



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CHEILA PORTELA SILVA

GESTÃO DA AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

SOBRAL – CE

2012

CHEILA PORTELA SILVA

**GESTÃO DA AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora

Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

SOBRAL – CE

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- S582g Silva, Cheila Portela.
Gestão da avaliação para melhoria da qualidade na estratégia saúde da família. / Cheila Portela Silva. – 2013.
120 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.
Área de Concentração: Saúde da família.
Orientação: Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias.

1. Saúde da família. 2. Institucionalização. 3. Atenção primária à saúde I. Título.

CHEILA PORTELA SILVA

**GESTÃO DA ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ-ESF)**

Dissertação de Mestrado submetida à
Coordenação do Curso de Pós-Graduação em
Saúde da Família, da Universidade Federal do
Ceará para apreciação, como requisito parcial para
a obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Aprovada em: 27/03/2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú. Universidade Federal do Ceará.

Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Universidade Federal do Ceará.

Prof. Dr. Geison Lira Vasconcelos
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará.

Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti
Universidade Federal do Ceará.

À pequena Maria Clara,
a nova setembrina do pedaço.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Socorro, pelos quase 10 anos de convivência, colaboração e aprendizado, pela condução dos processos de orientação e pelo apoio nos momentos difíceis da vida acadêmica e pessoal.

Ao meu irmão Cleivan e à minha cunhada Tati e à Dona Nasaré, pela presença carinhosa nos últimos tempos e pela possibilidade de ter resgatado o sentimento de família perdido nesta roda-viva.

Ao meu pai, meu herói cujo cavalo não falava inglês, que “sumiu no mundo sem me avisar”, como diria o poeta, mas que, estando comigo do primeiro caderno até o be-a-bá, me deixou todas as lições necessárias para seguir em frente, sempre.

À amiga Roberta Marinho, minha “cria” que mesmo tendo saído de casa para voar alto ao lado do queridíssimo Professor Odorico, esteve presente do início ao fim em todo esse processo, sempre disposta a discutir minhas “crises dissertativas”, pela amizade, apoio e pela contribuição direta na produção deste trabalho.

À Aninha, por toda a admiração que ela me desperta por nunca desistir de caminhar nesta difícil “estrada de fazer o sonho acontecer”, pelo feijão que deixou saudade, pelo apoio incondicional, pela verdade que sempre haverá entre nós e pela ajuda na reta quase final deste escrito.

À Ianna Kelly (porque sei que ela adora esse segundo nome), que nas idas e vindas da vida sempre se mostra cuidadosa e atenciosa, pela ajuda mais que crucial na realização deste trabalho que me aliviou metade das dores de cabeça.

Aos amigos Rafael Amaro, Rafael Farias, Lielma, Alexandre Marcílio, Alexandre Barbosa, Alex do Vale e Márcio Paresque, pela disponibilidade que me fez perceber que eu não estava sozinha na construção deste trabalho.

À Cibele, por ter descoberto, ao mesmo tempo que eu, os primeiros cabelos brancos e por estar sempre perto, mesmo longe, fazendo com que a vida nunca pareça tão solitária quanto é.

Ao professor Percy, grande amigo, grande afeto, sempre presente, pelas contribuições na banca de qualificação, por ter aceitado compor a banca de defesa e pelo convívio profissional em diferentes espaços, sempre prazeroso e construtivo.

Ao professor Geison, por ter sido sempre um grande referencial, pelo aprendizado instigante nas aulas do Mestrado, pelas contribuições preciosas na Banca de Qualificação e por ter aceitado o convite para compor a banca de defesa.

À professora Neyva Francenele, por ter aceitado o convite e ter se deslocado para contribuir participando da banca.

Aos coordenadores e articuladores que me deram um pouco de seu tempo atribulado para conversar sobre a AMQ na fase de campo deste estudo.

Ao professor Eronildo Felisberto, que produziu tantos bons textos sobre o tema e gentilmente respondeu aos meus emails conversando informalmente sobre a AMQ, o que me ajudou a amadurecer meus argumentos de análise e admirar ainda mais seu desejo de contribuir com a construção da atenção básica no país de forma apaixonada, compreensiva e serena.

Ao meu “ex-chefe” Grijalva Parente, por ter sido sempre amigo e flexível quando eu precisava de tempo para a realização do estudo.

E, por fim, ao desenvolvedor do Google Desktop, ferramenta sem a qual eu teria levado uns dez anos para resgatar todas as referências que deixava passar no calor da escrita – meu muito obrigada!

“Quando comecei a escrever, que desejava eu atingir? Queria escrever alguma coisa que fosse tranqüila e sem modas, alguma coisa como a lembrança de um alto monumento que parece mais alto porque é lembrança. Mas queria, de passagem, ter realmente tocado no monumento. Sinceramente não sei o que simbolizava para mim a palavra monumento. E terminei escrevendo coisas inteiramente diferentes.”

Clarice Lispector

RESUMO

A institucionalização da avaliação na Atenção Básica tem sido discutida pelo Ministério da Saúde como importante elemento de qualificação das equipes, o que levou ao desencadeamento de estratégias como a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem o objetivo de fomentar a cultura avaliativa no cotidiano do serviço, com foco na autogestão e na qualidade. O estudo objetiva analisar a implementação da AMQ-ESF e sua relação com a institucionalização da avaliação em municípios cearenses de pequeno e médio porte, tendo sido realizado no período de abril de 2011 a fevereiro de 2012, com abordagem qualitativa, junto aos coordenadores da atenção básica e articuladores microrregionais da AMQ no Ceará. As técnicas utilizadas foram a entrevista semi-estruturada, a revisão de documentos e a observação para a coleta de dados e a análise de discurso como referencial e técnica de análise. Os princípios éticos foram tomados em consideração em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A partir do estudo foi possível inferir que o objeto avaliação já institucionalizado na atenção básica é fundamentado na medição e comparação de indicadores quantitativos. A AMQ se mostrou como um instrumento potencial para o equacionamento de problemas relacionados aos processos de trabalho, sendo direcionadora para a consolidação da inversão do modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica, apesar de não ter se configurado como uma estratégia de avaliação sistemática na atenção básica. O principal fator limitante identificado foi a ausência de direcionamento de recursos financeiros, “humanos” atrelados à AMQ, contribuindo para que a estratégia apontasse problemas mas não direcionasse sua resolução, limitando a sua credibilidade no âmbito das equipes locais e da gestão municipal.

Palavras-chave: Institucionalização, Avaliação, Atenção Básica, Saúde da Família

ABSTRACT

The institutionalization of evaluation in primary care has been discussed by the Ministry of Health as an important element of team qualifying, which led to the launching of strategies such as evaluation for Family Health Strategy Quality Improvement (AMQ-ESF), which has as an object to foster an evaluative culture in the everyday service environment, with a focus on self-management and quality. We have as an objective to analyze the AMQ-ESF's implementation and its relation to the institutionalization of evaluation in small and medium municipalities in Ceará. We performed a study with a qualitative approach in the period from April 2011 to February 2012, with primary care coordinators and organizers of micro regional AMQ Ceará. The techniques used were semi-structured interview, revision of documents and observation. We use discourse analysis as a reference and technical analysis. Ethical principles were taken into account in accordance with Resolution 196/96 of the National Health Council. From the study we infer that the object evaluation has already institutionalized in primary care is based on the measurement and comparison of quantitative indicators. The AMQ was shown as a potential instrument for equating problems related to work processes, and guiding the consolidation of the inversion model of health care from primary care, although it has not been configured as a strategy of systematic evaluation in primary care. The main limiting factor identified was the lack of targeting of financial resources, "human" attached to AMQ, contributing to inducing the strategy to point out problems but not directing to its resolution, limiting its credibility within the local teams and municipal management.

Key words: Institutionalization, Evaluation, Primary Care, Family Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhos identificados na revisão bibliográfica por palavra-chave e base de dados	53
Tabela 2 – Distribuição dos documentos pré-selecionados por base de dados	54
Tabela 3 – Distribuição dos municípios cearenses por porte populacional	56
Tabela 4 – Distribuição dos municípios selecionados para o estudo	57
Tabela 5 – Distribuição dos municípios que aderiram à AMQ no Ceará e no Brasil por ano	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde	30
Figura 2 – Articulação instituído-instituinte-institucionalização de Lourau	45
Quadro 1 – Caracterização dos municípios selecionados para o estudo	57
Quadro 2 – Descrição das entrevistas realizadas	63

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O problema empírico	13
1.2 O problema teórico	16
2 OBJETIVO	22
2.1 Objetivos específicos	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 Estratégia Saúde da Família	24
3.2 Avaliação	32
3.2.1 Avaliação em saúde	33
3.2.2 Avaliação no contexto da atenção básica	35
3.2.3 Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família	38
3.3 Institucionalização da avaliação em saúde	41
3.3.1 Autoanálise e autogestão nos coletivos sociais	41
3.3.2 Institucionalização como processo dialético	44
3.3.3 As contradições: institucionalizar é preciso?	46
4 METODOLOGIA	51
4.1 Revisão bibliográfica: a construção do estado da questão e da revisão de literatura	51
4.2 Definição dos sujeitos do estudo	55
4.3 Coleta de Dados	58
4.3.1 Entrevistas	59
4.3.1.1 Fase pré-campo das entrevistas	59
4.3.1.2 Escolha do período de realização das entrevistas e implicações	61
4.3.1.3 Realização das entrevistas	62
4.3.2 Documentos consultados	64
4.3.3 Observação não participante	64
4.4 Organização e análise dos dados	65
4.4.1 Formulação do discurso	66
4.4.2 Enunciado	67

4.4.3 Objeto	68
4.4.4 Sujeito e Autor	68
4.4.5 Conceitos	69
4.4.6 Estratégias	70
4.4.7 Operacionalização da análise de discurso	71
4.6 Aspectos Éticos	73
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	75
5.1 “A avaliação que a gente tem aqui...”: o objeto avaliação no cotidiano da atenção básica	75
5.2 A implementação da AMQ, uma nova dinâmica avaliativa?	85
5.3 Copo que enche e não transborda?: AMQ e os níveis de poder	95
5.4 Sobre as possibilidades de consolidação da AMQ como estratégia avaliativa	99
6 CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES.....	120

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema empírico

Considerando que nada pode ser intelectualmente um problema se antes não for um problema prático, já que o conhecimento é fruto da inserção no real, de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas (MINAYO, 2002), este capítulo introdutório tem como objetivo contextualizar o problema do estudo e a relação deste com o percurso histórico e social da pesquisadora.

Portanto, partindo da impossibilidade (e da não intencionalidade) de se atingir uma “neutralidade” científica de inspiração positivista e compreendendo a influência da posição histórica e social do pesquisador, descrevo (ainda que em uma linearidade que não reflete todos os movimentos vivenciados), minha trajetória até a definição do objeto: i) minhas formas de inserção na realidade e o delineamento do problema prático que me despertou; ii) a teorização empreendida acerca desse problema, buscando direcionar distintos “feixes de luz, multiplicando os pontos de vista” (CARDOSO, 1978 *apud* MINAYO, 1999, p. 27) sobre eles.

Na graduação em enfermagem, inserida no Projeto de Extensão Educação em Saúde, em 2005, participei da construção coletiva de um referencial teórico-metodológico para orientar vivências de extensão no campo da educação em saúde (DIAS *et al.*, 2005) pautado no materialismo-histórico-dialético e no pensamento freiriano. As leituras realizadas nesse período me levaram a certo fascínio em relação ao potencial transformador dos processos de mudança a partir da reflexão dos sujeitos sobre sua realidade.

Depois de graduada, tive minha primeira experiência profissional como pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS) da Escola de Formação em Saúde Visconde de Sabóia de Sobral-CE por um ano, passando a atuar mais próxima dos gestores do sistema de saúde. Foi nesse período que li o livro de Gastão Wagner Campos, “O método da roda: co-gestão de coletivos”, no qual ele aplica os conceitos de alienação, ideologia e práxis como instrumento político para a gestão dos processos de trabalho, o que eu identificava, sem desconfiança, como uma alternativa transformadora e emancipadora dos trabalhadores de saúde.

Na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) no município de Sobral, Ceará (2008-2010) passei a atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF), exercendo um novo e duplo papel: profissional “da ponta¹” da ESF e “estudante”, com a missão de produzir tecnologias que contribuíssem para a reorientação do modelo de atenção. Vinda de uma vida essencialmente acadêmica, vivendo no que depois eu entenderia como a “ilha da Saúde Coletiva”, quase presa na armadilha da negação da clínica, percebi que havia passado um ano pesquisando e sistematizando práticas sobre uma realidade que, na verdade, eu não conhecia.

Apenas na Residência pude iniciar um processo de amadurecimento dos meus discursos, ao confrontá-los com os problemas, as fragilidades e os desafios inerentes ao cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse amadurecimento (que não foi instantâneo e ainda está em curso) teve início com certa paralisia, seguida da assunção de uma postura de denúncia, no sentido que Paulo Freire propõe.

Tive, então, que escolher meu lugar no mundo: permanecer no campo da denúncia ou utilizar a oportunidade da construção de micro-experiências para tentar construir novas possibilidades no interior do sistema de saúde.

Uma das vivências da Residência multiprofissional que convergiram nesse sentido foi a implementação da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde como estratégia para fomentar a cultura avaliativa e subsidiar processos de mudança no cenário da ESF, a partir dos próprios atores que nela estão inseridos (BRASIL, 2005). Como enfermeira residente, pude vivenciar esse processo e percebê-lo como potencial transformador de práticas no cotidiano da atenção.

Posteriormente, uma nova realidade: passei a atuar na Coordenação da Atenção Básica² do município de Ubajara. O processo de trabalho na ESF em um município de pequeno porte (Ubajara tem em torno de 30 mil habitantes segundo o IBGE, 2010) evidenciou desafios diferentes daqueles vivenciados em Sobral, município considerado de grande porte pela

¹ Usamos a expressão “da ponta” pelo fato de ela ser corriqueiramente utilizada aos profissionais em referência aos cenários onde se efetiva o cuidado em saúde, isso é, a ponta, a superfície de contato dos serviços de saúde com a população.

² A opção pelo termo Atenção Básica neste estudo (à exceção das citações textuais de outros trabalhos), apesar da controvérsia em torno da adequação do termo, foi feita em função de que nos cenários das práticas de saúde essa é a expressão corrente, que agrega sentido de forma mais expressiva e é mais facilmente compreendida pelos trabalhadores de saúde que estão “na ponta”.

classificação do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) de 2007, com pouco mais de 180 mil habitantes.

Em ambas experiências na ESF, uma inquietante constatação pessoal me mobilizava: embora como “espectadora” (antes de atuar profissionalmente) eu formulasse várias críticas ao modelo de atenção da ESF, estar nela como sujeito é o equivalente a ter que reproduzir, como “atriz”, alguns papéis para conseguir, talvez um dia, encenar de forma inovadora. Isso porque na ESF não há monólogo que resolva todos os problemas. Além de muitos outros atores e atrizes, há cenários, diretores, figurantes, figurinos, espectadores, preço da entrada, sentimentos, aplausos e vaias... O tempo não pára para decorar falas e, todos os dias, novos roteiros são colocados.

Empreender mudanças nos micro-espços de trabalho, seja atuando na atenção ou na gestão, sempre esteve necessariamente associado ao desencadeamento de estratégias de gestão dos processos e das relações de trabalho. Reconhecendo essa necessidade, passei a considerar a AMQ como um instrumento potencial a ser utilizado nesse sentido. Entretanto, entendo que a forma de indução da AMQ e seu método de condução não está dado para os sujeitos responsáveis diretamente pela implementação dessa estratégia avaliativa.

A compreensão acerca dos objetivos da implementação da AMQ por parte dos gestores da saúde é heterogênea, com dificuldades de convertê-la em um instrumento de auto-avaliação, gestão e planejamento dos processos de trabalho. A AMQ é, com frequência, percebida pelos atores envolvidos na sua implementação como uma atividade burocrática e passível de punição (VENÂNCIO *et al.*, 2008), o que dificulta sua utilização como instrumento de gestão.

A discussão acerca da atuação da Gestão da Atenção Básica, nesse contexto, é fundamental para que possam ser apontadas estratégias de utilização da AMQ como instrumento de gestão. Esse ponto é particularmente crítico, considerando que a função de coordenação da Atenção Básica é, não raro, reduzida à execução de tarefas repetitivas e burocráticas, em detrimento da implementação de processos de gestão do trabalho, educação permanente, avaliação e planejamento. Acrescemos que, no estado do Ceará, a Secretaria Estadual de Saúde instituiu, em 2010, a função de “articuladores da AMQ”. Os articuladores foram distribuídos por micro-regionais de saúde, com o intuito de subsidiar a Gestão da Atenção Básica na implementação da AMQ.

A possibilidade dos profissionais de saúde atuarem como agentes de mudança dos processos de trabalho a partir do instrumento AMQ coloca como desafio não apenas a “capacitação” de trabalhadores ou o estabelecimento de normas e protocolos a serem seguidos mas, sobretudo, a necessidade de fomentar a capacidade de utilização de instrumentos de avaliação e planejamento para gerar mudanças nos espaços de trabalho de forma autônoma.

Consideramos que há *dificuldades para consolidar a utilização da AMQ como instrumento avaliativo administrativo-pedagógico capaz de fomentar a avaliação e o planejamento na atenção básica*, e este constitui o problema operacional que levou a pesquisadora a buscar fundamentos teóricos até a elaboração da questão de pesquisa deste trabalho, contextualizado e introduzido a seguir.

1.2 O problema teórico (ou estado da questão)

Para a construção do problema teórico de pesquisa, foi realizada uma revisão a partir dos critérios e procedimentos orientados por Nóbrega-Therrien e Therrien (2004), os quais descrevemos no capítulo de metodologia deste estudo. Para esses autores, o estado da questão tem relação com a construção do objeto de investigação pretendido pelo pesquisador, o que torna necessária uma “busca seletiva e crítica nas fontes de informação da produção científica”. A análise da literatura disponível e selecionada a partir da sua forte vinculação com o problema empírico nos permitiu apontar um problema teórico relevante no contexto geral de investigação.

Esse contexto é caracterizado pelo incremento da discussão sobre avaliação no âmbito da atenção básica no Brasil a partir da expansão do Programa Saúde da Família (PSF), desde a década de 1990, que mobilizou recursos financeiros e humanos significativos, trazendo para a pauta a necessidade de discutir questões relacionadas à sua qualificação e resolubilidade (HENRIQUE; CALVO, 2009; SILVA; CALDEIRA, 2011; BRASIL (2002) *apud* VENÂNCIO, 2008).

Entretanto, Felisberto (2006, p. 554) considera que, embora nas últimas décadas tenham ocorrido avanços na incorporação da avaliação em saúde no Brasil, tais avanços foram, em geral, “pontuais, mediante pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de

dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos, orientada para as necessidades da gestão”.

Sousa e Hamann (2009), discutindo os avanços e desafios da ESF, apontam como necessidades mais urgentes a incorporação tecnológica, a formação da força de trabalho, o estabelecimento de novos mecanismos e pactos em torno do financiamento da atenção básica, além do encaminhamento de novas estratégias e tecnologias nos processos de monitoramento e avaliação. Nesse âmbito, os autores colocam a importância da produção de tecnologias gerenciais aplicadas aos processos de monitoramento e avaliação, de modo a discutir: a qualidade da expansão da ESF, a utilização de sistemas de informação como ferramentas gerenciais adequadas à complexidade da organização da atenção, além de indicadores adequados e oportunos para o monitoramento e avaliação dos efeitos do ESF nos municípios brasileiros.

Assim, a avaliação na atenção básica tem sido, de forma crescente, apontada como elemento importante (LINS; CECÍLIO, 2008) sendo considerada uma tarefa complexa em qualquer país ou contexto (SILVA; CALDEIRA, 2011).

No Brasil, a trajetória da atenção básica mostra que há iniciativas no âmbito da avaliação, sendo um marco a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS), em 2000, que traz em seu bojo o propósito de “formular e conduzir os processos avaliativos” na atenção básica. Inicialmente, o CAA/DAB era responsável por gerenciar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), desenvolver pesquisas avaliativas, formar multiplicadores em avaliação por meio da Educação Permanente e desenvolver metodologias de avaliação para implantação de um Sistema de Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005, p. 11).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde se colocou como principal responsável pelo processo de avaliação da atenção básica, desencadeando ações como o fomento a pesquisas avaliativas específicas, como os estudos de linha de base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) (LINS; CECÍLIO, 2008).

A partir de 2003, as competências do CAA/DAB foram reformuladas, a partir da necessidade de monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizar a gestão e fomentar a cultura avaliativa no SUS (BRASIL, 2005).

Em 2005, efervescia a discussão sobre a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no âmbito Ministério da Saúde, sendo apontados os seguintes componentes como elementares à política: monitoramento e avaliação, desenvolvimento da capacidade avaliativa, cooperação técnica e articulação interinstitucional, indução de estudos e pesquisas, produção de informes e comunicação e, por fim, articulação sistemática e integração das ações (BRASIL, 2005).

Ainda em 2005, a AMQ foi implantada pelo Ministério da Saúde, com intuito de possibilitar aos gestores uma ferramenta de avaliação e gestão da qualidade da ESF. A AMQ passa, então, a constituir-se como projeto estratégico da CAA/DAB. No âmbito do monitoramento e avaliação, a AMQ tem como objetivo desenvolver metodologia de avaliação para a melhoria contínua da qualidade da ESF, definir padrões de qualidade da ESF e desenvolver estratégias de implantação. No que se refere ao desenvolvimento da capacidade avaliativa, a AMQ objetiva contribuir com o desenvolvimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde e nos municípios brasileiros (BRASIL, 2005) e **institucionalizar** a avaliação na ESF (SILVA; CALDEIRA, 2011).

Venâncio *et al.* (2008) publicaram um livro baseado no relatório final de uma pesquisa que se propôs “a avaliar a implantação da “Avaliação para Melhoria da Qualidade – AMQ”, no tocante à sua validade, aplicabilidade e abrangência em municípios do Estado de São Paulo”.

Nessa pesquisa, os autores selecionaram uma região de saúde do Estado que continha em sua área de abrangência 15 municípios, onde buscaram: avaliar a metodologia adotada para capacitação dos multiplicadores da AMQ no Estado (questionários com interlocutores das células regionais da Secretaria Estadual da Saúde); Avaliação da metodologia adotada para a capacitação de equipes municipais para a implantação da AMQ no Estado (questionários com participantes das oficinas com gestores e profissionais municipais); avaliação da adesão de municípios capacitados para implantar a proposta da AMQ (observação participante das reuniões com municípios e questionários); avaliação junto aos gestores municipais, coordenadores da AB e gerentes de Unidades e profissionais ESF, sobre as impressões causadas pelo material; a adequação dos padrões elaborados; o grau de interesse; a compreensão da proposta e a participação na avaliação (grupo focal); avaliação da implantação da AMQ na instância

municipal, ou seja, dificuldades e facilidades encontradas para coleta, processamento e análise dos dados (grupo focal).

A pesquisa, portanto, teve como foco o momento de implantação da AMQ, não tendo sido identificados estudos acerca do impacto da AMQ, da mesma forma que Silva e Caldeira (2011), não identificaram registros na literatura nacional sobre o impacto da AMQ.

Felisberto *et al.* (2010) discute a importância de avaliar a “sustentabilidade de projetos [que] costuma ser definida como a capacidade de uma intervenção proporcionar benefícios sem interrupção durante um longo período de tempo” (FELISBERTO *et al.*, 2010). Segundo Contandriopoulos (2006), a institucionalização implica questionar a capacidade da avaliação de produzir informações e julgamentos necessários para apoiar a tomada de decisão e melhorar o desempenho do SUS.

A consolidação dos movimentos direcionados à institucionalização da avaliação em saúde é fundamental para a qualificação da atenção básica (FELISBERTO, 2006) e torna necessária a definição de uma “política de avaliação para a avaliação de políticas” com diretrizes mínimas como propósitos, recursos, abordagens metodológicas, relações estabelecidas com a gestão e a utilização da avaliação na tomada de decisão (HARTZ, 2002, p. 420).

A discussão sobre a institucionalização da avaliação emerge como necessidade premente para a consolidação da atenção básica (BRASIL, 2005) e passa a ter destaque no interior do Ministério da Saúde (FELISBERTO, 2006; LINS; CECÍLIO, 2008; SILVA; CALDEIRA, 2011).

A institucionalização defendida pelo nível federal no ano de 2006 agrega ações/atividades, projetos e políticas, com o “objetivo explícito de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos” (FELISBERTO, 2006).

Há, a partir de então, a tentativa de desencadear ações de avaliação da atenção básica integradas aos serviços no nível local (SILVA; CALDEIRA, 2011). Para Lins e Cecílio (2008), há uma tendência à superação dos “escritórios de avaliação”, isto é, de uma prática avaliativa realizada por sujeitos isentos dos produtos e resultados de seus relatórios de avaliação, sejam eles internos ou externos. Os autores acreditam que tem sido reconhecida a importância da

incorporação da avaliação na prática de saúde dos profissionais que planejam, gerenciam e executam as atividades no cotidiano dos serviços de saúde.

Significativa parcela da produção científica brasileira no campo da avaliação da atenção básica está atrelada às ações concretas que vinham sendo desenvolvidas no país. A discussão sobre a avaliação na atenção básica no Brasil tem sido uma área permeada por análises teóricas e operacionais.

A análise da literatura mostra que existem diferentes projetos em disputas presentes no que tange à avaliação da atenção básica (LINS; CECÍLIO, 2008). Diferentes atores têm estudado o tema, com discursos sendo produzidos a partir da gestão e da academia, o que possibilita a interação entre aspectos teóricos e pragmáticos que permeiam as questões desse campo. Concordamos com Lins e Cecílio, que afirmaram em 2008, que já não se podia mais falar da incipiência da produção teórica da avaliação no país.

Em 2006, o número 3 do volume 11 de 2006 da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* abriu espaço para o debate acerca da institucionalização da avaliação na atenção básica a partir do artigo “Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate”, de autoria de Eronildo Felisberto, então coordenador do CAA/DAB. O artigo “propõe uma reflexão teórica e operacional, a ser enriquecida pelos debatedores convidados, sobre o significado de institucionalizar a avaliação a partir da perspectiva do gestor federal (...)” (LINS e CECÍLIO, 2008). No debate produzido entre os autores, o ponto mais controverso refere-se às maneiras e conseqüências da “institucionalização” da avaliação.

Dois anos mais tarde, Lins e Cecílio (2008) retomam a discussão publicando um artigo na Revista *Physis*, levantando algumas críticas ao produto dos debates de 2006, afirmando que “exceto por questões levantadas por um dos debatedores (TANAKA, 2006), o conceito de ‘institucionalização’ utilizado pelo autor não foi problematizado pelos demais debatedores do artigo (CONILL, 2006; PISCO, 2006; TAKEDA; TALBOT, 2006; TANAKA, 2006; TEIXEIRA, 2006).

Para Lins e Cecílio (2008), “as reflexões do autor e dos demais debatedores centram-se na face ‘operacional’ da proposta, o que poderíamos designar como uma ‘postura pragmática’ no debate sobre avaliação”, não havendo clareza teórica acerca do conceito de institucionalização nas produções técnicas na temática de Hartz (1999 e 2002), Brasil (2005 e 2006) e Felisberto

(2006). Buscando suplantar essa lacuna, os autores fazem uma exploração de conceitos a partir de distintos referenciais teóricos sobre institucionalização e defendem que tornar a avaliação como parte da norma pode desviar a finalidade de se criar movimentos dinâmicos de institucionalização que “comportem” cristalizações e ações criativas, levando à reprodução de práticas ao invés de promover mudanças.

Felisberto (2006), como sujeito atuante do processo de operacionalização da avaliação da atenção básica no Brasil, admite que é um desafio conseguir teorizar sobre uma estratégia em construção.

Considerando o exposto acerca da historicidade e a importância da institucionalização da avaliação, assim como a necessidade de refletir acerca das estratégias para sua consolidação, desdobram-se os seguintes questionamentos: como se dá o processo de gestão da AMQ da ESF no estado do Ceará? De que forma a configuração desse processo se relaciona com a institucionalização da avaliação na ESF?

Acreditamos ser importante estudar as estratégias de institucionalização da avaliação por entender a avaliação como potencial para reorientar as práticas no interior dos serviços e qualificar a atenção. Temos acordo com Fleury (2006, p. 748), que acredita que o movimento pela reforma sanitária brasileira “colocou-se como um projeto para construção de contra-hegemonia (...), o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público”. Desse modo, entendemos a auto-avaliação com foco na mudança, tal como propõe a AMQ da ESF, um tema de estudo relevante.

Lins e Cecílio (2008) defendem a necessidade de que, para além de criar estratégias de institucionalização que tornem a avaliação elemento incorporado à prática da atenção básica de forma burocrática, se empreendam esforços, inclusive do ponto de vista teórico, para garantir que a condução da implantação das estratégias avaliativas possa fomentar o potencial transformador da avaliação. Nessa perspectiva, apresentamos no capítulo seguinte os objetivos do presente estudo.

2 OBJETIVO

Analisar a implementação da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e sua relação com a institucionalização da avaliação em municípios cearenses.

2.1 Objetivos específicos

- a) Identificar o discurso sobre avaliação institucionalizado na atenção básica.
- b) Descrever o processo de implantação e implementação da AMQ no Ceará.
- c) Analisar fatores limitantes e potenciais na AMQ como estratégia instituinte da avaliação da atenção básica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Novaes (2000) considera que a avaliação deve partir da caracterização do contexto incluindo objetivos, propostas de ação, modelos de gestão adotados, processos de trabalho, além da conjuntura política, econômica e social na qual o programa em avaliação está inserido. Por sua vez, Vieira-da-Silva (2005) consideram que, em função da multiplicidade conceitual no campo da avaliação, para qualquer investimento avaliativo deve ser feita a explicitação do marco teórico utilizado.

Considerando que o presente estudo versa sobre a implementação da AMQ e sua relação com a institucionalização da avaliação da atenção básica e tomando como pertinentes as considerações de Novaes (2000) e Vieira-da-Silva (2005), o capítulo de revisão da literatura foi desenvolvido a partir de três pontos fundamentais:

- a) necessidade de discutir o contexto de implementação da AMQ – a atenção básica brasileira;
- b) necessidade de explicitar os conceitos de avaliação com os quais tivemos contato;
- c) necessidade de explicitar um marco referencial para a discussão de institucionalização.

O presente capítulo foi construído em função destes três elementos.

Na primeira seção, que versa sobre a ESF, apresentamos uma revisão histórica que, segundo Luna (1999), busca recuperar a evolução de um conceito, tema, abordagem, dentro de um quadro de referência que contribua para explicar os fatores determinantes e as implicações das mudanças, explicando as mudanças.

As duas últimas sessões, que versam sobre a avaliação e a institucionalização, respectivamente, pela sua natureza se aproximam de uma revisão teórica que, para Luna (1999), busca explicitar um quadro teórico de referência que contribua para a análise do problema de pesquisa.

3.1 Estratégia Saúde da Família

Rovere (1994, p. 4) levanta a seguinte questão: que tipo de representação, no sentido de “mapa mental”, temos sobre as organizações que genericamente chamamos de serviços de saúde? A este respeito, o autor se posiciona afirmando que *“los servicios de salud son una de las estructuras sociales más estratificadas y más rígidas, en lo que a movilidad horizontal, y sobre todo vertical se refiere”*.

Tomando em consideração as observações de Rovere (1994), na presente sessão apresentamos os eventos históricos que consideramos relevantes e influenciadores daquilo que hoje chamamos de ESF. Para além de uma estratégia abstrata de reorientação do modelo de atenção, um nível assistencial ou um aglomerado de equipes multiprofissionais atuando em unidades básicas de saúde, entendemos a ESF como uma organização que se construiu não somente no momento da sua oficialização em 1994, mas influenciada por eventos históricos de cunho político, social e econômico, como discutiremos a seguir.

No contexto da Segunda Guerra Mundial, a Fundação Serviços de Saúde Pública (Sesp) foi criada como uma agência bilateral provisória, produto de acordo entre Brasil e Estados Unidos, destinada a realizar ações que garantissem a manutenção da saúde das tropas americanas (principalmente nas bases aéreas no Nordeste) e dos trabalhadores brasileiros envolvidos na produção de borracha, ferro, mica e quartzo. Assim, as ações de saúde pública no período estão associadas a interesses político-econômicos e tem como figuras expressivas na sua implementação: o guarda sanitário e a visitadora sanitária que influenciaram de forma significativa às práticas educativas perpetuadas no campo da saúde pública (TEIXEIRA, 2008).

Tanto o guarda sanitário como a visitadora eram arregimentados a partir da própria “comunidade”, a exemplo do que ocorre atualmente com o agente comunitário de saúde, utilizando como critérios pré-requisitos como escolaridade e determinados atributos de personalidade e hábitos de higiene. Segundo Teixeira (2008, p. 967), a função de visitadora sanitária foi inserida no âmbito da Sesp “sob o argumento inicial da falta de educação sanitária, da necessidade de manutenção dos equipamentos e da carência de enfermeiras”. Dessa forma, “o argumento que sustentava a necessidade destes profissionais era fortemente calcado numa

avaliação de carência e não em sua positividade - embora esta estivesse presente, permanecia residual”.

Apenas quatro anos após a produção do Relatório Lalonde que evidenciava a ineficiência do modelo biomédico centrado no curativismo, tanto do ponto de vista financeiro como dos resultados em saúde, advogando mudanças na estrutura dos serviços de saúde deslocando o foco para a promoção da saúde (LALONDE, 1974), ocorria a Primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde (conhecida como Conferência de Alma-Ata), realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

A Conferência de Alma-Ata teve impacto na criação, em todo o mundo, de serviços primários de saúde pautados na provisão de cuidados essenciais de saúde, baseados em técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas, socialmente aceitas e a um custo que a comunidade e o país pudessem suportar, tendo como núcleo central do sistema de saúde e primeiro nível de contato serviços situados no local onde residem e trabalham as pessoas (WHO, 1978).

Em termos operacionais, as seguintes determinações mínimas foram explicitadas na Declaração de Alma-Ata para a estruturação da atenção primária no mundo:

educação sanitária, suplementação alimentar, nutrição adequada, abastecimento adequado de água potável e saneamento básico, assistência materno-infantil (inclusive planejamento familiar), imunização, prevenção e combate às doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e traumatismos comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (REIS, 2001, p. 14).

Influenciadas por essas determinações, tivemos experiências no Brasil que guardavam coerência com as prescrições de Alma-Ata. Dentre elas, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), elaborado em 1980 (que não chegou a se efetivar), o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1982 e a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), implementada em 1983. Essas foram as ações embrionárias da criação da Atenção Básica no Brasil, contribuindo de forma significativa para o processo de descentralização da saúde (TANCREDI, 1998).

A lógica das práticas de saúde pública vigentes no período que precedeu imediatamente a implantação do PSF era configurada pela experiência do PACS e da Funasa que,

por sua vez, sofreram forte influência do modelo sanitarista-campanhista que prevaleceu no século XX.

Entretanto, a experiência que mais influenciou a estruturação do PSF e até hoje continua influenciando a identidade desse serviço foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (VIANA e DAL POZ, 1998), institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 1991, a partir de experiências embrionárias de realização de visitas domiciliares às famílias principalmente no Norte e Nordeste brasileiros, com destaque para o Ceará.

No mesmo ano de criação do PACS, era criada a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão do Ministério da Saúde encarregado da gestão das ações de saneamento (obras, instalações, iniciativas de educação em saúde) nos municípios de até 50 mil habitantes (o que corresponde a 90,6% do total de municípios brasileiros). A Funasa, contemporânea, do PACS, foi um produto da junção entre a extinta Fundação Serviço Especial de Saúde (Fundação Sesp) e a Superintendência de Combate à Malária (Sucam) (TEIXEIRA, 2008).

Cerca de 10 anos depois, o Programa Saúde da Família foi implementado, no apogeu do neoliberalismo brasileiro, seguindo determinações de um Relatório do Banco Mundial de 1993, que “sugere que o PSF, no Brasil, deve ser implantado como estratégia compensatória dos baixos índices dos indicadores de saúde registrados no país, estabelecendo-se primeiramente atendimento às famílias excluídas” (REIS, 2001, p. 12). Assim, o PSF atende às necessidades de ajuste financeiro e focalização das políticas sociais pautadas pelos organismos internacionais.

Após sua implantação oficial, em 1994, pelo Ministério da Saúde, o PSF foi alocado sob “responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sendo criada dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC, agregando ainda a gerência do PACS e o de interiorização do SUS” (BRASIL, 1994).

Uma discussão recorrente em torno do PSF refere-se à questão da sua direcionalização para populações pobres, tornando-se um programa de saúde pontual e externo à organização do sistema de saúde. Nesse sentido, Vasconcelos (1999, p. 174-175) defendeu que o

PSF não deve ser considerado uma proposta simplificada e barata para áreas rurais e pobres do país, ao contrário da simplificação, é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e especialmente de seus grupos mais vulneráveis.

Entretanto, sua implementação ligada a uma macro-estratégia de ajuste fiscal influencia as práticas de trabalho na ESF, com focalização em problemas específicos ligados ao perfil epidemiológico tradicional.

Em 1996, a Norma Operacional Básica (NOB) editada pelo Ministério da Saúde para operacionalizar o sistema de saúde traz como inovação a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), estabelecendo um bloco de financiamento específico para a atenção básica.

A criação do PAB foi responsável pela inversão do sistema de financiamento na atenção básica, já que a partir dele foram utilizados critérios populacionais, suprimindo o pagamento por produção de procedimentos e serviços (SOLLA *et al.*, 2007). Entretanto, a efetiva implantação do PAB só ocorreu a partir de 1998, quando sofreu inclusive uma redução do repasse de recursos, já que o valor de R\$ 12,00 per capita por ano originalmente proposto para o PAB foi reduzido para um mínimo de R\$ 10,00 e um máximo de R\$ 18,00, sendo o valor exato calculado pela série histórica da produção de procedimentos de atenção básica do município. A maioria deles, entretanto, teve seus valores ajustados para o mínimo (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

É importante destacar que a implantação do PAB ocorreu em um contexto de gastos decrescentes do governo federal com saúde, com as despesas orçamentárias para o setor tendo sido reduzidas em 21% entre 1995 e 1998 (COSTA, 2002).

Em 2000, o Ministério da Saúde editou a Portaria SAS/MS Nº 09 de 13 de janeiro de 2000, que define o conjunto de procedimentos que compõe a Atenção Básica, sem fixação de valor (BRASIL, 2000), contrariando a Lei 8.080, em seu art. 26 que define que “os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovados no Conselho Nacional de Saúde” (BRASIL, 1990).

Essa portaria gerou reação do Conselho Nacional de Saúde, como é possível ver na Tribuna Livre da Conferência Nacional de Saúde On-Line (CARVALHO, 2000), que afirmava que essa seria uma estratégia neoliberal do governo de Fernando Henrique Cardoso para reduzir os gastos com saúde, criando uma cesta básica de serviços direcionados para as populações pobres, que iriam forçar usuários com maior poder aquisitivo a buscar assistência em planos e seguros de saúde, induzindo a privatização da saúde (CARVALHO, 2000).

É nesse contexto de desfinanciamento que o Ministério da Saúde edita a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, que institui para a ESF sete áreas estratégicas mínimas para a atuação da atenção básica, como condição para habilitação dos municípios na modalidade Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (BRASIL, 2001, p.51): “o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal”.

As normas operacionais do Ministério da Saúde (NOBs e NOAS) foram grandes determinantes da configuração assumida pelo SUS. Segundo Marques e Mendes (2002), apesar da municipalização, o SUS vivenciou um processo de descentralização tutelada: as responsabilidades pela execução foram transferidas para os municípios, mas a normatização e o repasse de recursos permaneciam atrelados às “caixinhas de financiamento” prescritos de forma centralizada pelo Governo Federal. Segundo Carvalho (2001), a NOAS apenas consagrou o processo burocrático de recentralização por parte do Ministério da Saúde, que passava então a ditar quem (municípios e estados) era habilitado ou não para ter autonomia sobre sua gestão na saúde.

Assim, a construção da identidade da atenção básica e de seu escopo de atuação foi fortemente influenciada pelas normas operacionais que, por sua vez, eram reflexo de políticas de ajuste fiscal no contexto do neoliberalismo.

As áreas estratégicas propostas pela NOAS compõem a espinha dorsal da ESF atualmente, a despeito da transição epidemiológica vivenciada no Brasil que coloca como principais causas de morbimortalidade problemas epidemiológicos mais complexos do que aqueles estabelecidos na NOAS, tais como as doenças cardiovasculares, câncer, acidentes e violências. Assim, apesar da emergência de problemas epidemiológicos complexos e de natureza crônica, os sistemas de saúde permanecem organizados em torno das condições agudas e da agudização das condições crônicas (MENDES, 2010).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou o Pacto pela Saúde, com o objetivo de estabelecer novas estratégias na gestão do sistema e avançar na consolidação e descentralização do SUS. Para isso, as habilitações foram suprimidas e o financiamento da atenção básica passou a ser operacionalizado apenas pelo PAB Fixo, destinado a todos os municípios, e pelo PAB Variável, que estimulava algumas ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. O Pacto pela Saúde, todavia, não foi devidamente monitorado, apenas formalizado pelo Termo de

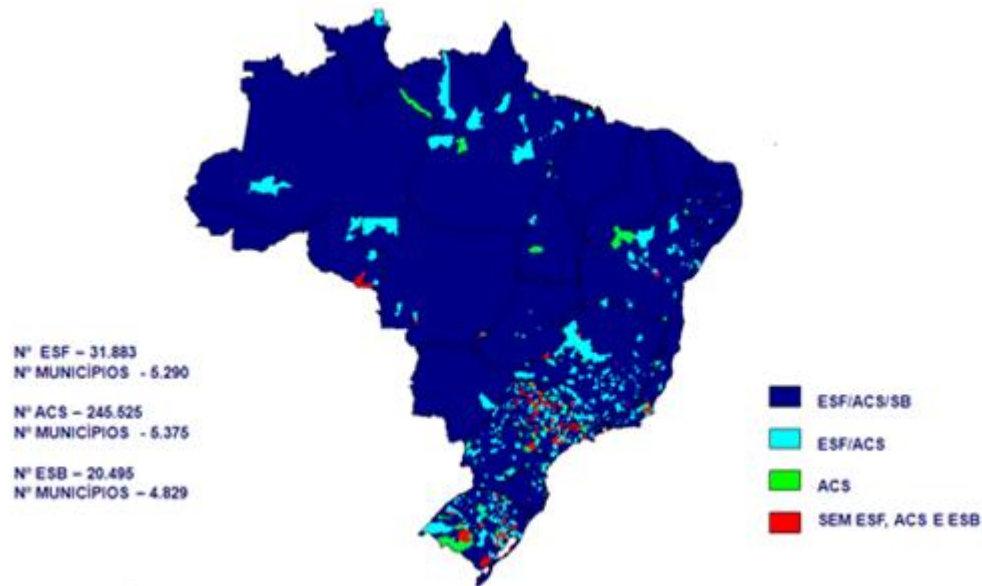
Compromisso de Gestão, nem alcançou o princípio da integralidade, na medida em que os municípios continuaram trabalhando sozinhos, pois não dispunham de dispositivos administrativo-jurídicos que lhes garantisse planejamento e execução das ações em saúde integrados por região (SANTOS; ANDRADE, 2007). Ademais, a proposta da Política Nacional de Atenção Básica, também de 2006, não foi cumprida quanto ao seu papel de coordenadora do sistema, proposta que permanece em vias de construção ainda nos dias de hoje (ANDRADE, 2010).

Poderíamos, portanto, entender como um desafio para a ESF na (re) construção de sua identidade a sua efetiva participação na reorientação do modelo de atenção à saúde, em consonância com o perfil epidemiológico. Mesmo estando associada a melhorias nos indicadores de saúde, não se pode afirmar que a ESF impactou na efetiva reestruturação do modelo assistencial (SILVA; CALDEIRA, 2010), já que a manutenção da lógica de assistência centrada na consulta médica leva a uma incipiente efetivação dos princípios inerentes à atenção básica (MACINKO *et al.*, 2004).

Apesar de ter sido criado com a proposta de superar a tradição medicalizante da sociedade e dos serviços de saúde, pautando a concepção de promoção à saúde, essa “reforma cultural” não ocorreu. Em parte, isso se deve ao fato de que o PSF, inicialmente, “orientou as equipes a lidar centralmente com os programas de saúde, com protocolos diagnósticos e terapêuticos definidos”, sem desenvolver competências e estratégias para lidar com a demanda espontânea que chega aos serviços de atenção básica, que não se enquadra nos protocolos (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2011). Além disso, apesar de reivindicada como o “núcleo central” das redes de atenção à saúde, a ESF permanece sem comunicar-se efetivamente com outros elementos da rede, tais como a atenção secundária e terciária (MENDES, 2010).

Silva e Caldeira (2010) consideram que, mesmo ainda não tendo alcançado o intento de reorientar o modelo de atenção, a ESF teve franca expansão em todo o território nacional (como apresenta a figura 1) a partir da indução do Ministério da Saúde, o que torna fundamental discutir a qualificação e a resolubilidade das equipes.

Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES), 2011.

A partir da revisão histórica realizada, acreditamos que a indução da ESF pelo Ministério da Saúde por meio de normatizações e “fiscalizações” que condicionam o financiamento influencia a construção de uma identidade marcada pela submissão e reprodução de práticas genéricas no âmbito municipal, dificultando a construção de uma cultura de planejamento e avaliação descentralizados, fazendo com que as equipes de saúde da família por todo o Brasil desenvolvam com dificuldade a capacidade de analisar e reagir às necessidades locais.

Vasconcelos (1999, p. 175) acredita que “o futuro de um programa, assim tão recente, será definido no jogo político entre os atores envolvidos na sua operacionalização”. Reis (2001, p.5) aponta que “o novo ciclo gerencial que começa a se emoldurar na administração pública brasileira, com a municipalização e a descentralização da saúde, remete a necessidades de monitoramento das ações e programas de saúde”.

Teixeira (2002) acredita que no processo de mudança do modelo de atenção no âmbito do PSF, os aspectos gerenciais ou político-institucionais e organizativos são fundamentais. A complexidade dos problemas que emergem no cenário da ESF exige das equipes

de saúde polivalência e capacidade de auto-análise e autogestão, de modo a responder às mudanças de perfil epidemiológico.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem investindo em novas estratégias de avaliação, que focam a participação ativa das equipes buscando qualificar a gestão local dos sistemas de saúde.

Vários autores já demonstraram a importância da cultura avaliativa no processo de tomada de decisão em qualquer ponto do sistema de saúde (FIGUEIREDO; TANAKA, 1996; HARTZ, 1999; NOVAES, 2000; BRASIL, 2005). Para o fomento dessa cultura, um dos mecanismos postos em prática nos países desenvolvidos é a incorporação da avaliação como política governamental (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) e, conseqüentemente, como prática institucional (SARTI *et al.*, 2008). O desafio consiste, portanto, em tornar a auto-avaliação parte da identidade institucional dos serviços de saúde.

No caso da ESF, insere-se nesse contexto a proposta da AMQ, que busca a qualificação da atenção básica por meio do fomento à avaliação no contexto de cada equipe. Destacamos que no início da produção do presente estudo, a AMQ configurava-se como a principal estratégia avaliativa do Ministério da Saúde. Durante a fase de coleta de dados, era lançada oficialmente a proposta do Programa para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, o PMAQ, que traz em atrela financiamento à avaliação das equipes introduz o componente da avaliação externa e utiliza indicadores de natureza quantitativa para avaliar a atenção básica no país.

Considerando as diferenças marcantes entre as duas estratégias de avaliação, consideramos oportuno dar continuidade ao estudo, buscando discutir de que forma a AMQ desempenhou a função pretendida para ela de indutora da avaliação no contexto da atenção básica.

Em função da pluralidade da avaliação, com suas diversas faces e possibilidades, o capítulo que segue será destinado a discutir, no campo da saúde, a categoria avaliação, discutindo-a em um contexto mais geral e no âmbito da AMQ.

3.2 Avaliação

Concebida como inerente ao próprio processo histórico de aprendizagem humano, a avaliação vem assumindo cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, em função dos múltiplos contextos e referenciais de análise que a configuram (SANTOS-FILHO, 2007).

No cenário da gestão pública, a avaliação de programas surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado passou a substituir o mercado na provisão de áreas sociais como saúde e educação. A aplicação de recursos públicos nessa área provocou certa necessidade de “profissionalização” da avaliação, com o objetivo de medir a efetividade dos programas sociais que passaram a ser implantados a partir de então (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

No campo da saúde, a avaliação vem sendo pauta de importância crescente, o que, para Cesar e Tanaka (1996), pode ter relação com a incorporação cumulativa e contínua de novas tecnologias a partir do final da década de 40, principalmente nos países europeus, levando à necessidade de subsidiar os processos decisórios em relação às tecnologias de maior eficácia e menores efeitos colaterais, melhorando a relação custo-benefício.

A partir dos anos 80, apesar de permanecer como importante a análise dos custos, alguns enfoques de avaliação passaram a incorporar a opinião dos sujeitos envolvidos nos processos, buscando informações que subsidiem a gestão e a melhoria da qualidade (SERAPIONE, 1999), processo também observado na área da saúde, dando origem a uma multiplicidade de conceitos e estratégias no campo da avaliação.

Nas subseções a seguir, apresentamos elementos conceituais no campo da avaliação em saúde considerados como referenciais neste estudo e discutimos as estratégias de avaliação na atenção básica brasileira, com ênfase na AMQ.

3.2.1 Avaliação em saúde

Hartz (1999), cujos trabalhos tem sido importante referencial para a avaliação no Brasil, situa a avaliação como uma atividade institucional, parte da gestão pública, com base na (mas não limitada à) pesquisa avaliativa, integrando ações de análise e gestão.

Contandriopoulos (1997), estudioso também considerado referencial em avaliação na saúde, considera que a avaliação é um julgamento sobre uma intervenção ou sobre um dos seus componentes, objetivando subsidiar a tomada de decisão. Vieira-da-Silva (2005), embora utilize o conceito de Contandriopoulos (1997) como referencial considera necessário superar o procedimentalismo e o instrumentalismo presentes na ideia de intervenção, propondo a noção de práticas sociais em substituição ao termo.

Por sua vez, Nickel, Caetano e Calvo (2009, p. 374), a partir das ideias de Contandriopoulos *et al.* (1997) e de Tanaka e Melo (2001), consideram que “a avaliação é a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de parâmetros que visam à tomada de decisão”. A utilização de parâmetros para avaliação, segundo Contandriopoulos *et al.* (1997) é elemento básico da avaliação normativa, já que essa deve ser realizada necessariamente a partir de normas e critérios direcionadores, ao contrário da pesquisa avaliativa, que utiliza o procedimento científico para examinar relações entre diferentes componentes de uma intervenção.

Para o Conselho Nacional de Secretarias da Saúde Municipais (CONASEMS, 2002, p. 45), a avaliação é definida como o “ato pelo qual o servidor analisa a veracidade das informações em saúde, prestadas pelos gestores do SUS e pelas pessoas físicas e jurídicas que participam do sistema de forma complementar, a qualidade, o desempenho e o grau de resolutividade das ações e dos serviços executados no âmbito do SUS”. Optamos por apresentar esse conceito, embora ele seja mais operacional do que teórico, em função de estar contido em um documento técnico de gestores do sistema de saúde e trazer o elemento “análise da veracidade de informações” como objetivo central da avaliação, o que o diferencia dos conceitos apresentados anteriormente e evidencia que há distintas perspectivas de avaliação entre técnicos e teóricos que operam a avaliação na saúde.

Cesar e Tanaka (1996) já apontavam que as necessidades de avaliação em saúde provocaram a incorporação do método epidemiológico, assim como de metodologias para a averiguação da eficácia, principalmente através dos ensaios clínicos. Os autores afirmam que “a divulgação e a disseminação do uso de novos procedimentos médicos ou novas drogas baseia-se, com maior frequência, na avaliação dos resultados desses ensaios clínicos, que são possíveis de ser realizados com razoável grau de objetividade e precisão”. A avaliação seria, portanto uma tarefa bastante objetiva, constituída de etapas básica – medir, comparar e emitir juízo de valor, o que implica no fato de que “a avaliação necessita identificar com clareza o que vai avaliar” (CESAR; TANAKA, 1996, p. 60).

Tal necessidade de objetivação tem influenciado, na maioria das vezes, a utilização de processos avaliativos com forte conteúdo de medição quantitativa (TANAKA; MELO, 2004). Para Deslandes e Assis (2002), cada vez mais se discute, no Brasil e em outros países, a importância da articulação entre as abordagens quantitativas e qualitativas na avaliação, de modo que ambas possam ser utilizadas de forma complementar. Almeida (2002) traz um aspecto interessante acerca da própria origem da palavra avaliação, afirmando que a raiz latina da palavra “avaliar” significa medir, a partir de padrões quantificáveis e, em grego, o radical *axiós* tem relação com a produção de juízos de valores, ligada a medidas qualitativas, o que leva à ideia de que a avaliação tem essa natureza miscigenada, embora o enfoque quantitativo predomine.

Mesmo com a tendência à predominância do enfoque quantitativo, Cesar e Tanaka (1996) relativizam que há certo grau de subjetividade inerente à avaliação, pois o julgamento realizado depende da visão de mundo de quem o faz, em função do que não é possível falar em “abordagem correta ou uma metodologia ideal para a avaliação, e sim uma composição de métodos e instrumentos organizados de forma a se atingir o objetivo de emitir um juízo de valor em relação ao objeto ou sujeito social avaliado” (CESAR; TANAKA, 1996, p. 60).

Guba e Lincoln (1989), em trabalho considerado marco referencial no campo da avaliação, afirmam que o desenvolvimento de conceitos ao longo da história da avaliação de programas introduziu mudanças importantes na área, que podem ser sistematizadas em quatro estágios históricos. O primeiro estágio apontado é caracterizado pela avaliação baseada unicamente na medida (dos resultados, da produtividade, etc.), sendo operada por um técnico que deveria construir e usar instrumentos de medição de fenômenos isolados. O segundo estágio da

avaliação incorpora a descrição dos fenômenos, para além da medição, identificando como os programas conseguem atingir seus resultados. O terceiro estágio, além de medir e julgar, incorpora o julgamento sobre a intervenção, prevendo, portanto, tomada de decisão. O quarto estágio está emergindo e tem a ver com um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção avaliada (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A avaliação sistêmica proposta por Donabedian (1980 *apud* CESAR; TANAKA, 1996) ainda é amplamente utilizada nos serviços de saúde e se estrutura a partir de três componentes: estrutura, processo e resultado. Na avaliação da estrutura, são considerados os diversos recursos existentes para a execução dos serviços: planta física, equipamentos e materiais de consumo; “recursos humanos”, fontes e recursos financeiros para manutenção da infraestrutura e da tecnologia disponível, dentre outros. No componente processo, é avaliada a dinâmica de execução das atividades e a relação entre as diversas atividades realizadas. Por fim, o componente resultado considera os efeitos ou produtos das ações realizadas pelos serviços, ou seja, buscam identificar modificações na situação de saúde dos usuários, sem deixar de considerar que tais modificações também podem estar associadas a outros fatores sociais.

Embora haja um esforço de sistematização e produção teórica inclusive no âmbito do Ministério da Saúde, no contexto geral do SUS, a avaliação ocorre de maneira fragmentada, se estruturando conforme se organiza o próprio sistema, em programas e projetos (SCARAZATTI, 2006). No contexto da atenção básica, podem ser encontradas estratégias avaliativas fortemente orientadas pela quantificação e outras focadas na estrutura, processos e resultados, como apresentamos a seguir.

3.2.2 Avaliação no contexto da atenção básica

As primeiras experiências de avaliação da atenção básica foram iniciadas ainda no final da década de 90. Em 1999, foi lançada a portaria 476 do Ministério da Saúde, que regulamentava o processo de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica em relação aos resultados alcançados e à oferta de serviços financiados pelo PAB que deveriam ser implementados de acordo com o Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e a Norma Operacional Básica de 1996. Essa portaria apresenta 17 indicadores de natureza quantitativa e

introduz dois elementos que influenciaram os processos avaliativos na atenção básica brasileira: o estabelecimento de metas quantitativas e o alcance de tais metas para garantir o repasse de recursos financeiros a partir da esfera federal.

Em agosto de 2000, foi lançado o primeiro Informe Técnico da Atenção Básica, que falava sobre o Projeto de construção do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica como estratégia avaliativa, em um contexto em que se definia o elenco de responsabilidades dos municípios enquanto gestores do SUS local (BRASIL, 2000).

Embora as primeiras experiências tenham sido marcadas pela preocupação com o estabelecimento de indicadores quantitativos que pudessem traduzir objetivamente o desempenho da atenção básica, Lins e Cecílio (2008) apontam indícios do esforço crescente de construção conceitual nesse campo, subsidiado por um pano de fundo operacional vivenciado pelos autores que analisam o tema.

Para Ayres (2004), a prática avaliativa na atenção básica apresenta particularidades relacionadas à sua proximidade com a comunidade e à natureza dos problemas que ela enfrenta, os quais, segundo Sarti *et al.* (2008, p. 64) “englobam uma complexidade de fenômenos não restritos a alterações biofísico-químicas no funcionamento corporal, envolvendo também uma ampla constelação de processos sociais e psicológicos entrelaçados em uma imbricada rede de interações (...)”.

Diante dessa complexidade, o Ministério da Saúde do Brasil vem desenvolvendo diversas estratégias no sentido de consolidar a avaliação especificamente no âmbito da atenção básica à saúde, a partir de 2000, com a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (CAA/DAB/SAS/MS). O trabalho desse departamento promoveu o lançamento, em 2003, da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica, a partir da constatação pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), da inadequação das práticas avaliativas existentes até então, geralmente restritas a trabalhos acadêmicos pontuais que utilizavam metodologias diversas e não permitiam uma ação coordenada (SARTI *et al.*, 2008).

Os componentes fundamentais dessa Política são o monitoramento e a avaliação, o desenvolvimento da capacidade avaliativa, a integração das ações, a cooperação técnica, a

indução e gestão de estudos e pesquisas e a produção de informação e comunicação, com o intuito de promover a institucionalização da avaliação na atenção básica (BRASIL, 2005).

Uma das iniciativas nesse sentido foi a condução dos Estudos de Linha de Base desenvolvido no âmbito do Proesf, a partir de 2005, que objetivaram a construção de um “diagnóstico do padrão epidemiológico e da organização dos serviços, principalmente em relação à atenção básica, em 168 municípios do País com mais de 100 mil habitantes (...)” (BODSTEIN *et al.*, 2006, p. 726).

Campos (2010) assinala outro instrumento utilizado na avaliação da atenção básica, o indicador interações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) que, segundo Alfradique *et al.* (2009), aponta o conjunto de interações que ocorrem relacionadas à ausência de uma ação resolutiva da atenção básica. No cenário mundial, outras ferramentas tem sido utilizadas para a avaliação da atenção básica, como o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool PCA-Tool), que é também sugerido pelo Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2010).

Salientamos que o CAA/DAB também investiu na criação de dois instrumentos de uso facultativo no âmbito da avaliação, o Programa para Gestão por Resultados da Atenção Básica (ProGRAB) e a AMQ. A criação de estratégias de livre adesão para a avaliação local indica a intencionalidade do Ministério da Saúde em fomentar a realização de processos locais de autoavaliação.

O ProGRAB foi criado pelo Ministério da Saúde em 2006, se propondo a ser um instrumento de programação para as equipes, de forma integrada aos pactos de indicadores e com possibilidade de elaboração de um Termo de Compromisso de Gestão por Resultados, a ser assumido no âmbito local, por meio da pactuação de metas entre equipes de atenção básica, gestores locais e conselhos de saúde (BRASIL, 2006). Apesar de, em sua concepção propor e o estímulo ao trabalho a partir de compensações materiais e simbólicas às equipes que apresentassem resultados satisfatórios, a proposta não previa acompanhamento, monitoramento ou direcionamento de recursos. O *software* para sua utilização ainda está disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, apesar de não haver outros instrumentos de apoio para sua utilização.

A AMQ, por sua vez, foi implantada em 2005 (BRASIL, 2005), focada na auto-avaliação no âmbito da ESF, a partir de padrões de referência estabelecidos para a organização dos serviços, não se constituindo, portanto, “em uma atividade final, mas uma atividade-meio, que estimula e orienta para alcance da qualidade dos serviços” (SILVA; CALDEIRA, 2010, p. 1188), como discutiremos a seguir.

3.2.3 Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Segundo Sarti (2009), a AMQ se originou de uma parceria entre Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde, em 2001, que buscavam desenvolver uma proposta de avaliação e/ou acreditação da qualidade da Saúde da Família, a partir das iniciativas dos estados do Ceará e da Bahia, que já haviam realizado ações nesse sentido.

No Ceará, foi implementado no período de 1996 a 2000 o Programa de Qualidade – PROQUALI (EDUARDO *et al.*, 2007), que teve origem na iniciativa da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional-USAID, que já vinha prestando assessoria desde 1993 aos programas de saúde reprodutiva nesses estados. O Programa tinha como objetivo “aumentar o acesso e melhorar a qualidade da atenção em saúde reprodutiva em ambos os estados” e propunha intervenções nas áreas de capacitação, gerência, logística e comunicação em centros de saúde dos municípios de Redenção, Barreira e Acarape no Ceará (MERRITI; SAID, 1997, p. 4). Essa experiência gerou documentos internacionais a respeito das lições aprendidas no Brasil no campo da contracepção (USAID, 2006), sendo, portanto, uma estratégia orientada para o controle de natalidade em países “em desenvolvimento”.

Em 2003, foi composto um grupo técnico dos quais participaram municípios e estados, sob a coordenação do CAA/DAB, com cooperação técnica e financeira da OPAS e do Banco Mundial; e a assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal, com o intuito de elaborar a AMQ (CAMPOS, 2005).

Os instrumentos da AMQ estão disponíveis na internet e sua utilização pelos municípios e equipes é voluntária, sendo que sua adesão não traz vantagens nem prejuízos de qualquer ordem direta àqueles que os utilizam, resguardando seus benefícios para a melhoria da qualidade dos atendimentos e para uma orientação mais apropriada acerca da organização e funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Esses instrumentos foram criados por especialistas em atenção básica e em avaliação de qualidade de serviços de saúde, compreendendo 300 padrões de qualidade, que são avaliados mediante perguntas de fácil compreensão, trabalhando apenas com a possibilidade de respostas categóricas, positivas ou negativas, sem medir escalas de frequência com que as atividades são realizadas, nem indagar sobre os porquês de serem ou não realizadas, relegando essas questões à discussão em equipe que a AMQ espera desencadear ao ser implementada (BRASIL, 2005).

Os instrumentos explicitam a definição do padrão de qualidade ao qual se refere com vistas a esclarecer o quesito analisado e possibilitar o preenchimento adequado das questões. Ainda nesta definição, inclui-se o modelo que se espera que as equipes de saúde realizem em suas atividades cotidianas, o que pode influenciar a resposta dos sujeitos implicados positiva ou negativamente, embora contribua para fomentar possíveis discussões, gerando reflexão crítica sobre o trabalho e auto-avaliação pela equipe (BRASIL, 2005).

A AMQ está organizada em cinco instrumentos que trabalham com duas unidades de análise, também chamadas dimensões ou componentes. A primeira, focada na Gestão, está disposta nos instrumentos 1, 2 e 3, e a segunda, com ênfase nas Equipes da ESF, está disposta nos instrumentos 4 e 5. Esses instrumentos são identificados na primeira coluna das perguntas pelo número que representam, de 1 a 5, e a dimensão vem seguida desse número representada por outro número de acordo com a ordem das questões.

A unidade de análise da Gestão aborda “as subdimensões relacionadas ao desenvolvimento da ESF, coordenação técnica e estrutura das unidades de saúde, sendo dirigida aos gestores de saúde e coordenadores da atenção primária dos municípios” (SILVA; CALDEIRA, 2010, p. 1188).

A segunda dimensão, focada nas Equipes, trabalha a consolidação do modelo e a atenção à saúde. A consolidação do modelo está relacionada a questões sobre a organização do trabalho em saúde da família; acolhimento, humanização e responsabilização; promoção da saúde; participação comunitária e controle social e vigilância à saúde. Já a dimensão atenção à saúde trata de aspectos referentes aos resultados das ações organizadas em ciclos de vida: saúde da criança; saúde do adolescente; saúde do adulto, (homens e mulheres); saúde do idoso, além de informações sobre a vigilância às doenças infecto-contagiosas (SILVA; CALDEIRA, 2010, p. 1189).

A avaliação dessas duas dimensões se aproxima mais da avaliação de aspectos singulares da atenção básica, como o primeiro contato, a acessibilidade, a dificuldade intrínseca ao diagnóstico inicial, o que já pode ser considerado um avanço, tendo em vista que os modelos utilizados para a avaliação da qualidade em saúde geralmente foram baseados na produção de cuidados hospitalares voltados para o tratamento de doenças. Não obstante, talvez por ser recente, a AMQ ainda não contempla em seus instrumentos aspectos referentes ao atendimento das expectativas e necessidades dos usuários, que também não participam em nenhum momento dessa avaliação (SELLÉS; MARÍN, 1993 *apud* CAMPOS, 2005).

Outra particularidade dos instrumentos em questão, é que eles passaram inicialmente por um teste piloto no qual ficou evidente que uma série de padrões do componente Gestão possuía maior ou menor ressonância conforme o porte do município, o que levou a criar, na segunda coluna dos instrumentos 1, 2 e 3, a classificação PB (Padrão básico), P>20 (significando que esse padrão é aplicável apenas aos municípios que tenham mais de 20.000 habitantes), P>100 (apenas para os municípios com mais de 100.000 habitantes) e P>500 (somente para municípios maiores que 500.000 habitantes) (BRASIL, 2005).

Para cada item em avaliação, existem cinco diferentes estágios de desenvolvimento possíveis (elementar, em desenvolvimento, consolidado, bom e avançado) (BRASIL, 2005), o que pressupõe que há “níveis distintos de complexidade a ser alcançada” (SILVA e CALDEIRA, 2010, p. 1189).

A qualidade “elementar” (padrão E) determina ações mais básicas da ESF, enquanto a qualidade “em desenvolvimento” (padrão D) indica elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho. Já a qualidade “consolidada” (padrão C) indica processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações. A qualidade “boa” (padrão B) caracteriza ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados. Por fim, a qualidade “avançado” (padrão A) corresponde ao horizonte a ser alcançado, indicando com excelência na estrutura, nos processos e nos resultados (BRASIL, 2005).

No Ceará, a Secretaria Estadual da Saúde designou um técnico por microrregional denominado “articulador da AMQ”, com o intuito de contribuir na implementação da AMQ nos municípios do Estado (CEARÁ, 2010). No estado, a AMQ está atrelada, no Estado, à captação de recursos estaduais referentes à Operação SWAP II, mantida pelo Governo do Estado com o

Banco Mundial (BIRD). A AMQ está relacionada com os indicadores primários, isto é, que condicionam a transferência de recursos do Bird para o Governo do Estado do Ceará: percentual de equipes de PSF/AB classificadas no sistema de classificação de qualidade da AMQ e percentual das equipes classificadas num ano anterior que melhoraram sua classificação de qualidade da AMQ (CEARÁ, 2010a).

Apesar de estar em expansão, implantada em 516 municípios em 2006 (BRASIL, 2006) e em 1247 municípios atualmente (BRASIL, 2011), há pouca produção nacional sobre a AMQ, apontando a necessidade de maior divulgação e padronização na utilização dos seus instrumentos (VENÂNCIO *et al.*, 2008).

Embora já se viesse a avaliação já viesse sendo discutida no país como importante elemento dos processos de trabalho em saúde (SILVA; FORMIGLI, 1994; FIGUEIREDO; TANAKA, 1996), a partir das contribuições de Hartz (1999), cresceu a discussão sobre a necessidade de institucionalização da avaliação no Brasil, sendo incorporada ao discurso técnico do Ministério da Saúde, em 2003, com o lançamento da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica (SARTI, 2009).

Considerando que a AMQ foi um dos produtos dos esforços expressos pelo Ministério da Saúde para institucionalizar a avaliação na atenção básica, apresentamos a seguir a categoria institucionalização, discutindo os conceitos que se desdobram a partir dela e são fundamentais para sua compreensão, quais sejam: instituído, instituinte e instituição.

3.3 Institucionalização da avaliação em saúde

Apresentaremos a seguir aspectos teóricos e operacionais acerca da institucionalização da avaliação no âmbito da saúde, discutindo seus principais referenciais e as contradições acerca da sua utilização entre técnicos e teóricos da atenção básica no Brasil.

3.3.1 Autoanálise e autogestão nos coletivos sociais

Há evidências na literatura internacional de que a institucionalização da avaliação em saúde vem sendo objeto de investimento em vários países (VARONE, 2005 *apud* ALVES *et al.*,

2010). No Brasil, essa discussão também tem sido travada. Em 1999, os Cadernos de Saúde Pública abriram espaço para um debate encabeçado pelo artigo de Zumira Hartz, onde a institucionalização da avaliação de serviços e programas de saúde foi objeto central de discussão.

Em 2006, a discussão sobre institucionalização da avaliação em saúde é retomada, com foco na atenção básica, na edição da Revista Ciência & Saúde Coletiva, onde Felisberto (2006, p.130) inicia o debate propondo “uma reflexão teórica e operacional, a ser enriquecida pelos debatedores convidados, sobre o significado de institucionalizar a avaliação a partir da perspectiva do gestor federal em induzir um ‘acultramento’ da avaliação na rotina da atenção básica (...)”.

O referido texto propõe uma incursão da teoria à política e, acreditamos que cumpre sua proposta, discutindo, embora sem profundidade, a questão do referencial teórico e das formas de operacionalização da institucionalização da avaliação.

Dois anos mais tarde, Lins e Cecílio (2008), motivados pelos textos de 2006, considerando que os textos produzidos em 2006 não foram suficientes para discutir um referencial de institucionalização, propõe um novo debate, em que levantam a reflexão acerca de como os conceitos oriundos das ciências sociais tem sido utilizados em outros campos do conhecimento e sobre a importância da discussão sobre institucionalização ser utilizada para auxiliar a resolução dos problemas da vida prática (LINS; CECÍLIO, 2008).

Acreditamos que essa reflexão é relevante, já que a “institucionalização da avaliação” adquiriu estatuto de projeto organizacional, mobilizado e induzido pelo Governo Federal, o que torna fundamental discutir as bases teóricas que sustentarão as estratégias políticas nesse âmbito.

Considerando a importância da categoria institucionalização como componente do quadro teórico que dá sustentação ao presente estudo e em função da tensão observada acerca de sua compreensão, apontaremos alguns conceitos-chave no âmbito da institucionalização a partir, principalmente, da articulação de leituras de Lourau (1993, 1995), Lapassade (2005), Baremlitt (1992) e L’Abbate (2003, 2005).

O conceito de institucionalização remete a outro, o de instituição, e ambos vêm sendo desenvolvidos ao longo de décadas pelo chamado Movimento Institucionalista.

Baremlitt (1992, p. 14) caracteriza o Movimento Institucionalista como “um

conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações”, consistindo em um leque de tendências, abrigando diferentes escolas. O autor estabelece três principais tendências do Movimento Institucionalista: a Sociopsicanálise de Gérard Mendel, a Análise Institucional de Lourau e Lapassade e a Esquizoanálise de Deleuze e Guatarri. Entretanto, em discussão sobre a história do Movimento, L’Abbate (2004) e Santos (2010) afirmam que não é possível, no contexto brasileiro, estabelecer limites precisos, já que essas correntes se articulam e intercambiam conceitos.

As diferentes tendências e escolas diversas do Movimento Institucionalista, segundo Baremlitt (1992, p. 14), têm como ponto em comum a intenção de “deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais”.

Em função da coerência existente entre a tendência da Análise Institucional com o objeto institucionalização da avaliação em saúde, nos ateremos, no presente estudo, aos conceitos discutidos pelos autores que ilustram esse “quadro referencial”.

Segundo L’Abbate (2004), a origem do que se denomina Análise Institucional tem relação com uma significativa produção teórico-prática, originada na França, nos anos 60, em um contexto de crise de ordem político-ideológica e científico-intelectual, que influenciava um questionamento acerca do funcionamento interno das organizações em geral e uma busca por formas de mudá-las.

Nesse contexto, os conceitos de auto-análise e auto-gestão assumem relevância. Baremlitt (1992) acredita que a auto-análise consiste na capacidade de que um grupo social possa atuar como protagonista na identificação de seus “problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas”, a partir do que poderão enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário explicativo, mesmo que com o suporte do conhecimento acumulado pelos *experts*.

A partir disso, os coletivos deliberam e decidem, na perspectiva da autogestão. Embora existam “hierarquias moduladas pela potência, peculiaridades e capacidade de produzir, não há hierarquias de poder, ou seja, a capacidade de impor a vontade de um sobre o outro”. Assim, os processos autogestivos não implicam em ausência de hierarquias, já que todo processo organizativo inclui divisão de trabalho, exigindo hierarquias e gerências caracterizadas por certa especialização em determinadas tarefas sem, entretanto, privilégios e diferenças de poder

(BAREMBLITT, 1992, p. 19).

Entretanto, as práticas de auto-análise e auto-gestão, como atividade humana, são caracterizadas e reguladas pela instituição definidora do que está prescrito (ou seja, do que “deve ser”), do que está proscrito (isto é, do que “não deve ser”) e do que é indiferente (BAREMBLITT, 1992).

3.3.2 Institucionalização como processo dialético

A instituição, portanto, não é considerada como algo objetivo, como um estabelecimento específico (ideias usadas correntemente), mas como um conjunto de normas em relação às quais os indivíduos se colocam de determinada forma (LOURAU, 2004).

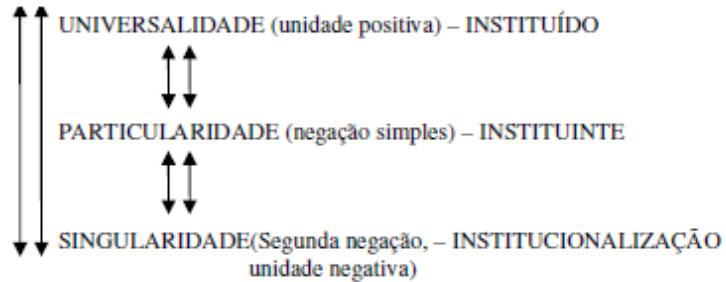
Baremlitt (1992, p. 25) afirma que “as instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos”.

Para “cumprir sua função de regulação da vida humana, as instituições têm de realizar-se, têm de ‘materializar-se’”, o que acontece através das organizações, estabelecimentos e equipamentos - conceitos que se diferenciam da instituição.

As organizações são, portanto, dispositivos concretos de materialização da instituição, constituindo “(...) conjuntos de formas materiais que concretizam as opções que as instituições distribuem e enunciam”. Em geral, as organizações são um complexo grande, vultoso, compostas de unidades menores, tais como os estabelecimentos, nos quais estão contidos os dispositivos técnicos, isto é, os equipamentos. Todos esses elementos só adquirem dinamismo através dos agentes, ou seja, das pessoas, e de suas práticas, sejam “verbais, não-verbais, discursivas ou não, práticas teóricas, práticas técnicas, práticas cotidianas ou inespecíficas” (BAREMBLITT, 1992, p. 27-28).

As instituições possuem um caráter contraditório, resultante do movimento dialético de três momentos: o instituído, o instituinte e a institucionalização. Segundo Lourau (1993), o esquema de instituição é correspondente ao conceito hegeliano de dialética.

Figura 2 – Articulação instituído-instituinte-institucionalização de Lourau (1993).



O instituído corresponde ao primeiro momento, ao estabelecido, e se impõe como verdade e corresponde à ideia de universalidade hegeliana, em função do que é aparentemente abstraído de concretude material. Em Hegel, como idealista, não há necessidade dos homens para que o universal, o instituído exista (LOURAU, 1993).

O instituinte, por sua vez, corresponde ao segundo momento, na perspectiva hegeliana, o da particularidade (e apenas nesse ponto Hegel admite a existência da atividade humana): o instituinte é o acontecimento que se altera incessantemente e nega o que está instituído. Essa é a primeira negação ou negação simples – e não é uma relação de simples oposição ao universal, mas de efetiva negação deste (LOURAU, 1993).

Por fim, há um terceiro momento, produto transformado dessa primeira contradição, que não se reduz à vitória do instituído sobre o instituinte ou vice-versa, mas que consiste em um movimento, resultante da contradição, que produz história. Esse é o momento da singularidade, que por negar o segundo, ou seja, por negar a primeira negação corresponde a uma segunda negação e se traduz em uma ação de síntese: “o particular e o universal ‘reagrupados’ criam as formas sociais” (LOURAU, 1993, p. 89).

Assim, o processo de institucionalização consiste em uma operação totalmente contraditória, e produzindo o social como história nega a ideia de que uma instituição possa ser considerada justa ou eterna. A partir do tensionamento do cotidiano das práticas dos sujeitos, é que se produz algo que tem caráter de transformação, de vir a ser, de atualização, em oposição ao caráter reprodutor e repetitivo (LOURAU, 1995).

O produto da atividade instituinte é, portanto, o instituído (BAREMBLITT,

1992), de modo que é possível afirmar que a atividade instituinte estabelece um novo estado de sedimentação, cristalização, repetição e naturalização. Desta maneira, este último momento tem natureza ambígua, pois ao mesmo tempo em que se constitui em um começo radical, um ato fundador produzido pelos movimentos instituintes, é também o início de um estado de coisas estabelecidas (CHAUÍ-BERLINCK, 2010)

Lourau (1993, p. 12) se refere à institucionalização em uma perspectiva dinâmica, afirmando que o conceito está inserido em uma contradição paradigmática. Para ele, “a institucionalização é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução”.

L’Abbate (2004, p. 7) afirma que esse constante movimento dialético permite a conservação e dissolução de instituições que, na atualidade, acontece de forma bastante facilitada pela disposição da sociedade em rede, o que cria uma tendência a reformar ou até dissolver instituições, “criando, quase imediatamente, outras, nem sempre muito diferentes das anteriores”.

3.3.3 As contradições: institucionalizar é preciso?

Santos (2010) faz uma observação interessante acerca dos conceitos geralmente formulados para definir instituição. A autora considera que, em geral, os conceitos formulados para definir instituição enfatizam mais a dimensão do instituído, o que é facilmente identificável no conceito de Baremlitt (1992), já apresentado aqui anteriormente. Ao colocar a instituição como “árvores de composições lógicas” que, podem ser leis, normas, hábitos ou regularidades de comportamentos, aponta para um conceito de instituição bastante estático, não incorporando a dinâmica salientada por Lourau (1993) ao falar do movimento intrínseco à instituição que a torna algo sempre em transformação.

No contexto da avaliação em saúde, diante da expressa intenção do Ministério da Saúde em consolidar a avaliação como instrumento de gestão da mudança, Lins e Cecílio (2008, p. 483) problematizam a utilização do conceito de institucionalização, sugerindo alguns “cuidados na condução prática das ações que apoiam o movimento da

institucionalização da avaliação em saúde”. Os autores expressam a preocupação com o fato de que a institucionalização da avaliação esteja centrada apenas em “avaliar ou não avaliar”, não tendo potência para construir novas práticas, provocar mudanças, servindo apenas para reafirmar conceitos enraizados e reproduzir práticas.

Notamos aqui a ideia de que Lins e Cecílio (2008) apresentam uma preocupação sobre a possibilidade de que a institucionalização se configure como o estabelecimento de uma prática de avaliação engessada. A questão levantada pelos autores tem se mostrado relevante no âmbito da Análise Institucional. Em um seminário ocorrido em 1993 no Rio de Janeiro, ministrado pelo professor René Lourau no qual ele discutia a institucionalização da própria Análise Institucional, um participante anônimo lançou um questionamento que se assemelha àquele feito por Lins e Cecílio (2008):

Ao mesmo tempo em que parece reafirmar a existência de uma missão revolucionária da Análise Institucional - como, por exemplo, a missão de lutar contra a resistência da burocracia -, você insiste, por outro lado, numa caracterização de nova ciência para análise social, como método novo, conceitos e paradigmas que se contrapõem aos da velha ciência. Por que devemos confiar nos propósitos dessa nova ciência? Qual a garantia de que esses novos especialistas realizaram a análise de suas implicações ou permitiram que elas fossem analisadas, se são eles que detêm o saber especializado de fazer a assembléia acontecer ou de criar uma autogestão artificial? Será que não estamos diante de uma nova modalidade de neutralidade axiológica? Assinado: Fluxo Anônimo (LOURAU, 1993, p. 41-43).

A esse questionamento, Lourau (1993) responde que não acredita “que devemos negar essa contradição, mas expô-la, tornando-a, inclusive, mais concreta e viva ao falarmos das novas dificuldades no mercado de trabalho francês”. O autor passa a tratar, então, de questões operacionais relacionadas à “sobrevivência” da análise institucional no interior das universidades e organizações, defendendo que se possa “pensar e analisar a contradição, e não ficar placidamente construindo pensamentos maniqueístas do tipo bom e mau”, entendendo a institucionalização da Análise Institucional como uma forma de contribuir com organizações da sociedade (LOURAU, 1993, p. 43).

Trata-se, portanto, de admitir a contradição e analisá-la, sem desconsiderar que como qualquer outra disciplina, a Análise Institucional, tem um teor instituinte e entra, portanto, em contradição com o já instituído (LOURAU, 1993, p. 7).

Se uma nova prática (*em nosso caso a avaliação*) se institui como pensamento novo que pensa o novo, ela, mesmo instituída, assume a postura de discurso instituinte e tem potencial

para fomentar a mudança. Se, por outro lado, (*ainda em nosso caso, a avaliação*) é incorporada como prática que reproduz uma matriz cujo sentido se ignora, mas que se mantém pela repetição, ela se configura como discurso instituído (CHAUÍ-BERLINCK, 2010).

Contandriopoulos (2006, p. 706) afirma que apesar dos esforços mobilizados para institucionalizar a avaliação e do aumento do número de avaliações, a crise dos sistemas de saúde tem aumentado, o que demonstra a necessidade de melhorar os processos de tomada e decisão e avaliar até que ponto a avaliação institucionalizada tem servido de apoio à tomada de decisões. Para o autor, *“não basta institucionalizar a avaliação. É preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS”*.

Acreditamos que da forma como Contandriopoulos (2006) trata a institucionalização a reduz ao sentido de “formalização”. Isso porque, considerando os conceitos apresentados aqui anteriormente, a institucionalização é em si um processo dinâmico e produzido pelas tensões em movimentos instituintes e instituídos. Ela é produzida, portanto, histórica e socialmente, não consistindo, portanto, em um momento de formalização organizacional. Diante disso, acreditamos não ser coerente afirmar que “não basta institucionalizar a avaliação”, até porque esse não é um ato pontual, seria coerente dizer que não basta formalizar ou tornar obrigatória a avaliação por meio de estratégias indutoras, mas buscar mecanismos de provocação de uma avaliação de caráter estratégico e focada na mudança.

Entretanto, pensamos ser somente em relação ao jogo de palavras nossa divergência em relação à afirmação de Contandriopoulos (2006), já que o autor também defende o fomento a uma avaliação de caráter inventivo.

Partiremos, portanto, como sugere Lourau (1993), não de uma visão maniqueísta que busca analisar a institucionalização como boa ou ruim, como sugere Lourau (1993), mas da perspectiva de que a institucionalização da avaliação consiste em um evento histórico, político e social provocado pela já discutida necessidade de se buscar evidências que justifiquem a expansão e o investimento na ESF no Brasil. Dessa forma, consideramos importante e indiscutível o estabelecimento de um projeto organizacional para a institucionalização da avaliação que busque legitimá-la no cotidiano da atenção básica.

Para Testa (1997), a legitimidade constrói o instituinte e se constrói mediante um processo social mediado pela atividade de atores que nele se conformam, defendendo não haver atores legitimadores pré-formados. Por outro lado, a legalidade estabiliza o instituído, sendo adquirida através de um ato pontual em que atores formais existentes sancionam um ato como provido de estatuto legal.

Assim, o desafio consiste em legitimar a avaliação como uma necessidade percebida pelos atores envolvidos na execução dos projetos organizacionais e não apenas legalizar a prática da avaliação de forma pontual. Essa discussão é pano de fundo do objeto em questão no presente estudo, considerando que a - indução da institucionalização da avaliação a partir da AMQ consiste em um projeto do Ministério da Saúde.

Nesse mesmo sentido, Lins e Cecílio (2008, p. 495) acreditando que “o(s) movimento(s) pela institucionalização de práticas trará consigo a visão de mundo dos seus idealizadores e os determinantes do contexto no qual se inserem”, alertam que “ações intempestivas, práticas verticalizadas, autoritárias e expectativas imediatistas devem ser olhadas com cuidado”, pois podem de induzir à institucionalização de práticas burocratizantes e com baixo potencial para a mudança.

Baremblytt (1992, p. 29) afirma que nem sempre é possível dizer quando as grandes instituições foram fundadas, mas “sem dúvida se pode distinguir nelas uma potência, um movimento de transformação constante que tende a modificar, a operar mutações nas suas características”. Assim, a institucionalização da avaliação não é um ato pontual, mas um devir que mesmo instituindo uma determinada “cultura de avaliação”, será sempre possível de mutabilidade.

Mario Testa chama a atenção para o fato de que há distintos projetos de saúde que operam no interior das organizações, refletidas nas distintas configurações políticas e relações de poder que se desenvolvem (MERHY, 1997). Assim, os atores envolvidos na concretização das “ações de saúde” não são neutros, mas implicados no processo, isto é, empenhados em função de sua historicidade, das posições passadas e atuais nas relações, da produção de classe e do seu próprio projeto político e pessoal em ato (BARBIER, 1977 *apud* MERHY, 1997).

Embora a instituição tenha uma aparência de permanência e solidez, sempre há um movimento, uma força de autodissolução intrínseca a ela mesma (LOURAU, 1993), motivo pelo

qual a institucionalização da avaliação em saúde também deve ser vista como um processo em constante devir.

4 METODOLOGIA

Luna (1999) considera que quanto mais claramente um problema de pesquisa estiver formulado, mas fácil e adequado será o processo de tomada de decisão no decorrer da pesquisa. Apesar disso, o autor faz uma ressalva de que o processo de pesquisa é essencialmente dinâmico, sendo possível que no ocorrer do processo o pesquisador decida, precise ou prefira reformular alguns rumos da pesquisa, até mesmo o seu problema de pesquisa.

A opção por apresentar as considerações de Luna (1999) acerca do problema de pesquisa no início deste capítulo tem relação com o desenho que este mesmo capítulo tem, iniciado pela descrição dos métodos adotados para a construção do estado da questão e consequente delimitação do problema de pesquisa.

Ainda insistindo em Luna (1999), o autor considera que a “metodologia” de uma pesquisa não tem, na atualidade, *status* próprio, carecendo de ser definida no contexto em que é utilizada. Assim, apresentamos no capítulo de metodologia todos os procedimentos, métodos, técnicas e estratégias utilizadas desde a definição do problema de pesquisa, motivo pelo qual a sessão seguinte apresenta os procedimentos adotados em duas fases mais sistemáticas de revisão bibliográfica desenvolvidas durante o estudo.

4.1 Revisão bibliográfica: a construção do estado da questão e da revisão de literatura

Entendemos que o pesquisador não é isento de implicação como sujeito histórico e, portanto, a noção de neutralidade na pesquisa social é um equívoco, conforme assinala Testa (1997) ao discutir a necessária complementação entre pesquisa descritiva e pesquisa crítica. O autor fala da tendência à construção de pesquisas essencialmente descritivas, que se iniciam por uma revisão dos conhecimentos geralmente aceitos como sólidos acerca de seu objeto, dentro da perspectiva de “ciência normal” de Thomas Kuhn. Para ele, a ciência crítica não é uma descrição *verdadeira* (grifo nosso) de algo, mas sim um questionamento do que é considerado verdadeiro a respeito deste algo.

Assim, apoiados na defesa desse autor de que a investigação se inicie por uma fase de

formulação crítica por parte do investigador, optamos por iniciar o trabalho com a delimitação do problema empírico, isto é, que emergiu da crítica da realidade social que em que as pesquisadoras se inserem historicamente. Dessa forma, o problema estruturante desta pesquisa que norteia a construção do estudo, qual seja, *“dificuldade da Coordenação da Atenção Básica para induzir a utilização da AMQ como instrumento administrativo-pedagógico capaz de fomentar a avaliação e o planejamento e desencadear mudanças”* é produto desse movimento inicial de reflexão crítica.

A fase que se seguiu teve por objetivo construir o estado da questão, a partir das orientações de Nóbrega-Therrien e Therrien (2004). O processo de construção do estado da questão percorrido neste estudo iniciou-se pela busca em bases de dados eletrônicas, utilizando como descritores de assunto expressões de linguagem natural: “avaliação” and “saúde da família”, “avaliação” and “atenção básica”, “avaliação” and “atenção primária”, “avaliação” and “saúde coletiva”, “avaliação” and “saúde pública”, “avaliação” and “estratégia saúde da família”, “avaliação” and “programa saúde da família”.

Foi utilizado o sítio eletrônico da Scielo (<http://www.scielo.org/php/index.php?lang=pt>), o Banco de Teses da CAPES, o sítio eletrônico da Bireme (<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>) onde foram consultados os seguintes bancos de dados: PAHO, LILACS, Medline, Repidisca, CidSaúde, BCIR, BBO, MEdCaribe, Wholis e Ibecs.

A partir dessa primeira busca, obtivemos o resultado apresentado na tabela 1:

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhos identificados na revisão bibliográfica por palavra-chave e base de dados

Palavras-Chave	Wholis	Lilacs	Medline	CidSaude	Scielo	PAHO	MedCaribe	BCIR	Capes	IBECS	Repidisca	BBO	TOTAL
“Avaliação” and “Saúde da Família”	0	258	0	27	255	8	0	0	53	3	1	9	614
“Avaliação” e “atenção primária”	60	508	0	22	16	97	12	0	18	225	73	6	1037
“Avaliação” e “atenção básica”	60	508	0	22	138	97	12	0	25	225	73	6	1166
“Avaliação” e “estratégia saúde da família”	0	0	0	0	51	0	0	0	21	0	0	0	72
“Avaliação” e “programa saúde da família”	0	145	0	38	86	0	0	0	32	0	2	19	322
TOTAL (incluindo “atenção primária” e “estratégia saúde da família”	120	1419	0	109	546	202	24	0	149	453	149	40	3211
TOTAL	60	911	0	87	479	105	12	0	110	228	76	34	2102

Fonte: Universidade Federal do Ceará (2011)

Observamos que os termos “atenção básica” e “atenção primária” produziram os mesmos resultados, assim como os termos “estratégia saúde da família” e “programa saúde da família”. Chamamos atenção para o fato de que, no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, o termos “programa saúde da família” e “atenção básica” geraram mais resultados do que “estratégia saúde da família” e “atenção primária”, respectivamente. Optamos, portanto, por manter as palavras “atenção básica” e “programa saúde da família” como palavras-chave para a busca.

A opção por utilizar linguagem não controlada na busca deu-se pelo fato de que a linguagem controlada restringia a busca dos documentos. Por exemplo, a busca na Lilacs por meio da Bireme utilizando a combinação “avaliação em saúde” and “atenção básica” (descritores

oficiais no DeCS) rendeu 13 artigos, enquanto a combinação “avaliação” and “atenção básica” (linguagem não controlada) resultou em 508.

Destacamos a dificuldade em encontrar documentos na Medline a partir da Bireme, já que utilizando as mesmas palavras-chave, não eram obtidos resultados, como se não houvesse artigos disponíveis. Por esse motivo, foi realizada busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), através do termo “atenção básica” and “avaliação”, o que gerou 571 artigos, inespecíficos para o tema deste estudo. Assim, utilizamos os descritores na BVS para garantir maior especificidade na busca, sem obter sucesso.

Inicialmente, os trabalhos não foram filtrados em relação ao ano de publicação, tendo sido examinados os títulos e/ou resumos de todas as 2102 referências encontradas inicialmente, com o intuito de permitir maior familiarização com os documentos produzidos no tema.

Entendendo, de acordo com as orientações de Nóbrega-Therrien e Therrien (2004), que a construção do estado da questão deve ser perpassada pela busca de “estudos e parâmetros próximos às especificidades do interesse do pesquisador o que requer consulta a documentos substanciais”, buscamos pré-selecionar documentos que tivessem com o problema empírico delimitado no estudo. Assim, os estudos selecionados não deveriam estar associados à avaliação de processos de atenção à saúde específicos, mas ao gerenciamento e gestão da atenção básica de modo mais amplo. Destas referências inicialmente identificadas, foram pré-selecionadas 215:

Tabela 2 – Distribuição dos documentos pré-selecionados por base de dados

Fonte	Documentos pré-selecionados
CAPES	06
CidSaude	21
IBECS	07
Lilacs	131
MedCaribe	01
MS	11
PAHO	11
Repidisca	06
Scielo	38
WHOLIS	32
Total geral	215

Fonte: Universidade Federal do Ceará (2011)

Os resultados dessa primeira busca geraram duplicidade de documentos em bases distintas e também dentro da mesma base com a mesma palavra-chave. Após excluir as duplicidades permaneceram 183 documentos (incluindo artigos, informes e documentos técnicos, teses e dissertações) pré-selecionados, dentre os quais, 58 estavam disponíveis a partir da base de dados. Os demais documentos foram buscados em outros sítios em meio eletrônico, contato direto com autores e busca em bibliotecas, totalizando 93 documentos identificados.

Após essa primeira filtragem, os artigos foram lidos na íntegra para selecionar aqueles que seriam fichados e aqueles que seriam apenas mantidos em um banco de consultas, como material de referência de apoio. A cada documento lido, eram examinadas e incorporadas outras referências consideradas relevantes para a compreensão do estado da questão.

O material teórico obtido nessa fase foi utilizado segundo as orientações de Nóbrega-Therrien e Therrien (2004), com o intuito de “delimitar e caracterizar **o objeto específico de interesse do pesquisador** e a consequente **identificação e definição das categorias centrais da abordagem teórico-metodológica**”. Após a revisão de literatura, emergiu como categorias teóricas do estudo **institucionalização** e **avaliação**.

4.2 Definição dos sujeitos do estudo

Para Testa (1997), a construção da legitimidade é elemento central na viabilidade de um projeto baseado no pensamento crítico (tal qual o projeto de desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação) e, para isso, é preciso possibilitar a auto construção dos sujeitos, que, “no exercício da liderança se relacionam com trabalhadores, ou com os destinatários das ideias veiculadas pelos projetos e pelas instituições” (TESTA, 1997, p. 91). É a partir deste pressuposto que analisaremos a atuação dos sujeitos estratégicos envolvidos diretamente na indução da AMQ nos municípios.

Foram considerados sujeitos-chave do estudo os coordenadores da atenção básica dos municípios selecionados e os respectivos articuladores da AMQ das Regionais de Saúde. Os coordenadores da atenção básica são responsáveis diretos pela indução da AMQ, enquanto os

articuladores da AMQ tem como função assessorar e acompanhar as coordenações municipais nesse processo.

Todos os sujeitos do estudo atuam profissionalmente nas respectivas funções no estado do Ceará. A opção por escolher esse contexto foi motivada por dois aspectos: a inserção das pesquisadoras nesse campo de estudo e a existência de um processo diferenciado, pelo menos na perspectiva quantitativa, de adesão dos municípios à AMQ.

O estado do Ceará possui 184 municípios, classificados pelo Ipece em função do porte populacional conforme a tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos municípios cearenses por porte populacional

PORTE POPULACIONAL	NÚMERO DE MUNICÍPIOS DO CEARÁ
Pequeno porte I (até 20.000)	91
Pequeno porte II (20.001 a 50.000)	64
Médio Porte (50.001 a 100.000)	22
Grande porte (100.001 a 900.000 hab.)	06
Metrópole (> 900.000)	01
Total geral	184

Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) (2007)

Em 2006, 174 municípios já haviam aderido à AMQ e atualmente, todos os 184 municípios do estado estão cadastrados (BRASIL, 2011). A adesão precoce maciça do estado do Ceará, proporcionalmente maior à dos demais estados do país, ocorreu principalmente no mês de julho de 2006.

O estudo de Henrique e Calvo (2009) buscou identificar os fatores que influenciam o grau de implantação das equipes de saúde da família, utilizando como indicadores o porte populacional dos municípios, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, gasto per capita com saúde e grupo político na gestão municipal. Os autores encontraram forte associação entre o porte populacional e implantação do PSF, com maior número de municípios com até 50 mil habitantes em situação satisfatória e intermediária de implantação ($p=0,0006$) e municípios maiores em condição insatisfatória de implantação. Além disso, os autores concluíram que as características locais interferem nos resultados alcançados na ESF.

A partir destas evidências de que o recorte populacional influencia no desenvolvimento da ESF, optamos por selecionar sujeitos que desenvolvessem sua atividade de coordenação ou articulação em municípios de diferentes regiões e portes populacionais, com o intuito de incluir uma **dispersão** de contextos, nos limitando aos municípios de pequeno e médio porte.

Assim, os municípios foram selecionados a partir da combinação de dois aspectos: a faixa populacional e a regional de saúde de abrangência. Buscamos identificar municípios das três diferentes regionais macrorregionais de saúde do estado (Fortaleza, Sobral e Cariri), que estão organizadas conforme mostra a 3.

Tabela 4 – Distribuição dos municípios selecionados para o estudo

Macrorregião	Municípios na área de abrangência	Microrregionais na área de abrangência	
Cariri	28	03	
Sobral	55	05	
Fortaleza	101	14 ³	
Total geral	184	22	

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (2010)

Em cada macrorregional foram selecionados municípios de diferentes microrregionais de saúde, de modo a permitir a inclusão de diferentes articuladores da AMQ.

Quadro 1 – Caracterização dos municípios selecionados para o estudo

Município	Faixa populacional do município	Microrregional	Macrorregional
1	< 20.000	A	<i>Sobral</i>
2	20.001 – 30.000	B	Fortaleza

(continua)

³ Embora não haja uma coordenadoria específica, a região de Cascavel já é considerada como uma microrregional de saúde do Estado, o que faz com que a Macrorregião de Fortaleza tenha 13 coordenadorias e 14 microrregiões.

(continuação)

3		A	Sobral
4	30.001 – 40.000	B	Fortaleza
5		C	Sobral
6	40.001 – 50.000	D	Fortaleza
7	50.001 – 100.000	E	Cariri

Fonte: Universidade Federal do Ceará. Construído para a pesquisa a partir de dados do IPECE (2007) e IBGE (2010).

Foram incluídos, portanto, 11 (onze) sujeitos: 05 (cinco) articuladores da AMQ das Regionais de Saúde e 6 (seis) coordenadores da atenção básica. Para preservar as identidades dos sujeitos, optamos por não expor o nome dos municípios e microrregionais incluídas, já que em algumas situações, pela presença de apenas um sujeito exercendo o cargo em determinados locais, automaticamente as identidades poderiam ser expostas.

Em apenas uma situação, pela faixa populacional, seria possível identificar o município a partir dos dados do quadro 1. Entretanto, nesse local, existe mais de uma pessoa exercendo a mesma atividade, o que não permite identificar o sujeito. Assim, os sujeitos serão identificados como 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 (para os sujeitos oriundos de município) e A, B, C, D e E (para os sujeitos de microrregionais).

4.3 Coleta de Dados

Na construção do *corpus* de análise, utilizamos três estratégias além das entrevistas, estas últimas responsáveis pela maior quantidade de texto produzido para análise. Estas estratégias consistiram em registro de observação não participante, anotações das impressões sobre as entrevistas e obtenção de material documental produzido pelos sujeitos do estudo.

4.3.1 Entrevistas

O processo de definição do referencial metodológico para coleta e análise dos dados foi marcado por muitas dúvidas e incertezas. A princípio, acreditamos que o presente estudo poderia se inserir em uma perspectiva compreensivista, o que nos fez, inicialmente, cogitar a utilização do ciclo hermenêutico-dialético de Guba e Lincoln (1989).

Entretanto, ainda na fase de testes, levantamos alguns pontos que nos fizeram mudar o curso metodológico. O primeiro referia-se ao fato de não haver uma grupalidade entre os sujeitos da pesquisa que justificasse a utilização de uma técnica que se propunha a pontuar consensos, dissensos e efetuar sínteses a partir das falas dos entrevistados. Às diferenças entre opiniões, relatos e apontamentos que emergiram na fase de testes, não pudemos chamar de dissensos, a rigor. Tais diferenças não nos pareciam estar associadas a opções subjetivas, mas sim ao fato de que, as formas de equacionar problemas, saídas e fatos poderiam variar em função da forma como, em que cada contexto, estava sendo induzido o processo de avaliação.

Entendendo o discurso como prática social (ORLANDI, 1999), não nos pareceu coerente forçar sínteses a partir de jogos entre os discursos dos diferentes sujeitos. Não estávamos interessados na unidade, no que se pode chamar de “discurso dos coordenadores da atenção básica” ou de “discurso dos articuladores da AMQ”, como se o discurso pudesse ser homogeneizado sem considerar os contextos de sua produção.

Assim, ao invés de buscarmos consensos e dissensos, utilizamos as falas anteriores para acrescentar questões relevantes que poderiam ser exploradas, por remeterem a objetos importantes, e que não havíamos perceber na elaboração final do instrumento de entrevista.

4.3.1.1 Fase pré-campo das entrevistas

Foram realizadas 05 entrevistas, no período de 20 de julho a 29 de agosto de 2011, junto a sujeitos de municípios não participantes do estudo, a fim de realizar uma “testagem do instrumento”, isto é, para que pudéssemos verificar o potencial do instrumento para a produção

dos textos para análise. Imediatamente após cada entrevista, foi realizada a transcrição e a leitura do texto produzido, com reflexão e realização de modificações no instrumento.

O primeiro formato da entrevista, construído ainda fora da fase de campo do estudo, possuía caráter não estruturado, com três tópicos amplos que solicitavam aos sujeitos que falassem sobre: i) as atividades que ele realizava no cotidiano de trabalho; ii) como acontecia a avaliação da atenção básica e; iii) a implementação da AMQ em sua realidade. A ideia consistia em utilizar um roteiro mínimo que facilitasse e ampliasse a comunicação, orientando uma “conversa com finalidade” (MINAYO, 1999).

Entretanto, esse formato com perguntas amplas, ao contrário da nossa expectativa de que permitisse aos entrevistados falar livremente, limitou as respostas à enumeração de etapas que costumava realizar em seu cotidiano de forma pouco detalhada. Em função disso, as entrevistas iniciais suscitaram um grande número de intervenções por parte da entrevistadora, pela dificuldade dos sujeitos de desenvolverem a fala a partir das perguntas propostas.

Destacamos que a primeira e a segunda entrevistas (que mantiveram basicamente o formato inicial) foram as de menor duração e fizeram com que os sujeitos falassem de forma menos livre, sempre esperando maiores especificações sobre o que gostaria de saber a pesquisadora. Nesse formato de entrevista, as intervenções eram realizadas a partir de questões que o sujeito havia colocado, quase sempre apenas tendo caráter elucidativo e não necessariamente direcionadas para o foco do objeto em análise.

Dessa forma, decidimos por efetuar mudanças no instrumento de coleta de dados, a iniciar pela sua estrutura, que passou a ter caráter semi-estruturado. A realização da entrevista semi-estruturada também foi caracterizada por intervenções relativamente frequentes do pesquisador. Entretanto, essas intervenções foram previamente pensadas em função do objeto de análise, o que permitiu a produção de um texto menos esquemático em torno de tarefas e mais carregado de expressões de opinião, pontos de vista, análises de conjuntura.

As mudanças mais substanciais no instrumento ocorreram após a terceira entrevista da fase de testes. A partir daí, o roteiro teve sua estrutura mantida sem grandes alterações. A quarta e a quinta entrevistas foram utilizadas mais para testar adaptar perguntas com dificuldade de compreensão pelos sujeitos e as perguntas notadamente indutivas.

Assim, perguntas que repetidamente precisaram ser reformuladas no momento da entrevista para que o sujeito compreendesse foram alteradas no próprio instrumento. Em relação às perguntas indutivas, nossas principais dificuldades foram relacionadas à tentativa de explorar a “institucionalização ou não” da avaliação a partir da AMQ. A busca por identificar a forma como os sujeitos viam a AMQ e a introduziram no seu cotidiano acabou levando formulações, como: “quais os aspectos positivos e negativos da AMQ?”, “de que forma teve impacto no seu cotidiano”. Essas perguntas pareceram levar os entrevistados a um esforço de formulação dos enunciados que causava desconforto. A primeira, pela dificuldade de expressar a “negatividade” da AMQ e a segunda por levar a um esforço de memória do entrevistado, buscando algo que pudesse ser transformado em “impacto no cotidiano”, nos pareceram inadequadas e foram reformuladas.

4.3.1.2 Escolha do período de realização das entrevistas e implicações

Acreditando que o pesquisador que se propõe a realizar análise de discurso faz parte do texto e constrói o próprio *corpus* (ORLANDI, 1999), entendemos que não há neutralidade possível na condução da entrevista e que a intervenção do pesquisador deve se dar na direção do objeto de análise, a partir da clareza de que objetos ele quer provocar e fazer emergir no discurso.

Assim, não é possível falar em “primeiro contato” com o material de análise (ORLANDI, 1999), já que todo ele é construído pelos procedimentos pelos quais o pesquisador opta no processo de construção do *corpus*. A autora diz que “há uma parte que é responsabilidade do analista e uma parte que deriva da sua sustentação no rigor e no método e no alcance teórico da Análise de Discurso”. A responsabilidade do analista está no ponto em que ele formula a questão que norteia a análise, o que exige dele uma determinada mobilização de conceitos, ou seja, há um dispositivo analítico específico para cada análise, embora haja um dispositivo teórico mais geral relacionado à análise de discurso (ORLANDI, 1999, p. 27).

As estratégias utilizadas para a produção do texto (instrumentos de entrevista, condução do momento de entrevista, escolha dos documentos) estão, portanto, intimamente articuladas aos resultados do estudo, partindo do pressuposto de que o pesquisador constrói, junto com os sujeitos, seu *corpus* de estudo.

As entrevistas ocorreram no período de 31 de agosto a 10 de outubro de 2011. Esse período foi considerado adequado para a coleta de dados porque não coincidia com o período de realização estipulado pelo Ministério da Saúde para alimentação do aplicativo digital da AMQ com as respostas dos questionários.

Considerando que o estudo tem a intencionalidade de discutir o potencial da AMQ para a institucionalização da avaliação, julgamos inadequado realizar a coleta de dados no período em que os municípios estão mobilizados em torno da tarefa de “alimentar o sistema da AMQ”. Acreditamos que, nesse período, a AMQ entra em pauta nos municípios em função da “obrigatoriedade” de que seja trabalhada, o que poderia influenciar os discursos produzidos acerca do instrumento, bem como ter influenciado a mobilização das equipes motivadas pela cobrança dos períodos, já que durante os pré-testes percebemos que as microrregionais têm bastante preocupação com os prazos para a alimentação do aplicativo digital.

4.3.1.3 Realização das entrevistas

Imediatamente após cada entrevista, a exemplo do que ocorreu na fase de testagem, as entrevistas foram transcritas e lidas para que pudéssemos, em um movimento de pré-análise, buscar objetos que até o momento da fase de campo não conhecíamos, mas que poderiam ser explorados na coleta de dados. A título de exemplo, identificamos estratégias de indução da AMQ a nível estadual às quais não tínhamos acesso pela literatura ou fontes documentais oficiais, mas que, pela sua centralidade no processo cotidiano de coordenadores e articuladores, após breve pesquisa e reflexão, foi incorporada ao instrumento após a primeira entrevista.

Dessa forma, o instrumento de coleta de dados foi estruturado em duas partes: o roteiro básico (apêndice A), formado pelas perguntas estabelecidas desde o final do período de testagem e utilizado com todos os sujeitos do estudo, e uma parte apêndice, construída a partir de questões identificadas como relevantes no período de coleta, não tendo sido aplicada com todos os sujeitos participantes.

Para a realização das entrevistas, o contato era feito previamente por telefone diretamente ao sujeito do estudo, onde era realizada a identificação da pesquisadora, e os

objetivos e métodos, em linhas gerais do estudo, sendo então questionada a disponibilidade do sujeito para participar. As entrevistas foram agendadas para 1 a 15 dias após o contato telefônico.

Quadro 2 – Descrição das entrevistas realizadas

Ent	Sujeito	Posição do sujeito	Tempo	Palavras	Páginas
01	1	Coordenador AB	00:13:33	1.675	04
02	2	Coordenador AB	00:27:13	3.550	9
03	A	Articulador AMQ	00:35:22	3.482	09
04	3	Coordenador AB	00:23:26	2.544	07
05	B	Articulador AB	00:15:49	2.532	06
06	4	Coordenador AB	00:20:55	2.628	06
07	C	Articulador AMQ	00:49:38	6.598	14
08	5	Coordenador AB	00:29:17	3.938	09
09	D	Articulador AMQ	00:23:16	2.894	07
10	6	Coordenador AB	00:32:09	3.373	08
11	E	Articulador AMQ –	00:20:27	3.564	08
12	7	Coordenador AB	00:18:56	2.571	06

Fonte: Universidade Federal do Ceará.

Antes de cada entrevista, os sujeitos foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e do recorte que foi realizado para que seu município ou microrregional pudesse ser incluso. Foram ressaltadas as questões relacionadas ao anonimato e assegurado aos sujeitos que o nome dos municípios não seriam divulgados.

Durante as entrevistas, havia uma intencionalidade de criar um ambiente semelhante ao de uma conversa, evitando a fixação no roteiro de entrevista, sendo realizadas breves consultas para lembrar as perguntas, utilizando acenos de concordância cabeça, olhar fixo nos entrevistados.

As entrevistas foram registradas simultaneamente em dois pontos de gravação digital, com o consentimento dos sujeitos, e transcritas fielmente em um editor de textos pela pesquisadora.

Após cada entrevista, a pesquisadora utilizava o gravador para relatar impressões e pontos que mais chamaram atenção durante a entrevista, buscando registrar, inclusive, expressões faciais, reticências e ênfases que foram percebidas durante a entrevista. Esse material também foi transcrito e auxiliou na incorporação de novas questões ao instrumento, conforme já descrito anteriormente, além de auxiliar na composição do texto para a análise por permitir a incorporação

de expressões não orais. Nesse momento de conversa, os entrevistados se sentiam à vontade para falar sobre o tema tocando em questões que não haviam tocado durante a entrevista.

4.3.2 Documentos consultados

Por compreender que a indução da avaliação a partir da AMQ caracteriza-se como uma prática discursiva que ganha operacionalidade no contexto local, mas que não está circunscrita a ele, também foram incluídos no estudo documentos produzidos no nível central com o intuito de induzir a operacionalização da AMQ.

Além das entrevistas, identificamos como fontes documentais a serem explorados na fase de coleta de dados aquelas de produção institucional, que estabelecem diretrizes, metodologia e materiais para orientar a implementação da AMQ no nível municipal:

- a) Documento Técnico da AMQ de 2005, os Instrumentos Autoavaliativos 1, 2, 3, 4 e 5 (Desenvolvimento da ESF, Coordenação Técnica das equipes, unidade saúde da família, consolidação do modelo de atenção e atenção à saúde, respectivamente),
- b) Atas das Reuniões do Conselho de Gestão por Resultados e Gestão Fiscal (COGERF).

4.3.3 Observação não participante

Em duas situações, durante a coleta de dados, foi possível à pesquisadora, por convite dos sujeitos do estudo, participar de momentos avaliativos desenvolvidos no âmbito da atenção básica. Nenhum desses momentos estava diretamente relacionado à AMQ, mas faziam parte da rotina de avaliação da atenção básica.

Nessas ocasiões, a pesquisadora esteve presente apenas como observadora, sem manifestar-se durante os momentos avaliativos, limitando-se ao registro no diário de campo das características dos presentes, das atividades presenciadas e das impressões levantadas.

4.4 Organização e análise dos dados

Chamaremos de “textos” ou “textos em análise” o produto das transcrições das entrevistas realizadas, assim como a íntegra dos documentos incluídos para a análise. Considerando o objeto deste estudo, que se relaciona com a institucionalização da avaliação e das formas de indução desta institucionalização operadas pelos sujeitos envolvidos na implementação da AMQ/ESF, consideramos coerente optar pela análise de discurso.

Foucault (2002) considera que, em qualquer sociedade, a produção do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos, que tem por função impedir que os discursos se multipliquem aleatória e indefinidamente conforme o desejo do sujeito que o enuncia, condicionando-os a regras institucionais. Buscaremos, portanto, analisar o discurso dos sujeitos não especialistas em avaliação, mas que atuam diretamente no processo nos serviços de saúde, considerando que estes exercem uma prática discursiva (que reproduz ou que se diferencia) do discurso oficial de institucionalização da avaliação em saúde.

Por fim, partiremos do princípio de que não há no discurso algo de reprimido ou recalado que teríamos de reerguer, restituindo-lhe a palavra:

não é necessário imaginar um não dito ou um impensado que (...) teríamos de articular, ou, finalmente, pensar. Assim, não devemos dissolver o discurso em significações prévias, buscando decifrá-lo para que corrobore, de forma cúmplice, com nosso conhecimento, nem buscar ir até um núcleo interior e escondido, mas, “a partir do próprio discurso, do seu aparecimento e da sua regularidade, ir até às suas condições externas de possibilidade, até ao que dá lugar à série aleatória desses acontecimentos e que lhes fixa os limites (FOUCAULT, 2002, p. 14-15).

É preciso considerar a complexidade dessa proposição, já que a neutralidade do pesquisador pode inviabilizar esse “desprendimento” absoluto. Apesar de considerar essa observação importante para a reflexão, admitimos a possibilidade de que, em dados momentos, possamos tender a utilizar os textos como “cúmplices” das ideias e posturas que trazemos *a priori* acerca do objeto de estudo.

Foucault (2002) propõe quatro noções como princípio regulador à análise: a de acontecimento, a de série, a de regularidade, a de condição de possibilidade, em oposição, termo a termo, às noções de: criação, unidade, originalidade, significação. Para o autor, estas últimas

noções, juntas, nos fazem operar uma análise pela busca de um ponto de criação do discurso, a partir da originalidade individual, da unidade absoluta do pensamento do sujeito do discurso e procurando significações ocultas.

No processo de análise, partimos da ideia de que os discursos acerca da institucionalização da avaliação são produtos de acontecimentos relacionados com as condições do contexto em que o sujeito se insere, revelando práticas, mais do que significados ocultos, sendo influenciados por processos de singularização e pela identidade histórico-institucional da Estratégia Saúde da Família.

Algumas noções ou conceitos foram utilizados como referenciais no processo de análise: enunciado, objeto, sujeito, autor, teorias referenciais (tema ou conceito), estratégias e discurso. Segundo Everardo Nunes (2002), Foucault utiliza um grande número de expressões e conceitos, muitas vezes, com diferentes significados, o que torna difícil o estabelecimento de um vocabulário detalhado sobre o autor. A partir das leituras empreendidas de textos de Foucault e de seus interpretadores e críticos, apresentamos, a seguir, o nosso entendimento acerca dos conceitos ou expressões que foram considerados relevantes para subsidiar a análise.

4.4.1 Formulação do discurso

Entendemos o discurso como um conjunto de enunciados que se apoiam em um mesmo sistema de formação e que possui uma regularidade que faz com que ele pareça verdadeiro (VANDRESSEN, 2008). A **formulação** consiste em um ato individual (ou a rigor coletivo) que faz surgir um conjunto de signos, que pode ser facilmente relacionada a um sujeito, podendo em certas situações ela mesma ser um ato específico.

A **prática discursiva** consiste em um conjunto de regras anônimas, históricas, situadas no tempo e espaço que definiram em uma dada época e em dada área, as condições de exercício da função de produzir enunciados— ou seja, não é simplesmente formular, mas falar segundo as tais regras.

4.4.2 Enunciado

Foucault (2008) diz que muitos enunciados não tem forma proposicional legítima, que nem todo enunciado é uma frase (dos gramáticos), nem uma proposição (dos lógicos) e que existem mais enunciados que o *speech acts* (dos analistas). O enunciado, para o autor, é menos fortemente estruturado, mais onipresente, porém difícil de definir, consistindo em um acontecimento que remonta à memória.

Entretanto, admitiremos que o enunciado consiste em um conjunto de signos que existem em relação a um domínio de objetos e prescrevem uma posição definida a qualquer sujeito. Basta que haja signos para que haja enunciados. Não se requer uma construção linguística regular para construir um enunciado (exemplo das letras asdfg - que é uma ordem no teclado) (FOUCAULT, 2008).

Admitiremos, ainda, que o signo consiste em um sinal, símbolo (*portanto, deve referir-se a alguma coisa*), consistindo em uma unidade que tem significante e significado (HOLANDA, 2011). Para Saussure, o signo linguístico não é a palavra falada, o som material, mas a impressão psíquica desse som. Entretanto, no uso corrente, o signo é a palavra (HOLANDA, 2011).

Por sua vez, o significado é aquilo que uma língua expressa acerca do mundo que vivemos ou de um mundo possível (HOLANDA, 2011), já o significante é a expressão gráfica de uma língua, consistindo em sinais gráficos ou sonoros que representam o objeto (HOLANDA, 2011). Assim, enquanto o SIGNIFICADO corresponde ao conceito ou noção, o SIGNIFICANTE corresponde à forma.

Uma observação importante acerca do enunciado é que, para Foucault (2008, p.103), ele está ligado a um referencial que não é uma coisa, um fato, uma realidade, um ser, mas que corresponde a leis de possibilidade, regras de existência para os objetos que se encontram denominados, designados, descritos pelo enunciado.

4.4.3 Objeto

Para Foucault, um objeto será formado quando dele se puder dizer alguma coisa e dele várias pessoas puderem dizer coisas diferentes. O trabalho de definição do objeto, portanto, consiste em trazer à tona aquilo de que se fala, tornar nominável e dar estatuto de objeto àquilo que se fala (ARQ, p.55 *apud* NUNES, 2002). Para Foucault, existem feixes de relações e regras que provocam o surgimento dos objetos das práticas discursivas.

4.4.4 Sujeito e Autor

Todo signo possui um elemento emissor, uma instância produtora, um autor. Entretanto, é preciso entender que autor e sujeito não são iguais, já que o primeiro se diferencia do segundo por ser um simples indivíduo emissor de signos, enquanto o sujeito do enunciado é uma função vazia, uma posição que pode ser ocupada, que pode ser exercida por outros indivíduos em condições de formular aquele mesmo enunciado. Assim, um mesmo indivíduo pode ocupar diferentes posições, assumindo o papel de diferentes sujeitos em uma série de enunciados (FOUCAULT, 2008). Assim, não é a questão de estabelecer a relação entre o sujeito e o que ele disse ou queria dizer; o caso é determinar a posição que pode e deve ocupar um sujeito para formular tal enunciado.

A formação dos enunciados será, portanto, analisada tomando em consideração as seguintes questões:

- a) Quem fala? Quem tem esse *status* e pode ser **produtor** desse discurso?
- b) A partir de que lugar institucional o sujeito obtém seu discurso? (a Universidade, a própria história da ESF no Ceará?).
- c) Em que lugar ele aplica esse discurso? (Nas Secretarias Municipais de Saúde e nas Células Regionais do Estado, com suas configurações históricas específicas).

Não se busca síntese, ou uma “função unificante do sujeito”, mas as diversas modalidades de enunciação, buscando manifestar a sua dispersão: “nos diversos *status*, nos

diversos lugares, nas diversas posições que pode ocupar quando exerce um discurso”. Aqui não cabe a individualização e a consideração das experiências do sujeito, mas de tratá-los a partir do lugar institucional que ele ocupa. E isso pode trazer limitações ao estudo, na perspectiva da subjetividade. Isso porque, para Foucault, o discurso é um lugar de exterioridade e nele pode ser enxergada a superfície de projeção simbólica de acontecimentos ou processos exteriores (MURILLO, 2004).

Assim, a análise empreendida se apoia no entendimento de que:

- a) o enunciado mantém com um sujeito uma dada relação que permite nos caracterizar a posição que deve e pode ocupar o indivíduo para ser seu sujeito.
- b) influência dos lugares institucionais e da história para definir a partir de onde o sujeito formula e legitima seu discurso.

4.4.5 Conceitos

Entendemos que, no interior da prática discursiva, emergem conceitos referenciais que dão sustentação aos enunciados, muitas vezes advindos de outros campos (campos de concomitância e campos de presença nas palavras de Foucault).

- a. Campo de presença: enunciados formulados em outra parte e que são retomados em um discurso a título de verdade admitida, descrição exata, raciocínio fundado ou pressuposto necessário.
- b. Campo de concomitância: enunciados que tratam de objetos totalmente diversos, são de discursos totalmente diversos, mas que estão entre os enunciados estudados porque valem como princípio geral, premissa aceita para um raciocínio (seria algo como a cosmologia?)
- c. Domínio de Memória: enunciados que não são nem admitidos, nem discutidos, não definem mais validade, mas aos quais se mantém uma relação de filiação, gênese, transformação, continuidade e descontinuidade histórica.

Segundo Nunes (2002, p. 130), “os conceitos aparecem numa dispersão, aparentemente em desordem, é necessário que sejam descritos e organizados no campo dos enunciados, a fim de estabelecer como sucedem e como coexistem”.

Os enunciados no interior do discurso são encadeados de inferências e implicações sucessivas entre si, sendo produtos de raciocínios demonstrativos e esquemas generalizantes (NUNES, 2002). Portanto, os enunciados são inter-dependentes por constituírem relações de hipótese-verificação, asserção-crítica, lei geral-aplicação particular (NUNES, 2002, p. 130).

Assim, é possível identificar, observando a relação dos enunciados que compõem um discurso:

- a) raciocínios demonstrativos;
- b) dependência entre enunciados;
- c) regularidades;
- d) esquemas de generalização;
- e) enunciados que são retomados a título de verdade admitida;
- f) enunciados validados pela experiência do sujeito;
- g) enunciados validados pela lógica;
- h) enunciados validados pela tradição e pela autoridade.

Assinalamos, a partir da leitura de Foucault (2002, 2008), que a análise do discurso não pretende classificar os conceitos, estabelecendo traços que eles tem em comum ou medir sua coerência interna, mas determinar segundo quais esquemas conceituais os enunciados podem estar ligados uns aos outros. Também não se trata de comparar achados conceituais do discurso às estruturas ideais do conceito, mas de **descrever a rede conceitual a partir das regularidades do discurso.**

4.4.6 Estratégias

A identificação das estratégias corresponde à identificação do nível formal que os conceitos assumem, a partir da materialização do discurso no campo da prática social. Buscaremos identificar os projetos e ações que permeiam a avaliação a partir dos discursos dos sujeitos.

4.4.7 Operacionalização da análise de discurso

Após a impressão e leitura do material transcrito, foram buscados enunciados do discurso que pudessem ser identificados como objeto do discurso, sujeito do enunciado, a rede teórica (conceitos) que sustentam um dado discurso e as estratégias (ou práticas sociais) relacionadas com os discursos produzidos.

Os textos foram lidos sucessivas vezes para familiarização, após impressos, já sendo realizados algumas anotações e apontamentos a partir deles. Em seguida, cada entrevista foi revista, sendo grifados os enunciados que eu identificava como estratégia (em azul) e conceito (vermelho). Não conseguimos identificar objetos, já que tivemos dificuldade de operacionalizar esse conceito e, da forma como o compreendemos, o objeto do discurso é a avaliação na atenção básica, já que a condução da entrevista induziu que esse objeto fosse tratado. Em laranja, foram grifados os enunciados que se relacionavam explicitamente com a posição institucional do autor do discurso, enquanto que outros enunciados, considerados relevantes, mas que a pesquisadora não pode classificar como objeto, estratégia, posição ou conceito, foram grifados em verde.

Buscando apontar uma “direção de pesquisa”, embora jamais tenha apresentado em sua obra algo que se aproximasse de um “passo a passo” para a análise de discurso, Foucault fala de quatro hipóteses para agrupar os enunciados, ponderando algumas de suas limitações:

- a) O objeto determina o agrupamento dos enunciados: mesmo que diferentes em forma e em tempos, determinados enunciados formariam um conjunto por falarem do mesmo objeto. **Ponderação:** o objeto é diferente para cada discurso (jurídico, médico, etc.). “Cada um desses discursos elaborou o seu próprio objeto e o transformou”. Assim, Foucault diz que *não é possível constituir como uma unidade válida para um conjunto de enunciados o “discurso sobre a loucura”*. (p.36-37)
- b) Os enunciados formariam um conjunto pela sua forma e seu encadeamento – o estilo (p.37). **Ponderação:** o estilo mudou e a medicina não “acabou”.

- c) Os enunciados se agrupariam pela existência de conceitos coerentes e permanentes. **Ponderação:** nem todos os conceitos são coerentes dentro de um mesmo discurso.

- d) Os enunciados poderiam ser agrupados pela identidade e persistência dos temas.

Segundo Vandresen (2008:87), “embora, Foucault compreenda o discurso como dispersão, isso não o impossibilita de analisá-lo em sua constituição”. Primeiro, o discurso é um sistema de dispersão. Mas quando objetos, enunciação, conceitos e estratégias se articulam, é possível chegar a uma regularidade.

Diferentemente da busca pela interpretação, perseguindo abstrair o não dito, a análise desenvolvida neste estudo buscou discutir porque o que foi dito, admitindo, inclusive, a influência da pesquisa, da pesquisadora e das perguntas do roteiro na produção do discurso. Foucault nega a ideia de que o autor do discurso é o fundamento de todo sentido e significado. Para ele, não importa o que o autor quis dizer ou o que não disse, e sim o que está dito, sem buscar relacionar o discurso ao “solo inicial de uma experiência” ou de um conhecimento, mas interrogando o discurso sobre porque ele existe.

Durante a fase de coleta de dados e transcrição das entrevistas, fomos esboçando algumas observações já em caráter de análise, ainda sem ter o quadro referencial para análise estabelecido de forma consistente. Percebemos que, antes de tomar em consideração alguns pressupostos acerca da análise de discurso proposta por Foucault, o “caminho analítico” que estávamos percorrendo era bastante relacionado com a busca do subentendido no discurso, realizando associações, muitas vezes, ousadas a partir dos enunciados, buscando o não dito. Após a delimitação do referencial, a análise foi caminhando com menos esforços de interpretação e mais foco no contexto de produção do discurso, buscando associar os lugares e jogos ou regras institucionais que influenciaram o dito.

Outra decisão tomada a partir da leitura do quadro referencial refere-se à utilização ou não, na análise, dos dados obtidos a partir de um formulário de caracterização do sujeito (formação, tempo de trabalho, idade, sexo, dentre outras variáveis sócio-demográficas), pensado

inicialmente para ser utilizado na coleta de dados, mas suprimido após discussão sobre o seu papel no estudo.

Essa opção foi fundamentada no fato de que não entendemos o discurso como um produto de subjetividades individuais, mas como um produto de um sujeito institucionalizado, que produz um discurso segundo as regras de formação do lugar institucional que ocupa. Objetivamos, portanto, evitar uma análise centrada na individualidade dos sujeitos, compreendendo-os como produtores de um discurso influenciado de forma mais significativa pela materialidade do seu cotidiano e pelos elementos históricos e ideológicos que influenciam a constituição da instituição a partir da qual formulam o discurso, qual seja, a gestão da atenção básica. Consideraremos, portanto, a singularidade do sujeito na produção do discurso, cuja identidade é influenciada tanto pelas normas institucionais que orientam a produção do discurso como pela individualidade e do eu (FOUCAULT, 2002).

Apesar de ter encontrado dificuldades na operacionalização da análise, pela ausência de “métodos passo a passo” em análise do discurso, a leitura dos textos de Foucault contribuíram para a adoção de uma “postura de análise”, auxiliando no direcionamento das inferências obtidas no estudo.

4.6 Aspectos Éticos

Por considerar que as investigações envolvendo os seres humanos devem assegurar que seus direitos sejam protegidos, em consonância com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), esta pesquisa adotou os princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Foram utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Consentimento Pós-informado (apêndice C), documentos que asseguram aos participantes o respeito aos princípios éticos.

O princípio da autonomia foi respeitado, tendo em vista que todas as pessoas participantes da pesquisa serão esclarecidas sobre o estudo, podendo optar por participar ou não. Os sujeitos do estudo estão em uma relação de dependência, por serem funcionários do sistema

público de saúde. Entretanto, a abordagem para a participação na pesquisa não feriu o princípio da autonomia, respeitando eventuais recusas em participar do estudo.

O princípio da beneficência foi observado, já que a partir da pesquisa buscamos analisar a forma como a institucionalização da avaliação está sendo induzida na Estratégia Saúde da Família, de modo a contribuir para a revisão ou reafirmação de práticas avaliativas que nos permitam caminhar em direção a uma maior qualificação do Sistema Único de Saúde.

A adoção do princípio da não maleficência garantiu que todos os danos previsíveis fossem evitados. Nenhum funcionário teve sua identidade diretamente associada ao conteúdo de sua entrevista, direta ou indiretamente, o que foi garantido pela opção por não citar os municípios abordados no estudo, mas apenas o porte populacional de cada um.

Ponderando riscos e benefícios, como recomenda a Resolução 196/96, não consideramos que houve prejuízos aos coordenadores entrevistados.

Para a realização do estudo, foi solicitada anuência da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, considerada *lócus* do estudo, já que este envolve diversos municípios do estado. Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de referência, obtendo parecer favorável de acordo com o protocolo número 511.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 “A avaliação que a gente tem aqui...”: o objeto avaliação no cotidiano da atenção básica

No Brasil, tem ocorrido um grande esforço para discutir e consolidar a “institucionalização da avaliação na atenção básica” entre os teóricos e técnicos da área, como foi possível evidenciar através da revisão bibliográfica realizada durante este estudo. Entretanto, a partir dos dados empíricos obtidos em nosso campo de pesquisa, a prática de avaliar já é apontada como principal eixo do trabalho dos sujeitos que atuam na gestão da atenção básica, sendo, portanto, uma prática já incorporada ao fazer cotidiano dos profissionais.

Vasconcelos, Bosi e Pontes (2008) afirmam que ainda não existem mecanismos sistematizados de monitoramento e avaliação da atenção básica. Entretanto, os sujeitos envolvidos cotidianamente nos serviços possuem práticas e discursos construídos a partir das experiências vivenciadas que delineiam o objeto “avaliação na atenção básica”.

Essa avaliação já existente no cotidiano é expressa nos discursos como bastante relacionada às práticas de averiguação e quantificação, como observamos a seguir:

A avaliação a gente faz através dos indicadores, a gente vai alimentando os indicadores. (...) Tanto aqueles que o Ministério já traz quanto alguns que a gente cria internamente no município e faz a avaliação através do cumprimento de metas (...) (C1).

A gente faz análise dos indicadores. Só que assim, por exemplo, um dia eu pego um município, aí eu olho o indicador, passo dois, três dias avaliando um município, pego aqueles indicadores daquele mês. Quando termina eu vou pra outro, aí a gente passa o mês assim, avaliando os indicadores, vê os sistemas de informação, SIS pré-natal, Hiperdia, SIAB, SCNES... (A3).

A gente fez a diferença de informações, dos sistemas, e pediu pra eles irem fazendo a análise mesmo. Mas é a primeira vez que eles estão fazendo isso. Então, muita gente sentiu dificuldade, muita gente, sabe, teve a boa vontade. Daí muitos dados estão contados só, não foram avaliados, analisados (C7).

Assim, o objeto avaliação a que os profissionais se referem consiste na quantificação de atividades e de resultados quantitativos, com foco na consolidação dos dados e com reconhecida dificuldade em transformá-los em informações e utilizá-los como estratégia de equacionamento de problemas e identificação de aspectos positivos relacionados aos processos de trabalho.

Segundo Tanaka (2011), a avaliação na atenção básica consiste em um processo técnico-administrativo cujas ações são medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão, essa última sendo a própria finalidade da avaliação. A avaliação já incorporada ao cotidiano dos profissionais da atenção básica tem como ferramentas principais a medição e comparação de indicadores, havendo, portanto, incipiência na construção de outras formas de equacionamento de problemas. Essa situação dificulta o processo de tomada de decisão, entendida por Tanaka (2011) como a ação para a mobilização de recursos financeiros, materiais, humanos ou de outra natureza, muito mais do que mostrar “como estamos”.

Na prática, a avaliação é entendida como um “espelho” da situação atual da atenção básica sendo usada pela gestão municipal, em especial a coordenação da atenção básica, para apontar falhas e determinar as ações necessárias para corrigi-las. Entretanto, os discursos evidenciam a emergência da discussão sobre a necessidade de, mais do que apontar os problemas a partir da gestão, instigar a reflexão dos profissionais acerca dos problemas e potencialidades em seu cotidiano de trabalho.

Este ano a gente já teve dois momentos, agora a gente vai pro terceiro. Primeiro momento a gente levou os dados deles que estavam vermelhos. E aí a gente já levou o que deveria ser feito. No segundo momento, a gente não levou, a gente pediu que eles trouxessem as estratégias que eles iam utilizar (C5).

Tudo que eles estão apresentando agora, eu apresentava tudinho. Aí eu disse, não. Eles fazendo, vão enxergar as falhas, porque só a gente fazendo, às vezes a pessoa não está nem prestando atenção. Quando eles foram fazendo, foi que eles foram enxergando várias coisas que eles poderiam mudar. E a gente acha que partindo deles, eles podem visualizar os problemas, procurar fazer o que depende deles (C7).

Teóricos da área discutem a importância de envolver todos os sujeitos capazes de mobilizar recursos no julgamento de valor, criando um processo avaliativo compartilhado, negociado, dialógico e transparente, facilitando a mobilização de recursos (GUBA; LINCOLN, 1989). Concordamos que o não envolvimento das equipes nos processos de julgamento e tomada de decisões dificulta a sua organização e a melhoria da qualidade da atenção.

Entretanto, esse é um processo ainda incipiente, já que, em geral, a avaliação na atenção básica é operacionalizada pela consolidação dos dados existentes nos sistemas de informação pela gestão da atenção básica e subsequente apresentação destes às equipes.

A respeito da utilização de indicadores de base territorial para avaliar situações de saúde, Barcellos *et al.* (2002) afirmam que os resultados obtidos estão relacionados aos indicadores selecionados, às fontes de informação utilizadas, às escalas de análise, às unidades espaciais de referência e aos métodos de análise empregados.

Trzesniak (1998), em artigo que busca refletir sobre a construção de indicadores quantitativos, diferencia as relações determinísticas e estocásticas. Nas determinísticas, causa e efeito estão ligados diretamente: a presença ou variação da causa irá necessariamente alterar o efeito, frequentemente obedecendo a uma lei matemática conhecida, o que simplifica o processo e facilita o sucesso da utilização de indicadores desse tipo. Já nas relações estocásticas, a ligação entre causa e efeito é indireta, havendo apenas probabilidade (e não certeza) de que a presença ou variação da primeira irá afetar a segunda.

A compreensão de que os processos saúde-doença (assim como os processos de trabalho) são influenciados por múltiplos fatores, com pouca ocorrência de relações determinísticas e com diversas relações de probabilidade, a construção de indicadores quantitativos sociais ou de saúde-doença é um desafio importante (TRZESNIAK, 1998).

Whilliam Thomson afirmava, aproximadamente em 1860, que “se você medir aquilo de que está falando e o expressar em números, você conhece alguma coisa sobre o assunto; mas, quando você não o pode exprimir em números, seu conhecimento é pobre e insatisfatório; pode ser o início do conhecimento, mas dificilmente seu espírito terá progredido até o estágio da Ciência, qualquer que seja o assunto”. Embora hoje a Ciência não esteja mais presa ao absolutismo do quantitativo, a quantificação ainda predomina como estratégia de controle e averiguação de processos, já que “os itens de controle de um processo são índices numéricos estabelecidos sobre os efeitos de cada processo para medir a sua qualidade total”, assim como “os itens de verificação de um processo são índices numéricos estabelecidos sobre as principais causas que afetam determinado item de controle” (TRZESNIAK, 1998, p 160).

A predominância de uma racionalidade quantitativa é evidenciada pelas estratégias de avaliação (ou de medição e comparação) que são utilizadas na atenção básica como forma de operacionalizar a avaliação. A tradução dos dados para informações e a utilização das informações para identificar, equacionar problemas e orientar o planejamento são o grande desafio para a gestão da atenção básica.

Nessa perspectiva, a avaliação operada na atenção básica tem baixo potencial para gerar mobilização de recursos, já que se restringe à medição e comparação verticalizada de dados numéricos que, muitas vezes, não são discutidos e tomados como objeto de reflexão para as equipes e da gestão.

A ausência de instrumentos e estratégias consolidados na atenção básica como formas de avaliação reduz o eixo avaliativo do processo de trabalho dos coordenadores, com frequência, à consolidação de mapas e repasse dos dados obtidos às equipes, comparando resultados a metas existentes, havendo pouca relação entre a quantificação dos dados e a tomada de decisão a respeito da mobilização dos recursos. Freitas e Pinto (2005) também fizeram inferências semelhantes a partir de seu estudo acerca da utilização do SIAB, afirmando que mesmo considerando a produção de informações em saúde um importante instrumento a maior preocupação das equipes de saúde da família em relação ao sistema de informação se concentra no preenchimento dos formulários de consolidação dos dados e não na análise das informações que ele é capaz de fornecer, o que está relacionado com o fato de, historicamente, a avaliação da atenção básica estar relacionada ao alcance de metas.

Conill (2004), por sua vez, considera que houve um avanço positivo nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação no âmbito do SUS, levando em consideração as antigas práticas das instituições federais, centradas na revisão de contas médicas e no cumprimento de metas de produção. A autora considera que, apesar da visível diversificação dos sistemas de informação e do leque amplo de dados, é preciso avançar na construção de indicadores de monitoramento das diretrizes importantes do SUS, tais como a integralidade. Ela aponta, entretanto, que países como o Reino Unido priorizaram, por um grande período de tempo, avaliações focadas no acesso com o objetivo de reduzir as filas de espera, secundarizando outras estratégias de avaliação.

No Brasil, o lançamento do PMAQ também aponta esse direcionamento, já que os indicadores considerados pelo programa estão focados na quantificação de atendimentos, com o intuito de fortalecer a atenção básica como porta de entrada do sistema. Essa estratégia nos parece ter como foco a resolução de um problema que, segundo Tanaka (2011), parece ser consensual em diversos estudos, inclusive aqueles conduzidos pelo Ministério da Saúde acerca da implantação da ESF nos países. Segundo o autor,

em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada, que não dispõem de uma rede consolidada de serviços, [a ESF] encontrou inicialmente facilidades operacionais, que, no entanto, a médio prazo apresentaram problemas quanto à sustentabilidade do profissional médico, dificultando a criação de vínculo com o usuário. No entanto, em municípios de grande porte e com maior rede de serviços enfrentou outros desafios, tais como a dificuldade de adscrição da clientela, o frágil reconhecimento como porta de entrada do sistema de saúde (TANAKA, 2011, p 789).

Dessa forma, optar pela utilização de indicadores de acesso como carro-chefe da avaliação da atenção básica no contexto atual pode ser uma estratégia possível para a resolução de problemas inerentes aos grandes centros urbanos. Por outro lado, em municípios de pequeno e médio porte, cuja atenção básica penetrou os contextos locais e já é utilizada como porta de acesso, a avaliação baseada no acesso pode limitar alguns avanços, já que, nesses municípios, avaliações como a AMQ, que dialogam com a consolidação do modelo de atenção, permitiriam um avanço qualitativo, favorecendo aspectos como a organização das linhas de cuidado e a materialização da integralidade.

Assim, consideramos que a discussão sobre “o que se deseja avaliar” precede a de “como avaliar”. Um modelo considerado por Conill (2004) como pioneiro na discussão sobre a atenção primária mundial foi proposto pela estudiosa Bárbara Starfield, em 1979, no qual a estrutura e os processos de atenção deveriam ser analisados tomando-se por base quatro elementos principais: o atributo do primeiro contato, o caráter coordenado ou integrador (seguimento ou continuidade do atendimento), o caráter amplo ou integral (oferta completa de serviços bio-psico-sociais, referência) e a "longitudinalidade" (vínculo no tempo) (STARFIELD, 1979 *apud* CONILL, 2004).

A construção de indicadores é uma opção técnica-política que irá influenciar de forma decisiva a estruturação dos serviços de atenção básica no país. O próprio Ministério da Saúde entende que "os sistemas de informação são concebidos segundo a lógica de organização dos serviços de saúde" (BRASIL, 2002) e, assim, “eles influenciam e são influenciados pelo modelo assistencial em vigência” (FREITAS; PINTO, 2005, p 549).

Essa mesma relação de influência entre o contexto e a prática de gestão da atenção básica pode ser percebida como fator de influência para a construção do “objeto avaliação”. A forma como estão estruturados os processos de trabalho dos profissionais responsabilizados por conduzir a avaliação nos cenários locais, bem como suas experiências e dificuldades, são importantes para a configuração do que se entende por avaliação no cenário da atenção básica.

Durante o estudo, percebemos que há peculiaridades inerentes à função de coordenador da atenção básica que merecem destaque por seu potencial para influenciar o desenvolvimento dos processos avaliativos.

Nas situações em que a atividade de avaliação é reduzida à contagem, consolidação e exposição de dados numéricos, a função de coordenador técnico da atenção básica agrega muitas outras atribuições, sendo, em determinados cenários, uma função difusa, marcada pela sobrecarga, centralização e sobreposição de tarefas de natureza diversa existentes na Secretaria da Saúde dos municípios.

(...) é uma coordenação única. Eu conto com ajuda de outros coordenadores, no entanto, eu sou responsável pelo núcleo como um todo (C2).

Embora a gente tenha um grupo aqui na secretaria, e eu sei que em outros municípios, o coordenador da Atenção Básica é coordenador da Vigilância Sanitária, da Epidemiológica, de todos os outros setores da Secretaria, mas aqui eu ainda percebo um acúmulo de função muito grande, porque a gente acaba sendo até digitador de sistema (C3).

A gente acaba fazendo de tudo, digitar os cronogramas, digita isso e aquilo, faz ofícios diários, é tanto ofício todo dia, vê negócio de datashow, materiais que a gente faz o levantamento, todo mês a menina pede pra gente fazer o levantamento de materiais de impressos, de tudo que a gente precisava, brigar com o técnico (risos).(C4)

Em geral, municípios de pequeno e médio porte contam com apenas uma pessoa que atua como gestor da atenção básica, além do Coordenador de Saúde Bucal, cuja atividade não ocorre de forma articulada à coordenação, na perspectiva de uma gestão colegiada, mas de forma segregada. Assim, muitas tarefas operacionais e administrativas são incluídas no processo de trabalho da coordenação da atenção básica o que, muitas vezes, desloca a avaliação (apontada como principal foco do seu trabalho pelos coordenadores) para uma situação secundária:

Eu fico um pouquinho angustiada porque toda hora é mais uma atribuição pra uma coordenação que já é extremamente carente de tempo pra estar monitorando essas ações. E aí essa coisa de ir até a equipe, sentar junto pra avaliar sempre vai ficando pra depois com as coisas que aparecem pra fazer (C2).

Tem vezes que a gente avalia depois das cinco horas, que é o momento que a gente tem pra avaliar. A outra coordenadora ficava doida de raiva, porque tinha que ficar depois do horário, mas só depois das cinco horas é que a gente realmente conseguia avaliar, só mesmo depois desse horário, porque de dia, vai resolvendo as coisas, aí já viu. (C4).

Por outro lado, duas experiências diferenciadas foram encontradas em dois cenários deste estudo.

Na primeira situação, a gestão da atenção básica consiste em Núcleo composto por três coordenadoras que atuam de forma compartilhada, porém com funções definidas, uma delas sendo responsável pela condução do processo de avaliação da atenção básica de forma mais direta. Nesse município, foi criada uma sistemática de avaliação em que, durante uma semana, ocorre um Seminário de Avaliação realizado na sede da Secretaria da Saúde no qual, a cada dia, um determinado número de equipes da atenção básica se reúne para apresentar, entre si, os dados do SIAB consolidados de suas próprias equipes. Essa atividade é organizada e mediada pela profissional do núcleo que atua como “coordenadora da avaliação”.

Em outra situação, o município subdividiu os territórios em duas grandes áreas, atribuindo a cada uma delas um supervisor responsável por conduzir os processos avaliativos junto às equipes, no próprio contexto em que os processos se desenvolvem. Os supervisores utilizam também dados quantitativos para direcionar sua prática avaliativa, sendo responsáveis por consolidar os dados das equipes de sua área de abrangência e discutir os resultados com o intuito de alcançar as metas estipuladas.

Diante dos diferentes processos encontrados nos cenários de estudo, foi possível perceber que os coordenadores da atenção básica têm papel preponderante do delineamento do que se entende por avaliação no cenário da atenção básica nos municípios de pequeno e médio porte estudados. Assim, a forma como estão estruturados os processos de trabalho dos profissionais responsabilizados por conduzir a avaliação, bem como suas experiências e dificuldades, são elementos fundamentais na formação da “cultura de avaliação de atenção básica”.

Por sua vez, o estabelecimento de metas é realizado de forma ainda verticalizada, o que foi evidenciado pelos discursos que apontam a participação (e até mesmo a compreensão) incipiente dos gestores da atenção básica no processo de “pactuação” de metas.

Da PPI, eu nem sei como que estão essas metas, quem faz é o pessoal da Avaliação e Regulação e às vezes eles repassam pra gente, mas são uns cálculos que eu acho que é por série histórica (C1).

Na realidade, quem faz as metas é a coordenadora da Avaliação, então eu acho que é pela população. Só que a gente está de um jeito aqui (riso) que o que era programado

nem sempre era atingido. Então, ela vive reclamando (...) porque é programado, não é atingido, então em vez de a gente tentar fazer alguma coisa pra atingir aquela meta, o que que era feito, era diminuída a programação, sempre era diminuída a programação (C3).

Assim, a coordenação técnica da atenção básica atua muito mais na operacionalização de atividades e no alcance de metas do que nos processos decisórios que determinam sua própria prática profissional. A quantificação dos procedimentos na Atenção Básica é encarada pelos sujeitos como ação que deve ser realizada por uma exigência burocrática. Da mesma forma que não há participação da coordenação técnica no estabelecimento de metas, as equipes também permanecem à margem desse processo:

(...) A gente tem uma meta baseada realmente numa questão de série histórica. As equipes tem uma aceitação, até porque essa PPI é apresentada para eles. É contraditório porque alguns gestores não concordam que a PPI ela seja exposta, por até dar um acomodamento nas equipes que já estão alcançando certa meta, então se julga que eles não vão além daquela meta que está proposta, daí seria melhor não dizer qual a meta real (...) (C2)

Por exemplo, tem indicador que acho que era 85%, que a gente dizia que era 99%, mas não era, só que a gente dizia que era pra ver se eles se interessavam mais. Aí, pronto, atingindo 85% estava bom, não perdia o indicador. (C4)

As metas não são, portanto, fruto de um processo de negociação, mas estabelecidas de forma descendente a partir da gestão federal, com mediação da gestão estadual. De acordo com Almeida e Giovanella (2008), as iniciativas do Ministério da Saúde para avaliar a atenção básica nos anos 2000 foram focadas, principalmente, no apoio e realização de pesquisas e em mecanismos de financiamento que induziam o alcance de metas. Assim, historicamente, a operacionalização do SUS e a estruturação da atenção básica foram induzidas pelo Ministério Federal a partir de regras que permitiam aos municípios habilitar-se ou não a uma determinada modalidade de organização do sistema de saúde, o que estava invariavelmente atrelado à possibilidade de receber ou não recursos federais para a manutenção do sistema.

Essa estratégia de condução da implantação do SUS contribuiu para a consolidação de uma cultura avaliativa hierárquica, na qual o nível federal detinha o poder normativo e financeiro, apesar da descentralização da implementação das ações de saúde para o nível municipal. O próprio Ministério da Saúde, em nota técnica intitulada “Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS” ressaltava que os processos de pactuação de indicadores são diversos no âmbito nacional,

admitindo que se há processos “dinamizadores”, há também processos “burocráticos” se desenvolvendo no âmbito da avaliação da atenção básica (BRASIL, 2003), com baixo potencial para produzir transformações no cenário local.

A ideia de estabelecimentos de pactos tem sido uma das estratégias presentes no cenário da administração pública em saúde no Brasil, sendo possível enumerar diversos exemplares: Programação Pactuada e Integrada, Pacto pela Vida, Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e o próprio Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Entretanto, existem fragilidades importantes na condução dos pactos, já que a inexistência de instrumentos reguladores que assegurem o cumprimento dos pactos dificulta seu cumprimento e a qualificação dos serviços (ANDRADE, 2010).

Buscando fortalecer os processos de pactuação, tem ganhado espaço no cenário nacional a discussão sobre a administração por contratos ou contratualização. A contratualização na Administração Pública tem sido implementada em diversos países, como França e Grã-Bretanha, e tem sido pautada também no Brasil em função da dinamização do contexto social e da tendência à redefinição do papel do Estado, cujo papel executivo é reduzido, passando a ter a função de “comprador” de serviços e bens que serão ofertados à sociedade (EL-WARRACK, 2008).

No campo da atenção primária, um estudo português de revisão de autoria de Escoval, Ribeiro e Matos (2010) descreveu distintas estratégias de contratualização em países com sistemas de saúde Beveridgiano (Austrália, Canadá, Espanha e Reino Unido), Bismarckiano (Alemanha, França e Holanda) e de livre escolha e competição (Estados Unidos). As autoras concluíram que apesar da diversidade de propostas, há uma tendência a valorizar o papel dos cuidados primários em saúde e da utilização modalidades de gestão contratuais nesse cenário.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2007) aponta que, desde 1996, Portugal vem trabalhando com a lógica da contratualização nos serviços de saúde. Na experiência portuguesa, em 2007, as Administrações Regionais de Saúde contratualizaram com as Unidades de Saúde Familiares uma série de indicadores considerados como representativos da “Carteira Básica de Serviços de Saúde”, agrupados em quatro grandes áreas: Acesso, Desempenho Assistencial, Qualidade Percebida e Desempenho Econômico (AFONSO, 2009, p. 60).

Durante o período de execução do presente estudo, o Ministério da Saúde do Brasil implantou uma nova proposta avaliativa para a atenção básica, regida pela lógica da contratualização de metas, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Esse fato sugere que o Brasil aposta na firmação de contratos como estratégia para fortalecer a pactuação na gestão da atenção básica.

O estudo de El-Warrack (2008) analisa uma experiência de mudança na forma de governança dos serviços de saúde no Rio de Janeiro, a partir da introdução das lógicas de responsabilização, eficiência e negociação, apontando que, no contexto estudado, não houve evidências de transformação da gestão verticalizada no âmbito do município. A partir de seus achados, o autor defende que a capacidade de governo é condição essencial para a contratualização e coloca a responsabilização como uma estratégia potencial para qualificar os serviços, desde que essa não se restrinja a um ritual vazio definidor apenas de contrapartidas de recursos.

A avaliação **instituída** na atenção básica tem forte relação com a quantificação de processos e resultados, tendo como principal ferramenta os sistemas de informação que permitem a consolidação de dados. Essa avaliação instituída foi produto de um forte movimento instituinte operado pelo próprio Ministério da Saúde a partir dos seus mecanismos de indução da avaliação da ESF no país. Considerando o instituído como um novo conjunto de práticas cristalizadas, naturalizadas e repetitivas (CHAUÍ-BERLINCK, 2010), entendemos que qualquer estratégia que busque induzir a criação de uma cultura avaliativa na atenção básica, como intencionou o Ministério da Saúde, parta da ideia de que essa cultura já existe e consiga dialogar com ela, reinventando um movimento instituinte capaz de promover a institucionalização de uma avaliação diferente.

Consideramos importante, portanto, a observação de Contandriopoulos (2006) ao assinalar que, na discussão sobre a institucionalização da avaliação, é preciso antes de tudo questionar a capacidade da avaliação de produzir informações e julgamentos necessários para contribuir no processo decisório nas diversas instâncias do SUS.

É fundamental que a gestão federal, considerando seu papel indutor, tenha clareza de que “tipo” de postura avaliativa é adequada para a qualificação da atenção básica no país nesse momento histórico. O PMAQ sinaliza, como já discutido anteriormente, para a priorização dos

indicadores de acesso e reforça a lógica de medição e comparação de dados como estratégia avaliativa, ao mesmo tempo que a AMQ é colocada como opcional e a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ), novo instrumento construído pelo Ministério da Saúde que, semelhantemente à AMQ é composto por indicadores qualitativos, é reduzida a 10% de todo o processo avaliativo dentro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

Há poucos estudos acerca da AMQ (foram identificados apenas três que versavam especificamente sobre o tema) e, principalmente, não estão disponíveis estudos que analisem o impacto dessa estratégia (VENÂNCIO *et al.*, 2008; SILVA; CALDEIRA, 2010). Depois de aproximadamente seis anos de uma história não registrada, é importante refletir sobre como a AMQ influenciou (e se isso ocorreu) os processos avaliativos e a qualificação da atenção básica.

Na sequência, discutimos seu impacto nos processos de trabalho e seus entraves, cuja análise pode ser importante para a condução das novas estratégias de avaliação da atenção básica correntes no país.

5.2 A implementação da AMQ, uma nova dinâmica avaliativa?

A implantação e implementação da AMQ foram processos bastante destacados na atenção básica do estado do Ceará, onde a intervenção da instância estadual foi preponderante para definir os caminhos que tomaria esse processo. Embora os municípios do estado tenham aderido maciçamente implantando a AMQ ainda em 2006, como mostra o quadro 3, a alimentação do sistema informatizado e, conseqüentemente, a implementação da estratégia, não foi regular desde então.

Tabela 5 – Distribuição dos municípios que aderiram à AMQ no Ceará e no Brasil por ano.

	Brasil		Ceará	
	n	%	N	%
2005	11	0.8	0	0.0
2006	544	40.9	175	95.1
2007	225	16.9	3	1.6
2008	128	9.6	0	0.0

(continua)

(continuação)				
2009	167	12.6	2	1.1
2010	126	9.5	4	2.2
2011	129	9.7	0	0.0
	1330	100.0	184	100.0

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, 2011

Cerca de 95% de adesão dos municípios cearenses ocorreu ainda em 2006 (na ocasião 175 municípios dos 184 aderiram), porém esses municípios não realizaram de forma semestral as autoavaliações nos anos subsequentes. A posterior adesão dos municípios à realização das autoavaliações semestrais foi alavancada por estratégias específicas do estado cearense, como observamos no documento do Conselho de Gestão por Resultados e Gestão Fiscal (Cogerf) e na ata da 5ª Reunião Bimestral de Acompanhamento do Desempenho do SWAP II, em abril de 2010.

O SWAP II consiste em uma operação de empréstimo realizado pelo Governo do Estado do Ceará junto ao Banco Mundial, com o qual o estado firmou compromissos de garantir o alcance de determinadas metas em diversas áreas sociais, inclusive na saúde.

Na reunião de abril de 2010, três indicadores pactuados com o Banco Mundial relacionados à saúde apresentavam problemas, dentre eles, dois relacionados à AMQ:

7a. Percentual de equipes de PSF/AB classificadas no sistema de classificação de qualidade da AMQ e

7b. Percentual de equipes de PSF/AB classificadas num ano anterior que melhoraram sua qualificação de qualidade na AMQ (CEARÁ, 2010b).

Para ambos indicadores, foi pactuada uma meta de 25%. Para o indicador 7a, o Ceará havia atingido, até então, 7,75% e em relação indicador 7b, 0%, ou seja, nenhuma equipe havia avançado em relação ao ano anterior.

Ainda na reunião de acompanhamento do SWAP, em abril de 2010, foram tomadas três decisões cruciais para a implementação da AMQ nos municípios, conforme indica a ata:

1. Contratar a Empresa RS2 que foi a única empresa a se manifestar para o Projeto de Capacitação em AMQ, com a aprovação do BM que já sinalizou a viabilidade.

2. Contratar 21 Articuladores para os 21 Centros Regionais de Saúde para realizar os treinamentos para as equipes de AMQ faltantes (de 1751 foram avaliadas 134 e a meta para este ano é de 350).

3. Incluir a realização da AMQ como critério para repasse de 40% dos recursos do FECOP aos municípios (CEARÁ, 2010b).

Assim, a implementação da AMQ no Ceará foi fortemente induzida pela gestão estadual, para garantir o alcance das metas pactuadas pelo estado junto ao Banco Mundial. Esse impulsionamento da AMQ foi percebido pelos profissionais em seu cotidiano: os coordenadores técnicos por terem se sentido impulsionados a aderir à proposta em função da solicitação estadual e os articuladores, obviamente, por terem sido fruto dessas decisões:

(...) eu não concordo com esse termo livre adesão, porque em função da estratégia do Ceará de ser realmente uma referência na AMQ no Brasil (...), visto que já tinha acontecido a adesão anteriormente e ninguém tinha desenvolvido a estratégia, a gente acabou, de repente, sendo praticamente impulsionado mesmo, pra não dizer obrigado, porque não é a palavra mais adequada, mas foi feito todo um movimento com os gestores municipais para que eles aderissem novamente e que começassem a implementar realmente na rotina (C2).

Mas assim, nos municípios, tem um recurso que veio do Fecop (...) como eu posso dizer, foi colocado como critério para receber o recurso estar fazendo a AMQ. Só que os municípios não sabiam disso. Aí, quando saíram os primeiros recursos do Fecop só recebeu quem tava fazendo AMQ, aí todo mundo queria fazer AMQ (riso), todo o estado. Aliás, a adesão já tinha sido feita em 2006, só que eles não estavam fazendo (A3).

Embora a AMQ tenha se proposto a ser, na sua concepção, uma estratégia de livre adesão, sem atrelamento de recursos financeiros, mas apostando na responsabilização dos gestores locais pela qualificação da atenção básica e no seu potencial para dinamizar os processos avaliativos pela natureza de seu instrumento (BRASIL, 2005), percebemos que a possibilidade de angariar recursos financeiros impactou de forma bastante sensível na adesão dos municípios e da própria gestão estadual, que mobilizou recursos para viabilizar a implantação.

Paradoxalmente, a opção por manter a estratégia a partir do incentivo financeiro poderia descaracterizar a lógica da proposta de fomentar processos avaliativos permanentes na atenção básica, já que havia o risco de a AMQ, por estar atrelada a uma exigência burocrática, se convertesse no preenchimento de questionários para alimentação pontual do sistema.

De fato, os discursos produzidos nesse estudo evidenciam que a AMQ, no cotidiano dos municípios, é operacionalizada por meio da execução semestral dos “momentos avaliativos”,

em que as equipes se reúnem para responder aos questionários e construir as matrizes de intervenção.

As estratégias de aplicação dos questionários da AMQ variam desde ações descentralizadas, com preenchimento dos questionários no ambiente da própria equipe de saúde a reuniões ampliadas das diversas equipes em espaço físico sede da Secretaria Municipal da Saúde ou outro espaço fora do serviço, agregando um valor de evento especial ao momento de preenchimento dos questionários.

Cada enfermeiro preenchia no seu horário de trabalho, se reunia com as suas equipes e preenchiam lá, e depois traziam pra gente, mas a gente teve um momento de discutir também com eles lá na secretaria (C1).

(...) A gente se reúne todos juntos, pra tirar eles um pouco de lá, pra que a gente possa ter uma avaliação mais global do que a gente ta tratando na oficina, que é realmente as estratégias de como fazer, quando fazer, de que forma fazer (C2).

Eu acabei respondendo o meu, o do secretário e o de algumas enfermeiras que estavam de férias, de algumas enfermeiras que deixaram incompleto, a gente teve que fazer alguma coisa se não a articuladora puxava nossa orelha, tinha que fazer mesmo (C4).

A exigência acerca da necessidade de alimentar o sistema integralmente acabava por descaracterizar a lógica de autoavaliação, com a intervenção dos coordenadores no preenchimento dos instrumentos para garantir a inserção dos dados no sistema. Essa prática defensiva influencia tanto nos resultados obtidos na avaliação como na potencialidade da AMQ para fomentar a reflexão por parte das equipes.

Foi percebido um movimento de indução descendente, com a gestão estadual em contato com as coordenações da atenção básica e essas, por sua vez, se comunicando com as equipes locais para que pudesse ser garantida a realização semestral da autoavaliação:

Agora, na auto-avaliação, que eu não estava nem lembrando mais, a articuladora já me ligou, já puxando a orelha (...) E eles pediram pra gente mandar as planilhas, as equipes fizeram essas planilhas. Agora se tu me perguntar hoje se as equipes colocaram em prática, eu acredito que não, mas certeza eu não vou poder te dar (C3).

Faz meses que a gente não faz um momento avaliativo. Depois que o outro secretário assumiu, eu acho que a gente só teve um momento avaliativo (C1).

Assim, na perspectiva da temporalidade, a AMQ não foi elemento desencadeador de momentos avaliativos autônomos mais frequentes no cotidiano das equipes, mas permaneceu, em geral, restrita aos momentos semestrais. Apesar disso, é apresentada no discurso dos profissionais

como um instrumento já incorporado às suas atividades cotidianas de monitoramento. Há um “esforço discursivo” para elaborar uma caracterização da AMQ como elemento cotidiano, mas existem contradições do discurso que apontam que sua utilização é pontual e que ela gera uma sobrecarga que não se encaixa na rotina dos profissionais.

A gente também já tornou um instrumento de monitoramento, já que semestralmente a gente trabalha com esses dados, com esses padrões. A gente também tem a monitoração interna, que é usando os próprios instrumentos que a gente desenvolveu aqui, como planilhas, através das metas e indicadores. E esse prazo geralmente a gente faz trimestral, monitoramento trimestral das ações (C2).

Os profissionais não querem fazer, eles veem como um trabalho a mais, não veem que aquilo é uma melhoria do trabalho deles, que serve pra eles se auto-avaliarem e verem que eles podem melhorar. Eles tinham uma dificuldade tremenda, quando a gente ia entregar os relatórios de auto avaliação, diziam: “Vixe, lá vem isso de novo, mais trabalho!”. E é mesmo, não tem como dizer que não é (C3).

(...) Aí seis meses depois você faz uma reavaliação. Só que a gente sentou três meses depois e viu, já ia chegar o período de seis meses, ia ter uma nova avaliação e a gente precisava melhorar. Mas não é sempre de três em três meses. A gente faz a avaliação não especificamente a AMQ, mas a gente faz essa daqui de todos os dados, que acaba incluindo a AMQ, mas não especificamente com os dados da AMQ. Mais relacionado aos indicadores, do SIAB, do SIS Pacto (C5).

Os enunciados anteriores mostram que os profissionais reconhecem a importância da avaliação permanente e buscam elaborar um discurso que evidencie que sua prática é permeada por essa lógica. Além disso, os enunciados mostram que a avaliação pela quantificação continua sendo a mais comumente utilizada no cotidiano, com a utilização de planilhas do SIAB e de outros programas (Hiperdia, SIS-Mama, SIS-Colo, Sisvan, Bolsa Família, indicadores do Pacto pela Vida) ou outras semelhantes, sendo a AMQ, efetivamente, uma ação pontual, realizada semestralmente e bastante ligada à inserção de dados no período em que “o sistema está aberto para digitação”. A facilidade na utilização dos sistemas de informação está relacionada ao fato de que estes estão relacionados às metas e ao direcionamento de financiamento, possuem uma infraestrutura para serem operacionalizados e já são componentes historicamente validados como capazes de gerar julgamentos.

Entendemos que esse “esforço discursivo” que gera contradições tem relação com o “lugar institucional” ocupado pelos coordenadores, situados no centro das relações micro-políticas do município e atuando como superfície de contato entre as equipes locais e

articuladores da AMQ (principais mobilizadores da proposta), incorporando ao discurso elementos de ambos.

Apesar dessa ponderação e ainda que reconhecendo que ela permaneceu restrita aos períodos semestrais sem “se misturar” aos momentos mensais de consolidação de dados quantitativos, entendemos que a implantação da AMQ introduziu uma nova dinâmica avaliativa no contexto municipal. No âmbito das equipes locais de saúde da família, a AMQ criou uma situação distinta daquela a que os profissionais estavam habituados em relação a serem avaliados, por oferecer um instrumento que permite refletir sobre fluxos e processos, além de resultados.

A AMQ foi importante pra que as ações possam ser realizadas de forma mais qualitativa. Porque o que a gente vê muito é cobrança de quantitativo, tem que se obter tantas consultas, tantos curativos, “taaantas”... não é? (C2)

A AMQ eu vejo como uma estratégia de extrema importância e os instrumentos que foram elaborados foram muito importantes principalmente porque são norteadores (C1)

(...) isso agora veio pra esclarecer realmente, porque ele diz como é que tem que ser feito, ele orienta realmente além de estar avaliando. Quando ele descreve o padrão exato que ele quer ele ta descrevendo como é tem que ser feito, então ele é norteador, orientador mesmo (C2).

A existência de um instrumento de natureza qualitativa com elevado grau de estruturação é reconhecida como um aspecto positivo, pois contribui para o direcionamento dos processos de trabalho na atenção básica.

A AMQ coloca em pauta a discussão sobre organização dos processos de trabalho e tem esse aspecto – e não a quantidade de procedimentos ou os resultados quantitativos alcançados – como espinha dorsal. Dessa forma, introduz um novo elemento, que corresponde ao potencial para tensionar o *modus operandi*, o modelo de atenção à saúde, uma vez que provoca reflexão e revisão de práticas arraigadas no cotidiano:

(...) a gente percebeu que realmente trabalhava com muita coisa que a gente achava correto, mas com a AMQ a gente percebeu que realmente não é só estar cumprindo horário, alcançando as metas, a gente quer melhorar a qualidade da atenção básica, quando a gente estiver funcionando daquela forma que ta lá na AMQ mesmo (C2).

Mas hoje a gente já vê os profissionais estão falando diferente. Eles já pensam na AMQ pra opinar: Ah, isso, a AMQ, ah, aquilo, a AMQ. Hoje eles já falam mais na AMQ do

que na própria saúde da família como referência, você ouve muito: tem que fazer como diz na AMQ, a “boca” deles hoje é isso, a AMQ, vamos seguir a AMQ... (C5)

O coordenador sempre reclamava assim, sai, vai assume a coordenação, não tem uma capacitação, não tem nada. E com a AMQ não, você tem um roteiro, você vai nela (A4).

A AMQ comporta duas unidades elementares de análise, a primeira focada na gestão (subdimensões da coordenação técnica e estrutura) e a segunda na atenção à saúde (relacionada ao processo de trabalho das equipes e com uma subdimensão denominada consolidação do modelo de atenção à saúde). Silva e Caldeira (2010) consideram que, apesar de ser limitada no que se refere à ausência de definição de escores e de pontos de corte específicos, a AMQ tem como aspecto positivo a apresentação de padrões de referência que permitem, mais do que realizar um inquérito, avançar na direção da excelência.

Concordamos com os autores e percebemos que, em nosso cenário de estudo, o instrumento da AMQ atuou como balizador dos processos de trabalho, tendo sido utilizado, inclusive, para a construção do perfil de competências da coordenação técnica da atenção básica em um dos municípios. Entretanto, é preciso relativizar a adoção de padrões em face da diversidade de contextos no país e das especificidades inerentes a cada um deles.

O engessamento de práticas a partir de padrões de referência definidos por instância superiores pode ser um fator limitante à qualificação dos serviços, já que é preciso reconhecer que as instâncias locais têm ou podem desenvolver capacidade reflexiva e criativa para organizar os serviços de forma qualificada.

Segundo Contandriopoulos (2006), frequentemente, atores que ocupam posições distintas não conseguem chegar a um consenso em relação à pertinência dos resultados que a avaliação produz. Reconhecendo essa dificuldade, é preciso fazer dialogar a importância tanto da capacidade de orientação das gestões estadual e federal como a capacidade de criação das instâncias locais na produção de experiências exitosas. Assim, “a avaliação deixaria de ser instrumento de poder de um determinado grupo de atores e passaria a ser um verdadeiro instrumento de liberação, permitindo uma visão crítica da norma estabelecida” (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p 710).

Há uma grande aceitação, por parte das equipes, em relação aos padrões indicados pela AMQ e a tendência a convertê-las em estratégias de organização dos serviços:

A gente achava que estava realmente fazendo saúde da família, e na verdade a gente continuava com aquele conceito hospitalocêntrico, de atendimento, de demanda... e a AMQ mostra qual a essência do saúde da família (...). Então, eu acho que a AMQ melhorou muito nesse sentido (C5).

Grande parte dos profissionais já são muito viciados a fazer, a trabalhar daquela forma, tipo, alguns que são mais antigos na profissão, que você chega e vai tentar conversar: olha, você tem que fazer uma puericultura, por exemplo, eles tem uma certa rejeição, porque eles acham que do jeito que ele está fazendo, sentado dentro do consultório só prescrevendo, na cabeça dele já está muito bem, obrigado. A população às vezes está até satisfeita, só que você pode melhorar o serviço bem mais (C3).

Entretanto, outro aspecto que precisa ser considerado na definição de padrões que irão modelar a atenção à saúde se refere à possibilidade de que as “necessidades de saúde” e os “padrões de qualidades” percebidos e estabelecidos sejam diferentes dos pontos de vista de técnicos e das populações. A produção de tecnologias (sejam elas leves ou duras, nas palavras de Mehry, 1997) e as necessidades de “consumo” de serviços de saúde das pessoas são fatores que influenciam as decisões políticas acerca do direcionamento da organização do sistema de saúde, as quais, por sua vez, retroalimentam as perspectivas tecnológica e subjetiva das pessoas.

Como colocam os profissionais, o “modelo tradicional”, hospitalocêntrico e curativista, muitas vezes, dialoga com o que a população construiu como expectativa no cuidado à saúde. Mesmo entre técnicos e teóricos, a utilização das noções de qualidade, eficiência, efetividade, eficácia, dentre outras nesse sentido, varia enormemente (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Portanto, a construção de estratégias e indicadores de avaliação deve levar em conta o emaranhado de perspectivas que determinam o “objeto qualidade”. O presente estudo é limitado para discutir o conceito de qualidade no contexto da AMQ, mas acreditamos que estudos posteriores podem contribuir na análise dos padrões de referência da AMQ e mesmo da nova AMAQ levando em conta distintas perspectivas e racionalidade (técnica, política, subjetiva).

E nesse contexto, a intervenção do estado como mediadora e provedora é essencial. Para Trosa (2001), não é o caso de insistir no debate pró-Estado versus anti-Estado, mas de ter clareza que não se deve defender um Estado paternalista que julga conhecer todas as

necessidades das pessoas, nem um Estado liberal mínimo, simples executor da vontade do governo. A autora considera importante a construção de um Estado contratual, que se impõe por meio da negociação, não da imposição ou submissão, mas pela mediação de pontos de vista e interesses divergentes.

Defendemos a importância dessa reflexão para que haja seriedade na condução do que se entende por “avaliação da satisfação” ou “avaliação da qualidade” na perspectiva dos usuários. A pesquisa e a avaliação subsidiam opções políticas, que devem ser claras e passíveis de reflexão crítica e debate por todos os sujeitos envolvidos na “produção e consumo” de serviços de saúde, evitando que avaliações tendenciosas acabem apenas legitimando opções políticas sob o pretexto de estarem dialogando com a subjetividade das populações.

Apesar da complexidade de se estabelecer padrões de referência que sejam produto do diálogo entre os diversos autores envolvidos na produção da saúde, acreditamos que a criação de instrumentos é fundamental para subsidiar os processos avaliativos. Considerando que a avaliação pressupõe julgamento, a existência de padrões de referência não podem ser taxadas de engessadoras apenas por existirem. O desafio é refletir sobre com quais interesses e necessidades tais padrões dialogam e que tipo de julgamentos eles tem potencialidade para orientar processos decisórios.

Afonso (2009) assinala que quando é fácil especificar a atividade ou tarefa a contratar, como vai ser avaliada e o que é considerado bom desempenho, torna-se mais fácil a elaboração de contratos. Consideramos que essa é uma pauta que merece reflexão no âmbito da avaliação da qualidade de serviços, particularmente da atenção básica, que lida com problemas de saúde (e sociais) complexos.

Nesse contexto, a AMQ é positiva porque apresenta questões norteadoras capazes de ponderar peculiaridades inerentes a características elementares da atenção básica, como primeiro contato, acessibilidade, coordenação do cuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde (CAMPOS, 2005; SILVA e CALDEIRA, 2011). A AMQ, portanto, coloca em pauta os processos de trabalho, mais do que os resultados – e nesse ponto reside seu potencial dinamizador da avaliação.

Entretanto, por ter introduzido uma nova dinâmica avaliativa, gerou estranheza entre os profissionais das equipes de saúde:

Elas acham que é uma coisa a mais, acha que não tem nada a ver. A maioria acha que é uma coisa a mais, que só vai ficar mesmo ali, não vai evoluir pra nada. (...) Acho que pra Coordenação foi ruim a parte mais burocrática, ter que digitar tudo... (C4).

“(...) tem alguns profissionais que... ah, mas porque avaliar meu trabalho? Mas hoje tá bem mais tranquilo, em relação a aceitação de profissionais. Não existe a rejeição, não vou fazer, não houve recusa, mas houve aquela, digamos assim, aquele questionamento, por que? (C5)

A resistência dos profissionais tem relação com o fato de que a avaliação foi historicamente operacionalizada em uma perspectiva punitiva, o que cria uma reatividade negativa dos profissionais em relação aos processos avaliativos. Scharaiber *et al.* (1999, p. 208) assinalam que “os mecanismos mais tradicionais de garantia e avaliação da qualidade técnica do cuidado são, de fato, com muita frequência, tomados pelos profissionais como, no mínimo, constrangedores, quando não como persecutórios e punitivos”. A partir dos discursos foi possível entender que a AMQ, mesmo buscando subverter essa lógica, foi incompreendida nesse sentido e gerou posturas de recusa e resistência.

Além disso, em função da extensão dos instrumentos, a AMQ é colocada, tantos pelos profissionais como pelos coordenadores como um trabalho dispendioso que, por não ter se miscigenado com a rotina de trabalho e não ser operacionalizada de forma permanente, converte-se em excesso de trabalho.

Nesse contexto, aos coordenadores da atenção básica cabe o contato direto com as equipes de saúde, induzindo a utilização da AMQ e viabilizando sua execução:

(...) claro que eu tenho que ser a primeira estimulada, pra estimular os profissionais. Porque depende da gente começar a mudar as coisas (C5).

A avaliação da atenção básica em si está muito aquém do que a AMQ pede. Porque AMQ é bem clara no papel do coordenador e ainda não está bem efetivado. Tem município que diz assim, é fabuloso, a AMQ norteia, não é um trabalho a mais, é um roteiro de tudo que tem que fazer (A4).

Ao mesmo tempo, os coordenadores da atenção básica estão na linha de frente em relação às equipes de saúde induzindo a implementação da AMQ, estão em contato com as coordenações estaduais respondendo garantia dessa implementação e em diálogo com gestão municipal, a quem deve responder pelo funcionamento geral da atenção básica.

Nesse contexto, foi possível identificar que nessa rede de relações (entre equipes de saúde da família, coordenação da atenção básica, gestão municipal e coordenação estadual) existem relações permeadas por conflitos, contradições, cobranças e interdependências.

A sociedade – organizada ou não - não teve seu papel diretamente evidenciado nessa teia, o que permite levantar a hipótese de que há uma fragilidade da participação social nos processos avaliativos na atenção básica, embora o estudo apresente limitações para responder a essa questão.

5.3 Copo que enche e não transborda?: AMQ e os níveis de poder

Há, portanto, uma tensão existente na relação entre as diferentes instâncias de gestão local que é evidenciada pelo discurso dos coordenadores e articuladores. Existem três espaços fundamentais na condução da gestão da atenção básica: o poder público municipal, representado pelo Secretário Municipal da Saúde, com forte influência da Prefeitura Municipal, a Coordenação da Atenção Básica e as gerências locais, geralmente exercidas pelo profissional enfermeiro que atuam junto às equipes de saúde da família. Os articuladores da AMQ mantêm interface com essas três instâncias sem, entretanto, serem evidenciadas nos discursos implicadas nas tensões que se estabelecem entre os sujeitos dessas diferentes instâncias.

A AMQ aparece como uma estratégia de avaliação bastante instável, dependente das decisões de cada administração municipal. Há contradições do discurso, que buscam simultaneamente evidenciar e ocultar as dificuldades vivenciadas em relação ao apoio das gestões municipais às ações que a AMQ deveria desencadear.

Os relatórios a gente meio que parou, porque como o secretário era um tanto quanto ausente, e quando ele tava aqui, só ficava três dias na semana, e quando ele tava aqui, ele não ficava direto, então assim, as avaliações eram feitas e não dava em nada (C3).

Tinha o caderno do gestor que era o do secretário, que na realidade eu fiz a entrevista, eu mesma respondi. Eu dizia: por que que é não? E ele: ah, faça qualquer coisa aí. (...) Por isso que eu acho que é bom deixar livre. Se fosse uma obrigação, aí acho que nem todos os gestores iriam gostar porque tem muitas coisas que precisam de estrutura, a gente sabe que eles se justificam dizendo que a atenção básica não tem muito dinheiro pra estrutura e que tem que trabalhar com coisas mínimas (C4).

Enquanto há coordenadores e articuladores que falam do envolvimento positivo do que eles chamam de “gestor maior” (o Secretário ou Secretária da Saúde), apontando nos municípios menores uma relação mais estreita entre o gestor municipal e o processo da AMQ, alguns reivindicam maior participação da administração municipal, falando inclusive em descaso e falta de apoio à implementação da AMQ.

Em função de a AMQ disparar um processo de questionamento de como as equipes locais organizam seus processos de trabalho, ela impulsiona as equipes a questionarem como a gestão municipal provê condições, principalmente estruturais, para a realização das atividades para a organização da atenção básica e esse fator torna mais tensa a relação entre a tríade governo municipal, coordenação da atenção básica e equipes locais.

No momento que você começa a cobrar a equipe, ela vai te cobrar também (...) (C4)

A gente tentou na medida do possível melhorar, só não tinha como... o coordenador da atenção básica não tem como, nem sempre o gestor maior está interessado muito. Porque o que eu vejo muito é que os gestores geralmente a atenção é toda voltada pra atenção secundária, a atenção básica é “seeee deeeer”... Eles não vêem que aqui é a base, eles não vêem (C5).

Tem que ver também como é que está a condição que o município está dando pras equipes pra trabalhar, porque eu acho assim, pra você cobrar, você tem que dar condição pra trabalhar, e nem sempre isso acontece, porque acaba sempre faltando insumo e o que eu sempre dizia era assim, como é que você vai pedir um pré-natal de qualidade se você tem um Sonnar que está quebrado? Então assim, a Secretaria também é culpada, nem sempre só culpar as equipes. Porque às vezes nem sempre é a equipe. A gente fazia reunião só no princípio, porque aí a gente começou a ter uma demanda que não podia dar resposta (C3).

Assim, pelo fato de estender a avaliação para outros aspectos que não a quantidade de procedimentos, a AMQ é um elemento que acrescenta tensão aos processos avaliativos locais, porque abre espaço para que a gestão municipal seja questionada. Em função da não resolução dos problemas estruturais e da naturalização da ideia de que a Atenção Básica deve atuar em condições mínimas, a AMQ é encarada com desconfiança e diversos padrões que ela propõe avaliar são colocados no patamar do “impossível” por uma pressuposta impotência dos governos locais:

Na AMQ são apenas alguns pontos de logística de trabalho, de melhorias de fluxos, mas o que parte para a questão financeira, em alguns pontos, ainda a gente não conseguiu implementar (...). Devido à necessidade de outras partes, a questão financeira é a que empata mais(C1).

(...) tem padrões que simplesmente não dependem só da Estratégia Saúde da Família, dependem de um âmbito maior, de uma hierarquia realmente. Então tem dificuldades da própria instituição que elas demoram mais a serem sanadas por questões financeiras, burocráticas e tudo, e a gente fica impedido de ter uma solução mais imediata porque a gente depende de outros setores (C2).

Azevedo (1998, p. 1 *apud* EL-WARRACK, 2008) chama atenção para o fato de que “o Estado contemporâneo é formado por um mosaico de instituições diferenciadas quanto a objetivos, capacidade técnica, valores, paradigmas, formatos institucionais e graus de interlocução e interação bastante díspares em relação aos diversos atores sociais”. O contexto municipal é permeado por relações históricas, hábitos institucionais e jogos políticos que influenciam a capacidade de governo da coordenação da atenção básica para executar projetos avaliativos como a AMQ. Isso porque, a partir dela são evidenciados problemas multideterminados cuja resolução extrapola a capacidade de execução da coordenação técnica, exigindo o envolvimento da gestão municipal, das equipes e das esferas estadual e federal, que influenciam os processos locais através da normatização e do financiamento.

Embora haja evidências de que alguns processos de trabalho foram reorientados pela AMQ, os coordenadores dão bastante ênfase na elaboração dos discursos às dificuldades estruturais e financeiras enfrentadas.

Até porque a gente sabe que tudo gira na questão financeira. E principalmente em gestores, eles dizem, ah, porque que eu vou melhorar, o que que eu vou ganhar com isso? (C1)

A gente tem dificuldade de atingir certos padrões porque não está na governabilidade dos profissionais, está no gestor. Mas o gestor já tá preocupado com tanta coisa, que não quer mais despesas, eles quer é alguma coisa que ajude ele a resolver os problemas dele (A3).

A AMQ potencializa um movimento avaliativo interessante, mas por não estar atrelada a pactuações e compromissos de direcionamento de recursos, não consegue dar vazão às demandas surgidas no interior da tensão que ela provoca – “o copo enche, mas não há para onde transbordar”. Os coordenadores e articuladores não tem uma “moeda de troca” para negociar no processo avaliativo e a ausência da sua capacidade resolutiva é colocada em uma perspectiva reivindicatória nos discursos:

O que avançou nas equipes, foi muito superior mesmo ao que avançou com os gestores. Então, eu acho que a maior dificuldade mesmo foi a sensibilização do gestor, que só

aderiu por conta do recurso financeiro, de estar atrelado ao Fecop, mas de ter se motivado a trabalhar em cima da AMQ aquele processo todo, eu não vi essa mudança (A4).

(...) Então acho que de início, você pode ter livre adesão e tudo... Mas eu acho que depois que você já aderiu, deveria ter aquela coisa, você não pode cair, você tem que manter ou melhorar, para que o gestor pudesse valorizar. Porque, você sabe que em cima da cobrança você se mexe mais, você busca mais (C5).

Eu acho interessante ser livre adesão, desde que os gestores estejam sensibilizados pra isso. Porque a maioria pensa muito é em recurso, se a gente pudesse dar, sei lá, pelo menos uma gratificação nas equipes que atingissem um grau de excelência, seria o ideal (C3).

Assim, a AMQ se configurou, ao longo destes anos, como um processo muito intrínseco à gestão municipal, com monitoramento estadual no que se refere à operacionalização da proposta e suporte técnico de alimentação do sistema, havendo incipiente mobilização de recursos (financeiros, estruturais e humanos) diretamente em função da AMQ.

Portanto, apesar livre adesão inicial, a não linearidade da AMQ por livre escolha indica a fragilidade na concepção da proposta como estratégia avaliativa e nos mecanismos de acompanhamento do processo, pela ausência de apoio político-financeiro à proposta, o que prejudica sua sustentabilidade.

No contexto local, estabelece-se uma situação paradoxal, já que, por um lado, há uma tendência das equipes a buscar defender-se de uma punição e por outro um questionamento sobre o sentido de uma avaliação que não gera punição, mas apenas permanece no âmbito local. Nesse contexto, a contratualização seria um elemento potencial para lidar com esse dilema, já que a partir dela seria possível criar sistemas de recompensa e penalização, aumentar a participação no processo de avaliação (inclusive da sociedade) e definir de forma mais clara os ganhos de saúde gerados pelas ações mobiliadas a partir da avaliação (OPSS, 2007).

Se a proposta da AMQ estava no desenvolvimento da capacidade de autoavaliação no âmbito local, o PMAQ propõe o desenvolvimento da cultura de negociação e contratualização, focado na avaliação de desempenho, de modo que os gestores se comprometam progressivamente a desenvolver ações de melhoria do acesso e da qualidade no SUS.

Ao tornar possível a vinculação de incentivos financeiros ou outras formas de incentivo relacionadas ao desempenho direcionado para os profissionais de saúde (BRASIL,

2012b), o PMAQ dá ao gestor municipal a “moeda de troca” reivindicada pelos coordenadores e articuladores locais para a implementação de processos avaliativos.

Embora a decisão sobre o direcionamento dos recursos seja da gestão municipal, o Ministério da Saúde entende que a “discussão sobre a implantação dos processos de remuneração por desempenho será decorrente do processo de desenvolvimento e de avaliação externa e certificação das equipes de atenção básica” (BRASIL, 2012b, p.1).

Alves *et al.* (2010) apontam que, no processo de investimento do Ministério da Saúde na institucionalização da avaliação houve inovações, dentre as quais articulação de práticas avaliativas a outras atividades de gestão, como é o caso da programação prevista na construção da matriz de intervenção atrelada à AMQ. Apesar disso, a ausência da possibilidade de negociação criada a partir do PMAQ foi um fator limitante à implementação da AMQ, contribuindo para a construção da imagem de que, apesar de evidenciar problemas importantes, a estratégia não promovia a mobilização de recursos para a sua resolução.

Apesar de ter perdido espaço na agenda ministerial e caminhar visivelmente para a sua extinção, discutiremos a seguir, as possibilidades que a AMQ apresenta para consolidar-se como estratégia avaliativa.

5.4 Sobre as possibilidades de consolidação da AMQ como estratégia avaliativa

O lançamento do PMAQ, a construção da AMAQ e o lançamento do IDISUS são estratégias que evidenciam o investimento da atual gestão federal atual na avaliação do SUS. Nesse contexto de mudanças, a AMQ foi revisada, dando origem à AMAQ, instrumento que também aposta na autoavaliação. Entretanto, a AMAQ será apenas um dos elementos que subsidiarão a avaliação na atenção básica, correspondendo a 10% da nota total proveniente da certificação externa no âmbito do PMAQ.

A autoavaliação pautada, fundamentalmente, em indicadores de processo teve, portanto, sua relevância reduzida, enquanto os instrumentos de natureza quantitativa e a avaliação externa passam a se destacar na estratégia avaliativa da atual gestão federal. Em nosso estudo, pudemos identificar fatores limitantes à utilização exclusiva de estratégias autoavaliativas de livre

adesão, já que a sustentabilidade da AMQ no município apresentou-se dependente de uma série de “boas vontades políticas”, capacidades de indução dos gestores locais e aceitação das estratégias para que ela aconteça localmente.

A AMQ a gente iniciou o ano passado, desde 2010, assim que eu assumi a coordenação da atenção primária do município, porque eu acho que é importante e alguns pontos a gente tem conseguido implementar, dada a boa vontade da administração e dada a conversação que a gente tem com os profissionais, eles tem aceitado algumas mudanças (C1).

Mas tem um gestor, que eu sinto resistência nele. Os outros já cederam (risos). Mas esse a gente ainda tem que trabalhar ele. Tem esse gestor, que não adianta, não quer e não adere a AMQ de jeito nenhum. Depois de muito esforço, a gente conseguiu fazer ele entrar com três equipes só no município. Mas também porque lá na Secretaria só tem uma pessoa pra fazer tudo, todas as coordenações, então fica difícil.

Eu senti rejeição de algumas classes, por exemplo, classes que estão mais restritas a consultórios e não participam tanto da equipe propriamente dita. Senti falta (...) da Medicina e da Odontologia. Os enfermeiros reagiram bem a essa nova estratégia e do nível médio eu também senti boa aceitação (C2).

Muitas vezes o profissional não compreende que é autoavaliação e quando tem aqueles que são contra a gestão municipal, acha que colocando tudo ruim na AMQ vai ser ruim pra gestão municipal e faz isso mesmo (C2).

Apesar da estratégia do governo estadual do Ceará para induzir a implantação da AMQ, as decisões políticas de âmbito foram determinantes nesse processo. Por um lado, a livre adesão permitiu aos gestores locais optarem por não aderir à estratégia e por outro, a compreensão de que a AMQ consistia em uma avaliação externa impulsionou alguns profissionais a utilizá-la como estratégia de oposição à gestão nos jogos políticos municipais.

Assim, embora a AMQ tenha sido importante para colocar as equipes e gestores locais em contato com uma proposta de autoavaliação - contribuindo para superar a lógica punitiva e hierárquica dos processos avaliativos - a não obrigatoriedade e a falta de monitoramento externo deram espaço a múltiplas compreensões acerca do processo, inclusive a ideia de que a AMQ era “opcional” e, portanto, não exigia a participação de toda a equipe. Esses aspectos refletiram nas possibilidades de efetivar a AMQ como instrumento avaliativo, como evidenciam os enunciados a seguir:

Se o médico não vai, se o dentista não está lá, nas propostas, na matriz de intervenção, não tem como a enfermeira ou os agentes de saúde assumirem a responsabilidade. Então assim, tem a dificuldade, a maior dificuldade que eu vejo pelas equipes, que eles me repassam é esse compromisso de realmente querer fazer o saúde da família como ele deveria ser (A5).

E eles também reclamam que às vezes tem a dificuldade do apoio logístico do município, que eles precisam de balança, precisam de fardamento e algumas outras coisas, que tudo vai apegar diretamente com a qualidade do atendimento deles. Então, às vezes, alguns municípios não dão esse suporte e em troca disso eles também fazem de conta que trabalham (A2).

Se a AMQ foi, por um lado, capaz de introduzir uma nova lógica avaliativa, focada nos processos de trabalho e indutora de reflexão, foi limitada para fomentar a responsabilização de equipes e gestores locais pela qualificação da atenção básica. Outro problema relacionado à responsabilização não diretamente associado à AMQ é a elevada rotatividade de profissionais, tanto nas coordenações como nas equipes dificulta a linearidade da implementação das ações planejadas na matriz de intervenção. Com a rotatividade, a proposição de estratégias e a pactuação de compromissos em longo prazo é prejudicada já que, muitas, vezes, o planejamento realizado por um determinado profissional não será executado por ele, mas por outro que irá substituí-lo em um curto período de tempo.

A maioria dos profissionais aqui são contratados, porque nessa última eleição tinha muitos profissionais, principalmente enfermeiros concursados, mas aí saiu pra um município, pra outro. Houve até um concurso agora, foram chamadas três enfermeiras, dos 3, só veio uma. Outro foi pra outro município, outro entrou de licença. Mas acho que hoje tem 50% contratado, 50% concursado (C5).

Sempre tem um integrante novo na equipe (...) a gente tá mantendo a equipe, mas às vezes a gente tem uma mudança na equipe, então sempre tem que explicar de novo a AMQ (C2).

Os coordenadores da atenção básica, em particular, ocupam os cargos de forma transitória, de forma atrelada à permanência de determinado grupo político no poder municipal. Situação semelhante ocorre com as próprias equipes de saúde, que têm sua dinâmica influenciada pela rotatividade dos profissionais que as compõem, o que dificulta a identificação dos profissionais com a missão da instituição. Segundo Rivera (1992), a indefinição da missão organizacional dificulta o estabelecimento de funções internas e fragiliza a capacidade de gestão. Ao invés de um projeto de governo contínuo no tempo, há priorização de ações de acordo com as necessidades que surgem em caráter emergencial, denotando um perfil incrementalista das políticas públicas (ARAÚJO, 2000 *apud* SAMPAIO *et al.*, 2011).

A análise das estratégias utilizadas pelos articuladores da AMQ e a forma como seu processo de trabalho marca o discurso dos profissionais, em geral, de forma positiva, mostra que o fortalecimento de sua função e a criação de estratégias de monitoramento podem ser ferramentas importantes para a consolidação da AMQ como estratégia avaliativa não apenas burocrática, mas como instrumento de mudança:

Na AMQ, monitoramento a gente não tem. (...) Vai ser um processo contínuo, não? A gente faz uma avaliação interna, mas a gente precisa de uma avaliação de nível superior a nós, então quando a gente vai ter esse resultado? Quem vai dar esse resultado? O que nós fizemos até agora é considerado bom, não é? (C3)

A atuação das regionais estaduais de saúde na implementação da AMQ pode ser considerada um avanço no que se refere ao monitoramento externo, já que os articuladores da AMQ, além de auxiliar na implantação, fazem um trabalho de acompanhamento dos municípios em relação aos padrões:

No primeiro momento, elas vieram fazer a sensibilização dos profissionais. Aí, teve a primeira auto avaliação, e no período entre a primeira e a segunda auto-avaliação, elas estiveram visitando todas as unidades (C3).

Ela visitou uns PSFs pra ver se estava preenchendo os prontuários, se as fichas de evolução estavam mesmo sendo feitas (...). Pediu pra gente fazer cronograma das atividades, fazer palestras (...) de como o PSF funciona (C4).

A nossa articuladora na regional era uma pessoa que estava sempre nos alertando a questão dos prazos, de metodologia (...), ela trazia sempre maneiras de se executar, os padrões de uma forma (...) que facilitasse mais a execução (C2).

Portanto, são centrais no processo de trabalho dos articuladores a sensibilização para a adesão à AMQ, a orientação para a utilização dos instrumentos, a garantia de execução dos prazos de alimentação do sistema informatizado e o acompanhamento local das ações avaliadas pelo instrumento.

Apesar desse avanço, a participação das regionais do estado no monitoramento ainda é considerada incipiente em determinados contextos. Na elaboração dos discursos, alguns os coordenadores esboçaram reações não verbais, como risos, longos silêncios, suspiros e expressões faciais que indicam dificuldade em elaborar, “sem fugir às regras de boa convivência”, um discurso sobre a atuação dos profissionais do estado.

A forma que a regional tem apoiado pelo menos no nosso município... (risos)... (longo silêncio). É mais na questão de prestar assessoria, prestar algumas informações para os profissionais: quais ações devem ser tomadas, eles mandam fax para os municípios dizendo que a gente tem que trabalhar a hipertensão, num outro mês eles mandam fax comunicando que deve trabalhar a campanha da pólio, acho que o trabalho deles é mais essa questão de assessorar e cobrar os municípios (C1).

Eles trabalham mais na questão de cobranças também, não vi tanto trabalho voltado a formar os profissionais, a trabalharem com a AMQ. Eu vi mais essa questão de cobrarem os prazos de se digitar, os prazos de enviar relatórios e essa é a situação. Até tem sim um articulador mas eu não sei lhe informar no momento o nome dele, mas tem (C5).

Mesmo havendo o profissional articulador da AMQ designado para acompanhar os municípios e sendo esse fato de conhecimento de todos os coordenadores, em alguns casos não havia sinais de uma relação estabelecida entre o articulador e a coordenação municipal. Nas regionais com um maior número de municípios sob responsabilidade do articulador, a dificuldade de acompanhamento foi apontada de forma mais expressiva.

A relação entre município e estado é objeto de discussão desde a municipalização do SUS, a partir do início da década de 90, quando os estados começaram a perder a gerência sobre serviços de saúde e passou a ser desafiado, fundamentalmente, a atuar no monitoramento, avaliação e acompanhamento das ações de saúde agora municipalizadas. Segundo Cordeiro (2001 *apud* ARRETCHE, 2004), o projeto de descentralização no governo Collor constitui-se como um processo de “municipalização tutelada”, isto é, com concentração do poder normativo e de alocação de recursos pelo Governo Federal. À medida que as Normas Operacionais eram editadas, novas competências eram transferidas para estados e municípios, o que impunha uma redefinição de papéis a esses entes federados.

Apesar dessa histórica hierarquia que marca a relação entre estados e municípios, os discursos apresentam novas formas de relacionamento, pautadas no diálogo e no fomento à autonomia dos municípios.

(...) Os articuladores da Regional não vem só para punir. Eles vêm pra dar orientação. Olha mas você pode, tem esse indicador aqui que você botou que não, mas você pode fazer dessa forma, eles sentam comigo também, me dão orientação. Olha, não está atingido, mas município tal fez assim, será que assim não da pra vocês? (C5).

A partir do segundo momento autoavaliativo eu já deixei mais por conta do coordenador da atenção básica. Aí, quais as equipes que a gente ta monitorando? Aquela que saiu 100%, porque você sair 100% em tudo é complicado, né? E aqueles em que os padrões não tiveram mudança ou ficou muito baixo. Então assim, a gente tá pontuando as

equipes do monitoramento, não to monitorando mais todas as equipes, ficou mais na responsabilidade do coordenador. Então a gente faz só um assessoramento mesmo (A4).

A forma como desenvolver o monitoramento e assessoria no âmbito dos estados é um problema operacional importante no Brasil, já há por isso elevado número de municípios pequenos, com populações entre 10 mil a 20 mil habitantes, com capacidade local de gestão incipiente para assumir as responsabilidades transferidas pelo processo de desconcentração das atribuições. Nesses contextos, a atuação dos estados é fundamental para evitar o surgimento de uma ‘casta’ de municípios com maior capacidade de captação de recursos, enquanto outros permaneçam sem condições de exercer suas atribuições (TOMAS JUNIOR et al., 2003).

Assim, o papel da AMQ na viabilização da qualificação da atenção básica está diretamente relacionado com a capacidade da gestão local em conduzir o processo avaliativo e ao acompanhamento e monitoramento das secretarias estaduais para fomentar a capacidade técnica municipal. Nesse contexto, a atuação dos articuladores da AMQ é um elemento potencial para fomentar a capacidade de gestão local, já que os articuladores atuam mediando e direcionando o processo avaliativo.

No âmbito da Análise Institucional, os profissionais que atuam nessa mediação da reflexão e modificação de processos de trabalho são denominados analistas ou interventores institucionais, cujo trabalho tem como objetivo de propiciar que determinado coletivo se torne capaz de autoanalisar-se e de autogerenciar as questões que emergem dessa análise (LIMA; RIANI, 2004).

Alguns autores discutem a possibilidade ou impossibilidade de que o sujeito que realiza a intervenção institucional se mantenha imparcial e neutro, já que, frequentemente, o seu papel não é compreendido pelos coletivos, que lhes atribuem responsabilidades que os impulsionam em direção a posturas paternalistas ou de mentor que solucionará todos os problemas, que surgirão durante o trabalho de intervenção (TOMAZ, 2010). Para Silveira, Rezende e Moura (2010), o analista institucional deve apenas identificar os chamados analisadores elementos da dinâmica institucional ou construídos pelo analista capazes de evidenciar aspectos institucionais problemáticos, conflitantes, reprimidos ou inconscientes, disparando o processo de reflexão.

Entretanto, consideramos que a complexidade do cenário municipal da atenção básica extrapola o potencial de ação de um sujeito que não tem governabilidade sobre processos políticos e gerenciais institucionais. Entendemos a governabilidade de acordo com Matus (1996, p. 51) para quem esta “expressa o poder que determinado ator tem para realizar seu projeto de governo”. Para o autor, além da governabilidade, para realizar um projeto é preciso considerar uma outra dimensão, a capacidade de governo, que consiste na “capacidade de condução, e referindo-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um ator e de sua equipe de governo para conduzir o processo social a objetivos direcionados” (MATUS, 1996, p. 52).

Concordando com o autor, não desconsideramos a relevância de um interventor externo, capaz de incitar a discussão e conduzir metodologicamente o momento avaliativo e, inclusive, consideramos estratégia a existência desse sujeito, já que essa capacidade técnica de condução da proposta é essencial para seu sucesso. A defesa é no sentido de garantir que o processo avaliativo não seja apenas pedagógico ou auto-reflexivo, mas mobilizador de recursos também no campo político-administrativo.

No que se refere à capacidade das secretarias estaduais a efetivar seu papel na avaliação e monitoramento das ações descentralizadas para o âmbito municipal, Cohen (2009, p. 879) afirma que “o amplo debate e a tomada de decisão mediante instrumentos democráticos, por si só, não são capazes de garantir a consecução da proposta. É necessário que mecanismos de apoio e de acompanhamento do processo de descentralização sejam efetivados”. A autora coloca como importante que as secretarias de estado consigam construir um processo menos normativo e mais alicerçado na capacidade de governo dos entes municipais.

Para isso, as secretarias estaduais precisam superar fragilidades importantes que levam à execução de trabalhos burocráticos e ao frágil uso de dados epidemiológicos, como a centralização das ações no interior de suas estruturas, a baixa dotação orçamentária para ações de monitoramento e avaliação (eixo importante no processo de trabalho da SES), a presença de profissionais com baixa qualificação no uso de sistemas de informação, monitoramento, avaliação e planejamento estratégico (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Afonso (2009), em discussão sobre os processos de pactuação e contratualização em Portugal, defende que a construção de processos locais de avaliação não deve ser pautada apenas na definição de normas e leis, mas deve implicar um processo de acompanhamento e de avaliação

rigoroso e, preferencialmente, externo, de modo a que o modelo seja progressivamente aperfeiçoado. Assim, a capacidade de condução das secretarias estaduais é fundamental para fortalecer a lógica da responsabilização, já que, por si só, a AMQ não garantiu de forma direta, como discutimos anteriormente, que o compromisso das equipes e, principalmente, da gestão municipal fosse fortalecido.

Assim como o estabelecimento de um *per capita* para o Piso da Atenção Básica, previsto nessa NOB, foi um aspecto fundamental para incentivar a municipalização da saúde (MARTINS JUNIOR *et al.*, 2003), consideramos que o atrelamento de recursos foi fator determinante para garantir a manutenção da AMQ no estado do Ceará. Entretanto, mesmo sendo uma estratégia que garante a manutenção da utilização semestral da AMQ, o atrelamento de recursos não foi suficiente para garantir que, a partir da AMQ, fosse houvesse direcionamento de recursos (financeiros, estruturais e “humanos”).

Para Martins Junior *et al.* (2003), o critério *per capita* já não atende mais às necessidades de implementação do SUS (inclusive em função da crescente complexidade do perfil epidemiológico brasileiro), sendo necessário avançar na criação e efetivação de outros critérios para repasse que possam levar em conta as especificidades regionais. Assim, acreditamos que, uma vez atrelados os recursos financeiros a uma determinada estratégia avaliativa, é preciso construir de forma participativa critérios orientadores para a aplicação dos recursos, de modo que a avaliação não se produza como uma estratégia que evidencia problemas, aponta caminhos para o planejamento, mas não é capaz de disparar ações efetivas para a sua resolução.

6 CONCLUSÃO

Segundo Luna (1999), os pressupostos estão sempre por trás de um estudo, o que não é em si um problema. Pode ser considerado um problema o fato de que o pesquisador ignore os pressupostos que trás para o estudo, já que levá-los em conta na análise dos resultados é uma das maneiras de contornar os seus efeitos, que podem estar associados desde a ideologia ou ao senso comum (DEMO, 1981 *apud* LUNA, 1999).

Ao iniciar o processo de delimitação do problema de pesquisa e durante toda a construção do projeto, havia um forte pressuposto que influenciou, inclusive, a construção do instrumento de entrevista: a ideia de que a ausência de método para a implementação da AMQ no âmbito local seria o principal fator limitante à sua consolidação como estratégia avaliativa capaz de gerar ações de qualificação da atenção básica. Ao final do estudo, percebemos que o método era apenas um dos aspectos importantes nessa empreitada, mas definitivamente, não era o principal.

As relações conflituosas na tríade gestão municipal, coordenação da atenção básica e equipes locais de saúde da família foram um dos pontos de entrave à utilização da AMQ no cotidiano. Permeando essa relação de conflitos, está a ausência de financiamento direcionado para a atenção básica a partir da avaliação dos problemas locais. Embora os profissionais sejam estimulados a participar da identificação e equacionamento de problemas, assim como da construção de matrizes de intervenção que serão executadas por eles mesmos, não tem participação ativa na definição do direcionamento de recursos (e não somente dos financeiros) no âmbito da atenção básica.

Apesar da redução das inúmeras rubricas para apenas cinco blocos de financiamento, os processo de decisão acerca do direcionamento de recursos não é participativo no âmbito municipal. Essa situação gera um problema duplo: por um lado, um discurso de defesa das equipes, que é lançado “contra” os coordenadores da atenção básica, culpabilizando a gestão municipal pelos problemas estruturais, que são colocados como o grande entrave para a qualificação da atenção básica. Por outro lado, a não participação dos profissionais na decisão do direcionamento de recursos gera uma descrença no potencial da AMQ como estratégia de avaliação, já que muitos problemas evidenciados a partir dela continuam sem resolução.

A avaliação da atenção básica foi inaugurada no Brasil a partir do estabelecimento de indicadores focados na cobertura de determinadas ações e no alcance de resultados quantitativos, o que condicionava o financiamento e provocava um movimento da gestão local para cumprir as metas para garantir a captação de recursos. Esse fator influencia até hoje esse campo, já que a avaliação, para os profissionais e coordenadores “da ponta”, é sinônimo de consolidação e medição de indicadores quantitativos.

A AMQ foi capaz de colocar a gestão e equipes locais em contato com uma dinâmica avaliativa nova, em dois aspectos: caracterizada pela autoanálise e focada em processos de trabalho. Assim, a AMQ conquistou o estatuto de instrumento norteador para a inversão do modelo de atenção à saúde de forma objetiva, em função da natureza operacional de seus padrões.

Por outro lado, a ausência de financiamento e a fragilidade nos mecanismos de acompanhamento são fatores que dificultaram seu estabelecimento como estratégia avaliativa rotineira, diminuindo seu potencial para induzir uma nova cultura avaliativa na atenção básica. Apesar disso, o papel dos articuladores locais foi destacado como um aspecto importante, atuando à semelhança de um interventor institucional que contribui para a reflexão e autoanálise no interior dos coletivos, embora esses atores tenham baixo poder para mobilizar ações e decisões políticas, permanecendo no campo da discussão técnica junto às equipes. Sinalizamos a importância de estudos posteriores que possam analisar contextos onde a atuação da gestão federal ocorreu de forma diferenciada, de modo a contribuir para a formulação de estratégias de fortalecimento da capacidade técnica e, destacadamente, política das secretarias estaduais da saúde.

Ressaltamos que a ausência de mecanismos estruturados de pactuação em relação à melhoria de padrão no âmbito da AMQ junto aos gestores locais também foram um aspecto dificultador. Entendemos que a reestruturação em curso das estratégias avaliativas no âmbito da atenção básica não caminha na direção da autoanálise, mas resgata a avaliação focada em indicadores de cobertura e resultado.

Acreditamos que o momento é efervescente na discussão acerca da avaliação na atenção básica e esperamos que as reflexões apresentadas neste estudo possam contribuir para que a autoavaliação e a avaliação com foco na organização dos processos de trabalho sejam

reconhecidas como elementos qualificadores da atenção nesse cenário, de modo que possam ser articuladas estratégias de fortalecimento técnico e financeiro capazes de dialogar mais do que com *fatos quantificados*, com *o que e como* acontece cotidiano dos serviços.

Apontamos, ainda, a importância de estudos que discutam o sentido e a operacionalidade da qualidade que possam subsidiar a revisão contínua de instrumentos como a AMQ, capazes de orientar a organização dos serviços de saúde agregando as dimensões técnicas, políticas e subjetivas implicadas no processo de definição do que é “melhor”.

REFERÊNCIAS

ABRAHAO, A. L. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev., 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232008000100014.

AFONSO, Pedro Beja. Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. [Portugal], v. 9, 2010.

ALFRADIQUE, M.E *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cad Saud Publica**, Rio de Janeiro, 25 (6), 1337-1349, 2009.

ALMEIDA, P.F. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Correa/RJ. Rio de Janeiro: ENSP, 2002.

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, ago 2008.

ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida *et al.* Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500013&lng=en&nrm=iso. access on 06 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500013>.

ANDRADE, L.O.M. Redes Interfederativas. Notas de Aula. **Mestrado Acadêmico em Saúde da Família**. Sobral: Universidade Federal do Ceará, 2010.

ARRETCHE, M. T. S. Estudo 04: Descentralização das políticas públicas sociais no marco pós-constituição de 1988: experiências e perspectivas. In: MACHADO, A.F. (Coord.) **Perspectivas dos investimentos sociais no Brasil**. Minas Gerais, 2004. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/pis/Estudo%2004.pdf>

AYRES, J.R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Rev C S Col** 2004; 9: 583-92.

BARCELLOS, Christovam de Castro *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 11, n. 3, sept. 2002. Disponible en http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732002000300003&lng=es&nrm=iso. accedido en 28 feb. 2012. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732002000300003>.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

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 **Ciênc.. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v.11, n. 3, setembro 2006. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de fevereiro de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300019>.

BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 Decreto nº 93.9333 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n. 2, 1996, Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 476 de abril de 1999**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto da Atenção Básica**. Ano I. Número I. Agosto de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 9 de 13 de janeiro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Relatório de gestão 1998-2002**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pacto de Indicadores da Atenção Básica**: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 110.

BRASIL. Seminário Internacional de Atenção Primária em Saúde da Família, II, 2006, Brasília, DF. **Relatório das Atividades**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool***. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aplicativo Digital da Avaliação para Melhoria da Estratégia Saúde da Família**. 2011. Acesso out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Evolução do credenciamento e cobertura das equipes de saúde da família**. 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ)**. 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/amaq.pdf>>. Acesso 10 fev 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Adesão do Programa Nacional para Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica**. 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/?pmaq=painelAdesaoPmaq>>. Acesso 12 fev 2012.

CAMPOS, Carlos E. Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria da contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, p. S63-S69, 2005. Suplemento.

CAMPOS, A.Z. **Avaliação da Atenção Básica à Saúde em Campo Grande, MS**. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP, 2010.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciênc. Saúde coletiva**. V.6, n.2, 2001.

CARVALHO, G. **No início era o PAB**. Tribuna Livre do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/No_in%C3%ADcio_era_o_PAB.htm> 2000. Acesso abr 2011.

CEARÁ. GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. **Ata Reunião Acompanhamento do Desempenho do SWAp II pelo COGERF**. 23 de setembro de 2010. Fortaleza: Cog erf, 2010a.

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. **Ata da 5ª Reunião Bimestral de Acompanhamento do Desempenho do SWAp II pelo COGERF**. COGERF, abril de 2010. Fortaleza: Cog erf, 2010b.

CESAR, Chester Luiz Galvão and TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1996, vol.12, suppl.2, pp. S59-S70. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000600007>.

CHAUÍ-BERLINCK, L. O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, 2010.

COHEN, M. M. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.867-901, 2009.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2004000500038&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500038>.

CONILL, E. M. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-566, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.*. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 37-48.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev Sociol Política**, v.18, p. 49-71, 2002.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças, pp. 195-226. In MCS Minayo & SF Deslandes (orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

DIAS, M. S. A. *et al.* **Projeto de Extensão Educação em Saúde**. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2005.

EDUARDO, K. G. T. *et al.* Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100008&lng=en&nrm=iso>.access on 12 Apr. 2011. doi: 10.1590/S0103-21002007000100008.

EL-WARRACK, L. O. **A Contratualização no Âmbito da Gestão Pública em Saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro**. 2008. 128f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2008.

ESCOVAL, Ribeiro e Matos. A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. [Portugal], v. 9, 2010.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300002&lng=en&nrm=iso>.access on 11 Apr. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232006000300002.

FELISBERTO, E. *et al.* Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2091-2102, set. 2008.

FELISBERTO, Eronildo *et al.* Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], 2010, vol.26, n.6 [cited 2012-03-06], pp. 1079-1095. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600003>.

FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cad Fundap**, São Paulo, v. 19, p. 98-105, 1996.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber/Michel Foucault**. Traduzido por Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Ed. Loyola,. 1996.

FREITAS, F. P.; PINTO, Ione Carvalho. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, ago. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 fev. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000400013>.

GUBA, E. S.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and surmesure over ready-made. **Cad de Saúde Pública**, v.15, p. 229-59, 1999.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Rev C S Col**, v.7, v.3, p. 419-21, 2002.

HARTZ, Z.M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, p. 1359-1365, 2009, Suplemento 1. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232009000800008.

HOLANDA, A.B.; **Novo Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**: 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). Nota técnica N° 23. Índice de Vulnerabilidade Municipal Composto. Fortaleza: IPECE, 2007.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 265-274, 2003

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo. **Boletim do Instituto de Saúde n 34**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2004.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Information Canada, 1974.

LECOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 6, p. 269-91, 2001.

LIMA, D.A.; RIANI, E. **Análise e intervenção institucional**. Fundação Gregório Barenblitt. Belo Horizonte, MG, 2004. Disponível em: <http://www.fgbbh.org.br/artigos/analise_e_intervencao_institucional.htm> Acessado em 25 fev. 2012.

LINS, A.M.; CECILIO, L. C. O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Sept. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300007&lng=en&nrm=iso>.access on 18 Apr. 2011. doi: 10.1590/S0103-73312008000300007.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ- 1993**. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993. 119 p.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Tradução de Mariano Ferreira. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

LOURAU, R. **Uma apresentação da Análise Institucional**. Em Altoé, S. (org.) René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004

LUNA, S.V. **Planejamento de pesquisa**: uma introdução. São Paulo: EDUC, 1999.

MACINKO, J. *et al.*. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Manage**, v. 19, p. 303-17, 2004.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, n. 18, p. 163-171, 2002. Suplemento.

MARTINS JUNIOR, F. *et al.* . O impacto potencial da atual estrutura de financiamento da gestão descentralizada do SUS na redução de desigualdades regionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200024&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200024>.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente**: governantes governados. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MENDES, E.V.. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>.access on 18 Apr. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005.

MERHY, E.E. Saúde, a cartografia do trabalho vivo. *In*: MERHY, E.E.; ONOCKO, R (Org.). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERRITT, A.P.; SAID, **Projeto Proquali - o ponto de vista dos clientes**: Resultados da Pesquisa sobre Qualidade e Satisfação com Serviços de Saúde Reprodutiva. Ceará: Johns Hopkins University, 1997.

MURILLO, L. F. R. **Uma proposta de interface entre dois domínios da análise de discurso: a linha francesa e a sua relação com a teoria crítica do discurso**. Rio Grande do Sul: [s.n.], 2004. Paginação irregular. Disponível em:< <http://www.discurso.ufrgs.br/>> Acesso em: 09 dez 2011.

NICKEL, D.A. CAETANO, J.C. CALVO, M.C.M. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. **Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 9(3):373-379, set./dez. 2009

NÓBREGA-THERRIEN, S.; THERRIEN, J. Trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, SP, v. 15, n. 30, jul./dez., 2004.

NUNES, E. D. Pequeno guia/vocabulário para a utilização da história arqueológica como instrumento de pesquisa qualitativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 6, n. 10, fev p. 125-134, 2002.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 34, p. 547-59, 2000.

OPSS. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/contratualizacao.pdf>. 2007, [Portugal] Acesso em 27 fev 2012.

ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 1999.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.

REIS, C. C. L. **A Supervisão no Programa de Saúde da Família: Limites e Possibilidades**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

RIVERA, U. Planejamento situacional: uma análise reconstrutiva. *In*: GALLO, E.; RIVERA, U. MACHADO, M. (orgs). **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROVERE, M. R. **Gestion estratégica de la Educacion Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos, 100. Organización Panamericana de La Salud. EUA, 1994.

SAMPAIO, *et al.* Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p.279-290, 2011.

SANTOS, Nair Iracema Silveira dos. Movimento Institucionalista e Análise Institucional no Brasil. **Revista Sociais e Humanas**, Brasil, v. 15, n. 8, abr. 2010.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciênc Saúd Col**, 12(4):999-1010, 2007.

SARTI, T.D.; LIMA, R.C.D.; SILVA, M.Z.; MACIEL, E.L.N. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **Rev Odont**, Espírito Santo, UFES, v. 10, n. 1, p. 63-69, 2008.

SARTI, T.D. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo**: utilizando o instrumento de avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. 2009.

SCARAZATTI, G.L. **Tendências da avaliação em Saúde**. Debates GVsaúde. v. 2 – Jul./Dez. 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>.

SERAPIONI, M. "Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, Junho 2009: 65-82.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun, 2010.

SILVA, J. M; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100007>.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar., 1994.

SILVEIRA, R.W.M.; REZENDE, D.; MOURA, M.W. Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Rev Interinstitucional de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 184-197, 2010.

SOUSA, M. F.; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP/OPS, 2004.

TANAKA, O. Y. Caminhos alternativos para uma institucionalização da avaliação em saúde. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 571-572, 2006.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Mar. 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>.

TANCREDI, F. B. **Planejamento em Saúde**. Série saúde & cidadania, vol. 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 569-571, 2006.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Jun, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232008000300018.

TEIXEIRA, C. F. *et al.* Promoção e vigilância da saúde: desafios e perspectivas, p. 101-125. In: **Promoção e vigilância da saúde**. CEPS/ISC, Salvador, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 572-574, 2006.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (dês)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 01 abr. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232010000900036

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R (Org.). **Praxis en salud**. Editora: Hucitec, 1997.

TOMAZ, C.J. Análise institucional e intervenções em processos de mudanças organizacionais: práticas profissionais. **Fundação Gregório Barenblitt**, Belo Horizonte, MG, 2010. Disponível em:

<<http://www.webartigos.com/artigos/analise-institucional-e-intervencoes-em-processos-de-mudancas-organizacionais-praticas-profissionais/31130/>> Acesso em: Nov de 2011.

TROSA, Sylvie. **Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete.** Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP, 2001.

TRZESNIAK, Piotr. Indicadores quantitativos: reflexões que antecedem seu estabelecimento. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 159-164, maio/ago., 1998.

USAID. **Contraceptive procurement: policies, practices, and lessons learned in Brazil,** 2006.

VANDRESEN, D. S. **O discurso como elemento de articulação entre a arqueologia e a genealogia de Michel Foucault.** Toledo, PR: UNIOESTE, 2008. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/tede/tde_arquivos/5/TDE-2008-08-25T192217Z-259/Publico/Daniel%20Salesio%20Vandresen.pdf> Acesso em: out de 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, S. M.; BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2891-2900, 2008.

VENÂNCIO, S. I. *et al.* **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ:** estudo de implantação no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 112 p. (Temas em Saúde Coletiva, 7).

VIANA, A. L. Análise da Formulação e Implementação do Programa de Saúde da Família: a experiência de Cotia. *In:* _____; DAL POZ, M. R. (Coord.). **Reforma em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 161).

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In:* Hartz ZMA, Vieira da Silva LM. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.

WHO. Primary health care. **Report of the International Conference of primary health care.** AlmaAta: USSR; Geneve: WHO, 1978.

Apêndice A

Roteiro de Entrevista

- 1. Fale sobre as atividades que você realiza no cotidiano do seu trabalho?**
- 2. De que forma é feita a avaliação da atenção básica no(s) município(s) onde você atua?**
 - 2.1 Quais os momentos avaliativos existentes?
 - 2.2 Com que frequência eles acontecem?
 - 2.3 Qual foi o último momento avaliativo de que você participou? Fale sobre ele.
- 3. Como é realizada a PPI da Atenção Básica?**
 - 3.1 Como são definidas as metas de cada equipe básica?
 - 3.2 De modo geral, como é o desempenho das equipes em relação à PPI estabelecida?
- 4. Fale como tem sido conduzida a implementação da AMQ no âmbito municipal.**

-- Como foi a metodologia que vocês utilizaram? Como funcionava a logística, a organização da AMQ?

 - 4.1 Como é sua atuação em relação à AMQ no município?
 - 4.2 Qual foi o último momento relacionado à AMQ de que você participou? Fale sobre ele.
 - 4.3 Quais as dificuldades que você teve na implementação da AMQ?
 - 4.4 A AMQ é uma estratégia de livre-adesão e não tem premiação ou punição. O que você pensa sobre isso?
 - 4.5 Como as equipes básicas reagem em relação à AMQ no âmbito municipal?
 - 4.6 Pense na sua rotina de trabalho. Qual foi o efeito da AMQ nessa rotina?
- 5. De que forma tem sido a atuação das regionais de saúde do estado relação à atenção básica nos municípios?**
 - 5.1 No caso da AMQ, de que forma a regional participou do processo?
 - 5.2 Havia visitas da regional? Como eram essas visitas? Havia alguém específico da Regional para a AMQ?

Apêndice B

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, “**Coordenador da Atenção Básica**”, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa “**Indução da avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: institucionalização da mudança?**”, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob o protocolo de pesquisa nº1034, que tem como objetivo “**analisar a indução da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e sua relação com a institucionalização da avaliação em municípios cearenses**”, vem na melhor forma de direito AUTORIZAR à Pesquisadora **Cheila Portela Silva** ter acesso ao arquivo de dados da Secretaria Municipal da Saúde de _____ referentes às atas, relatórios, ofícios e manuais referentes à implementação da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF), sendo permitido a colheita de informações referentes às “**estratégias utilizadas no município para a implementação da AMQ**”, objeto deste estudo, e que se encontram sob sua total responsabilidade.

Fica claro que o pesquisador responsável utilizará o referido material apenas para fins deste estudo e que todas as informações prestadas torna-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo ético, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Fica claro, ainda, que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua autorização para utilização das informações.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Fiel Depositário

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O (a) senhor (a) _____ foi selecionado (a) e convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **Indução da avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: institucionalização da mudança?**, que tem como objetivo geral “analisar a indução da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e sua relação com a institucionalização da avaliação em municípios cearenses”. Este é um estudo com abordagem qualitativa, que utiliza como método a entrevista semi-estruturada junto a coordenadores da atenção básica e articuladores da AMQ. Pretendemos com essa pesquisa contribuir para a institucionalização da avaliação na Atenção Básica com foco na mudança permanente e na melhoria da qualidade dos serviços.

Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, aceitando que registre uma entrevista sobre sua prática de trabalho relacionada à avaliação na atenção básica. A entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita. É possível que haja outras entrevistas à sua pessoa de acordo com as necessidades percebidas na análise de dados. O (a) Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ao participar desta pesquisa.

Os dados serão apresentados à Universidade Federal do Ceará, divulgados junto à comunidade acadêmica e à Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, respeitando o caráter confidencial das identidades. Garanto-lhe que sua participação não será divulgada de forma expressa, não sendo citado seu nome. Ressalvamos que sua identidade pode ser identificada por associação indireta em relação ao seu cargo, já que serão citados os municípios participantes do estudo.

O (a) senhor (a) tem o direito de não participar dessa pesquisa se assim o desejar, mas seria importante sua contribuição, pelo fato de fazer parte do grupo de trabalhadores que está envolvido com a implementação da AMQ no Ceará.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Responder a essas perguntas não lhe trará riscos relacionados ao seu trabalho, nem mesmo advertências por ter participado ou não.

Durante a pesquisa, serão observadas as disposições da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os princípios bioéticos em pesquisa.

Em caso de necessidade de esclarecimentos, entre em contato com a pesquisadora no endereço: Rua 24 de agosto, s/n, Centro, Ubajara-CE, telefone: (88) 9978-5485, email: cheportela@gmail.com. Também é possível contatar a orientadora do estudo, Maria Socorro de Araújo Dias, no endereço Rua Gerardo Rangel, Sn, Derby, Sobral, Ceará ou no email socorroad@gmail.com.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado na Av Dr. Guarany, sn, Pedrinhas, Sobral, Ceará. Telefone: 3677-4241.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora
Cheila Portela Silva

Termo de Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende cujo título é: Indução da avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: institucionalização da mudança?, realizado pela pesquisadora Cheila Portela Silva, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação da entrevista. Estou ciente de que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da pesquisa. _____, _____ de _____ de 2011.

Ciente: _____
Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora