas após o SUS encontram-se explicitamente ameaçadas no Brasil e em muitos países com sistemas universais, especialmente após a crise do capitalismo de 2008, com perceptível redução das responsabilidades do Estado, maior repasse de custos aos usuários e aumento das privatizações (CONILL, 2014; PAIM, 2015a). Na Europa, países como a Espanha, Alemanha e Inglaterra têm a universalidade do direito à saúde ameaçada com as políticas comandadas pela Troika² se transformado numa barreira controladora dos gastos do sistema (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014). Na América Latina aumentam as privatizações especialmente na Colômbia, Chile, Argentina e México, países que tiveram vários programas financiados pelo BM (PAIM, 2015a).

Especificamente no Brasil, medidas mais recentes assinalaram ameaças concretas ao SUS, partindo do próprio Estado, como já citado na discussão relativa ao direito à saúde, são reflexo da relação entre Estado e sociedade civil (PAIM, 2015a). Neste contexto, o PMAQ-AB foi formulado e implementado com os objetivos de melhorar o acesso e qualificar o cuidado.

O tema da avaliação da qualidade da AB ganha relevância com o PMAQ-AB. No discurso oficial do MS (BRASIL, 2012b) justificam a política uma rede física com estrutura precária e ambiência pouco acolhedora, condições de trabalho muitas vezes inadequadas e alta rotatividade dos profissionais de saúde com comprometimento dos princípios da PNAB. O programa propõe-se a disparar um

² *Troika*: entidade fiscalizadora da economia dos países europeus, formada por representantes do Fundo Monetário Internacional, do Banco Central Europeu e da União Europeia (PINTO; DUARTE, 2013).

processo de mudança do modelo de gestão, em seus três níveis, e do processo de trabalho, envolvendo trabalhadores e usuários, para melhoria do acesso e da qualidade do cuidado.

Ele é desenvolvido em ciclos, denominados de 'ciclos de Qualidade'. O primeiro ocorreu em 2011 e o segundo em 2013. Cada ciclo compõe-se de quatro fases: a primeira, a adesão ao programa, refere-se à contratualização de compromissos assumidos pela gestão municipal, por meio do preenchimento de um formulário eletrônico, padronizado e disponibilizado pelo MS (BRASIL, 2011b; 2012b).

A segunda fase, desenvolvimento, é composta por quatro estratégias visando à mudança nos resultados alcançados pelas equipes de saúde:

1-Autoavaliação: feita pelas equipes através de instrumento disponibilizado pelo MS (AMAQ) ou outros que deverão ser definidos pelo município. Na avaliação externa apenas consta se as equipes fizeram ou não a autoavaliação, sem considerar a fala dos trabalhadores com relação a sua atuação (BRASIL, 2012b).

2- Monitoramento: de responsabilidade das equipes, SMS e SES fundamentado no acompanhamento dos indicadores de saúde contratualizados pelos municípios (BRASIL, 2012b).

3- Educação permanente: de responsabilidade da gestão municipal, devendo ter o foco nas necessidades a ser apontadas pelas equipes na etapa de autoavaliação (BRASIL, 2012b).

4- Apoio institucional: estratégia da PNH para suporte às equipes de AB e à gestão municipal, devendo ser de responsabilidade das SES, COSEMS, Comissões Intergestores Bipartite e MS (BRASIL, 2012b).

A terceira fase consiste na avaliação externa e certificação do desempenho das equipes e gestão. A avaliação externa envolve a observação de padrões de acesso e qualidade definidos pelo MS, sendo realizada nas unidades de saúde e na gestão municipal por uma equipe de entrevistadores externos, e também entrevista com profissional da equipe e com os usuários, que responderão a um formulário estruturado, mas suas colocações nada influem na classificação de desempenho das equipes de saúde (BRASIL, 2011b; 2012b). Na certificação as equipes recebem

uma classificação de desempenho realizada com base nos resultados obtidos, sendo 10% referente à autoavaliação, no caso, apenas as opções 'sim, fizeram autoavaliação' ou 'não, não fizeram autoavaliação'; 20% a análise dos indicadores contratualizados; e 70% a avaliação externa. Com este percentual, a avaliação externa define a classificação de desempenho e, portanto, o valor do incentivo financeiro chamado de componente de qualidade do PAB Variável a ser recebido pelos municípios, via transferência fundo a fundo. As equipes de saúde têm, assim, o seu desempenho classificado conforme estes padrões em: insatisfatório, mediano ou abaixo da média, acima da média e muito acima da média (BRASIL, 2011b; 2012b).

As equipes serão separadas em seis estratos, conforme critérios definidos pelo MS, e a classificação de desempenho de cada uma será feita dentro do seu estrato. O desempenho de cada equipe será comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato. Os critérios de estratificação consideram cinco indicadores: 1. Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*; 2. Percentual da população com plano de saúde; 3. Percentual da população com Bolsa Família; 4. Percentual da população em extrema pobreza; e 5. Densidade demográfica.

Após a adesão ao programa, o município recebe 20% do valor máximo estipulado conforme os critérios do MS para cada equipe de saúde que aderiu no município. Os percentuais do componente de qualidade a serem recebidos pelo município, por equipe, serão definidos conforme a classificação de desempenho dela (BRASIL, 2011b; 2012b). A classificação se dará em:

I Insatisfatório: Resultado menor que -1 desvio padrão da média de desempenho das equipes do estrato. Nesse caso será suspenso o percentual de 20% e realizado um termo de reajuste (Brasil, 2011b; 2012b).

II Mediano ou abaixo da média: resultado menor que a média e maior ou igual a -1 desvio padrão da média de desempenho das equipes do estrato. Será mantido o percentual de 20% e procede-se à recontratualização (BRASIL, 2011b; 2012b).

III Acima da média: resultado maior que a média e menor que +1 desvio padrão da média de desempenho das equipes do estrato. Será ampliado o percentual para

60% do valor integral do componente e realizada a recontractualização (BRASIL, 2011b; 2012b).

IV Muito acima da média: resultado maior que +1 desvio padrão da média de desempenho das equipes do estrato. Será ampliado o percentual para 100% do componente e feita a recontractualização (BRASIL, 2011b; 2012b).

Estas denominações foram alteradas pela Portaria 1645/2015 para: ótimo, muito bom, bom, regular e ruim (BRASIL, 2015), porém já havíamos realizado a análise pelo ALCESTE. No entanto, não afetaria as concepções e intencionalidades presentes na política.

A quarta fase, a recontractualização, consiste na pactuação pelos municípios e DF de novos padrões e indicadores de qualidade, mantendo o processo cíclico proposto (BRASIL, 2011b; 2012b).

Caracteriza-se uma estratégia de qualificação do cuidado por meio da vinculação do desempenho, caracterizado pelo alcance de padrões previamente definidos e padronizados pelo nível central, ao repasse de recursos financeiros, iniciativa vista com ressalvas por alguns autores (FELISBERTO, 2006; CAMPOS, 2008).

Boldstein *et al.* (2006), em discussão sobre os Estudos de Linha de Base (ELB), iniciados em 2005 com o objetivo de embasar o PROESF, apontam as implicações dos conceitos e dos indicadores, utilizados em uma avaliação, com relação ao conhecimento produzido, que embasará decisões da gestão e terá consequências diretas na efetividade das ações, e então no resultado real das ações implementadas para a população. Nesse sentido, é válido refletir sobre as limitações de uma avaliação externa como definidora de todo um processo de qualificação.

Felisberto (2006) afirma que uma avaliação só contribui para o aprimoramento se forem devidamente consideradas as decisões políticas envolvidas, as ferramentas utilizadas na produção de conhecimento e a adequação deste às diversas realidades locais, tendo em vista a descentralização da gestão e os princípios norteadores do SUS. O autor (2006) reforça a importância dos processos de autoavaliação inseridos na rotina dos serviços de saúde como potentes agregadores de qualidade (FELISBERTO, 2006).

Na prática avaliativa os desafios metodológicos, éticos e políticos expressam-se conjuntamente nas escolhas feitas ao longo das etapas do processo avaliativo, desde a elaboração, aprovação, as etapas de execução e as discussões e análises das informações construídas. As escolhas metodológicas refletem aspectos ontológicos e epistemológicos que dizem respeito à natureza da política avaliativa e ao tipo de conhecimento e informações a serem produzidas por ela (POTVIN *et al.*, 2013; MINAYO, 2013).

A própria definição de avaliação é difícil devido à amplitude de possíveis concepções adotadas, que variam conforme o seu contexto, conforme quem demanda a avaliação, seus objetivos e as metodologias escolhidas para este fim. Vários autores (HARTZ, 2009; CONTANDRIOPOULOS, 2006; TANAKA, MELO, 2007) assumem uma definição geral de avaliação como um julgamento de valor embasado por informações construídas ao longo do processo, com vistas a uma tomada de decisão, no caso da avaliação para gestão de programas ou políticas, ou com vista a produção de conhecimento, no caso da pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006; TANAKA; MELO, 2007). O conceito é dinâmico e veio evoluindo ao longo da história passando por várias fases, que são chamadas de gerações.

A primeira geração da avaliação caracteriza-se pela mensuração de fenômenos e restringe-se basicamente ao ambiente acadêmico. A segunda geração adota, além da simples medida, uma descrição dos fenômenos buscando fatores do contexto que interferem nos resultados. A terceira geração caracteriza-se principalmente pelo julgamento, feito por especialistas, com base nas mensurações e descrições dadas. E a quarta geração considera, além do exposto, os vários atores envolvidos no contexto avançando além do julgamento de especialistas (TANAKA; MELO, 2007; HARTZ, 2009; BROUSSELLE *et al.*, 2011). Hartz (2009) aborda uma quinta geração caracterizada pelo compromisso com o empoderamento dos muitos atores envolvidos e com a melhoria das políticas públicas.

Potvin *et al.*(2013) afirmam a importância de se conhecer a natureza ontológica dos programas em saúde, uma vez que ela define uma gama de perspectivas teóricas que conduzem às práticas, seus limites e deficiências, sendo fundamentais na pesquisa avaliativa. Assim uma pesquisa vinculada ao positivismo não se

compromete com a contextualização nem aprofundamento com aspectos subjetivos envolvidos na avaliação, da mesma forma que uma política afinada apenas com o referencial compreensivista não apontará aspectos objetivos que também são importantes nas tomadas de decisão. Uma metodologia avaliativa participativa preocupa-se em dar voz a grupos menos favorecidos enquanto aquelas focadas apenas nas avaliações técnicas não se interessam em garantir expressão de tais grupos (POTVIN *et al.*, 2013).

Alguns autores afirmam a possibilidade de associação de métodos quantitativos e qualitativos, os primeiros mais focados em aspectos objetivos e sua mensuração de modo padronizado, e os últimos mais afinados com aspectos subjetivos, com a contextualização e compreensão dos significados construídos pelos muitos autores ou por apenas algum segmento específico selecionado no estudo. Nessa proposta os estudos terão ao final um relatório único de informações, associando os dados objetivos e subjetivos (MINAYO, 2013).

Outros autores (MINAYO, 2013; SERAPIONI, 2013) relatam ser possível apenas a complementariedade de metodologias quantitativas e qualitativas, com um consequente estudo que segue com procedimentos em separado e apresenta conclusões paralelas das dimensões objetivas e subjetivas do objeto em avaliação (MINAYO, 2013).

Existem autores (CONTANDRIOPOULOS, 2006) que afirmam não ser possível nem mesmo a complementariedade, tendo em vista as naturezas ontológicas tão diferentes, o embasamento em paradigmas tão diversos, como o positivista, nas metodologias quantitativas ou nas teorias construtivistas, no caso das metodologias qualitativas (MINAYO, 2013).

Uchimura e Bosi (2002) propõem uma concepção ampliada de avaliação, envolvendo dimensões quantitativas e qualitativas, coerente com o modelo teórico que embasa o SUS e entendendo que a subjetividade é inerente à avaliação. Estudos na ótica mais objetiva adequam-se ao lado técnico do cuidado e abarcam a eficácia e eficiência de ações, sendo a metodologia quantitativa necessária e suficiente. Mas os estudos avaliativos relacionados à dimensão subjetiva de qualidade propõem-se a compreender os sentidos dos fenômenos, e assim escapam aos instrumentos numéricos e estruturados e se fazem necessárias metodologias

qualitativas mais relacionadas à efetividade, uma vez que buscam as implicações práticas das ações para os atores envolvidos.

Santos Filho (2009), como um dos construtores da proposta de avaliação defendida pela PNH, apresenta uma abordagem processual, que acompanha as ações e envolve trabalhadores, usuários e os apoiadores institucionais. Desse modo, o processo avaliativo evolui com o grupo, dispensa a contratação de avaliadores externos e integra as fases de formulação, implementação e avaliação de uma dada política, característica importante, pois o distanciamento entre estas fases compromete a sua institucionalização (BORGES; BAPTISTA, 2010; SANTOS FILHO, 2009).

Ayres (2001, p. 69) ressalta a necessidade de valorização do êxito prático das ações reforçando a relação do cuidado em saúde com os “projetos de felicidade” que são construídos e, ao mesmo tempo, constroem as escolhas e a vida do ser humano, dada sua proximidade com a promoção de saúde e o caráter formativo do cuidado, apesar de reconhecer que as avaliações não podem prescindir da verificação de cunho técnico. A escuta qualificada do usuário, de suas verdades e significados próprios é condição para que esse encontro, no cotidiano do cuidado, seja resolutivo no sentido da construção dessa felicidade.

A complexidade do processo aumenta quando o foco da avaliação aborda a qualidade do cuidado, temática apresentada por vários autores (AYRES, 2004; UCHIMURA; BOSI, 2007; SERAPIONI, 2009; SANTOS FILHO, 2009) como um desafio conceitual e metodológico, que demanda investimento para desenvolvimento de abordagens avaliativas, com potência adequada à multidimensionalidade das questões envolvidas. Estes autores concordam que o predomínio do positivismo, muitas vezes, resulta em abordagens reducionistas que não dialogam com a realidade do cotidiano do cuidado, comprometendo a aplicação dos resultados destes estudos.

A referência mais difundida da abordagem da qualidade foi proposta por Donabedian (1984) com foco na estrutura, processo e resultados. A estrutura abarca os recursos materiais e humanos e toda a estrutura organizacional disponível para o cuidado. O processo é considerado pelo autor o mais intimamente relacionado à qualidade e que envolve as ações e as posturas dos profissionais e usuários no ofertar e receber

o cuidado, nas fases de diagnóstico e tratamento. E os resultados referem-se às mudanças no estado de saúde, individual ou coletivo, advindas do cuidado.

Uchimura e Bosi (2002) afirmam que esta abordagem focada na estrutura/processo/resultados tem grandes limitações na abordagem de programas ou políticas de saúde, dada a complexidade da interação de aspectos objetivos e subjetivos e os interesses dos muitos atores envolvidos. Além disso, é importante considerar também a fala de Boaventura de Sousa Santos (1988) ao afirmar que as posturas positivistas da ciência não trouxeram a felicidade prometida.

Tanaka e Melo (2007), abordando a avaliação de serviços de saúde, especialmente os programas de qualificação do cuidado, afirmam a necessidade da consideração dos contextos locais para a significação do processo avaliativo pelos atores envolvidos, especialmente os usuários. Os autores relatam a pouca habilidade com estas práticas, tanto dos trabalhadores como também dos usuários e, dada a importância fundamental de seu envolvimento, metodologias avaliativas de cunho processual e formativo que possibilitem a superação desta lacuna fazem-se necessárias.

Serapioni (2013) propõe uma abordagem pluralista, multidimensional e correlacional para avaliação da qualidade em saúde. Pluralista com relação às muitas metodologias que devem ser empregadas, uma vez que a qualidade implica aspectos objetivos e subjetivos, tais como a efetividade, a eficiência, a adequação às necessidades da população (numérica e geográfica), a qualidade científica e tecnológica e a satisfação dos trabalhadores e usuários. Neste sentido, destaca os métodos utilizados pela pesquisa social. Multidimensional no sentido do envolvimento de todos os atores relacionados à produção do cuidado, usuários, trabalhadores gestores e até mesmo fornecedores de insumos e medicamentos e financiadores de programas e ações. Como já citado, este autor se refere às dimensões da qualidade avaliada pelo usuário, a qualidade profissional e a gerencial, e afirma que os usuários, ou grupos que os representem, são os atores mais importantes na avaliação. E correlacional no sentido de integrar os vários aspectos avaliados e as muitas dimensões envolvidas.

Importante ressaltar dois alertas de Serapioni (2013), o primeiro com relação ao risco de desresponsabilização de profissionais quando a abordagem restringe-se

apenas à qualificação técnica e tecnológica dos cuidados. O segundo é relativo à utilização de questionários estruturados para a avaliação da satisfação dos usuários, pela sua fragilidade e potencial de vieses, associando o seu uso aos altos índices de satisfação encontrados em várias pesquisas. Este autor recomenda utilização de instrumentos vinculados às abordagens narrativas que permitem melhor expressão dos sujeitos.

Bosi e Mercado (2013) apresentam novas formatações avaliativas que vêm se afirmando especialmente na América Latina e Península Ibérica, a maioria com metodologias avaliativas com grande valorização das concepções dos usuários relativas ao processo saúde/adoecimento/cuidado. Como já citado, Hartz (2009) assinalou os primeiros sinais de uma avaliação de quinta geração, a que denominou de emancipadora, com o principal compromisso de, mais do que envolver, empoderar usuários e trabalhadores no processo avaliativo de programas e sistemas como condição para se alcançar políticas públicas comprometidas com a qualidade do cuidado.

Muitos autores (FEUERWERKER, 2011; MERHY, 2013) afirmam a sensação de descaso, insegurança e desrespeito relatada por usuários da AB, que deveria ser a referência do cuidado. Feuerwerker (2011) afirma que a escuta e a validação das construções feitas pelos usuários são a grande contribuição da AB para o sistema de saúde e existem vários instrumentos de que as equipes da ESF podem lançar mão nesse caminhar conjunto, tais como a construção da agenda de forma partilhada, a criação de espaços de conversa, nos quais podem ser utilizadas ferramentas diversas tais como o fluxograma analisador, as dramatizações, a rede de petições e de compromissos, a discussão dos eventos sentinelas, a discussão e análise da demanda espontânea e outros.

Estes espaços coletivos de diálogo favorecem a escuta e a responsabilização, desde que sejam validados neles as opiniões e os valores de todos e que sejam reconhecidos como espaço de negociação de interesses entre trabalhadores, refletindo a lógica do campo de saúde e suas posturas ético-políticas, os usuários trazendo a sabedoria prática e o protagonismo no cuidado de si (FEUERWERKER, 2011).

O PMAQ-AB repete o afastamento histórico da sociedade civil, assim, a escuta qualificada dos usuários persiste como uma lacuna, um desafio que se impõe, especialmente na AB, dada a sua complexidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as aproximações e distanciamentos entre as concepções de qualidade presentes nos documentos oficiais do PMAQ-AB e aquelas construídas pelos usuários, e refletir sobre as consequências para a AB.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os documentos oficiais do PMAQ-AB para apreender os sentidos e intencionalidades presentes na política.

Analisar os discursos dos usuários da AB para compreender as concepções construídas com relação à temática da qualidade em saúde.

Correlacionar os sentidos presentes nos documentos oficiais do PMAQ-AB e nos discursos dos usuários.

4 TRAJETO METODOLÓGICO

*Caminante, son tus huellas el camino y nada más;
Caminante, no hay camino, se hace camino al andar.
Al andar se hace camino y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar.
Antônio Machado*

A abordagem qualitativa foi adotada pelo estudo, uma vez que se adequa à pesquisa de processos sociais de grupos específicos, caracterizada pela elaboração gradativa do conhecimento até a compreensão do objeto de estudo. Este construto é parte de uma dada cultura, em um determinado momento histórico, recebendo influências de vários atores e instituições envolvidas neste campo (Minayo, 2006).

Segundo Minayo (2012), tanto a metodologia qualitativa quanto a quantitativa podem contribuir para a pesquisa social, desde que respeitadas a adequação e os atributos de cada método em relação ao objeto. A qualidade do cuidado em saúde envolve uma grande diversidade de aspectos, alguns de caráter objetivo, para os quais se adequam abordagens metodológicas quantitativas, e outros de caráter subjetivo, que demandam abordagens qualitativas (UCHIMURA; BOSI, 2002; SERAPIONI, 2013 AYRES, 2004).

Para que o objetivo do estudo fosse alcançado foi necessário o entendimento de ambas as concepções, o conceito oficial hegemônico, presente no PMAQ-AB, como também as noções construídas pelos sujeitos, usuários do SUS. O PMAQ-AB é fruto de demandas que ganharam espaço nas agendas políticas, mas a sua conformação continua sendo modificada a cada momento do seu ciclo, desde a formulação até sua implementação, que nas unidades de saúde é decisivamente marcada pela subjetividade das equipes e dos usuários que recebem os seus serviços (BAPTISTA, REZENDE, 2011).

Segundo Ayres (2009) os modelos de saúde adotados para gerir as ações de atenção à saúde não são postos em prática tal como foram elaborados. Ao contrário, eles recebem de volta influências emoldurantes, resultado do encontro entre aqueles que operacionalizam as ações com aqueles que recebem o serviço. Este encontro de subjetividades, em realidades tão particulares, rearranja o modelo dentro da diversidade local. O objeto do estudo, a qualidade do cuidado na AB, se insere no

mundo da subjetividade, das crenças, valores e conceitos que conformam a realidade social daqueles que elaboram e operacionalizam a política, como daqueles que são cuidados por ela. Adequa-se, dessa forma, a uma abordagem compreensivista (MINAYO, 2006; 2012).

Deslandes e Gomes (2007) apontam a importância de se aproximar dos significados atribuídos pelos usuários, por meio da abertura dialógica e do reconhecimento da alteridade presente “no outro”. Apontam ganhos tanto para a pesquisa científica como para a qualidade da atenção em saúde. Relatam que iniciativas nesse sentido permanecem como lacunas e que a abordagem qualitativa, na busca pela elaboração dos diferentes significados do adoecer, do cuidado e do estar saudável “pode construir pontes para uma ação dos serviços e dos agentes que seja mais pautada no diálogo e no reconhecimento de outras lógicas culturais que orientam as ações de saúde” (DESLANDES; GOMES, 2007, p. 117).

4.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A busca pela compreensão do conceito de qualidade no cuidado presente na política ministerial e aquela elaborada pelos usuários da AB trouxe a necessidade de um referencial metodológico com a potência capaz de orientar as estratégias e, sobretudo, as análises dos conceitos construídos no campo de pesquisa. Dessa forma o estudo adotou como referencial a Teoria das Representações Sociais (TRS), elaborada por Moscovici na década de 1960 (MOSCOVICI, 2005). Segundo a TRS o conhecimento emerge do mundo das pessoas, vivendo condições específicas e, assim, nunca é desinteressado e está sempre ligado a interesses humanos (JODELET, 2002).

Os processos representacionais estão muito relacionados aos processos sociais, e dessa forma muito implicados com as diferenças existentes dentro de uma sociedade. Estas diferenças têm relação com a divisão do poder, dentro de uma determinada cultura. Por exemplo, nas sociedades pré-modernas, o poder dividia-se entre Estado e Igreja, considerados legítimos. Nas sociedades modernas estes centros de poder se diversificaram e estão sempre em disputa pela sua legitimação. Existem outras formas de legitimação nas sociedades modernas, que se constituem

em formas de regulação do conhecimento. É indiscutível na sociedade atual o poder da ciência, definido na TRS, como universo reificado pela sua hegemonia (MINAYO, 2006; 2012; UCHIMURA, BOSI, 2002). Há o risco do reducionismo ao se considerar a ciência a fonte única de verdades, principalmente em uma sociedade que vivencia iniquidades, como a fome e a violência, para as quais a ciência não tem respostas (SANTOS, 2010; MINAYO, 2012). Na busca de respostas que agreguem mudanças significativas para a vida humana, vêm crescendo o número de estudos com outros referenciais. Bosi e Mercado (2013) as apresentaram como “enfoques emergentes”.

Apesar de hegemônico, o discurso da ciência não é capaz de destituir o poder do senso comum, definido como a sabedoria prática, produto de vivências e da significação destas. O senso comum permite o discurso e a expressão democrática, uma vez que seus mecanismos de estruturação e circulação são processos naturais, e não instituídos como na ciência (JODELET, 2002). As representações sociais surgem nesse universo, como forma de transformar o não familiar, que causa estranhamento, em algo familiar (MOSCOVICI, 2005; JODELET, 2002).

As sociedades humanas tendem a não lidar bem com coisas que parecem estranhas, desconhecidas, por parecerem ameaçadoras. Existe uma tendência de buscar conhecer, aproximar esta coisa nova de algo já conhecido, de classificar esta nova ideia em um grupo já existente e depois dar nome a ela. Este é o processo de representação que, de modo simplificado, é basicamente um processo de categorização e denominação. Classificar é comparar uma coisa com outra já conhecida e aceita como representante de um grupo de coisas (MOSCOVICI, 2005).

O estudo se apropriou especialmente destes processos denominados de objetivação e ancoragem, como definidos por Moscovici (2005). Ancorar uma ideia estranha é trazê-la para um contexto já conhecido, com o qual estamos familiarizados. O processo seguinte é trazer esta ideia para o plano concreto, é objetivar este novo conceito, transferir uma ideia que está na mente para algo que exista no mundo. Este é o processo da objetivação. Na nossa sociedade, classificar implica em nomear, localizar um objeto na matriz de identidade de nossa cultura, retirar este objeto do anonimato e dar a possibilidade de nos comunicarmos com ele. Dar nome não é um processo puramente intelectual, mas traduz uma postura social diante

daquele objeto em questão. Juntas as ações de classificar e nomear constituem o processo de ancoragem (MOSCOVICI, 2005).

A objetivação implica em perceber a característica icônica de um objeto ou ideia e produzir uma imagem dela. Passar de um conceito a uma imagem é também um processo social que é tanto mais intenso quanto mais significativa for esta ideia para aquela cultura. Moscovici denominou de “núcleo figurativo um complexo de imagens que reproduzem um complexo de ideias” (MOSCOVICI, 2005, p.72). O maior ou menor poder figurativo é dado pela sociedade, conforme os valores e crenças construídos por ela ao longo do tempo. Quanto mais este núcleo figurativo é usado na comunicação, entre os membros desta sociedade, mais este núcleo se afirma e passa a ser realidade naquele grupo. Mas estes núcleos vão sofrendo modificações, à medida que passam de gerações em gerações e novas ideias vão se associando a núcleos figurativos pré-existentes. Como expressado por Moscovici (2005, p. 74), “por um imperativo lógico as imagens se tornam elementos da realidade, em vez de elementos do pensamento”. Assim as representações construídas por uma comunidade definem em grande medida as escolhas e o comportamento, individual e coletivo, frente ao que é instituído ou vivenciado (MOSCOVICI, 2005).

Segundo Jodelet (2011), a TRS apresenta no Brasil uma grande expansão, tanto em número quanto na qualidade dos estudos embasados por este referencial. Nos estudos brasileiros predominam temáticas ligadas à realidade social, buscando a sua compreensão e formas mais efetivas de intervenção sobre ela. A autora destaca e valoriza a grande inovação metodológica encontrada nas citadas pesquisas. Estes aspectos fizeram com que Jodelet (2001) caracterizasse um movimento brasileiro de representações sociais.

4.2 OS PASSOS DO CAMINHO...

Para se alcançar os objetivos delineados no estudo foram necessárias três etapas metodológicas que são explicadas a seguir. O resultado do primeiro objetivo específico foi apresentado como artigo. O segundo objetivo específico, bem como o objetivo geral do estudo, foram contemplados a seguir nos resultados e discussão.

4.2.1 Analisar os documentos oficiais do PMAQ-AB para apreender os sentidos e intencionalidades presentes na política

Na primeira etapa, foi realizada uma análise dos documentos oficiais que embasam o PMAQ-AB. A análise documental de uma política mostra aquilo que é colocado em disputa, conceitos, visões e incongruências com o contexto envolvido, bem como argumentos utilizados para mantê-la (BAPTISTA, MATTOS, 2011).

Foram selecionados para análise a Portaria GM/MS nº 1654/2011 e o Manual Instrutivo do PMAQ-AB/2013, uma vez que dentre a legislação relativa ao PMAQ-AB estes são os mais abrangentes, possibilitando a compreensão das concepções presentes na política ministerial (BRASIL, 2011b; 2012b).

Este material foi analisado pelo *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), ou seja, Análise Lexical de Coocorrências em Enunciados Simples de um Texto, na versão 4.8. O software processa dados textuais por meio de uma análise estatística, em função da representatividade, distribuição e correlação lexical de palavras, dentro de segmentos de textos. O ALCESTE trabalha separando, dentro de um dado texto, classes de palavras, diferenciando-as quanto a suas raízes semânticas e realizando cálculos de frequência e força de associação de cada palavra em relação a sua classe. Obtém assim o valor do qui-quadrado (χ^2), demonstrando a relevância de cada palavra e, baseado nestes cálculos, produz um gráfico, denominado Classificação Ascendente Hierárquica (CAH), mostrando a relação entre os termos dentro de uma mesma classe. Este software realiza também uma Análise Fatorial de Correspondência, o que gera um dendrograma, denominado Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permite visualizar as aproximações entre as classes de palavras. O programa disponibiliza, além do já citado, os segmentos textuais, onde se inserem os termos representativos de cada classe, fragmentos do corpus denominados Unidades de Contexto Elementar (UCE), que são numerados e relacionados às respectivas classes (CAMARGO, 2005).

Nessa etapa foi utilizado um instrumento de metodologia quantitativa, uma vez que o *software* ALCESTE processa uma análise semântica de coocorrências, portanto um

procedimento estatístico. Porém, o programa aponta evidências e toda a análise foi realizada sob a luz da TRS (MOSCOVICI, 2005), que embasa epistemologicamente o método e norteou, com o quadro teórico, a análise dos dados construídos no processamento (CAMARGO, 2005). Nesse sentido, esta etapa teve um cunho quantiquantitativo, e seus resultados foram apresentados em formato de artigo, no capítulo dos resultados e discussão.

4.3 ANALISAR OS DISCURSOS DOS USUÁRIOS DA AB PARA COMPREENDER AS CONCEPÇÕES CONSTRUÍDAS, COM RELAÇÃO À TEMÁTICA DA QUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

O estudo escolheu como cenário a UBS, local privilegiado para compreender os construtos elaborados pelos usuários, relativos à qualidade no cuidado.

4.3.1 Cenários da pesquisa

A segunda etapa foi realizada em dois municípios do estado do Espírito Santo. Vitória e Vila Velha foram selecionadas por serem municípios de grande porte, constituindo-se em desafios de consolidação da ESF e que, apesar de extremamente próximos, viabilizando a pesquisa, são separados por uma grande disparidade em toda a estrutura da AB e da implantação da ESF, com implicações no cuidado ofertado à população (Tabela 2). Não é objeto deste estudo uma análise comparativa entre as falas dos usuários dos dois municípios, mas a diversidade nos serviços na AB pode enriquecer os construtos da pesquisa, trazendo à cena diferentes olhares e vivências do cuidado em saúde.

Atualmente, o estado do Espírito Santo está dividido em quatro regiões de saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul (ESPÍRITO SANTO, 2011). A Região Metropolitana é composta por sete municípios: Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Fundão, Guarapari e Viana. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de Vitória foi igual a 0,845, pelos cálculos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010), sendo o segundo maior índice do país. Este índice considera renda *per capita*, longevidade e a escolaridade da população; enquanto o IDHM de Vila Velha foi calculado em 0,800, o 40º lugar nos resultados dos

municípios brasileiros. O estado e a região metropolitana são marcados por grandes desigualdades (LIMA *et al.*, 2013).

Tabela 2 - Cobertura de AB e equipes de saúde que aderiram ao PMAQ-AB, nos municípios de Vitória e Vila Velha.

Municípios	Vitória	Vila Velha
População (2012): Masculino	156.468 hab.	204.123 hab.
Feminino	176.694 hab.	220.825 hab.
Cobertura de AB (2014)	100%	37,37%
Cobertura de ESF (2014)	76,28%	21,07%
Cobertura de ACS (2014)	63,23%	18,56%
Cobertura de Saúde Bucal (2014)	53%	9%
Número de equipes que aderiram ao PMAQ-AB no 1º ciclo	76	7

Fonte: MS, Sala de Apoio à Gestão Estratégica e http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php; Relatório Final do PMAQ-AB do ES, 2014b.

Foram sorteadas duas UBS, sendo uma em Vitória e outra em Vila Velha, ambas com Estratégia de Saúde da Família. As UBS sorteadas tiveram os nomes resguardados por questões éticas.

O município de Vitória está dividido em nove regiões administrativas: Centro, Santo Antônio, Jucutuquara, Maruípe, Praia do Canto, São Pedro, Goiabeiras, Jardim Camburi e Jardim da Penha. Conta com 30 UBS e 77 equipes de saúde que desenvolvem a ESF. O município tem duas unidades de pronto atendimento (UPA): a de São Pedro e a da Praia do Suá. Dentre as citadas equipes, 76 aderiram ao PMAQ-AB no primeiro ciclo (BRASIL, 2014b).

A UBS sorteada presta serviços à população de cinco bairros com um total de seis Equipes ESF e uma população estimada de 14.190 habitantes em 2012, , uma média de 2.365 habitantes por equipe (BRASIL, 2014a). A UBS tem uma estrutura física muito boa, contando com diversos consultórios de atendimento médico, de enfermagem, de saúde bucal e psicológica. Conta com duas salas de acolhimento, de coleta de exames laboratoriais e farmácia. Chama atenção que todas as recepções apresentam guichês com vidros separando trabalhadores e usuários. Segundo a coordenação da UBS, a unidade conta com uma equipe de apoio composta por: duas assistentes sociais, uma psicóloga, um educador físico, um

farmacêutico, um pediatra, um ginecologista e uma fonoaudióloga, sendo ofertados à comunidade serviços de planejamento familiar (métodos contraceptivos) e pré-natal; puericultura; saúde da criança, do escolar, do adolescente, da mulher, do homem, do idoso, mental e bucal; acompanhamento do hipertenso e diabético; avaliação e atividade física com técnico esportivo; fonoaudiologia; psicologia; serviço social; vacinas; farmácia: medicamentos alopáticos e fitoterápicos; grupos de promoção de saúde. Na época do estudo havia duas microáreas sem ACS.

O município de Vila Velha conta com 18 UBS, 28 equipes de saúde com ESF implantada, das quais sete aderiram ao PMAQ-AB no primeiro ciclo. Conta com duas UPAs, Glória e Cobilândia, e um centro de atenção especializada (BRASIL, 2014a). A ESF foi implantada naquele território em 2003. O município não conta com o apoio matricial para as equipes de saúde. O modelo praticado antes da implantação da ESF preconizava a divisão da atenção nas clínicas básicas, ou seja, clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia. Assim, médicos especialistas trabalhavam há muitos anos nas UBSs e construíram vínculos com as populações destes territórios. Na implantação da ESF, estes profissionais foram deslocados para o Centro de Especialidades e novos médicos foram contratados para integrar as equipes ESF. O problema é que estes novos profissionais têm contratos de trabalho precários e de curto tempo, permanecendo por menos de um ano em uma determinada UBS e gerando uma grande rotatividade, além de ausência do profissional em algumas equipes por tempo considerável, conforme foi observado em campo e relatado pelos usuários.

A UBS sorteada presta serviços à população de seis bairros, com população estimada de 20.328 habitantes. Na UBS trabalham quatro equipes de ESF que contam com apoio de um psicólogo e uma assistente social (SIAB, 2014). No território existiam, naquele momento, nove microáreas sem ACS. A unidade tem uma boa estrutura física, atendendo aos padrões de acessibilidade e ambiência preconizadas pelo MS. No entanto, chamou minha atenção, na recepção, dois guichês, com vidros separando o espaço dos trabalhadores e o dos usuários. Temos de um lado o guichê de marcação de exames e de consultas e de realização do cartão SUS e, ao lado, o guichê da farmácia; ao centro da sala há cadeiras para os usuários aguardarem atendimento (Diário de Campo, 01 julho 2015). Há um quadro de avisos com o dia de agendamento de consulta para cada uma das equipes de

saúde e outros avisos tais como os documentos que o usuário deve trazer, sempre que vier para consulta ou exames na unidade: cartão da família, cartão SUS, identidade e comprovante de endereço. Saem desta recepção dois corredores, um em direção à sala de espera dos consultórios médicos e outro em direção às salas de preparo, vacinas e curativos e os consultórios de enfermagem, de assistente social, da saúde bucal e da administração da unidade. As salas apresentam duas portas, que dão acesso ao corredor onde circulam os usuários e a um corredor para circulação interna dos trabalhadores. Apresentam rampas de acesso e portas largas e sinalizadas, conforme as normas do MS (Diário de Campo, 01 julho 2015).

4.3.2 Observação participante e a construção do Diário de Campo

Nestas UBSs a pesquisadora procedeu a uma observação nos espaços de circulação dos usuários. A observação participante é entendida por Minayo (2012, p. 70) como uma observação com finalidade de investigação científica, estando o pesquisador *“em relação direta com seus interlocutores, no espaço social da pesquisa e, na medida do possível, participando da vida social deles”*. A pesquisadora esteve presente nos ambientes de circulação dos usuários, tais como as salas de espera, os corredores e filas nos portões das UBSs, nos meses de junho, julho e agosto; as informações construídas originaram um diário de campo. Estes espaços informais, tais como as salas de espera ou as áreas externas, propiciam a escuta e a observação da expressão mais genuína destes atores. Foram observados os ditos e os não ditos pelos usuários, as expressões verbais e não verbais nas manifestações deles, relativas ao cuidado ofertado ou demandado, aquilo que era explicitado nas falas e aquilo que estava na zona oculta das representações construídas. Zona oculta é aqui entendida como algumas concepções que, por serem difíceis de serem explicitadas, muitas vezes o sujeito da fala atribui a outros a autoria. Expressões como *“muita gente acha”* ou *“os vizinhos dizem”* abrem o acesso à zona oculta das representações e requerem atenção pelo seu significado (MENIN, 2006). Os construtos destas observações foram registrados num diário de campo, norteado por um roteiro guia (APÊNDICE B).

4.3.3 Entrevistas Abertas

Paralelamente, foram realizadas entrevistas com os usuários destas UBSs buscando-se compreender os conceitos, elaborados por eles, concernentes à qualidade no cuidado na AB. Como é comum em regiões metropolitanas uma UBS abrigar várias equipes de saúde. A seleção destes entrevistados procurará contemplar usuários das várias equipes das UBSs sorteadas. Nesse sentido a observação favoreceu a seleção destes atores, procurando-se contemplar aqueles que tiveram acesso e aqueles que ao contrário foram excluídos por alguma barreira, aqueles que tiveram suas demandas atendidas, bem como aqueles cujas solicitações ou necessidades não foram atendidas, aqueles usuários que mantêm boas relações com a equipe de saúde bem como aqueles que têm dificuldades relacionais com a mesma, e ainda aqueles casos complexos que desafiam a resolutividade dos trabalhadores da equipe.

As entrevistas foram combinadas com os usuários e realizadas fora da UBS, facilitando a expressão sem constrangimentos dos mesmos. Na seleção dos usuários fomos inspirados pela técnica denominada “Bola de Neve” (MANZOTTI, GEWANDSNAJDER, 1999, p. 163), pois tínhamos o viés de chegar aos usuários levados pelas indicações da equipe de saúde. Desta forma um usuário indicava outro que aceitava ou não participar do estudo. O grande problema da técnica é a homogeneidade de dados e, para reduzir esta possibilidade, partimos de diferentes pontos do território, a cada vez que o usuário indicado não aceitava participar. Apenas um dos usuários foi entrevistado na presença do ACS, por ser uma área controlada pelo tráfico. Foram considerados critérios de exclusão os usuários com menos de dezoito anos e aqueles cuja condição clínica inviabilizou a entrevista.

A técnica usada foi entrevista aberta, focando na concepção do entrevistado sobre qualidade no serviço ofertado na AB. Foi construído um roteiro com pontos de exploração, que orientaram as entrevistas (APÊNDICE C). Iniciamos com uma pergunta que remetia o usuário a um nível bem concreto de suas vivências na UBS. À medida que entendíamos as falas colocadas pelos entrevistados, seguíamos em sentido a um nível mais abstrato na conversa, buscando entender a representação

construída de qualidade na AB (SILVA, FERREIRA, 2012). Nesse sentido tivemos dois núcleos básicos, sobre os quais decorreram as entrevistas:

- Como é ser atendido aqui nesta unidade de saúde?
- O que é um bom atendimento em saúde?

Foram realizadas 10 entrevistas, cada uma com duração média de noventa minutos.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Procedeu-se a uma análise de conteúdo temática e, para tanto, foram realizadas várias leituras do material, inicialmente lendo todo o material em conjunto, e depois foi realizada uma leitura mais detalhada de cada entrevista separadamente. Foram surgindo então temas mais consistentes que se repetiam nas entrevistas. As categorias temáticas emergiram das falas dos usuários e estas categorias foram consubstanciadas com a leitura do diário de campo (BARDIN, 2004; GOMES, 2012).

Esta análise, embasada pelo referencial teórico da TRS (MOSCOVICI, 2005), buscou compreender a representação construída pelos usuários, referente a qualidade no cuidado em saúde na AB. Foram percebidas as ancoragens das representações da qualidade do cuidado, bem como as denúncias realizadas na zona muda e outras que foram explicitadas.

4.4 CORRELACIONAR OS SENTIDOS PRESENTES NOS DOCUMENTOS OFICIAIS DO PMAQ-AB E NOS DISCURSOS DOS USUÁRIOS

Nesta etapa, foi realizada uma análise comparativa entre a concepção de qualidade no cuidado em saúde na AB presente na política do MS e aquela construída pelos usuários dela. A análise foi embasada pela TRS e discutidos as aproximações e os estranhamentos entre a fala oficial da política, o universo reificado e a fala dos usuários, o senso comum. Sob a luz dos referenciais teóricos, o estudo abordou os efeitos e implicações dos mesmos, para a prática do cuidado na AB.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa multicêntrica onde se insere este estudo, Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, CNPq/Decit nº 41/2013, que criou o Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, na sua íntegra, foi submetida a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Veiga de Almeida e aprovada sob o parecer nº 876.415, em 18/11/2014 (ANEXO A).

O presente estudo foi realizado em conformidade com as recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012c), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, que estabelece como imprescindível para a participação a informação dos sujeitos pesquisados acerca dos objetivos e fundamentos metodológicos do estudo, bem como sobre a garantia do sigilo dos dados obtidos e a liberdade de escolha destes sujeitos em participar ou não do estudo.

Os nomes das UBSs, bem como os nomes dos usuários entrevistados e profissionais mencionados, foram resguardados, utilizando-se nomes fictícios. Destaca-se que todas essas informações sobre o estudo estão contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), e que este documento foi assinado em duas vias pelos usuários que aceitaram participar do estudo, ficando uma cópia em posse deste e a outra em posse da pesquisadora.

4.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

O estudo será disponibilizado para o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo e para as Secretarias Municipais de Saúde de Vitória e Vila Velha. Os resultados serão submetidos para publicação, em revistas especializadas no campo da Saúde Coletiva, sob o formato de artigos científicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1: PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: AMBIGUIDADES NO DISCURSO OFICIAL

RESUMO

O artigo constitui-se de análise dos documentos oficiais que embasam o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, realizada por meio da análise lexical de correspondência via *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE). A Teoria das Representações Sociais embasa o estudo. Os resultados indicaram que os documentos oficiais estão embasados por um sistema de representações sociais de diferentes objetos, tais como a política de atenção básica, a qualidade da atenção básica, o apoio institucional e a assistência à saúde. Estes objetos encontram-se representados com elementos ambíguos e antagônicos, ancorados em preceitos positivistas e no modelo biomédico, mas também comprometidos com uma concepção de qualidade vinculada ao modelo biopsicossocial, à participação e ao empoderamento de trabalhadores e usuários. Esta ambiguidade pode refletir o processo de mudança de paradigmas na saúde, mas estudos para desenvolvimento de metodologia avaliativa, compatíveis com a complexidade da Atenção Básica, e instrumentos de escuta dos vários atores envolvidos fazem-se necessários.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em saúde, Qualidade da Assistência à Saúde.

National Program of Access and Quality Improvement in Primary Care: Ambiguities in Official Discourse.

ABSTRACT

The article is an analysis of documents that underlie the National Program of Access and Quality Improvement in Primary Care, realized through the *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE) software. The Theory of Social Representations underlies the study. The analysis of results indicates that official documents are supported by a system of social representations of different aspects, like the primary care policies and quality, institutional support and health

care. These aspects are represented with ambiguous and antagonistic elements, anchored in positivist precepts and in the biomedical model, but simultaneously committed to a quality conception which is linked to the biopsychosocial model and to the participation and empowerment of health care employees and users. Such ambiguity can reflect the process of changing in health paradigms, but it is necessary to have further investigations focused in development of evaluative methodology - compatible with the complexity of Primary Health Care -, in addition to instruments enabled to comprehend the roles of the several involved parties.

KEY WORDS: Primary Health Care, Health Evaluation, Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), escolhida como modelo reorientador do cuidado, em todos os seus níveis, reforça a concepção ampliada de saúde e atribui um caráter de elevada complexidade à Atenção Básica (AB), cuja resolutividade determina, em grande medida, a qualidade dos serviços ofertados por toda a rede de atenção à saúde.

A temática concernente à qualidade em saúde tem sido uma constante nas pesquisas da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 1980, nas quais se busca o desenvolvimento de programas capazes de assegurar o acesso e o cuidado de qualidade, considerados estratégicos por governos de diversos países (SERAPIONI, 2013).

Pensar a resolutividade da AB é somar a temática da qualidade à da pesquisa avaliativa, cujo grande desafio é o desenvolvimento de métodos avaliativos adequados a um tema polissêmico como a qualidade, especialmente em um modelo complexo, como o definido pelo Ministério da Saúde (MS) para a AB (UCHIMURA; BOSI, 2007; SERAPIONI, 2013).

As primeiras iniciativas de institucionalização da avaliação da AB começaram desde final da década de 1990, estimuladas principalmente pela Reforma Administrativa do Estado, com o gerencialismo nas políticas públicas e implantação da gestão baseada em resultados, decorrentes da pressão de órgãos internacionais de financiamento (BRASIL, 2005; MERCADO *et al.*, 2013). *posteriori*, com a expansão da cobertura da ESF, o MS realiza investimentos nos Sistemas de Informação e cria, em 2000, a Coordenação de Investigação, no Departamento de Atenção Básica

(DAB), que, em seguida, passa a se denominar de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA). A CAA promove ampla discussão sobre a institucionalização e elabora uma detalhada proposta de avaliação voltada para AB. Esta avaliação foi entendida como um processo contínuo e sistemático de cunho “formativo, pedagógico e reorientador” (BRASIL, 2003, p. 9), envolvendo negociação entre atores sociais e devendo a gestão assegurar mecanismos participativos, não deixando tal atribuição a cargo de avaliadores externos.

Paralelamente, o MS, por meio do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), vincula a transferência de recursos financeiros à melhoria em indicadores de saúde, pactuados pelos municípios (ALMEIDA; GIOVANOLA, 2008). A primeira etapa do PROESF transcorreu entre 2002 e 2009 e a segunda fase foi redesenhada, de modo a constituir o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), homologado pela Portaria 1654 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

O tema da avaliação da qualidade na AB ganha potência com o PMAQ-AB, que objetiva disparar um processo de mudança de cultura do modelo de atenção à saúde, em todos os seus âmbitos, na assistência e na gestão, em todas as esferas de governo. Desenvolvido em ciclos (Ciclos de Qualidade), o programa teve início em 2012 (primeiro ciclo) e o segundo ciclo transcorreu em 2013. Cada ciclo consiste em quatro fases: 1) Adesão ao programa: trata da contratualização de compromissos, por meio do preenchimento de um formulário eletrônico, disponibilizado pelo Ministério da Saúde; 2) Desenvolvimento: consta de quatro estratégias visando à mudança nos resultados alcançados pelas equipes de saúde: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional; 3) Avaliação externa e certificação: busca-se perceber as evidências de padrões de qualidade, definidos pelo MS, no cotidiano das equipes e na gestão municipal de saúde, e a certificação destes padrões, com a classificação de desempenho das equipes, referência para o valor do incentivo financeiro a ser recebido, via transferência fundo a fundo; 4) Recontratualização de novos compromissos por meio da pactuação de novas metas e indicadores de saúde (BRASIL, 2011; 2012).

Serapioni (2013) considera que a avaliação da qualidade em saúde é decisivamente influenciada pelo conceito de saúde adotado pelo sistema, pelos fatores socioeconômicos, culturais e institucionais, que definem as noções de qualidade do

cuidado, pela peculiaridade do processo de trabalho, cujo produto é imaterial, e, por fim, pela metodologia escolhida para a avaliação.

Este estudo adotou como objetivo analisar o discurso oficial dos documentos que embasam o PMAQ-AB. É de grande relevância refletir sobre a concepção de qualidade presente nesta política e sobre as suas implicações para o cotidiano do cuidado. A Teoria das Representações Sociais embasa a análise do contexto discursivo.

Vinculado aos paradigmas do conhecimento científico, que organizam e orientam a chamada vertente sociológica da Psicologia Social (PALMONARI; CERRATO, 2011), e desenvolvido por Serge Moscovici (2005) na segunda metade do século XX, o complexo conceito de *representações sociais* defende que os fenômenos são construídos dentro de um processo dinâmico e histórico, sendo os indivíduos e grupos sociais protagonistas da mudança social, transformando ativamente seu contexto sociocultural de inserção e pertencimento, e sendo por ele, dialogicamente, construídos e transformados (SANTOS, 2005).

Moscovici (2005) busca entender como um conteúdo é transformado do universo reificado (saber especialista) para o universo consensual (senso comum). Na dimensão do senso comum, os mais diferentes objetos sociais são elaborados e construídos cotidianamente pelas comunidades humanas, em diálogo com a esfera hegemônica, cultural e normativa da nossa temporalidade e contexto.

Nesse sentido, compreender a representação social construída pelo MS, ao formular uma política que pretende estimular a qualificação da AB, pressupõe a busca de conceitos pré-existentes, nos quais se inseriu a nova normativa, postulada pela política. Esta tarefa encontra suporte analítico no conceito de ancoragem, da Teoria das Representações Sociais. A ancoragem aproxima-se do processo de categorização social, tornando-se um organizador das relações sociais, produzindo novos significados a partir de ideias já consolidadas no pensamento social (designação de sentido e enraizamento num sistema de pensamento) e orientando as práticas cotidianas (instrumentação do saber) (JODELET, 2001).

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Realizou-se uma pesquisa quali-quantitativa, de natureza descritiva e exploratória, por meio da análise dos documentos oficiais que embasam o PMAQ-AB, tendo sido

selecionados a Portaria 1654/2011(BRASIL, 2011) e o Manual Instrutivo do PMAQ-AB/ 2012(BRASIL, 2012).

Os documentos selecionados foram analisados pelo *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), que processa dados textuais por meio de uma análise estatística, em função da representatividade, distribuição e correlação lexical de palavras, dentro de segmentos de textos, indicando os termos mais significativos e as relações entre eles, no contexto da análise. O conjunto destes documentos constitui o *corpus* textual, composto pelas Unidades de Contexto Inicial (UCI), que no caso em análise é formado pela Portaria 1654/2011, que corresponde à UCI 1, e o Manual Instrutivo PMAQ-AB/2012, que se refere à UCI 2.

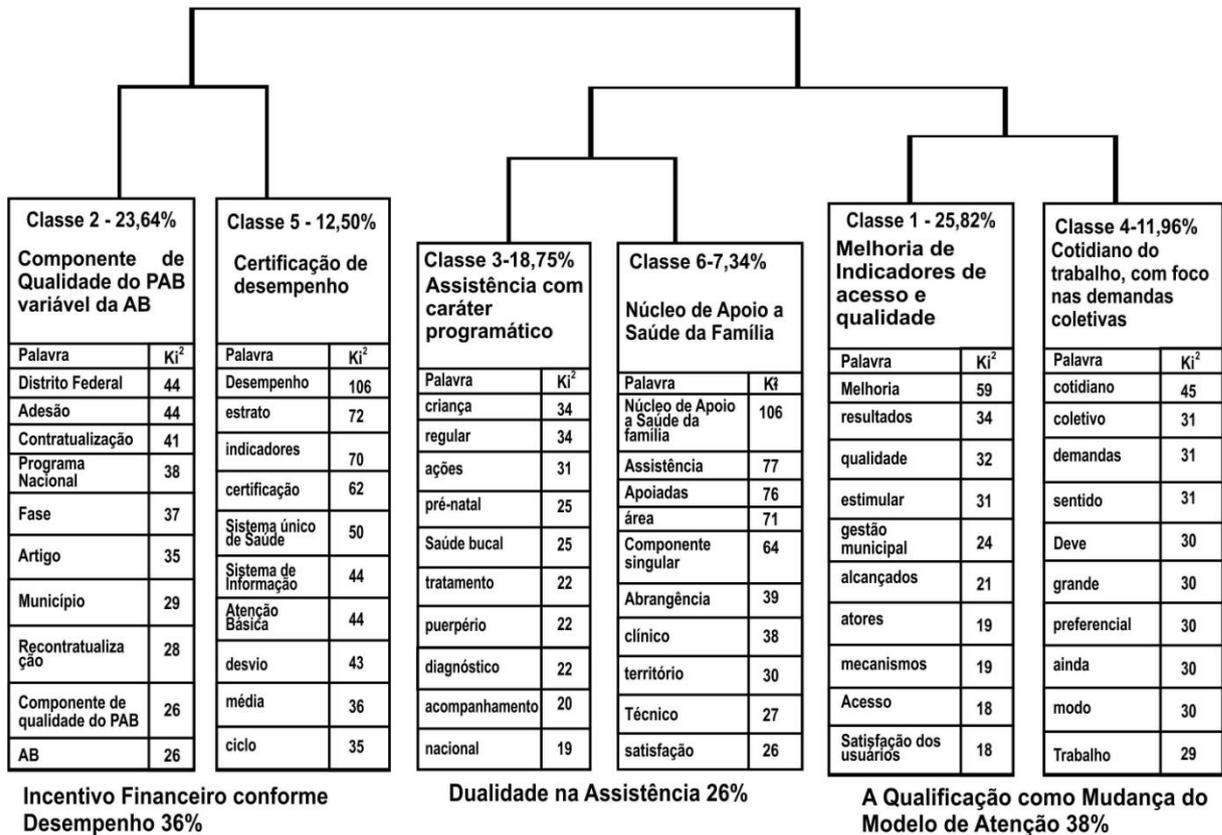
Inicialmente, o *software* dividiu todo o texto em classes, diferenciando os termos que as constituem quanto a suas raízes semânticas. Esse processo se repete até que a análise se estabilize, constituindo-se, neste estudo, seis classes estáveis com os termos representativos de cada classe. Na sequência, o programa procede a uma análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerando uma figura em formato de dendrograma que permite visualizar as aproximações destas classes entre si. Por meio da CHD, é possível identificar a frequência e a força de associação de cada palavra, em relação a sua classe, bem como o valor do qui-quadrado (χ^2), demonstrando a contribuição de cada palavra à constituição daquela classe específica. O *software*, baseado nestes cálculos, gera ainda um gráfico, denominado Classificação Ascendente Hierárquica (CAH), mostrando a relação entre os termos de uma mesma classe. Além disso, o ALCESTE disponibiliza os segmentos textuais, onde se inserem os termos representativos de cada classe, fragmentos do *corpus* que são denominados Unidades de Contexto Elementar (UCEs) (CAMARGO, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi analisado um total de 15.335 palavras do *corpus* textual, formado pelos documentos oficiais citados. Estas constituíram um conjunto de 484 UCEs, das quais foram selecionadas e classificadas 368 UCEs, correspondendo a um aproveitamento de 76,03% do material original. Dentre as seis classes originadas do

corpus textual, as três primeiras classes são as mais representativas, somando 68,21% do total do material analisado. As porcentagens de UCEs e os termos com maiores valores de Ki^2 , de cada uma das classes, podem ser vistos na Figura 1.

Figura 1 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte - As autoras, para este estudo

O programa, inicialmente, separou o material em dois eixos, o primeiro formado pelas classes 2 e 5, e um segundo constituído pelas classes 1, 3, 4 e 6. O segundo eixo se dividiu novamente em um subconjunto com as classes 1 e 4 e outro com as classes 3 e 6. O *software* realizou divisões conforme as correlações entre os termos significativos de cada classe (Figura 1), permitindo identificar, desta forma, uma hierarquização entre os temas presentes nos documentos oficiais, com proximidades e oposições.

A classe 1, com 105 palavras analisadas e 95 UCEs, equivale a 25,82% de todo material analisado, sendo a mais expressiva. Esta classe, denominada 'melhoria de indicadores de acesso e qualidade', retrata a política como processo contínuo e sistemático de mudança em padrões e indicadores de saúde. O programa objetiva

Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de

trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da Atenção Básica (UCI 1; Ki^2 : 20).

Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde da Atenção Básica e os usuários, num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica (UCI 1; Ki^2 :25)

Na análise, a qualificação é definida pelo MS, por meio de resultados mensuráveis:

Considerando a diretriz do governo federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção (UCI 1; Ki^2 : 13).

A concepção de qualidade, proposta pela política, refere-se à melhoria de indicadores e padrões, definidos *a priori* pelo MS, sendo mensuráveis, pois se destinam à comparação estatística entre os resultados alcançados por diferentes gestões locais e equipes de saúde da AB, e pelas mesmas equipes e gestões, em momentos diferentes, ao longo do tempo. A concepção de qualidade apresentada tem, assim, uma conotação ancorada no paradigma positivista, ainda hegemônico nas pesquisas avaliativas (UCHIMURA; BOSI, 2007; SERAPIONI, 2013).

A redução da amplitude da concepção de qualidade, segundo Uchimura e Bosi (2007), tende a valorizar o quantificável e restringir a subjetividade. A qualidade do cuidado, na visão destas autoras, envolve dimensões objetivas e subjetivas. A ótica objetiva, adequada aos aspectos técnicos do cuidado, abarca a eficácia e eficiência de ações e a metodologia quantitativa é necessária e suficiente. De outro modo, os estudos avaliativos, relacionados à dimensão subjetiva da qualidade, propõem-se a compreender os sentidos dos fenômenos, que escapam aos instrumentos numéricos e estruturados, fazendo-se necessárias metodologias qualitativas. Estas avaliam a efetividade, uma vez que buscam as implicações práticas das ações, para os atores envolvidos. As autoras propõem uma concepção ampliada de avaliação, utilizando metodologias quantitativas e qualitativas, de modo complementar, como sendo mais compatível com o conceito amplo de saúde, adotado pela PNAB.

A análise aponta também um comprometimento da política com princípios da PNAB, tais como o foco nas necessidades e satisfação dos usuários e o envolvimento e responsabilização de todos os sujeitos envolvidos.

Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (UCI 1; ki^2 : 23; e UCI 2 , Ki^2 :23).

O termo 'mecanismos' (Figura 1) remete à participação democrática e voluntária de todos os atores envolvidos, à pactuação e corresponsabilização.

Possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades (UCI 2; Ki²: 21).

A criação de uma mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas de governo, em processo pela ampliação do acesso e da qualidade da atenção a saúde que envolve participação voluntária, contratualização, autoavaliação, avaliação (UCI 2; Ki²:18).

Chama a atenção, no entanto, na CAH desta classe (Figura 2), a proximidade entre os termos 'governo', 'avaliação', 'qualidade' e 'responsabilidade', e o fato de estarem em distribuição graficamente oposta aos termos 'satisfação dos usuários', 'trabalhadores', 'responsabilização' e 'qualificação'. Localizados no centro do gráfico, e com considerável proximidade, encontram-se os termos 'resultados', 'equipes de saúde' e 'gestão municipal'. Esta relação gráfica aponta para um distanciamento entre os níveis locais, estaduais e federal e entre os diversos atores envolvidos, tais como os gestores municipais e trabalhadores da AB e os usuários.

De acordo com os resultados desta pesquisa, cabe ao nível local, gestores e trabalhadores, alcançarem os resultados padronizados e definidos pelo MS. A análise permite afirmar que estes atores serão responsabilizados e qualificados pelo nível central, ou seja, o MS, que detém a responsabilidade na condução do programa, e é referência para a concepção de qualidade na atenção e para sua abordagem avaliativa. Nesse contexto do PMAQ-AB, é importante ressaltar que o envolvimento dos usuários deu-se durante a avaliação externa, por meio do uso de um questionário estruturado e padronizado, o qual não se constituiu em parâmetro para a classificação do desempenho das equipes (BRASIL, 2012).

Nota-se, assim, que o PMAQ-AB tem uma concepção ancorada no entendimento do Ciclo da Política (BAPTISTA; REZENDE, 2011) como uma sucessão de etapas estanques e como se a normatização garantisse a implementação das ações, tal como foram elaboradas. Ou seja, como se a homologação da portaria disparasse automaticamente as mudanças pretendidas, desconsiderando o jogo de interesses, os vários atores implicados e as diferenças nos cenários de implementação da política.

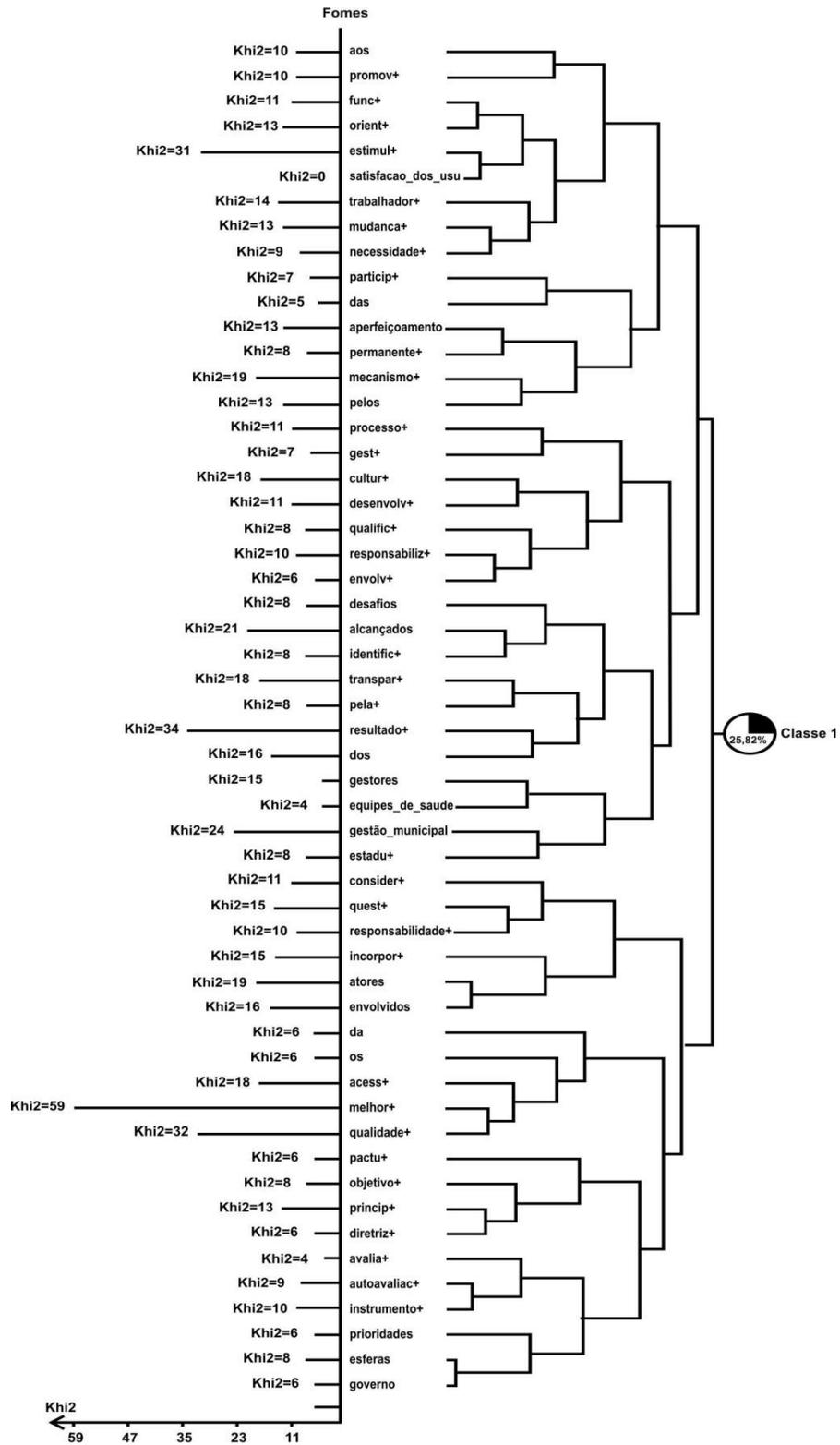
Esta conformação clássica das políticas é entendida, segundo Santos Filho (2009), como sendo produto de uma cultura organizacional verticalizada, hierarquizada e pouco participativa. Este modelo segmentado, com grande distanciamento entre quem planeja, executa e avalia, é justificado pelas dimensões territoriais e diversidade do país, porém, compromete severamente o processo de implementação e os resultados das políticas públicas (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Os resultados também demonstram a ambivalência da participação social. Em algumas Unidades de Contexto Elementar (UCEs) dos documentos analisados, a sociedade apenas acompanha o processo, sendo a responsabilidade atribuída apenas aos gestores e trabalhadores. Em outros segmentos textuais, o tema é abordado como processo democrático de corresponsabilização de todos os atores.

A classe 4, definida como 'cotidiano do trabalho com foco nas demandas coletivas, apresenta-se, na CHD, como a mais próxima da classe 1, com 75 palavras analisadas e 44 UCEs, corresponde a 11,96% de todo o material analisado (Figura 1). Nesta classe reafirma-se o papel atribuído à AB, de porta de entrada preferencial à rede de atenção.

Ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da AB como contato e porta de entrada preferencial à rede de atenção (UCI 2; Ki^2 : 37).

Figura 2 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 1



Fonte - Análise de documentos oficiais do PMAQ-AB pelo software ALCESTE versão 4.8

Também são valorizados pela política princípios da PNAB, tais como o acolhimento, vínculo, responsabilização e longitudinalidade, representados, nesta classe, pelos termos ‘demandas’ e ‘modo’ (Figura 1).

Suporte a implantação do acolhimento a demanda espontânea, suporte a construção de projetos terapêuticos singulares, facilitação da organização de intervenções intersetoriais; análise de indicadores e informações em saúde; facilitação dos processos locais de planejamento; discussão do perfil de encaminhamentos da unidade (UCI 2; Ki²: 56).

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente (UCI 2; Ki²: 36).

Dentre os termos mais característicos desta classe destacam-se ainda ‘cotidiano’, referindo-se aos problemas mais frequentes das organizações, que se constituirão em norteadores para a mudança da AB, e o termo ‘coletivo’, que remete a movimentos de mudança, originários da coletividade, e também às coletividades às quais o apoio institucional dá suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial.

Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los (UCI 2; Ki²:36).

A revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/ coletivos apoiados deve estar atrelado a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização e impotência, o que não quer dizer desresponsabilização (UCI 1; Ki²: 36).

Da mesma forma, os termos ‘trabalho’ e ‘sentido’ aparecem relacionados ao apoio institucional.

Discutir casos complexos de modo a ampliar a clínica, dentre tantos outros neste contexto, o apoio institucional, na saúde deve adotar como diretriz a democracia institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral, uma vez que o trabalho do apoiador envolve sempre a sua inserção em espaços coletivos (UCI 1; Ki²: 37).

Para que façam mais sentido e tenham mais valor de uso, com relação à vinculação dos processos de educação permanente, as estratégias de apoio institucional, avalia-se o grande potencial de desenvolvimento de competências de gestão e cuidado na atenção básica (UCI 2; Ki²: 34).

O apoio institucional, contudo, é visto de forma antagônica, em outros segmentos do *corpus*.

Facilitando ainda a sistematização de ferramentas tecnológicas da gestão e do cuidado, o apoio institucional. O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional

de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (UCI 2; KI^2 : 56).

Configura-se, nesta análise dos documentos oficiais, uma ambiguidade na concepção dada ao apoio institucional, ora entendido como disparador de todo o processo da mudança, no sentido da qualificação, ora compreendido como uma função gerencial. O apoio institucional nasce dentro da Política de Humanização, onde foi idealizado para uma atuação transversal; ou seja, em todos os níveis da rede de atenção à saúde para, assim, propiciar um diálogo resolutivo entre os vários pontos do sistema, entre gestão e trabalhadores e entre estes e os usuários. A atuação dos apoiadores institucionais, vinculados a equipes de saúde definidas, inseridas em um contexto específico, estimula a qualificação e empoderamento do trabalho destas equipes junto às necessidades das comunidades adscritas.

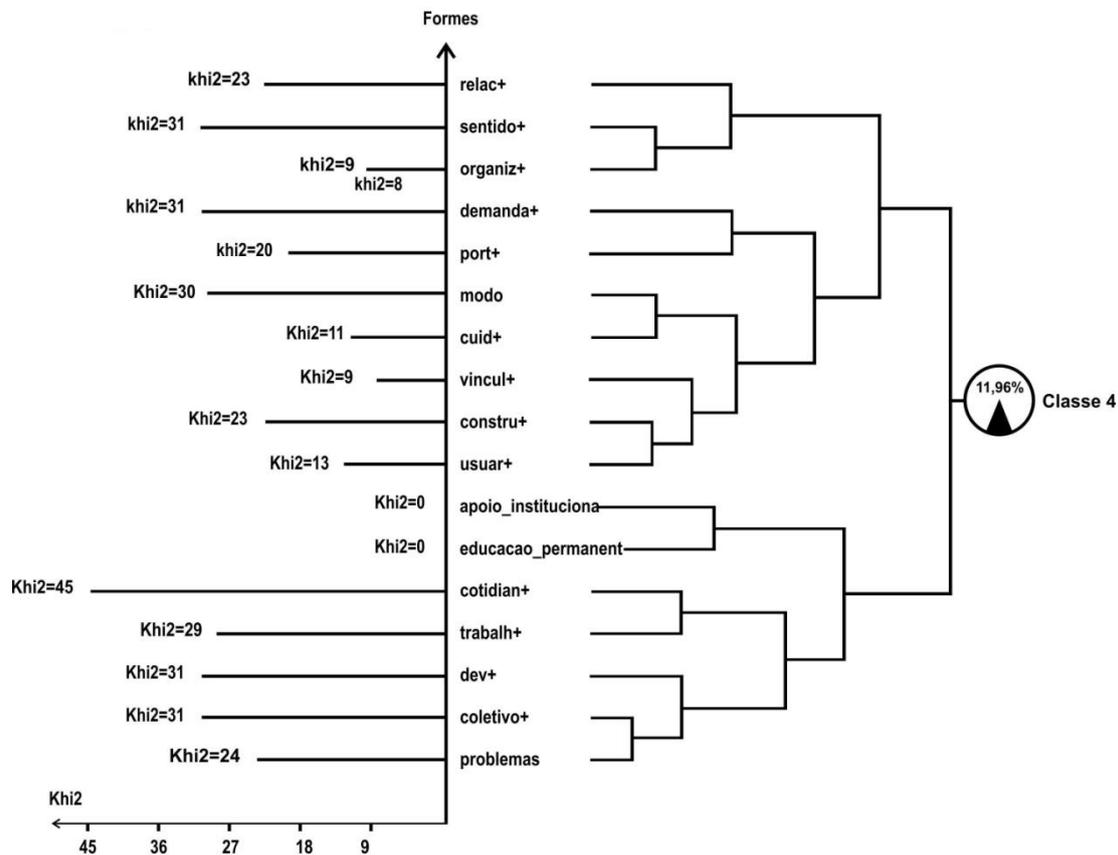
De modo contrário, a representação do apoio institucional apresentado como uma função gerencial tem uma concepção fortemente ancorada nas teorias científicas da administração, introduzidas nas políticas públicas brasileiras com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Surge daí a figura dos gerentes de programas e as avaliações anuais de desempenho. Nessa mesma época, os programas de Gestão da Qualidade Total (GQT) implantados em princípio na indústria automobilística de modo pontual, por meio de um departamento de controle de qualidade, transformam-se em cultura institucional e introduzem-se na área da saúde. Os hospitais privados foram os primeiros a adotarem os protocolos de qualidade, na lógica da necessidade de acreditação, logo após, a GQT é introduzida no subsistema público, primeiramente na alta complexidade e depois na AB (BRASIL, 1995; NOGUEIRA, 1994; WALTON, 1999; BONATO, 2007).

Esta dualidade, referida ao apoio institucional, encontra-se representada graficamente na CAH desta classe 4 (Figura 3) e envolve também os princípios citados da PNAB. Os termos 'sentido', 'modo', 'cuidado', 'demanda', 'vínculos' e 'usuários', relativos a diretrizes da AB, situam-se num extremo do gráfico e, no extremo oposto, 'cotidiano', 'trabalho' e 'coletivos', relativos às mudanças implementadas pela portaria. No centro da CAH, entre estes extremos, aparecem os termos 'educação permanente' e 'apoio institucional'.

Reafirmando o que foi sinalizado na análise, um estudo recente em que se analisou o discurso dos gestores da ESF, Sulti *et al.* (2015) afirmam que o poder disciplinar,

presente na figura do apoiador institucional, se constitui na ação de ordenar e corrigir o exercício das tarefas, no âmbito da gestão do trabalho prescrito. Para estas autoras, existe uma ambiguidade entre o papel do apoio institucional, sendo evidente o assujeitamento dos trabalhadores na presença do apoiador e de outros gestores, pois a figura do apoiador representa os interesses da alta-direção da secretaria de saúde. Chama ainda a atenção, no discurso dos gestores, o papel atribuído ao apoio institucional, que consiste em realizar o monitoramento dos indicadores *in loco*, as orientações quanto à produção do relatório mensal de atividades e a mediação das demandas entre a secretaria de saúde e as equipes.

Figura 3 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 4



Fonte - Análise de documentos oficiais do PMAQ-AB pelo software ALCESTE versão 4.8

O conjunto formado pelas classes 1 e 4, denominado de 'A qualificação como mudança do modelo de atenção', apresenta uma dualidade na concepção de qualidade em saúde. A qualidade é apresentada vinculada a um conceito amplo de saúde e, concernente a ele, uma atenção resolutiva e embasada em princípios definidos pela PNAB. Esta representação de qualidade no cuidado ofertado

encontra-se ancorada na concepção de saúde como direito, fruto de ampla discussão e ampliação do conceito de saúde defendido pela OMS, no período pós-guerra, como sendo um estado de bem-estar físico, mental e social. No Brasil, a noção de saúde como direito vem com a luta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a homologação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição 1988.

Porém, nos documentos oficiais do PMAQ-AB, a qualidade é também apresentada como o alcance de metas ou resultados em indicadores, mensuráveis e comparáveis por meio de médias estatísticas. Estes indicadores são definidos *a priori* pelo MS e padronizados nacionalmente, desconsiderando as diferenças nas necessidades dos usuários dos diversos territórios.

Esta concepção de qualidade tem uma ancoragem no paradigma positivista, hegemônico na área da saúde, especialmente nas pesquisas avaliativas. Com relação ao apoio institucional, esta dualidade fica evidente, sendo retratado ora como instituído pela Humanização e ora como pensado pela Teoria da Administração Científica.

Como característica importante de uma política pública avaliativa, Santos Filho (2009) aponta o emprego de parâmetros construídos coletivamente, e não dados *a priori*. Nesse sentido, os indicadores usados devem refletir a produção dos serviços (organização, resolutividade, qualidade) e a produção dos sujeitos (mobilização, crescimento e autonomia de trabalhadores e usuários). Este autor propõe o monitoramento avaliativo, realizado de maneira processual, pelas equipes de saúde e apoiadores institucionais, como forma de se conseguir envolvimento efetivo e atribuição de significado à avaliação, fazendo com que ela dialogue com o cotidiano do cuidado.

A classe 2, definida como 'Componente de qualidade do piso variável da AB (PAB Variável)', com 90 palavras analisadas e 87 UCEs, representa 23,64% do material analisado. Os termos mais representativos da classe (Figura 1) apontam para a força da relação entre as palavras 'Distrito Federal', 'municípios', 'adesão' e 'contratualização'.

Observadas as seguintes etapas: formalização da adesão pelo município e pelo Distrito Federal, que será feita por intermédio do preenchimento do formulário eletrônico específico a ser indicado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB, contratualização da equipe de saúde da família (UCI 1; Ki^2 : 36).

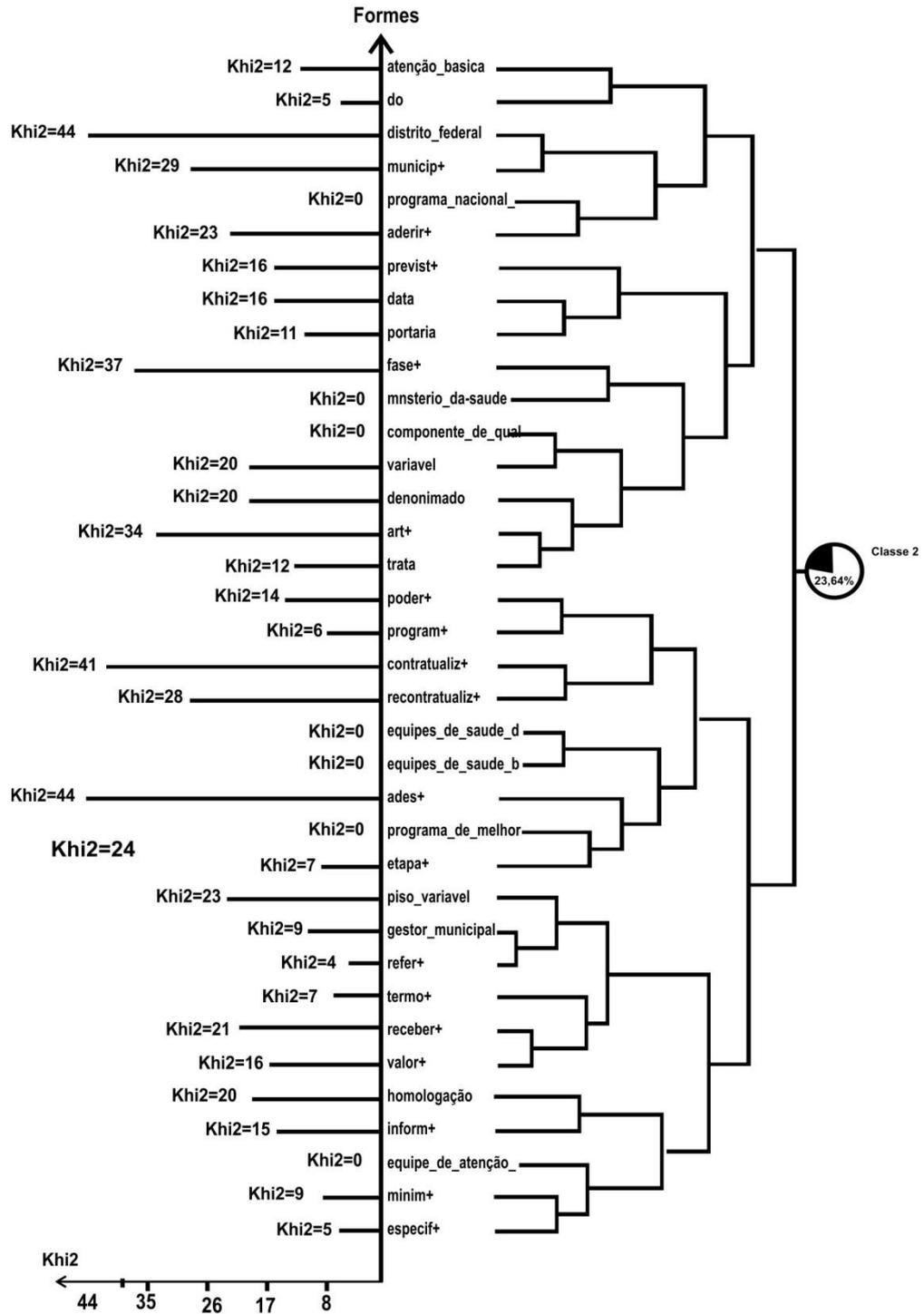
Após a homologação da contratualização/recontratualização pelo Ministério da Saúde o município receberá mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do componente de qualidade do piso variável da AB. (UCI2; Ki^2 : 28).

A proximidade dos termos 'Distrito Federal', 'municípios', 'aderir', 'fase' e 'componente de qualidade do PAB' é evidenciada também na CAH da classe (Figura 4). No centro deste gráfico estão os termos 'contratualização', 'recontratualização' e 'adesão' e, na outra extremidade, aparecem 'PAB Variável', 'gestor municipal' e 'homologação'. Esta relação gráfica aponta para a valorização dos recursos financeiros, representados pela adesão ao programa, pelos municípios e gestões municipais.

Próxima à classe 2, na CHD, encontra-se a classe 5, com 50 palavras analisadas e 46 UCEs, correspondendo a 12,50% do *corpus* analisado. Esta classe foi nomeada de 'Certificação de desempenho' (Figura1).

As equipes participantes do PMAQ-AB serão certificadas conforme o seu desempenho, considerando: implementação de processos autoavaliativos, verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados, verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (UCI 2; Ki^2 : 44).

Figura 4 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 2



Fonte - Análise de documentos oficiais do PMAQ-AB pelo software ALCESTE versão 4.8

Na CAH desta classe (Figura 5), existe grande proximidade entre os termos 'desempenho', 'estrato' e 'desvio'. O termo 'estrato' refere-se à distribuição dos municípios em seis estratos, conforme critérios de equidade, definidos pelo MS.

A pontuação de cada equipe é comparada com a média das equipes, dentro do estrato do seu município. Esta comparação é feita por meio da mensuração do desvio-padrão da média, das equipes, do determinado estrato.

Será calculada, para cada indicador de desempenho, uma pontuação proporcional ao alcançado pelas equipes, comparando se o resultado obtido pela equipe, com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as médias dos estratos de municípios do qual faz parte, em um mesmo período (UCI 2; Ki^2 : 29).

E o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato (UCI 1; Ki^2 : 49, UCI 2; Ki^2 : 49).

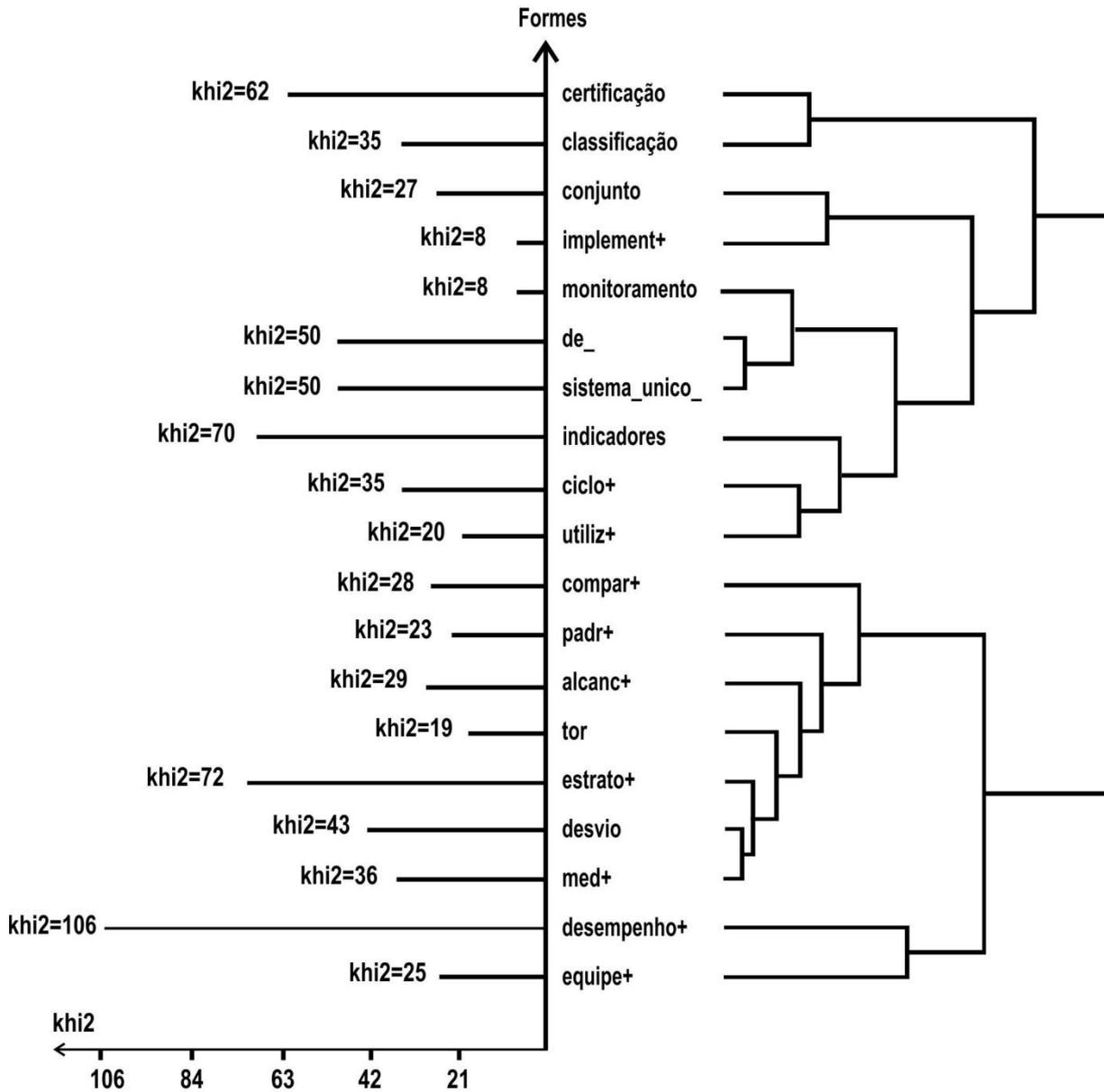
Os termos 'monitoramento' e 'conjunto', que aparecem na CAH bem próximos aos termos 'certificação' e 'indicadores', remetem-se, respectivamente, ao Sistema de Informação da AB, por meio do qual se faz o monitoramento dos indicadores de saúde, e ao conjunto de indicadores e de padrões de evidências de qualidade, constatados pelos avaliadores externos na fase de avaliação externa do PMAQ-AB.

Confirmando a relação entre as classes 2 e 5, destaca-se a vinculação do valor do incentivo financeiro à classificação de desempenho.

A avaliação de desempenho considerará os seguintes critérios: Insatisfatório, quando o resultado alcançado for menor do que 1, menos um desvio padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato: suspensão do repasse dos 20% (UCI 2; Ki^2 : 34).

O conjunto das classes 2 e 5 recebeu o nome de 'Incentivo financeiro conforme o desempenho', por representar a vinculação de recursos financeiros à certificação de desempenho, no cumprimento de compromissos contratualizados. A certificação de desempenho se constitui em uma média, calculada com base nos percentuais: 10% referentes à simples realização de autoavaliação pelas equipes (independente de resultado), 20% relativos ao monitoramento dos indicadores de saúde da AB e 70% pelos padrões constatados na avaliação externa (BRASIL, 2012 B).

Figura 5 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 5



Fonte - Análise de documentos oficiais do PMAQ-AB pelo *software* ALCESTE versão 4.8

Em síntese, a avaliação externa define, portanto, o valor do incentivo recebido pelos municípios, referente aos resultados de cada equipe de saúde. Esta concepção relacionada à recompensa por resultados encontra-se ancorada no enfoque behaviorista do reforço positivo das teorias de Pavlov e Skinner, que sustentou a Teoria da Administração Científica de Frederick W. Taylor, na qual administrar seria fundamentalmente premiar o comportamento adequado e punir o comportamento inadequado à empresa (TAYLOR, 1990).

A vinculação de recursos financeiros à avaliação de desempenho, além de criar a possibilidade de um viés nos resultados encontrados, tem maiores implicações quando a avaliação se dá por meio de médias numéricas padronizadas, desconsiderando-se as diversidades e especificidades regionais e locais. Muitas vezes, os municípios com as piores médias na avaliação de desempenho são exatamente aqueles com maior necessidade de tais incentivos. A estratificação dos municípios conforme critério socioeconômico não é suficiente, por vezes, para o exercício da equidade, pois, não raro, existem territórios de extrema carência localizados em municípios enquadrados em estratos socioeconômicos mais altos. Nesse contexto, a avaliação poderá ser incompatível com a realidade vivenciada pela equipe de saúde. Tem-se questionado o uso do incentivo financeiro, pelo MS, como única estratégia indutora da expansão da cobertura da ESF, preterindo-se as ferramentas de debate e diálogo com os níveis locais (CAMPOS, 2008; CONILL, 2008). A ausência do debate dificulta as pactuações entre as várias instâncias, pois, geralmente, não existe nem o consenso teórico-conceitual com relação à AB (GIL, 2006; BAPTISTA, FAUSTO, CUNHA, 2009). Campos (2008) aponta a pouca valorização de iniciativas locais, concernentes a suas especificidades, e questiona a padronização de um modelo estratégico único para contemplar a diversidade loco-regional.

A classe 3, denominada 'assistência com caráter programático', composta de 87 palavras analisadas, 69 UCEs, corresponde a 18,75% do *corpus*. Dentre os termos mais representativos desta classe (Figura 1), a palavra 'criança' refere-se à saúde da criança.

Componente do puerpério e atenção integral à saúde da criança: favorecer a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, promover o acompanhamento da puérpera e da criança na Atenção Básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento (UCI 2; K_i^2 : 27).

Realizar ações educativas sobre aleitamento materno, atividade física, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, violência doméstica e sexual, alimentação saudável e saúde da criança para todas as puérperas do território (UCI 2; K_i^2 : 50).

O termo 'regular' relaciona-se com a alimentação regular do Sistema de Informação em Saúde, e 'nacional' ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

(CNES), por meio dos quais são monitorados os indicadores dos programas e os profissionais na AB.

Manter equipe e infraestrutura necessária para alimentação regular do sistema de informação em saúde (UCI 2; Ki²: 21).

Com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por cada equipe de Atenção Básica, Saúde Bucal, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (UCI 2; Ki²: 27).

Nos documentos analisados, a assistência é retratada na lógica programática e com forte caráter de monitoramento pelo Sistema de Informação da AB e pelo CNES. Esta concepção de cuidado, com predomínio de abordagens para saúde materno-infantil, endemias e imunizações, encontra-se ancorada na visão da medicina preventiva. Chama a atenção também a forte representação da abordagem curativa nos termos desta classe, muito vinculados ao modelo biomédico.

Associada à classe 3, está a classe 6, na CHD (Figura 1), com 64 palavras analisadas e 27 UCEs, correspondendo a 7,34% de todo o *corpus* analisado, sendo a menos representativa. A temática da classe aborda a avaliação do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O termo 'assistência' (Figura 1) refere-se à assistência farmacêutica, como um dos aspectos a serem avaliados, bem como o termo 'apoiadas' relaciona-se às equipes apoiadas pelos NASF.

Dentro desse componente destacamos: apoio a gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo núcleo de apoio a saúde da família, incluindo planejamento e avaliação, a assistência farmacêutica, as práticas integrativas (UCI 2; Ki²: 35).

Serão avaliadas assistência farmacêutica, práticas corporais e atividade física, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição, saúde do trabalhador, apoio à gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (UCI 2; Ki²: 35).

O termo 'componente singular' (Figura 1) relaciona-se à avaliação de um dos componentes do trabalho dos NASF, de caráter opcional.

Esse instrumento é composto por três componentes: componente comum, componente singular, não terá caráter obrigatório e será indicado pela própria equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no momento da contratualização; e a satisfação das equipes apoiadas, em relação ao trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (UCI 2; Ki²: 32).

Os termos 'área', 'território', 'situação' e 'abrangência' remetem às especificidades nas condições de vida e de saúde das populações adscritas aos muitos territórios (Figura 1).

Onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas, físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, etc, por meio da territorialização amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e potencialidades dos territórios (UCI2; Ki²: 62).

A análise relaciona o trabalho dos NASFs com uma abordagem que considera as especificidades de cada território e a oferta de um cuidado mais integral, com o objetivo de aumentar a resolutividade das equipes de AB. Porém, chama a atenção o fato de ser esta classe a menos representativa do *corpus* analisado.

O subconjunto das classes 3 e 6 aborda a temática da assistência na AB. Sinaliza uma dualidade na assistência, sendo assim denominada. Temos uma concepção de caráter programático ancorada na concepção preventivista e no modelo biomédico, mas, de outro modo, apresenta também a necessidade de fortalecer a AB, com um cuidado mais integral e focado nas necessidades locais. Esta concepção mais abrangente de AB vincula-se ao modelo biopsicossocial como defendido pela ESF, adotada pelo MS como reorientadora do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados indicou que os documentos oficiais estão embasados por um sistema de representações sociais de diferentes objetos (política de atenção básica, qualidade da atenção básica, apoio institucional e assistência à saúde) que possuem elementos ambíguos e antagônicos, que refletem o processo de mudança de paradigmas na saúde.

Existem nos documentos evidências de uma política verticalizada e pouco participativa, com grande distanciamento entre os atores envolvidos na elaboração, execução e avaliação. Esta concepção encontra-se ancorada no modelo clássico do Ciclo da Política e também nas teorias de divisão do trabalho, que embasa a teoria de Administração Científica, na qual se preconiza rígida separação entre elaboração, execução e avaliação. Entretanto, num extremo oposto, há também nos documentos

oficiais um comprometimento com a participação social e o empoderamento de trabalhadores e usuários por meio do desenvolvimento de corresponsabilidades, uma postura ancorada nos preceitos da RSB e nos princípios do SUS.

No que tange à representação social de qualidade da atenção básica presente nos documentos verifica-se a presença dos elementos representacionais ancorados no paradigma positivista, sendo avaliados apenas os aspectos mensuráveis estatisticamente, numa tentativa de padronização do desempenho da assistência e da gestão da AB. A necessidade de um parâmetro de desempenho padrão advém da concepção de reforço positivo, ancorada na Teoria da Administração Científica, premiando ou punindo, conforme os resultados se enquadrem ou não na média padronizada. Por outro lado, constata-se também a presença de elementos representacionais ancorados nos princípios e valores defendidos pela RSB, relacionados ao cuidado integral, respeitando as particularidades de cada território e as necessidades e satisfação dos usuários.

Foi identificada, também, uma representação da assistência à saúde com foco nas ações programadas, de cunho preventivista e ancorada no modelo biomédico e no modelo de vigilância em saúde. De outra forma, e de modo quase inexpressivo, aparece na política a consideração de parâmetros da realidade local, das particularidades dos territórios e comunidades e a atenção de cunho integral, que se ancoram no modelo biopsicossocial adotado pela PNAB.

Estas concepções ancoradas em modelos antagônicos, no discurso oficial, traduzem as ambiguidades presentes no contexto real, da dinâmica da vida social, próprias do fenômeno representacional que exprime forças ligadas à matriz hegemônica e aquelas frutos do impulso de mudança. Estes múltiplos planos que atravessam as agendas políticas se estendem e geram ações dúbias, com grandes implicações para o cenário micropolítico, onde se dá o cuidado.

O estudo aponta, portanto, a necessidade do desenvolvimento de uma metodologia avaliativa, compatível com o modelo adotado para a AB, e o aprimoramento de instrumentos de escuta dos muitos atores, no sentido de serem ao mesmo tempo exequíveis e dialogarem com as realidades locais. Mesmo considerando essa abordagem um grande desafio, deve-se ponderar também que uma política avaliativa só agregará resultados, no sentido de disparar mudanças qualificadoras

do cuidado, se atribuir um novo significado para a prática cotidiana dos sujeitos no seu território e no seu agir na produção do cuidado.

No cenário do cuidado, as políticas e programas se constroem por meio da subjetividade de trabalhadores e usuários, dentro das especificidades locais. Assim, reafirma-se a inseparabilidade da macro e micropolítica (AYRES, 2009; SANTOS FILHO, 2009), bem como o papel dos usuários como construtores do SUS. A avaliação da AB não pode se distanciar destes locais de práticas, onde as políticas se concretizam ou não, já que constitui um espaço de intencionalidades e subjetividades dos atores e representa o trabalho real, produzido pela legitimidade dos diferentes núcleos de saberes. Uma avaliação que se coloca longe deste cenário está distante e falando numa linguagem que não é a do cotidiano do cuidado, correndo risco de comprometer os resultados almejados, apesar dos custos e esforços empreendidos.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1727-1742, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002>. Acesso em: 07 jun. 2014.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T. W. F.(Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: 2011.p.138-172. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T. W. F.(Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: 2011.p.52-81. Online: disponível em:<www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 05jun2014.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados.**Physis**, Rio de Janeiro, v. 19,n. 4,. 1007-1028, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jun 2014.

BERGAMINI, C. W. Motivação: uma viagem ao centro do conceito. **GV executivo**, v.1, n.2, nov. 2002 / jan. 2003. Disponível em: <<http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/1716.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília-DF, p.35, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Portaria nº 1654 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 União**, 20 de julho de 2011, Brasília-DF.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de avaliação quantitativa de dados textuais. In: PAREDES, A. S. et al. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária – Universidade Federal da Paraíba, 2005. Disponível em: <http://www.laccos.com.br/pdf/Camargo2005_alc.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Debate sobre o artigo de Conill. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p. s17-s19, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 05 jan. 2015

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup1: S7-S27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R.C.D.; ANDRADE, M.A.C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>>. Acesso em 10 jan 2015.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06>>. Acesso em 03 fev. 2015.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 17-44. Disponível em:<<http://pt.scribd.com/doc/61566294/Representacoes-Sociais-Cap-01-Jodelet#scribd>>Acesso em 02 fev. 2015.

MERCADO, F. J. et al. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M.(Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 3. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p.22-62.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2005, p. 404.

PALMONARI, A.; CERRATO, J. Representações Sociais e Psicologia Social. In: ALMEIDA, M.F.S.; TRINDADE, Z.A.(Org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Tecnopolitik, p.305-332, 2011.

SANTOS, M. F. S. A teoria das representações sociais. In: SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, L.M. (Org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE/Ed. Universitária da UFAL, 2005, v. 1, p. 13-38.

SANTOS FILHO, S.B. **Avaliação e Humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí, 2009, 272p.

SERAPIONI, M. avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M.(Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 3.ed.Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p.207-228.

SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00172.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Avaliação da Qualidade ou Avaliação Qualitativa do Cuidado em Saúde. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, J. (org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 75-98.

5.2 CONCEPÇÕES DE QUALIDADE NO CUIDADO CONSTRUÍDAS PELOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA: DO DIREITO DECLARADO AO DIREITO EFETIVO

Inicialmente foram apresentados os sujeitos de pesquisa, em seguida os resultados, organizados nos três temas principais, que emergiram do relato dos entrevistados. Algumas falas foram literalmente reproduzidas, dada sua potência e representatividade. Em seguida uma breve análise do conteúdo destas.

5.2.1 Sujeitos do campo de pesquisa

Os dez usuários entrevistados se constituíram em oito mulheres e dois homens, com uma idade média de 50 anos, variando de 45 a 70 anos. Do conjunto deles, sete são casados, dois são solteiros e um está separado e mora sozinho. Todos os casados têm filhos, variando de um a três filhos. Dois deles tem curso universitário, três cursaram até o ensino médio, sendo que destes dois fizeram cursos profissionalizantes, e os cinco restantes cursaram apenas o ensino fundamental. Quatro deles são aposentados, uma é cabeleireira, um é armador, mas está desempregado há dois meses, e uma é missionária. Três nunca tiveram emprego, sempre cuidaram da casa e dos filhos. Três dos entrevistados usam planos de saúde privados, mas continuam a frequentar a UBS. Sete usuários são hipertensos, sendo que quatro destes são também diabéticos e um destes três é portador de coronariopatia. Uma das hipertensas é portadora de valvulopatia reumática. Todos eles tiveram seus nomes preservados, sendo adotados nomes fictícios. Nas citações ao longo do texto foram inseridas, após o nome do usuário, a sigla V referindo-se ao município de Vitória, e VV ao município de Vila Velha.

5.2.2 As representações sociais de qualidade construídas pelos usuários

Dos relatos dos usuários, emergiram três temas principais relativos às concepções da qualidade no cuidado: a garantia de acesso aos serviços da UBS; a continuidade do cuidado na rede de serviços e a comunicação efetiva nos encontros entre usuários e trabalhadores. Na fala dos usuários entrevistados predominam, inicialmente, os elementos de uma imagem especular, expressão da não qualidade,

por meio da qual estes sujeitos sociais vão apresentando seus ideais de um cuidado qualificado.

5.2.3 A garantia de acesso ao cuidado na UBS

Os principais elementos abordados pelos usuários neste tema, como aspiração por um cuidado qualificado, foram as agendas abertas e o acolhimento efetivo das necessidades em saúde. Nas vivências destes sujeitos de pesquisa predominaram as agendas endurecidas das equipes de saúde e a falta do acolhimento efetivo às necessidades, denotando um processo de trabalho que não é centrado no usuário e com grande tensão nestes cenários de prática.

Um importante elemento da RS de qualidade, construída pelos usuários da AB, é a flexibilidade das agendas das equipes de saúde, expressa nas entrevistas como a aspiração por agendas abertas, possibilitando o acesso e acolhimento às demandas quando estas venham a se apresentar, e denotando um processo de trabalho centrado no usuário.

Porque precisa médico, agenda, muitas vezes a pessoa vai cedo lá pro posto, pra unidade, chega lá as fichas, as senhas, né, termina e muita gente fica sem ser atendido. Então, tá certo que tem que ter os dias marcados, só que eu vejo assim, que deveria ser todos os dias. E não um dia só. (...) Por exemplo, vai na segunda-feira. Oh, hoje não tem não, mas quarta-feira tem. Então, assim. Entendeu? (MARIZA, V)

Porque esse negócio de agendamento, também eu acho assim: podia consultar direto. Mas aí vira bagunça. Agendado fica mais em ordem. Podia todo dia, chegar lá e consultar. Mas não pode, tem que agendar, né? Tem que ter agendamento, porque tem muita gente, senão vira bagunça, né? (LAURA, V)

Alguns dos usuários entrevistados atestam a melhoria do acesso aos serviços da AB, com a chegada da UBS no território. Relembrem as grandes dificuldades, de acesso geográfico e organizacional, quando se deslocavam para unidades de saúde em bairros distantes e muitas vezes dependiam de ajuda de amigos, que trabalhavam nestas UBS de outros bairros, para conseguir uma consulta.

Oh, então o que mudou: na época, eu precisava, eu falava assim: ô amiga, você pode conseguir uma ficha pra mim que eu vou mais cedo pra conseguir. Ela falava: vem que eu vou falar com Fulano de tal, que você não vai ficar sem ser atendida, não. Agora, não. Agora tudo mudou. (Risadas). Graças a Deus. Hoje é outra coisa. (MARIZA, V).

Mudou bastante. Sei que cá melhorou bastante. Lá, ia consultar e não conseguia ficha, tinha muita gente, tinha que voltar outro dia. E aqui não, aqui já tem a demanda, se não conseguir marcar, tem a demanda. Eu acho

que lá também, nem lembro bem, tinha que ir bem cedo, era mais difícil, tinha o limite da consulta. Se não fosse muito cedo não conseguia. Tinha que voltar outro dia mais cedo (LAURA, V).

A presença da UBS, no entanto, não representa garantia de acesso oportuno, sendo denunciadas pelos usuários barreiras organizacionais constituídas pelas agendas engessadas que geram consideráveis filas nas datas de agendamento de consultas ou diariamente para pegar as senhas ou fichas com a ordem do atendimento da demanda espontânea.

Porque eu acho que não tinha necessidade da gente passar por isso. Igual esses dias, minha irmã levantou três horas da manhã pra ir lá marcar ficha. Quando chegou lá, não consegui. Porque chegando lá, só ia dar dez fichas, e já tinha dez pessoas na frente dela (BEATRIZ, VV).

Fica evidente nas falas acima, de Mariza, Laura e Beatriz, a disputa entre a subjugação à lógica normativa do processo organizacional das equipes de saúde e a crença dos usuários em uma agenda flexível como garantia de acesso oportuno.

A demora das datas de agendamento de consultas médicas com os profissionais da ESF, chamou a atenção durante a observação nas UBSs. Neste caso específico, a observação foi realizada no dia 06 de agosto e o agendamento de consulta com a médica de uma das equipes ainda seria no dia 27 deste mês.

O guarda da UBS abre a porta e pergunta se alguém tem consulta agendada para o horário de 7 ou 7h30. Umas duas pessoas tinham e foram então entrando na unidade. Os demais aguardaram na fila. Algum tempo depois, a fila começou a andar e as pessoas foram entrando em fila e dirigindo-se ao guichê da recepção onde duas atendentes orientaram as pessoas. Ao passar pela porta da unidade, a senhora idosa viu um quadro de avisos com os dias de agendamento dos médicos de cada uma das seis equipes. Ela se demorou lendo o dia indicado para a Dra. Sônia. Estava escrito: Agendamento: Dra. Sônia: 27/08/2015. Ela pergunta à senhora à sua frente: Isto é dia 15? Ela explica que a marcação pra Dra. Sônia será dia 27 de agosto, o 15 é o ano, 2015. (DIÁRIO DE CAMPO V, 06/08/2015, 06h40, na fila no portão da unidade).

Destaca-se no relato acima que, no processo de trabalho das equipes, prevalece o foco nas ações programadas e não nas necessidades dos usuários, uma vez que aqueles com consultas agendadas entram primeiro, em detrimento dos usuários com necessidades mais urgentes, que continuaram esperando na fila. Relato semelhante foi encontrado por Sarti (2015, p. 46), segundo o qual as ações programadas ocupam grande parte das agendas dos trabalhadores e os atendimentos não agendados são “fortemente desvalorizados pela equipe”. O autor afirma ter escutado no campo de pesquisa que “a programação da atenção é a alma da ESF”.

A observação caracteriza também uma dificuldade das equipes de trabalharem a equidade, que implica em tratar de modo diferente sujeitos com necessidades e oportunidades desiguais, com diferentes níveis de vulnerabilidade e de urgência, consideradas dentro do contexto e da singularidade de cada caso. Parece prevalecer a ordem da fila que privilegia os mais fortes em detrimento, muitas vezes, dos mais necessitados. A lógica da ordem de chegada é a mesma que seleciona os mais competentes em uma sociedade, aludindo ao que poderia se chamar de um tipo de darwinismo social, segundo Merhy (2015).

Eu só acho que as agendas dos médicos demoram muito a abrir. Tipo assim, a gente tem que madrugar! Parece, acho que é de quinze em quinze dias. Mas às vezes o médico está de férias ou num congresso... Aí não abre (Roberta, V).

Mais uma vez percebe-se na organização do processo de trabalho uma desconsideração, tanto das necessidades dos usuários quanto da complexidade da atenção ofertada e a sobrecarga enfrentada pelas equipes de saúde. Asensi (2010) afirma que a efetivação dos direitos declarados depende hoje muito mais da sociedade do que do aparato jurídico. Nesse sentido os usuários tensionam as equipes no intuito da resolução de seus problemas de saúde.

Um senhor idoso tenta uma consulta com o médico da equipe de saúde. Depois de se dirigir aos guichês, o senhor se senta e diz: "Tudo é difícil..." Alguns minutos depois ele volta ao guichê: "Quero mostrar os exames pra Dr. Marcos, os exames estão ficando caducos e não consigo marcar consulta". Depois de um tempo outra usuária chega e diz: Quero uma ficha. Um trabalhador da recepção responde de trás do guichê: "Tem mais não. Esse horário nem a funcionária que marca está aqui mais. Tem que chegar mais cedo." Usuária sai com ar de raiva, sem dizer nada. (DIÁRIO DE CAMPO, 02/07/2015, 9h.).

Luz (2007) considera que estas posturas de muitos profissionais diante dos usuários advêm do processo histórico-político do Brasil, que gerou uma sociedade civil fragilizada frente ao Estado e com noções confusas dos limites entre o individual e o coletivo e conseqüentemente entre o público e o privado, favorecendo atitudes individualistas e controladoras por parte de alguns cidadãos ao adentrarem instituições representativas do Estado. Em muitas instituições os trabalhadores, ao contrário de defenderem a sociedade civil, da qual fazem parte e de onde emergem seus proventos, passam a adotar posturas autoritárias e assumem a defesa do Estado. Por sua vez a usuária, diante da desresponsabilização do trabalhador, resiste com as ferramentas que dispõe. Algumas vezes a rebeldia é a única estratégia de sobrevivência.

Durante a observação, a fala de alguns usuários se destacou. Por exemplo, uma usuária que pontuou a intolerância das pessoas com o serviço público.

Numa manhã em que cerca de 10 pessoas aguardavam o 'acolhimento', uma senhora começou a reclamar da demora apesar de ter esperado menos de 15 minutos. Muitos dos outros usuários ecoaram estas queixas contra o 'postinho' e contra o SUS, todos muito irritados, falando alto e de modo grosseiro. Nesse momento uma fala ao meu lado chamou a atenção, primeiro por seu tom calmo e num volume baixo; ela disse: "Como as pessoas são intolerantes com o serviço público! Essa moça devia ir lá no pronto socorro do hospital particular, pra ver a quantidade de gente! E lá ninguém dá atenção. Reclamam que aqui têm que passar antes pela enfermeira, quem dera, que lá, uma enfermeira viesse na sala de espera pra te dar uma orientação". Depois de conversar um pouco descobri que aquela senhora era usuária da UBS e de um plano de saúde privado. Ela me explicou que sempre ia primeiro à UBS porque lá eles explicavam melhor sobre seus problemas e depois fazia os exames pelo plano (Diário de Campo, 18/082015, 8h., na recepção dos consultórios, VV).

Este relato reforça a tensão vivida hoje nas UBSs por toda a equipe de trabalhadores e pelos usuários. Fica claro que a UBS é local de negociação e luta de interesses. Entendi o que me chamou a atenção no início da observação, e foi relatado no diário de campo: a presença dos guichês com vidros, separando os trabalhadores e os usuários.

A dificuldade de acesso e as respostas desencadeadas foram temas difíceis porque vão de encontro às normas do grupo de usuários, e assim foram abordados na zona muda da RS (MENIN, 2006). A zona muda implica na denúncia de algo que o usuário entende como fora da norma e, assim, a denúncia não se dá de forma explícita, mas por meio da reprodução da fala do outro. Os usuários denunciam o hiato entre o direito declarado, a universalidade do acesso (BRASIL, 1990a, 1990b) e a sua possível efetivação nos espaços do exercício do cuidado, território onde se concretizam as lutas entre os diversos interesses e intencionalidades.

A dificuldade de acesso aos serviços das UBSs ganha relevância considerando-se que as equipes de saúde deveriam ter governabilidade sobre as respectivas agendas, como declarado na norma (BRASIL, 2011a), mas percebe-se na prática muita dificuldade na efetivação deste acesso de modo oportuno e a presença dos usuários insistindo nos seus direitos. Isto gera muita tensão no encontro entre trabalhadores e usuários, como pode ser percebido no relato de Laura:

Reclamando que vai consultar e não consegue, vai marcar e não consegue. Quando fico lá na fila, escuto o pessoal falando. A mulher chegou lá, quebrou o vidro, onde fica as meninas atendendo, quebrou tudo. Eu já vi.

Reclama que querem ser atendidas. Aí a pessoa diz que não pode atender, tem que seguir o agendamento. (LAURA, V)

O processo de trabalho centrado no usuário demanda acolhimento das necessidades no momento em que surgem, considerando a urgência definida pelos profissionais e pela ciência, mas também a urgência percebida pelo sujeito, pelo significado que ele atribui ao seu problema. O acolhimento, nas duas UBSs estudadas, pareceu considerado como uma espécie de triagem, com local e horário definidos, reducionismo que traz aos usuários a certeza de que só podem contar com a UBS para atendimentos eletivos, programados. No entanto, percebem-se nos relatos posturas de ação, de luta para instituir o direito ao cuidado.

Tem coisas que aqui na unidade de saúde não atende, né? Então, o que acontece? Vai direto pro PA Direto pro PA Simplesmente, porque no posto não pode ir sem ser agendado. Não atende. Não atende se não tiver agendado. Se for na demanda, a demanda é de manhã. É cedo. Ir cedo. E quem é que vai saber se amanhã vai estar doente? (MARIZA, V).

Mas você tem que ir cedo também para a demanda, se você for muito tarde, aí a demanda já acabou. Já tá tudo preenchido. E também se eu não conseguir, eu vou embora e depois eu volto lá, mas tem gente que arma o barraco (LAURA, V).

Aí você tem que correr pro PA da Glória. Tem que correr pro PA! (BEATRIZ, VV)

Destaca-se também na fala acima que, longe de se vitimizar, os usuários traçam seus caminhos na busca do cuidado. Desenham na rede de serviços outras portas de entrada no sistema, cuja preferência é definida pela urgência percebida, diante de uma determinada necessidade. O usuário procura usar o território em defesa de si mesmo. As normas institucionais não conseguem cercear o seu protagonismo em traçar na rede de serviços os caminhos que lhes parecem mais adequados na resolução de seus problemas de saúde (MERHY, 2015).

Alguns dos usuários do município de Vila Velha associam qualidade no cuidado ao modelo de atenção praticado na década de 1980, época em que, segundo eles, o acesso aos serviços da unidade de saúde era garantido. Nas entrevistas percebe-se que aqueles profissionais que permaneceram muitos anos nas mesmas unidades desenvolveram um grande vínculo com a população. Este fato pode ter favorecido uma relação entre este modelo de atenção e a qualidade, observados na representação elaborada por alguns usuários do município de Vila Velha.

Eu lembro porque justamente eu usei muito. Eu tinha três filhos seguidos e os pediatras eram todos ali. Eu tinha cardiologista, ginecologista, clínica

geral. Corria lá e era atendida. As enfermeiras na área também muito boas. Eu não tenho nada a reclamar, e eu sempre falo, gente, seria tão bom se voltasse a década de 80! (MARTA, VV).

Hoje em dia tem o programa de Médico de Família, mas na realidade o Médico de Família era naquela época. O médico conhecia todo mundo. Era muito mais próximo. Se tinha uma festa junina na rua, o médico vinha. Ele gostava de tomar cerveja e fumava, e era cardiologista... (risos) Mas ele vinha tomar cerveja, sentado com o pessoal, batendo papo. Hoje em dia, você vê o médico chegar num lugar, ele passa e não dá nem bom dia (JOÃO, VV).

Antigamente tinha todos os médicos, ginecologista, pediatra, clínico geral. Ah, eu nem sei quando que começou esse negocio de médico de família. Já tem muito tempo já, acho que já tem uns dez anos que tá nisso já. Tinha todas as especialidades. Ah! E ficavam trabalhando mais tempo. Ficava nossa! Ficava muito tempo (BEATRIZ, VV).

Alguns destes médicos especialistas ainda trabalham em unidades de saúde que não aderiram à Estratégia de Saúde da Família e, paralelamente, nas unidades de saúde onde a estratégia foi implementada, vínculos trabalhistas precários contribuem para uma grande rotatividade, especialmente dos profissionais médicos. Nestas unidades, as Equipes de Saúde da Família não contam com o suporte especializado, uma vez que, segundo informação da Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2014), o município não institucionalizou o apoio matricial. Dessa forma, alguns usuários reivindicam o direito de escolher a unidade de atendimento, acreditando na maior qualidade do cuidado nas unidades onde os profissionais permanecem trabalhando por mais tempo e são especialistas.

Percebe-se mais uma vez nas falas acima a luta entre a subjugação à normativa definida pela ESF e a postura do usuário que insiste no que acredita ser o seu direito de escolha.

Eles falam que é o contrato de médico, né? É isso que eles falam, que o contrato deles é de um ano. Todo ano é contrato, todo ano um novo médico. É igual a gente que mora aqui, que a gente querendo consultar lá, não pode. Lá tem pediatra, ginecologista e clínico. Os médicos que trabalham lá são os médicos mais velhos, os mais antigos, né? (BEATRIZ, VV).

Na representação de qualidade construída pelos usuários encontramos, como um dos elementos importantes, o desejo de liberdade na escolha da equipe de saúde que ofertará os cuidados de nível básico, entendidos como na PNAB (BRASIL, 2012a) cuidados essenciais, de base, que ordenam todo enfoque de saúde dentro do sistema. A territorialização e adscrição cerceiam o direito a uma escolha importante para estes sujeitos, em busca de solução para seus problemas de saúde e de vida (MACIEL *et al.* 2012). Estes preceitos da AB, advindos do modelo de

vigilância em saúde (COELHO, 2010), muito influenciado pela epidemiologia, são condições importantes para o estabelecimento de vínculos, para que as equipes assumam responsabilidade sanitária sobre a situação de saúde de uma comunidade, e também fundamental para o acompanhamento longitudinal destes usuários. A questão é adotar o mesmo modelo de atenção em uma proposta de tamanha complexidade e em municípios com condições tão diversas (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

A territorialização e adscrição constituem uma dificuldade, especialmente em municípios com mais de 100.000 habitantes, segundo muitos autores (MACHADO, LIMA, VIANA, 2008; CAMPOS, 2008; PAIM, 2009). Nestes grandes centros urbanos uma grande parcela dos usuários tem o contato prioritário em pronto atendimentos, com enfoque tipo queixa-conduta, centrado na doença e com forte tendência medicalizadora, sem abordar o contexto onde se originaram os problemas e com baixa resolutividade e grande iatrogenia (CAMPOS *et al.*, 2010). Deslandes (2002) relaciona o fato, além das barreiras ao acesso nas UBSs nestes grandes centros, como as distâncias, por exemplo, entre a residência e o trabalho e a falta de horários alternativos nas agendas, também à própria sistemática de organização dos serviços de urgência que detém maior resolutividade nas questões pontuais, parecendo aos usuários melhor qualidade na atenção ofertada.

Para que o acolhimento desencadeie ações cuidadoras, prescinde da escuta qualificada do usuário e da comunidade de modo a favorecer a compreensão das suas demandas e do contexto onde foram construídas. A garantia de escuta e de acolhimento às demandas reforça o vínculo entre equipe e usuário e fortalece o sentimento de responsabilização da equipe pela situação de saúde da comunidade (CECÍLIO, 2001; FRANCO, MERHY, 2003; MATUMOTO, 2003; PINHEIRO, LUZ, 2005; TEIXEIRA, 2005). Cecílio (2001, p. 115) define o vínculo como “o rosto do sistema de saúde para o usuário”. Isto se evidencia no relato de Nilo:

Vou lá nesse negócio de tuberculose, mesmo se tiver uma dor de cabeça. Até eu marcar aqui... Tem gente que é privilegiado. Igual eu, sou privilegiado. Se eu ver que eu tô precisando muito, e não tá dando pra ser atendido rápido, eu vou lá. Eu não sei, eles me conhecem lá até hoje, mesmo que já tenha curado. Acho que esse negócio é acompanhamento pra vida toda, porque eles sempre dão apoio. (NILO, V).

Nilo mora a poucos metros da unidade de saúde e apesar da maior acessibilidade geográfica construiu vínculos mais efetivos com a equipe de referência em TB. Ele terminou o tratamento há cerca de cinco anos e a referência de serviço de saúde dele é o ambulatório de TB. Lá ele se sente reconhecido, há na sua fala um forte sentimento de pertencimento, cumplicidade e vínculo, como não encontramos na relação dele com a equipe da UBS.

Não eu, eu não digo por mim, mas por outras pessoas. Porque que acontece das pessoas terem sempre agendado e sendo que tá agendado no dia que vai se consultar, o médico não aparece. (...) Não, aí as pessoas deixam seu serviço, deixam um serviço, outros longe de casa, pra tá, pra vir ser consultado e acontece uma coisa dessas. Eu acho que isso é que deve ser mudado. Isso não pode estar acontecendo. Evitar essas coisas (MARIZA, V).

Hipertensa e diabética, realizou cirurgia cardiovascular alguns anos antes. Relata que o serviço onde era atendida parou de funcionar e disseram que era porque o governo não pagou. “Operada, consultava todo mês lá, e eles deixam a gente assim, nem têm consideração! Todo mês eu ia lá. Eles deviam ter falado: só vamos atender dessa vez. Aí moço, se quiser consultar, tenho que pagar 250,00 de consulta. Isso sem contar os remédios, porque tem uns que só pagando. Olha, ninguém cuida da gente. Só a mãe que cuida de nós!” (DIÁRIO DE CAMPO VV, 07h20, nas cadeiras em frente à sala de preparo).

Alguns relatos de outros usuários reafirmam a desresponsabilização para com a situação de saúde da população e são representados na zona muda, denotando a não conformação dos usuários com tais fatos. Estas posturas refletem também a aposta societária na vida como bem privado, ou seja, do cerceamento dos direitos de alguns grupos em prol de outros (ASENSI, 2010). Estes comportamentos ameaçam a qualidade do cuidado ofertado e comprometem a consolidação de todo o SUS (MERHY, 2015).

As doenças crônicas, especialmente a hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus (DM), ocupam grande parte das agendas das equipes de saúde. O MS implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA) em 2002, com a recomendação de uma abordagem interdisciplinar, trabalhando a educação em saúde como chave na prevenção e promoção de saúde, objetivando a autonomia crescente dos usuários portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2002). No entanto, na prática, os usuários entrevistados abordam o HIPERDIA como a forma de se atualizar ou “trocar” as receitas médicas, sendo estas o foco do HIPERDIA.

Um senhor reclama que não tem remédio de pressão. A técnica de enfermagem pergunta quem é seu agente de saúde. Ele não sabe o nome da agente. Ela pede então que ele volte até a recepção e veja se ainda dá pra passar pela demanda. Depois de um tempo ele volta irritado e diz que não tem mais vaga e que ele está com a pressão alta porque a cabeça está doendo. Ele é então encaminhado para a sala de preparo. Depois de alguns minutos ele volta e senta-se próximo aos usuários que aguardam. Algum tempo depois um médico passa e ele então segura na mão dele e fala: Oh, doutor, eu tô sem remédio e essas enfermeira me mandam pra lá e pra cá e a receita que é bom ninguém me dá". O médico então chama a técnica e ela explica que ele irá ser atendido pela médica da área dele. "É só esperar um pouco!" Quando os profissionais se afastam ele reclama, precisa de tudo isso pra conseguir uma receita, tô cansado de esperar! Uma senhora então argumenta com ele: E porque o senhor não veio no Hiperdia, lugar de pegar receita de pressão é no Hiperdia! (DIÁRIO DE CAMPO V, 18/08/2015, 8h30, na recepção dos consultórios na UBS).

Amanhã eu vou lá. Que amanhã é dia de trocar a receita, né? A diabetes não estava muito controladinha não, que agora estou usando até de 850, a Metformina. (DENISE, VV).

A construção da representação de um dado fenômeno social ocorre por meio dos processos de objetivação e ancoragem (MOSCOVICI, 2005; JODELET, 2002). Estes processos, no caso do HIPERDIA, têm suas bases em estímulos diversos, muitos deles são frutos dos encontros com as equipes de saúde nas UBSs. A medicação tornou-se o principal elemento do cuidado ofertado pela equipe no HIPERDIA. Esta afirmação foi confirmada no estudo de Sarti (2015) que mostra o quanto a renovação de receitas para usuários portadores de doenças crônicas gera tensão e conflito para as equipes de saúde. Esta imagem está fortemente ancorada ao modelo biomédico curativo e à concepção de saúde como ausência de doença, que, mantendo-se hegemônicos nas instâncias do cuidado, alimentam esta representação.

Três usuários, dentre os cinco entrevistados no município de Vitória, referiram-se a um grupo de educação em saúde que era realizado mensalmente com os hipertensos e diabéticos. Os usuários elogiaram, sobretudo, o fato de serem abordados temas diversos sobre a vida em geral, extravasando as normativas e prescrições sobre as doenças. Mas os encontros foram interrompidos e não sabem o motivo nem se e quando serão retomados.

Então eram as duas, a doutora e ela participava e uma psicóloga e sempre vinha uns grupos da UFES, né? De escolas, pra poder falar com a gente sobre a saúde, sobre a alimentação, sobre ginástica, tudo da vida. Então, sempre houve, esse grupo ele era muito bom, dava assim um entendimento da gente, assim, de como viver melhor, né? Elas passam coisas, dica pra gente. Aí, então, sempre que a gente precisava de alguma coisa, já tava próximo ali do médico (MARIZA, V).

Destaca-se também, na fala acima, a importância estratégica, na concepção da usuária entrevistada, de se estar próxima do médico, como uma facilidade na resolução de problemas, caracterizando mais uma vez a postura assumida pelo usuário no cuidado de si. Ao se aproximar da área da saúde, aprende a utilizar os recursos do sistema conforme a “vista do seu ponto de vista” (MERHY, 2015). Ao utilizar este curioso trocadilho, o autor nos mostra que, para que os encontros nas instâncias micropolíticas se efetivem e se traduzam em ações cuidadoras, é necessário que o trabalhador “saia” do seu ponto de vista, no sentido de compreender o ponto de vista do usuário e, além disto, compreender a vista do ponto, que seria todo um contexto amplo em que aquele ponto de vista foi construído. Chama a atenção a enorme complexidade do trabalho assumido pelas equipes de saúde da ESF.

Os hábitos e o estilo de vida são temas que desafiam a AB especialmente com relação às doenças crônicas, e o empenho de alguns profissionais na abordagem destes temas está presente no relato de alguns usuários.

Esse negócio tá sendo bem cuidado. Eu que moro aqui, vejo todo dia o pessoal passando pra ir lá nesse hospital [se refere à UBS]. Especialmente as mulheres grávidas, fazem o pré-natal direitinho. E vejo o pessoal que bebe muito, e já está conseguindo parar de fumar. Eles colocaram adesivo no peito, depois tira do peito e bota nas costas. Eles estão conseguindo, pelo menos tem dois aí que já pararam de fumar de verdade. Mas do jeito que eu vejo essas doutoras fazerem aqui, buscam as pessoas na rua e conversam e convencem elas a mudarem de vida. Elas são bem dedicadas. Não vejo as pessoas fazendo isso em outros postos de saúde (NILO, V).

Ayres (2004, p. 586) questiona a abordagem restrita à correção de disfunções e a prevenção de riscos, desconsiderando a subjetividade e os “projetos de felicidade” construídos pelos usuários para suas vidas de modo mais amplo. As orientações dos profissionais, para ter significado, devem se alinhar a estes projetos. Tesser (2006) discutiu, quando da reformulação da AB, a necessidade de estratégias no sentido de se minimizar o potencial medicalizante do saber biomédico, especialmente em um modelo como a Saúde de Família, que adentra as casas dos usuários. Com relação à prevenção, alerta o autor, as questões relativas aos conhecimentos de higiene, estilo de vida e autocuidados podem acrescentar autonomia aos usuários, caso sejam validados no contexto de vida e conforme as especificidades de cada sujeito. Mas grande parte das orientações ganha caráter

prescritivo e perde em significação para a vida prática e empoderamento dos usuários.

A dificuldade de acesso ao cuidado na própria UBS está presente nos relatos dos usuários da unidade de saúde de Vila Velha, município com cobertura de AB de 37,7% da população (BRASIL, 2014), e com vínculos trabalhistas precários e ausência, ou grande rotatividade, do médico nas equipes de saúde, com enorme prejuízo dos vínculos com as comunidades e grande tensão no ambiente de trabalho. Esta dificuldade foi relatada de modo diferenciado pelos entrevistados do município de Vitória, com cobertura de AB a 100% da população (BRASIL, 2014). Neste município, onde se tem o médico vinculado ao território por muito tempo, percebe-se que, mesmo com toda a estruturação da AB deste município, a lógica de trabalho não é centrada no usuário, uma vez que, para que o trabalhador usufrua de seu direito, os usuários têm que abrir mão dos seus. Em Vitória foi questionado o fechamento da agenda de consulta médica quando da ausência do profissional, para férias ou congressos, por exemplo, sem a substituição.

As barreiras ao acesso à própria UBS mostram dificuldades das equipes de saúde de assumirem o cuidado aos usuários como o centro de seus trabalhos, e refletem obstáculos enfrentados por trabalhadores, nem sempre sob sua governabilidade. As deficiências de ambiência, que na maioria das UBS dificultam a privacidade e a escuta qualificada (GARCIA *et al.*, 2015), a demanda crescente e os vínculos trabalhistas cada vez mais frágeis são exemplos destes obstáculos (CAMPOS *et al.*, 2010), mas esta dificuldade das equipes é também fortemente determinada por posturas ético-políticas dos trabalhadores frente às necessidades dos usuários. As concepções de vida, bem como aquelas relativas ao seu papel de trabalhador de saúde frente ao sofrimento do outro determinam em grande medida o comportamento do profissional (MERHY, 2015). Da mesma forma, a compreensão de seus direitos como cidadão, frente ao sistema de saúde e ao Estado, define a postura do usuário (LUZ, 2007).

Da análise dos relatos, entende-se que a qualidade no cuidado na AB está representada para os usuários por meio do acesso efetivo aos serviços da UBS, com garantia de acolhimento às demandas e um processo de trabalho centrado no usuário. Os aspectos relativos a este elemento da representação são mencionados

dentro das dimensões de qualidade, como acessibilidade organizacional, inserida dentro da dimensão aceitabilidade, por Donabedian (1984); ou abordada separadamente, como Vuori (1982), Maxwell (1984), Lee Jones (1991) e Serapioni (2013). Já os elementos relativos às posturas de acolhimento, ao vínculo e à responsabilização foram incluídos na dimensão aceitabilidade, como o fez Donabedian (1984), referindo-se à relação médico-paciente e ao tempo de espera, ou como Lee Jones (1991), que traz uma dimensão separada e denominada de relação contínua e estreita entre médico e paciente. Ambos focaram apenas a prática médica. Ou ainda, como fez Serapioni (2013), que tratou dos aspectos relacionais, dentro da dimensão aceitabilidade. Vale destacar o modelo de Gattinara *et al.* (1995) que inclui, além da acessibilidade geográfica e organizacional, a acessibilidade cultural apontando para a importância da aproximação entre o universo reificado, incorporado pelos trabalhadores, e o senso comum, o saber do usuário. Ainda no modelo do autor, destacamos a valorização das habilidades comunicacionais de toda a equipe de trabalhadores, constituindo uma dimensão específica.

5.2.4 A garantia de continuidade do cuidado ao longo da rede de serviços

Outro elemento presente na representação de qualidade dos usuários foi a garantia da continuidade do cuidado na rede de serviços que implica em resolutividade na abordagem de seus problemas de saúde. A demora ou a não realização de exames ou consultas especializados e a dificuldade do fluxo na rede de serviços são denunciadas pelos usuários. A AB encontra-se profundamente implicada uma vez que, segundo a PNAB, a ela é atribuída a coordenação do cuidado, ao longo de toda a rede de serviços (BRASIL, 2011a). Segundo Feuerwerker (2014), a grande contribuição da AB é traduzir as necessidades de saúde dos usuários em ações resolutivas, uma vez que as equipes de saúde encontram-se inseridas no seu contexto de vida, no qual estes problemas e sofrimentos são originados.

Às vezes, eles pedem as coisas tão urgente, uma cirurgia de urgência e os exames não saem. Se não sai o exame, não sai cirurgia. E a cirurgia tem de ser feita com urgência, mas sem o exame sair, não faz a cirurgia. E assim as pessoas esperam, esperam... (MARILIA, V).

Num serviço de saúde, é só mesmo as especialidades que é complicado o acesso. É muito complicado e que nunca sai os exames que você tem que fazer. O médico, nem culpa têm, ele pede os exames e você sobe lá na sala, pra marcar, e chega lá não tem, fica rolando a vaga, esperando a

vaga. Você volta pra cobrar, eles falam que não saiu e que tem que esperar mais... Até desisti de tanto esperar! Demora muito. Teve uns dois exames que esperei mais de dois anos. O ecocardiograma, que esperei mais de dois anos. Ou seja, você tem que pagar particular, você tem que se apertar porque você precisa, pra resolver seu problema (ROBERTA, V).

Demora também outras marcações pra especialidade, né? As outras consultas demoram muito, muito. Oftalmologista então você não consegue ali. Por menos de dois, três anos você não consegue (BEATRIZ, VV).

Nas falas acima, fica evidente a disputa entre a lógica normativa da ESF e a resistência imposta pelos usuários que, assumindo o protagonismo do seu cuidado, desenvolvem mecanismos próprios de utilização dos serviços e de conseguirem maior resolutividade para seus problemas. A falta do funcionamento dos serviços, em rede, fortalece a necessidade do usuário em assumir uma postura ativa frente ao seu cuidado, pois do contrário a postura de passividade e subjugação às vias formais do sistema implica na longa espera ou na não resolutividade.

A continuidade do cuidado expressa um dos sentidos do princípio da integralidade e várias estratégias têm sido implementadas para sua efetivação. Feuerwerker (2014) destaca a ESF e as Linhas de Cuidado como estratégias potentes, porém, com relação à primeira, persiste uma abordagem fragmentada sem comunicação entre os pontos de rede de serviços. Além disso, há dificuldade na efetivação de práticas como o acolhimento, que vincularia o usuário à equipe de saúde da AB, mas um grande número de equipes pratica um modelo tipo queixa-conduta, cuja baixa efetividade reduz a adesão dos usuários, especialmente daqueles portadores de doenças crônicas. Todas estas dificuldades, agravadas por condições de trabalho precárias, concentração dos investimentos na atenção especializada e na alta complexidade, enfraquecem a referência da AB para o usuário. A segunda estratégia citada pela autora, as Linhas de Cuidado, focada nas necessidades de saúde e formatadas de modo a atravessar todos os níveis do sistema, demandam mudanças complexas e recursos financeiros e humanos e, assim, foi implantada por um número muito pequeno de municípios.

Parece rápido, é tudo desembolado, rápido. “Faz um exame, coleta logo um sangue pra ver isso...” Quando não resolve ali mesmo, eles mandam lá pra outro lugar, porque coisa de RX é lá. E se não resolver, eles mandam pra outro canto. Nesse negócio, sou privilegiado por ter tido esse princípio de doença (NILO, V).

Compreende-se na fala de Nilo, sobre a resolutividade da referência de TB, o quanto estas barreiras na rede de serviços desqualificam as equipes de saúde da AB e enfraquecem os vínculos com os usuários. O fluxo dos usuários sem a referência do cuidado transforma-se num ir e vir, passando de especialista em especialista com comprometimento da qualidade da atenção e gerando quebra de confiança e de vínculos. Nilo afirma que este “negócio de TB é muito sério”, como se a AB não o fosse, que o carimbo da referência de TB abre as portas de todo o serviço, a ponto de achar um privilégio ter feito tal tratamento.

Como explicitado no relato abaixo, alguns usuários desconfiam dos profissionais que trabalham no SUS, onde não haveria condições de trabalho qualificado. Estes relatos confirmam que a consolidação do SUS se dá nas ações cotidianas dos cenários de prática (MERHY, 2013)

O médico do serviço público, e até o do plano de saúde, eu acho que eles estão ganhando pouco e não saem, por trás de algum interesse. O médico é dono ou sócio de uma clínica que faz exame, então, a consulta serve pra ele mandar pra fazer aquele tipo de exame. Eu acho que é isso é um movimento comercial (...). Aí o que acontece com o médico do serviço público: ganha pouco, mas não trabalha direito. Por isso que o bom médico prefere sair, porque não há condição (JOÃO, VV).

Eu até andei pagando um plano de saúde, até por causa disso. Por eu ter trabalhado em hospital, como se diz, eu já conheço como é. E a gente vê na televisão todo dia, a pessoa chegar e ficar ali esperando na cadeira ou naquelas macas no corredor. Sempre tive pavor, mas não deu mais pra pagar porque o plano de saúde está muito caro, né! (DENISE, VV)

Nesta relação entre o público e o privado, destaca-se mais uma vez a postura dos usuários não como vítimas desta situação, ao contrário: eles adotam as estratégias disponíveis e fazem uso destes subsistemas como melhor convier para o cuidado de algo nobre, que é a sua saúde (MERHY, 2015). Muitas vezes este ir e vir do usuário entre o público e o privado é um recurso que amplia a rede de cuidados, ainda que implique em complicações, muitas delas oriundas da falta de comunicação entre os profissionais (SARTI, 2015).

Cirurgia mesmo eu paguei a consulta particular e o médico me encaminhou pelo SUS. Ele atende pelo SUS. Só que no consultório particular dele. Só que pra você conseguir uma consulta com ele, cê tem que deixar o encaminhamento no posto e o posto tentar marcar. Mas, não consegue. Não consegue de jeito nenhum. Eu também fiz cirurgia de vesícula, mas também não consegui pelo posto. Paguei também a consulta. Você já ouviu falar na clínica X? Então, aí eu paguei as consultas na clínica X e fiz todos os exames e o médico me encaminhou pra o Hospital Y. Aí lá ele fez a cirurgia (BEATRIZ, VV).

Na grave denúncia, encontrada no relato acima, destaca-se a fala aparentemente sem constrangimentos e faz refletir sobre a naturalização que estas práticas de mercantilização adquirem. Mas também questionam em que medida a usuária se utiliza deste momento de entrevista para fazer uma denúncia. Os usuários entendem que têm direito ao acesso a um sistema público, universal e gratuito, muitas vezes se sujeitam a estas práticas diante de problemas de saúde e da morosidade da rede de serviços, porém não entendem estas práticas como corretas nem aceitáveis e por isso as denunciam da maneira possível.

A continuidade do cuidado é elemento importante da RS de qualidade e encontra-se relacionada com as posturas dos trabalhadores das equipes da AB, como afirmado por Travassos e Martins (2004). Reflete especificamente a responsabilidade pela atenção à saúde dos usuários, mesmo quando se faz necessária a avaliação especializada. Mas a resolutividade das equipes encontra-se na dependência também de fatores do serviço de saúde, sobre os quais os trabalhadores não têm governabilidade. A descontinuidade na rede de cuidado força os usuários a criarem novos caminhos e novas portas de acesso na busca pelo cuidado. Assim, o estudo entende que a participação dos usuários vem se colocando de modo crescente e de maneiras informais nestas redes de atenção.

Este elemento da RS foi abordado de modo diferente pelos vários autores: Vuori (1982) utilizou a dimensão denominada de adequação quantitativa de recursos e a sua distribuição; Donabedian (1984) abordou estes elementos nas dimensões aceitabilidade, como acessibilidade, tempo de espera e as comodidades do tratamento, e ainda na dimensão denominada de efetividade e também na de otimização; Maxwell (1984) abordou na dimensão efetividade; e Serapioni (2013), além da dimensão efetividade, utilizou a dimensão das competências técnicas e gerenciais envolvendo trabalhadores e gestores.

5.2.5 A comunicação efetiva nos encontros entre usuários e trabalhadores

Outro elemento da RS de qualidade, construída pelos usuários da AB, refere-se à abordagem dialógica, por meio da qual estes sujeitos sociais têm a possibilidade de colocar suas crenças e valores e conduzir o profissional pelas tantas dimensões envolvidas naquela necessidade em saúde que ali se apresenta. A escuta efetiva e um exame físico adequado são fundamentais para um cuidado qualificado, ao

contrário, os usuários denunciam, como expressão da não qualidade, a clínica degradada e a medicalização, com um processo de trabalho caracterizado pela não valorização das ferramentas leves, que deveriam conduzir todo o processo de trabalho (MERHY; FRANCO, 2013).

Você não tem mais aquele tempo de falar a sua história. Eles não te dão a oportunidade de você dialogar. Eles te fazem uma pergunta, já escrevem, e já te mandam pra outro lugar. Hoje tem exame pra tudo, né? Antes eles valorizavam o toque, a escuta. Hoje em dia parece que não estão formando assim. Hoje, acho que os médicos não têm essa habilidade (MARTA, VV).

Ou então, quando o médico ele não te examina. Não procura ouvir o paciente. Porque tem isso também. Porque, tem médicos que simplesmente eles prescrevem a receita, sem mesmo examinar o paciente (...). Tive que ir num médico, né, então o médico só falou assim, olhou o que que é e falou: Ah, isso é coisa simples, não tem nenhum problema, não. Aí passou um remedinho e pronto. Acho que assim, que o médico tem que ver como é que tá a respiração, se a pessoa tá tossindo, examinar direitinho (MARIZA, V).

Destaca-se nos relatos acima uma tensão entre os processos de subjugação a um cuidado não reconhecido como qualificado e as práticas de resistência. Na postura do profissional, no caso o médico, a desqualificação do sofrimento ou da necessidade do outro, atribuindo uma conotação de simplicidade e pouca investigação e, na fala da usuária, a denúncia mostrando a não conformidade com esta forma de abordagem.

O médico não conversa. A gente até considera que ele ganha pouco, então, parece que ele quer correr para atender mais, né?(...) Esse problema não é só do nível público, não, é da pessoa também. Hoje em dia, você vê o médico chegar num lugar, ele passa e não dá nem bom dia. A gente sabe que às vezes ele não deu bom dia porque ele está pensando no outro consultório, onde ele tem que ir, ou na cirurgia em um outro lugar; o médico fica perdido (JOÃO, VV).

Os usuários percebem as diferenças nas habilidades comunicacionais dos profissionais médicos, e o esforço em justificar a falta destes recursos, como vista no relato acima, sinaliza também a existência de tensão relativa a estas posturas.

A PNAB (BRASIL, 2012a), reformulada em 2011, em consonância com princípios da PNH (BRASIL, 2003c), é mais uma tentativa no sentido da qualificação dos serviços prestados na AB. A valorização da clínica ampliada como base do trabalho das equipes da ESF é uma iniciativa nesse sentido, porém para alcançarmos este patamar é necessário que as tecnologias leves conduzam o processo de trabalho nas UBSs (MERHY, FRANCO, 2013), e o diálogo e o contato são imprescindíveis.

A comunicação efetiva entre equipe de saúde e usuários está na base de todo o processo de trabalho em saúde e define em grande medida os seus resultados. Teixeira (2005, p. 95) define a conversa como a “*Hylé*,³ a matéria do trabalho em saúde”. No entanto, os usuários denunciam a redução do tempo de fala, o pouco interesse nas suas histórias e o foco nos exames e avaliações especializadas.

O médico devia escutar mais o paciente, porque eles não te deixam falar. Aquele dia, que saí daqui da unidade, e fui lá no hospital, no pronto socorro, pelo plano de saúde, ele trocou duas palavras comigo! Lá, o atendimento não demorou 3 minutos. No público, aqui mesmo nessa unidade, naquele dia que passei mal, o médico daqui me deu muito mais atenção. Ele só não podia resolver meu caso porque precisava de um exame de sangue e de um RX e não faz aqui (MARTA, VV).

Teixeira (2005) afirma haver uma crise de alteridade que vai além das instâncias micropolíticas do cuidado e que se relaciona com os processos de formação da nossa sociedade, extremamente sectária com grande dificuldade de lidar com a diferença e, assim, com o outro. Estas dificuldades se agravaram, no campo da saúde, após a consolidação do modelo biomédico hegemônico e o desenvolvimento do complexo industrial da saúde e da medicina suplementar. Estes fatos criaram tipos distintos de cidadãos, cada vez mais apartados. Segundo Luz (2007, p. 297) nas instituições estatais os próprios cidadãos, apesar do discurso da igualdade, abordam alguns usuários como sendo “mais iguais que outros”.

Não falou que era contínuo, não conversou. Se ele botou na receita, eu não vi. Ele me disse muito grosso: “Você não deveria ter parado de tomar o remédio. Você só vai parar com esse remédio se você fizer um transplante de pâncreas”. Eu tomei aquele susto! A pessoa é cardíaca, o cara fala um negócio desses. É deselegante, eu acho que não é profissional. Se ele está num dia ruim, ele podia pensar que eu estou descobrindo ainda a doença. Como que fala um negócio desses? (JOÃO, VV).

Percebe-se claramente que qualidade está associada à escuta qualificada, à capacidade de se colocar no lugar do outro e conseguir entender e se fazer entender. E os usuários insistem, forçam em constituir esta abordagem de escuta nas instâncias do cuidado, ainda que pela estratégia da denúncia destas posturas sem alteridade de alguns trabalhadores.

Muitas vezes ele atendia a gente muito bem, mas tinha dia que parecia que ele estava meio atacado e já não tratava a gente tão bem. Ele muitas vezes respondia a gente mal, a gente perguntava as coisas ele respondia mal. Ou

³ *Hylé*: termo grego que tem o significado de matéria, substância (TEIXEIRA, 2005, p. 95).

não respondia, ficava calado. Mas, nas outras vezes, já tava mais animado. Já respondia bem, perguntava mais (BEATRIZ, VV).

Vale destacar que ao iniciar as entrevistas os usuários abordavam mais os aspectos organizacionais relativos ao acesso à UBS, no entanto, à medida que conduzia a entrevista para aspectos da qualidade no cuidado propriamente, a tônica da conversa recaía sobre o profissional médico. Percebe-se a consistência com que esta profissão aparece na RS do cuidado em saúde. Este estudo assume a inexistência da neutralidade do pesquisador, mas as entrevistas foram abertas, com relatos livres e a condução basicamente no sentido de estimular a fala e a compreensão do assunto abordado pelo usuário.

Igual o caso da Dr^a. Cláudia e Dr^a. Sara, elas conversam, ficam muito tempo com a gente e explicam tudo direitinho... Elas são do SUS. Exatamente. É isso que é a diferença, porque é do médico! Então elas conversam, explicam bem direitinho, eu entendo tudo. Aí o outro médico chega com uma pressa danada, não conversa direito com você, parece que a cabeça dele está em outro lugar e com grosseria! (ROBERTA, V)

Atendem muito bem. As moças atendem muito bem. Os médicos são muito bons com as pessoas, atendem muito bem, tratam muito bem, com paciência. A atitude do médico mesmo, quando entra um paciente. Por exemplo, uma idosa que entra, se ele recebe aquela paciente com amor. E tratar bem as pessoas que não são muito boas de cabeça, eles falam algo sem querer falar, fazem coisas, mas eles entendem, porque eles são doentes, e tratam muito bem. Com paciência, quer dizer isso (MARÍLIA, V).

Segundo Andrade (2009, p. 12) a PNHAH teve como eixo central a mudança na dimensão comunicacional como forma de se enfrentar a violência e a “invisibilidade do outro”. Com a sua ampliação para a PNH, de caráter transversal, atuando em todos os níveis do SUS, caminha-se para a redução do hiato entre a norma e prática nos serviços de saúde (BRASIL, 2003c). Mas os usuários denunciam a falta de espaços de escuta, a falta de alteridade e a falta de capacidade de despertar, no outro, possibilidades de cuidado adequadas a cada singularidade. As equipes de saúde, ainda que multidisciplinares, seguem roteiros, protocolos muitas vezes pouco flexíveis e pouco resolutivos, uma vez que nem sempre agregam significado para o usuário. A questão com que nos deparamos nos relatos foi a de que, muitas vezes, o usuário que não alcança os resultados é culpabilizado. Resultados semelhantes foram apontados por Onocko *et al.* (2014), que mostraram sentimento de culpa por parte de alguns usuários com relação ao fato de não alcançarem os resultados esperados pelas equipes de saúde.

Menos, uma bandinha só. A banana tinha que tirar um pedacinho, a metade da banana, comer só um pedaço, eu amo uma banana, vou fazer o que com o outro pedaço? A laranja, uma bandinha de laranja. O horário de comer de três em três horas. Me deu uma folha assim, um monte, grosso assim, com as coisas que eu podia comer. O que eu podia comer! Tentei fazer, mas eu tirava o pedaço e logo em seguida me dava logo a fome, e eu ia lá e comia logo o outro pedaço. Aí eu falei vou logo comer ela inteira. Me ajudar eles tão falando, falando para mim fazer, eu que tenho que me esforçar para interessar (LAURA, V).

Muitas vezes os esforços dos trabalhadores se concentram em repetir as recomendações ou protocolos, mesmo que os usuários não apresentem significativa mudança. Não se tem o hábito de valorizar as construções elaboradas pelos usuários como potencialidade na resolução do seu problema.

Concluindo, é possível compreender, com base nos relatos dos usuários, que qualidade no cuidado implica em garantia de acesso oportuno aos serviços da UBS, traduzida pela flexibilidade das agendas e acolhimento efetivo às necessidades, denotando um processo de trabalho centrado no usuário. Qualidade é representada também pela garantia de continuidade na rede de serviços, o que implica em resolutividade na abordagem de seus problemas de saúde; e é ainda garantia de espaço de escuta, considerando a subjetividade e a abordagem clínica ampliada.

Vale destacar o tensionamento exercido pelos usuários sobre as equipes de saúde, e sobre o sistema como um todo, ao assumirem a corresponsabilidade do cuidado de si, desenhando novos caminhos nas redes de serviço, utilizando-se inclusive dos subsistemas público e privado, utilizando outras portas de acesso ao sistema, insistindo e denunciando.

Os elementos presentes na representação de qualidade no cuidado em saúde, na AB, construída pelos usuários entrevistados, vinculam-se profundamente à concretização do direito à saúde. No Brasil, o direito à saúde, declarado como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988 e na legislação infraconstitucional, está embasado em três princípios doutrinários: a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 1990a, 1990b). Muitos destes direitos, embora legitimados pela norma, não se efetivaram (TEIXEIRA, SOUZA, PAIM, 2014). Este hiato entre o direito declarado e direito efetivo torna-se evidente na representação de qualidade dos usuários. Estes elementos são expressos na linguagem do senso comum, na forma de quem fala de suas vivências; linguagem

carregada de significado e que muitas vezes não coincide com aquela do universo reificado (MOSCOVICI, 2005; JODELET, 2002).

O direito ao acesso universal ao cuidado em saúde vem se concretizando nos últimos anos (PAIM, 2011), mas não se efetivou como mostram as barreiras organizacionais nas 'portas' das unidades de saúde, a dificuldade do exercício do acolhimento, enquanto postura, e os nós que dificultam a continuidade do cuidado ao longo da rede de serviços.

O direito a um cuidado integral se afirmaria pela consideração do usuário em suas múltiplas dimensões, em sua subjetividade e seu protagonismo diante da própria vida. Mas prevalecem os procedimentos no nível biológico, de forma normativa, centrada nos interesses da ciência e do mercado.

O direito a um cuidado equitativo se efetivaria num processo centrado no usuário, considerando-se a urgência de cada caso, o que demandaria a escuta qualificada, a visibilidade e o respeito pela condição do outro. No entanto reduzem-se os espaços de escuta, de toque e de construção de subjetividades.

5.3 APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE AS CONCEPÇÕES DA POLÍTICA E AQUELAS CONSTRUÍDAS PELOS USUÁRIOS E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A AB

A análise dos documentos oficiais que embasam o PMAQ-AB, realizada pelo ALCESTE, mostra os muitos planos de intencionalidades que atravessam a política e uma ancoragem em modelos antagônicos. Esta ambiguidade faz parte do processo representacional, caracterizando a própria dinâmica social e os momentos de mudanças, nos quais se apresentam as forças em disputa do paradigma hegemônico e aquelas ligadas ao novo modelo que se impõe (JODELET, 2002; MOSCOVICI, 2005). As próprias demandas e necessidades em saúde são socialmente construídas, variando amplamente em diferentes contextos e momentos históricos, sendo atravessadas por diversas lógicas (PINHEIRO; LUZ, 2005). Os principais objetos representados nos documentos oficiais do PMAQ-AB foram a qualidade do cuidado na AB, a política da AB, o apoio institucional e a assistência à

saúde.

A qualidade no cuidado foi representada, nos documentos oficiais, fortemente ancorada no paradigma positivista, e, assim, definida por padrões determinados *a priori* pelo nível central, mensuráveis e estatisticamente comparáveis, dentro de cada um dos cinco estratos, onde foram enquadrados cada um dos municípios que aderiram ao Programa (BRASIL, 2011b, 2012b).

Esta valorização de padrões predeterminados e de indicadores, como sinalizadores da qualidade do cuidado, reforça nas equipes o foco em “bater metas” que isoladamente, sem a contextualização e problematização, reduz e empobrece o trabalho em saúde (SARTI, 2015, p. 52).

De modo diferente, as concepções elaboradas pelos usuários da AB têm como elementos principais a garantia de acesso oportuno e resolutivo com acolhimento às demandas pelas equipes de saúde das UBS, a continuidade do cuidado na rede de serviços e a postura de alteridade dos trabalhadores frente aos usuários, com escuta qualificada e abordagem ampliada de saúde considerando as especificidades de cada sujeito.

Segundo o MS, para que as equipes de saúde adotem o acolhimento como uma diretriz é preciso reorganizar toda a lógica do processo de trabalho (BRASIL, 2011b). A PNAB, aprovada em 2011, parece ainda distante da realidade das equipes de saúde. Além das normas faz-se necessário criar condições para mudança. Como afirmaram Campos (2008) e Gil (2006), é fundamental a abertura do nível central ao debate com as instâncias estaduais e municipais considerando-se a diversidade de contextos. A política de incentivo baseada apenas nas normas e incentivos financeiros, sem o acompanhamento processual das equipes, não alteram as realidades.

A garantia de acesso a serviços e ações de saúde na UBS, tal como preconizado pela PNAB (BRASIL, 2011a), corresponde ao investimento inicial que abre a possibilidade de acolhimento e resolução das necessidades e demandas individuais e coletivas. O momento da entrada em uma UBS é crítico, pelos tensionamentos entre os vários interesses que ali se apresentam e que podem capturar a abordagem do cuidado ofertado, e desta forma nem todo acesso gera acolhimento e cuidado

(MATUMOTO, 2003). Feuerwerker (2011) aponta os vários planos que operam no ato do cuidado em saúde, envolvendo mais diretamente os trabalhadores e usuários, pois eles são os atores sociais centrais no trabalho vivo em ato que constitui a AB, mas participam de modo importante os gestores que deliberam de modo mais participativo, com mais autonomia dos trabalhadores ou de modo mais centralizado, reduzindo a governabilidade das equipes e dos usuários. Merhy (2013) discute o caráter paradoxal do processo de trabalho médico, que pode se estendido a toda a equipe de saúde, por um lado podendo desencadear cuidado qualificado, ou seja, que afete positivamente a condição de vida e saúde dos usuários, ou por outro gerar procedimentos ou prescrições desnecessárias e iatrogenias. A diferença está, em grande medida, nas posturas ético-políticas assumidas por profissionais e usuários.

Segundo Teixeira (2005, p. 92), após atingirmos a “virtual acessibilidade universal”, o modelo de atenção praticado nas UBSs tornou-se decisivo e adquiriu maior significado na efetivação da AB, como porta preferencial do sistema e coordenadora do cuidado. O processo de trabalho das equipes de saúde define a qualidade destas portas de acesso à rede de serviços e em grande medida a resolutividade do sistema de saúde.

Qualidade no cuidado para os usuários implica em um processo de trabalho centrado no usuário, com foco na resolução das suas necessidades enquanto nas representações presentes na política predominam práticas de cunho preventivista, com foco em ações programadas. Os elementos vinculados a uma abordagem ampliada e integral de saúde são pouco expressivos nos documentos oficiais. Dessa forma, percebe-se que aquilo que é mais consistente na RS de qualidade dos usuários é o que se mostrou menos evidente nos documentos oficiais da política, caracterizando um distanciamento entre as concepções de qualidade no cuidado da política e dos usuários.

O citado distanciamento pode implicar em baixa efetividade nas ações da AB, uma vez que o cuidado para se tornar resolutivo precisa estar alinhado aos valores e projetos de vida construídos pelos usuários (AYRES, 2004). As ações em saúde para tornarem-se ações cuidadoras têm que ser significativas para ambos, trabalhador e usuário; e, assim, se inserirem no espaço intercessor, que é o espaço do que é comum a estes sujeitos (MERHY, 2013).

Outro elemento da representação presente nos documentos oficiais foi a política de AB. A análise dos documentos que embasam o PMAQ-AB apontou para uma concepção de política caracterizada pela verticalização, com grande distanciamento entre os níveis federal, estadual e municipal, e também entre os atores envolvidos, gestores, trabalhadores e usuários, denotando uma ancoragem no ciclo da política e na Teoria da Administração Científica que claramente separam os processos de gestão, trabalho e avaliação e pressupõem uma efetiva implementação de políticas baseada apenas no seguimento regular de normas (BAPTISTA; REZENDE, 2011; TAYLOR, 1995).

Os instrumentos utilizados pela política podem reforçar ainda mais a participação frágil dos usuários, uma vez que utilizou metodologias e instrumentos de escuta que não permitiram a sua real expressão e não tiveram a devida importância na avaliação do desempenho das equipes. Os usuários têm se aproximado do mundo dos trabalhadores com a sua concepção do movimento do cuidar de si, e usando a rede de serviços de modo a traçar nela os seus trajetos em busca do cuidado. Têm tomado para si a responsabilidade do cuidado (MERHY, 2015) como tal, as experiências vivenciadas lhes respaldam o lugar na avaliação de políticas e programas especialmente na AB.

A legislação, as normas construídas verticalmente, não transformam as posturas dos trabalhadores e assim, isoladas, não servem de instrumento de qualificação. São os microprocessos que constroem os atos de saúde. A qualidade do cuidado é definida na dimensão humana e subjetiva de trabalhadores e usuários (MERHY; FRANCO, 2013). A mudança nestas posturas está na dependência de espaços dialógicos e avaliativos inseridos na rotina destas equipes de saúde.

O monitoramento avaliativo proposto por Santos Filho (2009) apresenta muitas semelhanças com a proposta elaborado pela CAA para avaliação da AB (BRASIL, 2003a), que apresentou uma proposta com o mesmo caráter processual, realizada pelas próprias equipes estando as atividades avaliativas integradas à agenda dos trabalhadores e usuários, de modo a garantir a efetiva escuta de todos os sujeitos envolvidos. As avaliações são realizadas pelas equipes, evoluindo com o grupo, dispensando a contratação de avaliadores externos e integrando as fases de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. A proposta envolve

o desenvolvimento de indicadores que reflitam o processo saúde-doença e vinculados aos processos de trabalho, organização, resolutividade e qualidade, mas também de indicadores relacionados aos processos dos sujeitos, envolvendo a mobilização, crescimento e autonomia de trabalhadores e usuários, bem como os aspectos subjetivos.

A qualidade da APS é considerada estratégica pelos governos de diversos países e pela OMS, agregando à sua avaliação enorme importância (SERAPIONI, 2013). No Brasil, a complexidade do modelo adotado na AB torna a sua avaliação um desafio ainda maior, tanto metodológico como ético-político. Muitos autores atestam a necessidade de metodologias quantitativas focadas em indicadores e capaz de oferecer uma visão de dimensões continentais, compatíveis com a extensão do país. Outros autores afirmam que também se fazem necessários instrumentos de pesquisa qualitativa, envolvendo as dimensões subjetivas, inerentes à condição humana das avaliações (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Especialmente necessária é a escuta efetiva dos usuários, que constitui uma lacuna nas pesquisas avaliativas, dada a complexidade de se conjugar metodologias qualitativas e instrumentos consistentes para expressão destes sujeitos, com as dimensões territoriais do país e os altos custos advindos do processo. Mas esta lacuna deve-se também ao processo histórico brasileiro no qual se fizeram presentes mecanismos sutis de desconsideração dos mesmos (MOREIRA; ESCOREL, 2009; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; MARTINS, 2007; SOUZA *et al.*, 2012).

Os dados de uma pesquisa extensa e focada em indicadores, como o PMAQ-AB, trazem uma boa visão dos aspectos objetivos da totalidade do país, e isto se faz necessário na tomada de decisões e também produz reflexões e questionamentos (PINTO, 2014). Porém, esta formatação de avaliação demanda outra iniciativa em paralelo, com foco mais compreensivista e que valorize as especificidades locais e as concepções construídas pelos sujeitos envolvidos, abordagem muito necessária para dar significado ao processo avaliativo para os cidadãos, trabalhadores, usuários e gestores. Dessa forma, propostas como o monitoramento avaliativo (SANTOS FILHO, 2009) devem ser consideradas, compondo com o PMAQ-AB a avaliação da qualidade na AB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada ato de saúde, quando se torna ato de cuidado, constrói a qualidade nas instâncias micropolíticas, consolidando os princípios do direito a um sistema de saúde universal, público e digno. Esta atitude de alteridade, frente à necessidade do outro, reflete posturas éticas e compromissos assumidos diante da vida, por cada trabalhador de saúde. No entanto, este agir cotidiano está também na dependência de muitos fatores que extrapolam a subjetividade dos profissionais e também a governabilidade de dentro dos muros das unidades de saúde, sinalizando que não existe separação efetiva entre a micro e a macropolítica. Como nos sistemas complexos, pequenas mudanças, no operar de cada uma de suas instâncias, são capazes de desencadear grandes alterações no todo. O SUS pode ser qualificado, ou despotencializado, a depender da interação dos muitos fatores, objetivos e subjetivos que o conformam enquanto sistema.

O modelo tecnoassistencial escolhido para a AB agregou ainda mais complexidade às práticas de suas equipes, responsáveis pela abordagem integral da saúde de seus usuários e, devido à grande capilaridade com a vida prática destes sujeitos, as ações dos trabalhadores ganham força de cuidado, mas também força prescritiva.

A PNAB determina um processo de trabalho extremamente amplo e complexo, uma vez que deve se organizar de modo centrado no usuário, com foco no acolhimento de suas necessidades e demandas, de modo integral e equânime. O modelo de atenção está pautado na concepção ampla de saúde/doença/cuidado e em uma abordagem biopsicossocial, trabalhada em equipes interdisciplinares.

Neste sentido, a avaliação da qualidade deste sistema e especialmente da AB tem fundamental importância e deve ter significado para todos os atores envolvidos, de modo a constituir um instrumento efetivo de orientação das práticas de gestores e trabalhadores. O PMAQ-AB reveste-se de um caráter ainda mais importante uma vez que, além da avaliação propriamente, propõe a consolidação do acesso e a qualificação da atenção ofertada.

Programas avaliativos de dimensões continentais, como o PMAQ-AB, com foco em indicadores e em padrões predeterminados, são importantes, pois permitem uma

visão estatística do conjunto do sistema e possibilitam o raciocínio epidemiológico, de valor inquestionável. Mas a avaliação da AB não pode se restringir a esta abordagem estatística, insuficiente para dialogar com as tantas dimensões envolvidas na ESF.

A efetividade da avaliação está também relacionada à consideração das especificidades locais, especialmente em um país tão extenso e rico em diversidade geográfica e sociocultural, como o Brasil. Para consolidação de uma prática em saúde tão complexa, como a proposta da AB, em territórios tão díspares, é preciso mais que metas e normas.

Observamos nos relatos dos usuários um distanciamento entre a política de AB e a prática vivenciada nas UBSs e em toda rede de serviços, denotando a pouca efetividade das normas em mudar o fazer cotidiano das equipes de saúde. As políticas públicas, regulamentações e protocolos precisam ter significado para os muitos sujeitos envolvidos para se inserirem na vida prática.

Modelos de avaliação efetivos são construídos com envolvimento e negociação entre gestores, trabalhadores, usuários e os grupos financiadores das ações. As concepções ético-políticas destes atores determinarão as metodologias e instrumentos utilizados e as informações elaboradas.

Neste sentido, o estudo das intencionalidades presentes nesta política mostra-se fundamental para sua compreensão de modo mais amplo e inserido no contexto político da institucionalização da avaliação no Brasil. A análise de representatividade e correlação lexical, realizada por meio do software ALCESTE e embasada pela TRS, revelou-se muito potente em desvelar a influência de correntes de pensamentos anteriores sobre a conformação ideológica e metodológica assumida pelo PMAQ-AB.

Esta análise possibilitou contextualizar o uso preponderante de metodologias quantitativas e os instrumentos frágeis de escuta dos usuários, limitando a expressão da sociedade civil na avaliação do sistema de saúde, bem como a vinculação de recursos financeiros à classificação de desempenho das equipes que aderiram ao programa, trazendo um grande viés aos resultados da avaliação, especialmente se considerada a posição dos gestores municipais, que assumem

cada vez mais responsabilidades e recebem cada vez menos recursos, e vislumbraram no PMAQ-AB uma oportunidade de obtê-los.

Do mesmo modo, a escuta dos usuários foi fundamental para a compreensão das elaborações construídas a respeito da qualidade na assistência em saúde. A participação dos usuários está na base da efetivação do cuidado, tanto pela experiência acumulada na busca pelo cuidado no sistema como por ser este o sujeito social mais implicado na qualidade da atenção.

As entrevistas com os usuários possibilitaram também perceber o quanto eles têm adotado uma postura ativa, junto à rede de serviços, assumindo a responsabilidade nas escolhas de caminhos entre os pontos desta rede de cuidados, e aprendendo a utilizar das estratégias disponíveis para resolver seus problemas em saúde. Este processo gera grande tensão nas relações entre usuários e trabalhadores, o que sinaliza uma transição nos modos de se fazer saúde.

A avaliação da AB se mostra fundamental para a consolidação do SUS, assim, ressalta-se a importância de programas como o PMAQ-AB, porém, é necessário ponderar que ele não pode ser o único modelo de avaliação, uma vez que não contempla as muitas dimensões do cuidado, em um modelo como a ESF.

Existem propostas avaliativas que buscam conciliar as dificuldades operacionais e os custos de uma avaliação nas dimensões territoriais e na complexidade da ESF. Uma destas, vinculada à PNH, foi proposta por Santos Filho (2009) e valoriza o papel dos apoiadores institucionais em um processo contínuo de monitoramento avaliativo inserido nas rotinas das equipes de saúde. Também se deve considerar a avaliação processual proposta pela CAA em 2003, bem semelhante à anteriormente citada.

Os trabalhadores da ESF são hoje ainda mais cobrados e estas exigências vão desde as dimensões mais concretas e objetivas, como as tais metas, indicadores e relatórios, chegando até os planos mais subjetivos envolvidos nas relações entre trabalhadores, entres estes e os usuários e entre os usuários suas famílias e redes de apoio social. Desse modo não gostaria que este estudo fosse mais uma ferramenta de constrangimento ou tomado como uma crítica vazia.

O estudo aponta que é preciso refletir sobre a importância de se investir na pesquisa avaliativa, principalmente no desenvolvimento de instrumentos de escuta dos atores envolvidos, especialmente dos usuários, sob pena de se comprometer a efetividade das medidas propostas nos processos avaliativos da AB.

Apesar das conclusões de Carvalho (2013), com relação à difícil caminhada dos brasileiros em direção a uma cidadania plena, ou mesmo considerando-se as afirmações de Luz (2007) sobre a insustentabilidade de nossas políticas públicas, tendo em vista a conformação histórica de nossa sociedade, o estudo reafirma a potência dos usuários como avaliadores do cuidado, mas nós trabalhadores necessitamos trabalhar nossas posturas, técnica, ética e afetivamente, diante da sua presença, concreta e insistente, seja nas instâncias participativas formais ou nas rotinas das UBSs.

A análise dos construtos elaborados com os usuários revelou também muito da minha postura frente a estes sujeitos. Foi um enorme desconforto perceber o quanto eu os vitimizava e, desta forma, restringia sua potência enquanto avaliadores e cidadãos de direitos. Isto representou um grande esforço da minha orientadora e parceira no sentido de conduzir o estudo de modo presente, mas respeitando meu tempo interno de elaboração. Este talvez seja um dos maiores méritos de um programa de pós-graduação: revolver velhos conceitos.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1727-1742, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002>. Acesso em: 07 jun. 2014.

ALVES, M.G.M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. Especial, p. 34-51, out 2014.

ANDRADE, L.O.M. et al. Atenção primária a Saúde: estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. e aum., São Paulo: Hucitec, 2012. pp. 845-902.

ANDRADE, M. A. C. **O enfoque da démarche estratégica em instituições de diferentes níveis de complexidade**: instrumento potencializador da humanização hospitalar numa cultura em transição. 2009. 212.f.Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

ANDRADE, M. A. C. et al. Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 18 Supl 1, p.833-44, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832014000500833> Acesso em: 10 fev 2015.

ANDREAZZI, M.F.S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n.2, p.275-284, 2013 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/16.pdf>>. Acesso em: 12 mai 2015.

ASENSI, F.D. Direito e usuários em saúde: três representações sobre a relação entre a forma e a alma. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (org.) **Ética, Técnica e Formação**: as razões do cuidado como direito à saúde. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2010, p.15-44.

ASSIS, M.A.A.; JESUS, W.L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.] v.17, n.11, pp. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>> Acesso em 10 jan 2016.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.] v.6, n.1, p.63-72, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>>. Acesso em: 03 dez 2014.

AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.] v.9, n.3 p.583-92, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a06v09n3>> Acesso em: 10 dez 2014.

_____. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v.18, supl.2, s.11-23, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set 2015.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M.C.R.; CUNHA, M.S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19 n. 4 p. 1007-28, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a06.pdf>> Acesso em: 3 dez 2014.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T. W. F.(Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro, 2011, pp. 52-81.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T. W. F.(Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro, 2011, pp.138-165.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – comunic, saúde, educ**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 maio 2015.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.] v.11, n.3, p.725-731, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30986.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BONATO, V.L. Configurações da Qualidade na área da saúde: influências e determinantes. In: _____. **Gestão em saúde**: programa de qualidade em hospitais. São Paulo: Ícone, 2007, p.43-48.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. A política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev 2015.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (org) **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. 3.ed.Petrópolis: Vozes,2013,p.375.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República**

Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 02 set 2012.

_____. Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília/DF: Editora MS, 2007a, p.29-30 (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília/DF: Editora MS, 2007b, p.29-30 (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em 08 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203** de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica de 1996 a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em 20 nov.2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 01 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 15 abril 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **PROESF**: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, 2003b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf>. Acesso em: 10 fev 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília-DF, p.35, 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 01 nov. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS** Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília-DF: Ministério da Saúde (MS), 2003c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 03 fev 2015.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde (MS), 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488/GM**, 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). 2011 a. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 11 abr. 2014.

_____. Portaria nº 1654 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 União**, Brasília, DF, 19 jul. 2011b. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2011/07/19>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Resolução CNS nº 466/12). Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Gestão Estratégica(SAGE)**, 2014a. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em 06 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSES.def>>. Acesso em 3 jan 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final do PMAQ-AB do ES**, 2014b. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em 5 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645**, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).Diário Oficial da União, 05 de outubro de 2015, nº 190, seção 1, p.668-669. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/10/2015&jornal=1&pagina=668&totalArquivos=908>>. Acesso em 20 dez 2015.

BROUSSELLE et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, 292 p.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de avaliação quantitativa de dados textuais. In: PAREDES, A. S. et al. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária – Universidade Federal da Paraíba, 2005. Disponível em: <http://www.laccos.com.br/pdf/Camargo2005_alc.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2015.

CAMPOS, G. W. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1: S7-S27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300003>. Acesso em: 6 jan. 2015.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p.113-126.

COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais de saúde. In: CAMPOS, G.W.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010.p. 96-131.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-1X2008001300002&script=sci_arttext>

_____. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p. 2253-55, nov., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001102253&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliação de programas e políticas de saúde na França. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p.229-59, abr-jun, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0310_7.pdf>. Acesso em 10 fev. 2015.

_____. Avaliando a institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.] v. 11, n.3, p.705-711, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984pdf>>. Acesso em 10 fev. 2015.

COTTA, R. M. M. et al. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa, MG: Ed. UFV, ABRASCO, 2013.

CRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde**. Washington: Banco Mundial, 2013.

DALBELLO-ARAÚJO, M. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005. 221 f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

DALFIOR, E. T. **Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional**. 2014. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal do Espírito Santo-UFES, Vitória, ES, 2014.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, JAN-MAR 2015 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.p.194.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, J. (org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007, pp. 99-120.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

DIRETORIA NACIONAL DO CEBES. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, pp. 194-196, jun, 2014.

DONABEDIAN, A. **La Calidad de la Atención Médica**. Definición y Métodos de Evaluación. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

_____. Evaluación de la calidad de la atención médica. Monográfico Avedis Donabedian. **Rev Calidad Asistencial**, Barcelona, 1G:SG-S7, s11-27, 2001a.

_____. La Calidad de la Atención Médica. Monográfico Avedis Donabedian. **Rev Calidad Asistencial**, Barcelona, 1G:SG-S7, 29-38, 2001b.

_____. Calidad, coste y salud: un modelo integrador. Monográfico Avedis Donabedian. **Rev Calidad Asistencial**, Barcelona, 1G:SG-S7, s.40-52, 2001c.

_____. Los siete pilares de la calidad. Monográfico Avedis Donabedian. **Rev Calidad Asistencial**, Barcelona, 1G:SG-S7, s.96-100, 2001d.

_____. Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. Monográfico Avedis Donabedian. **Rev Calidad Asistencial**, Barcelona, 1G:SG-S7, s.102-106, 2001e.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de regionalização 2011**. Disponível em: <http://www.saúde.es.gov.br/download/PDR_PlanodiretordeRegionalização_ES_2011.pdf>. Acesso em: 30 março 2015.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.2, pp. 429-439, 2010.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.553-63, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232006000300002>. Acesso em: 3 jul 2015.

FEUERWERKER, L. A. cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS J. J. et al (org) **Educação, Saúde e Gestão**, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011(no prelo). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/a_rede_de_atencao_a_saude_e_o_sus/a_cadeia_do_cuidado_em_saude.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

FEUERWERKER, L. A.. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. In:_____. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, p. 35-62, 2014.

FORTES, P. A. C. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v.56, n.1, pp. 47-50, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100015>. Acesso em: 5 nov. 2015.

GARCIA, A.C. P. et al. Ambiência na Estratégia de Saúde da Família. **Vigil. sanit. Debate**, [s.l.] v.3, n.2, p.36-41, 2015. Disponível em: <<http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/>> Acesso em:12 maio 2015.

GATTINARA , B. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11,n. 3, p. 425-38, jul/set, 1995. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v11n3/v11n3a05.pdf>>. Acesso em: 25 jan 2016.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06>>. Acesso em 03 fev. 2015.

GIOVANELLA L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.11, pp.1-19, nov., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001102263&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 28 nov. 2015.

GOMES, P. J. P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. **Cadernos BAD**, [s.l.] v. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/viewFile/826/825>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

GONDIM, R. et al.. Organização da Atenção. In: GONDIM R. et al. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, EAD, p.93-120, 2011. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12545&Tipo=B>>. Acesso em 12/outubro /2015.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, jul./ set., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300027&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 set. 2013.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. revista e ampliada, Rio de Janeiro: EPSJV, p,50-54,2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>> Acesso em: 13 abril 2015.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.231-9, jan-mar, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n1/1582.pdf>>. Acesso em: 13 abril 2015.

JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 17-44, 2015. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/61566294/Representacoes-Sociais-Cap-01-Jodelet#scribd>> Acesso em 02 fev. 2015.

_____. Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v19, n 1, pp.19-26, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n1/v19n1a03.pdf>>. Acesso em 5 fev. 2015.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. Trabalho imaterial e subjetividade. In: _____. **Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade!** Introdução de Giuseppe Coecoj. Tradução de Mônica Jesus. Rio de Janeiro: DP&A, p.25-41, 2001.

LIMA, R.C.D. et al. De rota em rota a Atenção Básica do Espírito Santo se (des)construindo. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.(org.) **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de Campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, p.208-35, 2013.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p. 293-312, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7097.pdf>>. Acesso em 10 set. 2014.

LUZ, M. T. **Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

MACIEL, E. L. N. et al. Territorialização em saúde e liberdade individual: desafios à consolidação do Sistema Único de Saúde. In: SANTOS, M. A.; PIGNATTI, M. G.; CHAVES, A. L. (ORG.) **Questões ambientais em Saúde coletiva**. Cuiabá: Ed.UFMT, p.51-71, 2012.

MACKAY, K. **Fortalecimiento de la capacidad de evaluación**. Departamento de Evaluación de Operaciones del Banco Mundial, 1999. Disponível em: <https://ieg.worldbankgroup.org/Data/reports/monitoring_evaluation_psm_spanish.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2015.

MACHADO, C. V.; LIMA, L.D.; VIANA, L.S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1: S42-S57, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300010>. Acesso em 10 fev. 2015.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.105-120, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007>. Acesso em: 12 set. 2013.

MASSUDA, A.; POLI NETO, P.; DREHMER, V. L. F.G. A atenção primária à saúde (APS) no SUS de Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS programática para uma mais acessível e abrangente. In: SOUZA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A. V. M.(Rev.) **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014. P.127-177.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. IN MATTA, G.C.; PONTES, A. L. M. (org.) **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p. 61-80.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A (org.) **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p.43-68, 2006.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003.186.f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão preto/USP, Ribeirão Preto, 2003.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, F. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: _____. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1999. p.147-178.

MENIN, M. S. S. Representação Social e Estereótipo: A Zona Muda das Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.22, n.1, p. 43-52, jan/abril 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n1/29843.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

MERCADO, F. J. et al. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M.(Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 3.ed.Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.p.22-62.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface- comunic, saúde, educ**, Botucatu, v.9, n. 16, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>>. Acesso em: 7 nov 2015.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. (org.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 19-94, 2013.

MERHY, E. E. **As vistas dos pontos de vista**: tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas. 2014. Disponível em: <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2014/02/as-vistas-dos-pontos-de-vista-tensao_19.html>. Acesso em: 3 dez. 2015.

_____. **Biomedicalização da vida**. 2015. Palestra proferida no II Simpósio Nacional de Gestão e Práticas em Saúde da política à ação do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde. nov. 2015, Vitória ES.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. (org.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 109-137, 2013.

MERHY, E. E MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. **Desafios para os gestores do SUS hoje**: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. [s.d.] Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>>. Acesso em: 3 jun 2015.

MICHAELIS DICIONÁRIO. **Dicionário de Inglês** [online]. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/ingles/>>. Acesso em: 3 nov 2015.

MICHAELIS DICIONÁRIO. **Dicionário de Português** [online]. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/português/>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. P.406.

_____. O desafio da Pesquisa Social. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S(Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, p.9-29, 2012.

_____. Pesquisa por triangulação de métodos. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M.(Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. 3.ed.Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p.163-90.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, maio/jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-1232009000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 set. 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p.404.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

ONOCKO, R. T. et al. A avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. Especial, p. 252-64, out 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em 11 set 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde**. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em 13 nov. 2015.

PALMONARI, A.; CERRATO, J. Representações Sociais e Psicologia Social. In: ALMEIDA, M.F.S.; TRINDADE, Z.A.(Org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Tecnopolitik, p.305-332, 2011.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDFUBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009, 148 p.

_____. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf>>. Acesso em 3 dez. 2015.

PAIM, J. S. Saúde da população brasileira: 'saúde pública de qualidade' ou SUS democrático, universal, público, digno e integral? **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, ABRASCO [online] p. 61-63, dez., 2015a

_____. **Governança democrática, o direito à saúde e a defesa do SUS** . Palestra proferida no II Simpósio Nacional de Gestão e Práticas em Saúde da política à ação do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde. nov. 2015b, Vitória ES.

PAIM, J. S.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde** (Impresso) - versão ISSN 1518-1812, v.12, n.2, São Paulo, ago. 2010. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/385817/mod_resource/content/2/UNIVERSALIDADE%2CINTEGRALIDADE%2C%20EQUIDADE%20e%20SUS.pdf>. Acesso 28 out. 2015.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Séries, Saúde no Brasil n.1. maio, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Reforma Sanitária brasileira em perspectiva e o SUS. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.(Org.) **Saúde coletiva teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. pp. 203-209.

PASCHE, D. F. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília-DF, v. 2 (Atenção Básica), p. 11-28, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em 17 fev. 2015.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; IMS:ABRASCO, pp. 7- 34, 2005.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Elementos teóricos e metodológicos da pesquisa multicêntrica. In: **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**._____(org.).Rio de Janeiro/ Recife: CEPESP-IMS/UERJ,ABRASCO, Ed. Universitária UFPE. pp. 15-25, 2009.

PINTO, A.G.; DUARTE, I. M. A discursivização do conceito da troika em artigos da imprensa escrita portuguesa: um espelho do que a troika é para nós? In: Silva, A. S. et al. (org.).**Comunicação, política e economia: Dimensões Cognitivas e Discursivas**. BRAGA: Publicações da Faculdade de Filosofia Universidade Católica Portuguesa. 2013, p.439-80. Disponível em: <Universidade do Porto SILVA et al (ORG.) <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/74443/2/72633.pdf>>. Acesso em 20 jan 2016.

PINTO, H.A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. 2014. 226 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M.(Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 3.ed.Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013,p. 65-86.

QUINTANILHA, B. C. **Participação rizomática: um modo de participação social no Sistema Único de Saúde**. 2012. 92 f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo- UFES, Vitória, ES, 2012.

QUINTANILHA, B. C.; SODRÉ, F.; DALBELO-ARAUJO, M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. **Interface comunicação saúde educação**, Botucatu, v.17, n.46, p.561-73, 2013.

RODRIGUES NETO, E. A via do Parlamento. IN FLEURY, S.(Org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SANCHES, R, M.; CICCONEILLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.31, n.3, p. 260-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300012>. Acesso em: 19 jun 2014.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. av.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007>. Acesso em: 7 set 2015.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.429-35, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019>. Acesso em: 15 mar. 2014.

_____. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.31, n. 81, p. 13-26, 2009. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.33%2C+N.81+-+jan&pesq=Santos+NR&x=63&y=9>. Acesso em: 15 mar. 2014.

SANTOS, M. F. S. A teoria das representações sociais. In: SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, L.M. (Org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE/Ed. Universitária da UFAL, 2005, v. 1, p. 13-38.

SANTOS FILHO, S.B. **Avaliação e Humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí, 2009, 272p.

SARTI, T. D. **A (Bio)política da Saúde da Família**: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida. Tese. 207. f. (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. **Representação política e interesses particulares na saúde**. Relatório de pesquisa. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>> Acesso em: 3 abril 2015.

SERAPIONI, M. avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M.(Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. 3.ed.Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p.207-228.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p.607-611, jul/set, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300026>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. jan. /mar. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 set. 2013.

SOUZA, T. O. et al. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000200003&script=sci_arttext> Acesso em: 24 set. 2013.

SOUZA, L. E. P. F. et al. Infraestrutura tecnológica do SUS: Rede de estabelecimentos, equipamentos, desenvolvimento científico-tecnológico e inovação. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.(Org.) **Saúde coletiva teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 211-29.

SPOSTI, D. D. **Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. 2015. 207f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília-DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.unesco.org.br/publicações/livros/atenciónprimaria/mostra_documento>. Acesso em: 12 jun. 2014.

SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00172.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M.(Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 3.ed.Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013,p. 121-136.

TAYLOR, W. F. **Princípios de Administração Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1990. Disponível em:< <http://portaldoconhecimento.no.comunidades.net>>. Acesso em: 5 set. 2014.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso 22 out, 2015.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 121-135.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; IMS:ABRASCO, 2005. p. 89-111.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200006>. Acesso em: 12 jun 2015.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 3, p.3615-3624, 2010. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>. Acesso em: 6 jan 2015.

THIEDE, M.; McINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.5,p.1168-73, mai, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/25.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, S190-8, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 10 abril 2015.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p.1561-1569, nov-dez, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>. Acesso em: 6 jan 2015.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, J. (org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 75-98.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G .W. et al.(Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 559-590, 2013.

VUORI, H. Quality Assurance of Health Services. Copenhagen: **WHO Regional Office for Europe** (Public Health in Europe, 16). 1982. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/euro/phie/WHO_PHIE_16_%28part1%29.pdf>. Acesso em 10 dez. 2014.

WALTON, M. **O método Deming de administração**. Tradução de José Ricardo Brandão. 4.ed.Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1989.p.276.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, nov. / dez. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0102-311X2002000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600016)>. Acesso em: 10 set. 2013.

XAVIER, C.; NARVAI, P. C. A marca invisível do SUS. **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, ABRASCO [online] p. 45-48, dez, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as concepções presentes na política e aquelas construídas pelos usuários”, sob a responsabilidade de Erika Maria Sampaio Rocha.

JUSTIFICATIVA

A qualidade dos serviços de saúde é assunto de extrema importância, pois afeta a vida de todos os brasileiros, especialmente os usuários, razão maior do SUS e os mais diretamente afetados por este sistema. A escuta destes atores torna-se fundamental para que consigamos compreender mais profundamente suas concepções de qualidade e, assim, contribuir para que a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde, atenda às necessidades de um número cada vez maior de pessoas. O SUS é uma conquista de toda a população e tem como missão melhorar a saúde de todos.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Conhecer as opiniões dos senhores(as) sobre o que consideram um serviço de saúde de qualidade, ajudará a construir um conjunto de atribuições, que deverão ser consideradas nas avaliações destes serviços. Com o diálogo entre aqueles que são atendidos nas unidades, conseguiremos ter uma visão mais ampla e será de grande importância para melhorar o atendimento nas unidades de saúde.

PROCEDIMENTOS

Serão sorteadas duas Unidades Básicas de Saúde, sendo uma em Vitória e outra em Vila Velha. E alguns usuários, adscritos a estas UBS, que desejarem participar do estudo e tiverem condições clínicas de fazê-lo, serão entrevistados. As entrevistas abordarão a qualidade dos serviços de saúde na concepção dos entrevistados. Estas entrevistas serão gravadas para facilitar o aproveitamento das contribuições de todos.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

As entrevistas serão realizadas no domicílio de cada usuário que desejar participar ou em outros locais escolhidos pelos usuários, com duração aproximada de 45 minutos. Serão organizadas no período de julho a agosto de 2015.

RISCOS E DESCONFORTOS

O(a) senhor(a) ficará à vontade para falar sobre o tema durante a entrevista, conforme a sua concepção de qualidade no cuidado em saúde na AB. A pesquisadora estará atenta para que as suas opiniões sejam gravadas, para posterior transcrição e contribuição científica. Os nomes das pessoas, que participarão, serão sigilosamente guardados pela pesquisadora e não aparecerão nas gravações.

RUBRICAS

BENEFÍCIOS

A partir das falas de todos, será construído um relatório de pesquisa e a Secretaria de Saúde, bem como o Ministério da Saúde, terão conhecimento do que construímos juntos. Esse material servirá de ajuda nas pesquisas que visam melhorar o atendimento em saúde.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

As falas e informações construídas nas entrevistas serão mantidas de forma confidencial. Entendo que a minha identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados somente poderão ser utilizados em eventos ou publicações científicas.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, eu devo contatar a pesquisadora Erika Maria Sampaio Rocha, no telefone (27) 996880044 ou endereço Rua Liberdade 137, Bairro Bela Vista, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP 45990232. Também posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do telefone (27) 3335-7211 ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora.

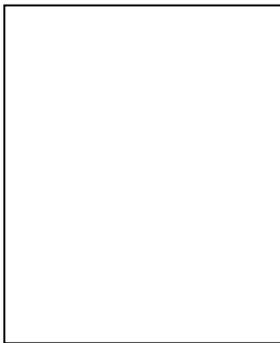
Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa eu, Erika Maria Sampaio Rocha, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória, ____ de _____ de 2015.

RUBRICAS

Participante da pesquisa

Erika Maria Sampaio Rocha



Dedo polegar, caso não saiba assinar.

APÊNDICE B
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO
DIÁRIO DE CAMPO.

Data:
Horário:

Durante a observação nas unidades o foco de atenção deverá recair sobre os usuários nos espaços informais da UBS, entendidos como a sala de espera, os ambientes de circulação e as áreas externas. A pesquisadora ficará na unidade procurando vivenciar, ver e ouvir as experiências dos usuários. As observações serão registradas num Diário de Campo, sem citações de nomes nem dados que possibilitem a identificação da unidade ou dos atores envolvidos, guardando-se o sigilo ético da pesquisa.

Os pontos principais de observação serão:

Como se sentem as pessoas na UBS: o clima geral dos usuários na UBS (como demonstram se sentir ali, se tem liberdade de expressão, como se relacionam com os trabalhadores etc).

Manifestações dos usuários relativas ao cuidado ofertado na UBS: posturas e falas antes e após o atendimento prestado.

Manifestações verbais e não verbais dos usuários que não tiveram as demandas atendidas.

APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE

Entrevista n°

Data:

A entrevista terá início com a pergunta abaixo:

1- Como é ser atendido aqui nesta unidade de saúde?

Depois se seguiu a fala livre do usuário, apenas estimulada pela pesquisadora, numa conversa bem informal buscando abordar as concepções de qualidade na atenção à saúde, elaboradas pelo usuário. Partiremos do nível mais concreto para as questões abstratas, até a pergunta abordada ao final:

2- O que é um bom atendimento em saúde?

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE VEIGA DE
ALMEIDA / UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: Emerson Elias Merhy

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38804614.8.1001.5291

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 876.415

Data da Relatoria: 18/11/2014

Apresentação do Projeto:

ok

Objetivo da Pesquisa:

ok

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ok

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ok

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ok

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ok

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Ibituruna nº 106, Bloco B, 5º andar
Bairro: Tijuca **CEP:** 20.271-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1574-8800 **Fax:** (21)1574-8800 **E-mail:** cep@uva.br