

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE -
FIOCRUZ AMAZÔNIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

**QUALIDADE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE
MANAUS**

ELIVANDRA FRANCO MENDES

**MANAUS
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE -
FIOCRUZ AMAZÔNIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

ELIVANDRA FRANCO MENDES

**QUALIDADE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE
MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em convênio com o Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz), como requisito para obtenção do título de Mestre, Linha de Pesquisa: Dinâmica dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia - Perfil de Políticas Públicas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira

**MANAUS
2015**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M538q Mendes, Elivandra Franco
Qualidade em saúde na perspectiva do trabalhador da atenção básica na cidade de Manaus / Elivandra Franco Mendes. 2015
107 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Maria Luiza Garnelo Pereira
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Atenção Básica à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Avaliação em Saúde. 4. Qualidade em Saúde. I. Pereira, Maria Luiza Garnelo II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

ELIVANDRA FRANCO MENDES

**QUALIDADE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE
MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em convênio com o Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz), como requisito para obtenção do título de Mestre, Linha de Pesquisa: Dinâmica dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia - Perfil de Políticas Públicas de Saúde.

Aprovada em 31 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Profa. Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Escola Nacional de Serviço Público – ENSP/FIOCRUZ

À minha família, com a gratidão e o amor de quem recebeu muito mais do que poderia merecer ou retribuir.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor Jesus, em Quem a vida e todos os tesouros da sabedoria e da ciência estão guardados.

Aos meus pais, Evandro e Jacilene, e aos nossos familiares pelo amor, paciência e generosidade em suportar a minha ausência por inúmeras vezes para que eu me dedicasse ao desafio da produção científica.

À minha orientadora, Profa. Dra. Luiza Garnelo, pelo estímulo, sensibilidade e orientações pautadas pelo respeito e pela troca generosa de experiências e conhecimentos que marcaram nosso caminho na pesquisa e escrita da dissertação.

Aos professores do PPGSSEA, aqui representados pelo Dr. Maximiliano Loiola, de quem guardo com carinho as memoráveis aulas de Metodologia da Pesquisa Científica que me acompanharam desde a elaboração do projeto de pesquisa até a escrita final do estudo.

À estimada Profa. Dra. Márcia Fausto da ENSP/Fiocruz que gentilmente aceitou o convite para participar da Banca Examinadora, ainda que estivesse com a agenda bastante apertada.

À minha equipe de pesquisa de campo, psicólogas Gisele Resende e Ana Daniela Barreto que voluntariamente se ofereceram para compartilhar comigo das alegrias e angústias da coleta de dados com grupos focais no território.

Aos queridos colegas da turma de mestrado do PPGSSEA 2013-2015, Lorecy, Karen, Raquel e Fabiana (meninas superpoderosas!), Daniele, André, Lucia, Daniel, Pedro, Paulo, Maiana, Roberta, Nara, Vívian, Marla e Ivanildes, que viveram comigo esses dois anos e meio de muita “coragem acadêmica”, e também aos colegas da turma 2014-2016, especialmente, Sidney, Erica e Flávia pela companhia no meu estágio-docência.

Aos colaboradores do ILMD/Fiocruz, em especial, Marinete da SEPES, Rose da SPG, Renatinha da SECA, Maquiné do SGTP e ao Sr. Ycaro da Biblioteca, pelo cuidado, solicitude e presteza em todos os serviços que desempenharam.

Às colegas de trabalho que me ajudaram na árdua tarefa de conciliar as demandas da gestão do CAPSi Leste com as atividades do mestrado, representadas pelas queridas Karlinha, Erika, Luana, Sabrina, Nubia, Aline e Gisele, e aos demais pelo suporte para seguir em frente.

Às colegas egressas do PPGSSEA, Ma. Luena Xerez e Ma. Amandia Braga, que me incentivaram à época do lançamento do edital de seleção de mestrado para que me inscrevesse e elaborasse meu pré-projeto de pesquisa.

À também colega de trabalho, Dra. Arlete Simões, pelos artigos sobre Atenção Básica compartilhados e dicas metodológicas no período da qualificação do projeto de pesquisa.

Ao colega Moisés Branco, do Setor de Georreferenciamento/SEMSA, pela ajuda com os mapas e à colega Ma. Fernanda Sousa, da Divisão de Apoio Matricial/SEMSA, pela ajuda com as planilhas do PMAQ-AB.

Ao Sr. Carlos e sua equipe da Transcrições.com.br que me ajudaram em boa parte da árdua tarefa de transcrever os discursos dos grupos focais.

Às equipes da Estratégia Saúde da Família e aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus participantes da pesquisa.

Ao apoio financeiro do Projeto Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia, Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – PRONEX/FAPEAM/CNPq, Edital 003/2009, empregado nas transcrições dos grupos focais da pesquisa.

Aos demais que, pela escassez dessas linhas e limitações da minha memória, contribuíram de maneiras diversas na construção dessa dissertação, muito obrigada!

- Olha, o dia em que a gente não acreditar, é melhor a gente parar! Por isso que a gente está até hoje [na Estratégia Saúde da Família]... está acreditando, que um dia esse negócio vai ser um pouco diferente.

Médica, Grupo Focal 5.

RESUMO

A busca pela qualidade é um desafio crescente nas instituições que desejam produtos e serviços cada vez melhores, e abrange todos os setores, inclusive o setor saúde. A ampliação da rede de atenção básica (AB), em especial, das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, alargou o acesso a este nível de atenção em saúde, configurando-se num passo importante em direção da universalização do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a efetiva reorganização do modelo de atenção em saúde a partir da atenção básica exige também melhora na qualidade da atenção ofertada na porta de entrada do sistema. Diversas iniciativas para a avaliação da qualidade dos programas e serviços de saúde têm surgido, dentre elas, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) implantado pela Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011 pelo Ministério da Saúde. O programa já realizou dois ciclos avaliativos, nos anos 2011-2012 e 2013-2014, respectivamente. O município de Manaus, através da sua Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), participou de ambos os ciclos com equipes da atenção básica do seu território. Este estudo objetivou descrever os significados da qualidade em saúde na atenção básica para trabalhadores da atenção básica na cidade de Manaus, estado do Amazonas. A pesquisa realizada foi de cunho qualitativo, do tipo descritivo-exploratório. Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores da AB (equipes de gestão e equipes da ponta), no âmbito da SEMSA Manaus, que participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB. Para apreender a percepção dos aspectos comuns e divergentes no discurso das equipes, o estudo realizou 12 grupos focais com 102 participantes, a partir do sorteio de equipes da AB nos quatro Distritos de Sanitários da cidade. Na análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temática, conforme proposta por Minayo (2008), organizada em dois grupos (“equipe-gestão” e “equipe-ponta”) e em duas categorias analíticas (“qualidade na AB” e “vivências da qualidade na AB”). O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas. Dentre os resultados encontrados, as falas das equipes-ponta que obtiveram melhor desempenho na avaliação feita pelo PMAQ-AB evidenciaram a polissemia dos significados da qualidade na AB para as equipes ESF e maior associação entre a qualidade em saúde e a presença de atributos da AB no trabalho rotineiro das equipes. Em contrapartida, as equipes-ponta que obtiveram desempenhos mais baixos na avaliação do PMAQ-AB enfatizaram infraestrutura e recursos materiais como elementos de maior peso na obtenção da qualidade. Por sua vez, as equipes-gestão associaram a qualidade em saúde na AB com a resolutividade das equipes-ponta. Identificou-se também nos depoimentos a ausência do uso regular e sistemático de parâmetros de qualidade da AB em sete das nove equipes ESF pesquisadas, bem como relatos de vivências negativas nos processos avaliativos ditos verticalizados, estressantes, trabalhosos, e de baixa capacidade de indução de mudanças efetivas nas ações e serviços da AB.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Qualidade em Saúde.

ABSTRACT

The search for quality is a growing challenge in the institutions that want products and services better and better, and covers all sectors, including the health sector. The expansion of the Brazilian primary care network (AB), especially the teams of the Family Health Strategy (ESF), expanded access to this health care level, setting up an important step towards the universalization of the Unified Health System (SUS). However, the effective reorganization of the health care model from the primary care also requires improvement in the quality of care offered in the system gateway. A number of initiatives for assessing the quality of health programs and services have emerged, among them the Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) implemented by Ordinance 1,654, of July 19, 2011 by the Ministry of Health. The program has conducted two evaluative cycles in the years 2011-2012 and 2013-2014, respectively. The city of Manaus, through its Municipal Health Department (SEMSA), participated in both cycles with primary care teams in their territory. This study aimed to describe the meanings of health quality in primary care to primary care workers in the city of Manaus, state of Amazonas. The research was qualitative, descriptive and exploratory. The study subjects were employees of AB (management teams and leading teams) within the SEMSA, who participated in the 1st and 2nd PMAQ-AB cycles. To grasp the perception of common and divergent aspects in the discourse of the teams, the study conducted 12 focus groups with 102 participants from the draw AB teams in the four city Sanitary Districts. In the data analysis, we used the thematic content analysis as proposed by Minayo (2008), organized into two groups ("management-team" and "tip-team") and two analytical categories ("Quality in AB" and "quality experiences in AB"). The research project was approved by the Ethics Committee in Research of Manaus Municipal Health Department and the Ethics Committee of the Federal University of Amazonas. Among the findings, the lines of tip-teams that had better results in assessment by PMAQ-AB showed the polysemy of quality meanings in AB for the ESF teams and greater association between the quality of health and the presence of attributes AB the routine work of the teams. In contrast, tip-teams that had lower performances in PMAQ-AB assessment emphasized infrastructure and material resources as most weight elements in achieving quality. In turn, the management-teams associated health in quality in AB with the resoluteness of tip-teams. Also identified in the statements the absence of regular and systematic use of AB quality parameters in seven of the nine surveyed ESF teams as well as negative experiences reports in evaluative processes said verticalized, stressful, labor-intensive and low-induction capacity actual changes in programs and services of AB.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Evaluation; Quality in Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição espacial dos pontos de atenção urbanos da rede municipal de saúde de Manaus por Distrito Sanitário.....	37
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Desempenho das equipes ESF no PMAQ-AB em Manaus.....	39
Tabela 2 - Seleção amostral da pesquisa a partir do desempenho no 1º Ciclo PMAQ-AB das equipes-ponta por Distrito de Saúde.....	43
Tabela 3 – Caracterização dos participantes dos grupos focais.....	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipologia das equipes participantes e locais de realização dos grupos focais.....	48
Quadro 2 - Categorias, subcategorias e suas definições a partir da análise de conteúdo do tipo temática das equipes-ponta.....	54
Quadro 3 - Categorias, subcategorias e suas definições a partir da análise de conteúdo do tipo temática das equipes-gestão.....	55

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COEP/SEMSA - Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILMD – Instituto Leônidas e Maria Deane

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

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

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPGSSEA - Programa de Pós-Graduação em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde Família

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
1.1 Atenção básica em saúde.....	16
1.1.1 Atenção básica e Estratégia Saúde da Família.....	20
1.1.2 Atenção básica e Redes de Atenção à Saúde.....	22
1.2 Qualidade em saúde.....	24
1.2.1 Conceito de qualidade.....	24
1.2.2 Conceito de qualidade em saúde.....	25
1.2.3 Qualidade em saúde na atenção primária.....	27
1.2.4 Qualidade em saúde na perspectiva dos atores sociais.....	29
1.3 Avaliação em saúde.....	30
1.3.1 Avaliação em saúde na atenção básica.....	33
CAPÍTULO 2. ESTRATÉGIAS E TRAJETÓRIA METODOLÓGICAS.....	36
2.1 Do campo da pesquisa: dimensões organizativas da atenção básica em Manaus.....	36
2.2 Da caracterização da pesquisa.....	39
2.2.1 Tipo de estudo.....	40
2.2.2 Unidade de análise e seleção de informantes.....	41
2.2.3 Instrumentos e coleta de dados.....	44
2.2.4 Uma trabalhadora da saúde pesquisando trabalhadores da saúde.....	49
2.2.5 Aspectos éticos.....	51
2.3 Da análise e interpretação dos achados no campo.....	52
CAPÍTULO 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
3.1 Da decisão metodológica sobre um dilema inquietante.....	56
3.2 Artigo científico sobre qualidade em saúde na atenção básica.....	56
4. BALANÇO FINAL DA PESQUISA.....	88
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	99
Apêndice A – Instrumento de coleta de dados para equipes-ponta.....	99
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados para equipes-gestão.....	101
Apêndice C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	104
ANEXOS.....	105
Anexo A – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	105
Anexo B – Termo de Anuência com ciência dos Distritos Sanitários.....	106
Anexo C – Carta de apresentação.....	107

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade é uma demanda contemporânea que leva consumidores a exigirem produtos e serviços cada vez mais confiáveis e livres de defeitos. Da preocupação com a qualidade dos produtos avançou-se para a preocupação com a qualidade dos serviços, tornando a busca por qualidade o desafio mais importante a ser enfrentado pelas instituições, inclusive pelo setor saúde (SAVASSI, 2012).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a qualidade na atenção ali prestada deve ser entendida a partir dos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social. A partir destas bases o então Programa Saúde da Família (PSF) – atual Estratégia Saúde da Família (ESF) - foi implantado no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde (KAMI *et al*, 2012). A proposta de reversão do modelo assistencial através do PSF situa-o como porta de entrada do sistema e a família como foco da atenção das equipes de saúde, gerando o desafio da superação do modelo biomédico centrado na doença (BRASIL, 1997).

A princípio, o PSF concentrou esforços na extensão da cobertura, implantando unidades em áreas de maior risco social. Em 1998, o Programa ganhou força na agenda governamental tornando-se a principal estratégia para implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) – também chamada de Atenção Básica à Saúde (AB) no Brasil¹. (GIOVANELLA *et al*, 2009).

A expansão da Saúde da Família no Brasil - enquanto estratégia prioritária no contexto da ampliação da rede de atenção primária à saúde, mas não a única existente - alargou o acesso à atenção primária da população e configurou-se como um passo importante em direção ao princípio da universalização do SUS. Contudo, a efetiva reorganização do modelo de Atenção Básica à Saúde implica, para além da multiplicação de equipes do tipo saúde da família na AB, na melhora da resolubilidade², capacidade de integração com demais pontos da

¹ **Atenção Básica** é o termo adotado pelo governo brasileiro para referir-se a Atenção Primária à Saúde, ainda que não se tratem de sinônimos no sentido estrito da palavra, conforme se verá mais a frente.

² “A **resolubilidade** diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde. A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.” (BRASIL, 200-?, s/p, negrito nosso). É, portanto, um constructo que integra a **dimensão da gestão em saúde da rede de atenção básica**. Por outro lado, o constructo **resolutividade** refere-se à **dimensão clínico-sanitária da AB em busca de soluções para as demandas de saúde** que se lhe apresentam. Na Nova Política de Atenção Básica (PNAB), a **função “ser resolutiva” da AB** refere-se a “[...] identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções

rede e qualidade na atenção ofertada na porta de entrada do sistema de saúde. (CASTANHEIRA *et al*, 2009). Segundo dados do Departamento de Atenção Primária do Ministério da Saúde, a cobertura da ESF alcança hoje 56,37% da população, correspondendo a 34.715 equipes de SF implantadas e distribuídas nos 5.346 municípios da Federação (BRASIL, 2014a).

É crescente a preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde nos últimos anos, principalmente em consequência da ampliação da oferta dos serviços, do aumento significativo dos custos na incorporação tecnológica para diagnosticar e tratar enfermidades e dos novos desafios decorrentes dos processos de transição demográfica e epidemiológica (FRIAS *et al.*, 2010). Nesse sentido, o Ministério da Saúde investe, desde 2003, em diversas ações visando à implantação e à institucionalização de uma política sistemática de avaliação da atenção básica, já que boa parte dos avanços no campo da avaliação em saúde no Brasil constituiu-se em pesquisas específicas, ações pontuais, estudos de casos ou produção periódica de dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos, orientada para as necessidades da gestão (FELISBERTO, 2006).

A institucionalização é uma estratégia que pretende incorporar a avaliação em saúde no cotidiano de gestores e profissionais dos sistemas de saúde, a partir de uma visão abrangente dos processos avaliativos que ultrapassa em muito a simples prestação de contas e medição de resultados. Objetiva a qualificação da atenção básica de acordo com os princípios do SUS, contribuindo assim na estruturação e sistematização dos processos em todos os níveis da gestão, do cuidado e do impacto no perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2006).

Fonseca *et al.* (2012) ressaltam que a instituição da cultura avaliativa afeta a formação dos sujeitos envolvidos no processo de avaliação, pois ao relacionar a avaliação com o cotidiano, as possibilidades de institucionalização da avaliação são vinculadas aos interesses potenciais desses sujeitos na avaliação das suas práticas e na transformação dos seus fazeres. Para os autores, “Essa elaboração é sustentada pela premissa de que existe um nível decisório, em que os atores sociais intervêm, mobilizando recursos para responder aos problemas postos pelo presente, e que este nível não está, necessariamente, na mesma esfera de quem avalia.”

clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.” (PNAB, 2012, p.26). Para Merhy (1994, p.139), **resolutividade** “[...] é colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. Implica em criar um processo que tenha como desdobramento uma alteração do quadro do usuário e uma satisfação do mesmo.” Em momento anterior, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990, p.05) definiu como **resolubilidade** “[...] a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.”, aproximando, portanto, do conceito de resolutividade.

(idem, p.521) Desse modo, o processo avaliativo em si já teria a capacidade de gerar aprimoramento profissional e efeitos positivos nos trabalhos dos próprios profissionais avaliados.

Dentre as ações do gestor nacional para a qualificação do SUS e institucionalização da avaliação em saúde na AB estão as iniciativas da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), voltada para a requalificação da atenção primária, e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) implantado pela Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica.

Participaram do 1º Ciclo de Avaliação do PMAQ-AB (2011-2012) 3.972 municípios, correspondente a 70% de adesão ao Programa do total de municípios brasileiros. No 2º Ciclo de Avaliação (2013-2014), a adesão subiu para 94% com a participação de 5.213 municípios, dentre eles, o município de Manaus/AM, local escolhido para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, que participou de ambos os Ciclos³.

A natureza dos problemas envolvidos na complexidade da atenção básica requer a ampliação do escopo da avaliação da qualidade ao considerar-se a (inter)subjetividade como inerente à produção do cuidado (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010). O imperativo de compreender o significado das ações – e do próprio termo “qualidade em saúde na AB” – na ótica dos atores implicados no processo, no caso, trabalhadores das equipes ESF e gestores da AB, se impõe, pois, no final das contas, são eles que dão concretude aos valores, princípios e normas que caracterizam uma atenção de qualidade à população, e constituiu-se no principal fator motivador da realização da pesquisa que gerou a presente dissertação. Nesse contexto, as perguntas que a pesquisa buscou responder foram: quais os sentidos da qualidade na atenção básica à saúde para as equipes da atenção básica? Há semelhanças e diferenças nos olhares desses atores sobre qualidade na AB? Em qual modelo de atenção – explícito ou implícito – ancoram suas ideias sobre qualidade na atenção básica? Como essas idéias sobre qualidade refletem as práticas profissionais dos sujeitos pesquisados?

Delineou-se como *objetivo geral* da pesquisa “descrever os significados da qualidade em saúde na atenção básica para trabalhadores da atenção básica em Manaus”, do qual decorreram três *objetivos específicos*: 1) Apreender os significados que trabalhadores da atenção básica em saúde atribuem à expressão “qualidade em saúde na atenção básica”; 2) Investigar como os trabalhadores vivenciam a busca pela qualidade na saúde e os processos

³ Ver sítio do PMAQ-AB http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em: 20 Jan. 2014.

avaliativos instituídos nos serviços em que atuam; 3) Identificar os parâmetros da qualidade em saúde na atenção básica utilizados pelos trabalhadores das equipes pesquisadas para o monitoramento e a avaliação cotidianos das suas práticas em saúde no território.

O resultado do esforço dissertativo deste estudo está organizado na forma de capítulos. No primeiro capítulo, faz-se uma revisão da literatura acerca das categorias centrais abordadas na pesquisa, a saber: atenção básica à saúde, qualidade em saúde e avaliação em saúde. No segundo capítulo serão descritas as estratégias metodológicas utilizadas e a trajetória da pesquisa, além de oportunas reflexões sobre o campo.

De cunho qualitativo, a coleta dos dados de pesquisa foi centrada nos gestores e equipes da estratégia saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus que participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB, sujeitos integrantes dos grupos focais realizados no período de outubro a abril de 2015. No terceiro capítulo, estão dispostos os principais achados da pesquisa, instituindo reflexões que articulam a literatura estudada às informações que emergiram do campo.

O projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação vincula-se a linha de pesquisa “Dinâmica dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia”, sub-linha “Perfil de Políticas Públicas de Saúde”, de forma imediata e relevante: a atenção básica é a política ordenadora de todo o sistema de saúde e a busca do atributo qualidade na AB é reconhecidamente fundamental para o alcance da efetividade dos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social no SUS.

Deseja-se que os achados deste estudo sejam uma contribuição para o debate da qualidade em saúde nos serviços de saúde da atenção básica da cidade de Manaus ao fomentar a reflexão e o protagonismo dos profissionais na construção e implementação das políticas de saúde, a partir da ótica da qualidade em saúde.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Atenção básica em saúde

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), a Atenção Primária em Saúde (APS) corresponde à atenção ambulatorial de primeiro contato com o paciente, servindo de porta de entrada do sistema. Para as autoras, a APS possui diferentes concepções que orientam sua implementação, podendo ser interpretada de quatro modos principais, a saber: a) programa focalizado e seletivo, b) nível de atenção de primeiro contato, com ou sem ações de saúde pública e de serviços à população em geral, c) abrangente e integral, modelo assistencial que organiza o sistema de saúde e d) filosofia emancipadora pelo direito universal à saúde.

Starfield (2002) reporta a sistematização dessas quatro formas de visualizar a atenção primária a Vuori (1984) e apresenta uma definição que dialoga com as três últimas interpretações do autor ao conceituar a atenção primária como

[...] aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. [...] compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde [...] a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. [...] É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (Starfield, 2002, p.28).

Promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, de 06 a 12 de setembro de 1978, foi um divisor de águas na concepção e organização da atenção primária, movida pela necessidade de promover a saúde para todos os povos do mundo. (OMS/UNICEF, 1978).

Essa Conferência Internacional lançou as bases para uma APS de alcance global com propostas frutos dos consensos dos países ali reunidos, formalizadas no documento conhecido por “Saúde para todos até o ano 2000”. Nele, a APS é descrita como

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu

desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS/UNICEF, 1978).

Frente a magnitude conceitual da APS em Alma-Ata, Giovanella e Mendonça (2012) assinalam que nos países periféricos a efetiva implantação da APS deu-se, predominantemente, através de programas seletivos, em contraposição aos países europeus que implementam a APS como primeiro contato e integrada ao sistema de saúde de cobertura universal. Entende-se por APS seletiva “[...] a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza [...]” (idem, p.499). De acordo com as autoras, esse pacote de ações restritas de saúde surgiu como proposição de agências financeiras internacionais, como o Banco Mundial, que imprimiram uma estratégia restritiva às propostas mais abrangentes de Alma-Ata.

Decorridos 30 anos após Alma-Ata, o Relatório Mundial de Saúde da OMS publicado em 2008 - “Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca” - indicou uma reorientação dos sistemas de saúde baseados na atenção primária como resposta aos desafios oriundos dos determinantes das iniquidades em saúde que continuavam a requerer respostas políticas e técnicas que afetavam setores diferentes da sociedade. (OMS, 2008).

O Relatório Mundial de Saúde indica as frentes prioritárias de atuação a serem perseguidas pelos governos estatais para que os sistemas de saúde reduzam as lacunas entre a aspiração e a real implementação da APS nos serviços de saúde. Para tal fim, a OMS propõe quatro conjuntos de reformas na APS, a saber: reformas na cobertura universal (para promover mais equidade em saúde com acesso e qualidade); reformas na prestação de serviços (para orientar os sistemas de saúde para as pessoas); reformas na liderança (para estimular uma gestão em saúde mais participativa e inclusiva) e reformas políticas (para promover e proteger a saúde das comunidades). (OMS, 2008)⁴.

⁴ Para aprofundar o entendimento, cita-se um trecho do Relatório sobre as reformas propostas: “Reformas que garantam que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso universal e da proteção social da saúde – **reformas da cobertura universal**; reformas que reorganizem os serviços de saúde como preconizado pela atenção primária, isto é, em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes e que respondam melhor ao mundo em mudança, enquanto produzem melhores resultados – **reformas da prestação de serviço**; reformas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública na atenção primária em saúde e almejando políticas públicas saudáveis nos vários setores – **reformas de política pública**; reformas que substituam o comando e controle autoritário e o *laissez-faire* descomprometido do Estado, por uma

Várias denominações da APS ao longo do tempo refletiram derivações do sentido original proposto na Conferência de Alma-Ata em 1978, sendo o conceito de “atenção primária renovada” a mais recente⁵.

A APS renovada é uma proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que toma como documento-base a Declaração de Montevideu no ano de 2005. Para a OPAS, a APS renovada é uma estratégia para organização dos Sistemas de Saúde, devendo constituir-se na “base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e uma maior equidade no estado de saúde da população” (OPAS, 2011, p.52).

Na definição da APS renovada, a OPAS sistematizou conjuntos de valores, princípios e elementos estruturantes que caracterizam essa estratégia. São eles: conjunto de valores (direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade); um conjunto de princípios (responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social entre outros); e um conjunto de elementos estruturantes indissociáveis da rede de serviços de saúde (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural). (OPAS, 2005). Tais conjuntos não são exaustivos, mas pretendem servir de fundamentos para organizar e implementar os componentes de um sistema de saúde baseado na APS.

O modelo de APS atualmente praticado no Brasil possui três características que o distingue dos demais países. São eles: “equipes multidisciplinares responsáveis por territórios geográficos e população adscrita”, “presença singular dos agentes comunitários de saúde” e “inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde” (OPAS, 2011, p.24). Tais elementos são importantes ferramentas para o enfrentamento local da tripla carga de doenças, realidade no país que ainda se vê as voltas com doenças infecciosas, parasitárias e emergentes coexistindo com o aumento das condições crônicas e fatores de risco, além da violência e causas externas de morbi-mortalidade. (OPAS, 2011).

A APS brasileira é designada pelo termo Atenção Básica (AB) que, de acordo com os documentos oficiais, seria um modo de diferenciar as proposições de uma APS simplificada dirigida aos pobres – modelo predominante nos países em desenvolvimento - da proposta

liderança com base na negociação, participativa e inclusiva exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos - *reformas da liderança*.” (OMS, 2008, p.xvi, destaques do texto).

⁵ Para saber mais sobre as diferentes interpretações da APS, consultar o documento produzido pela OPAS, **Renovação da Atenção Primária nas Américas**. Washington: PAHO/WHO, 2005.

principal do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (SF). (BRASIL, 2007). Tal negação desvela exatamente o que se desejaria obscurecer, pois

...dos anos 1960 a até a metade da década de 1980, prevalecia o modelo médico-assistencial privatista, período em que a proposta de APS ganha força e os programas de extensão de cobertura começam a ser desenvolvidos em diversas regiões do país, predominando a concepção de atenção primária seletiva. (SOUZA; MARQUES; SILVA, 2012, p.28).

Ainda que Giovanella *et al* (2009, p.784), referindo-se a década seguinte, assinalem que “no Brasil, nos anos noventa, a concepção de APS também foi renovada”, considerando-se o contexto da regulamentação do SUS baseado na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, não se pode concluir pela equivalência pacífica dos termos APS e AB.

Para Souza, Marques e Silva (2012) a definição e a distinção APS e AB, mesmo após a edição da Nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2012), continua a gerar controvérsias. Basta lembrar que a definição original de APS na Declaração de Alma-Ata (1978, s/p) envolvia “além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento e comunitário, entre estes a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.”

Borges e Baptista (2010), alicerçadas nas reflexões teóricas de Conill (2008), Fausto e Matta (2007) e Ribeiro (2002), confrontam a idéia equivocada de que o discurso político da prioridade da atenção básica foi uma constante na construção de uma atenção primária nacional, ao assinalarem que

[...] a APS também não apresentou consensos nem unanimidades, exceto pela percepção de que os diversos sentidos de APS refletem uma disputa que ocorre tanto em âmbito acadêmico quanto no campo das ações de governo e políticas de saúde. (BORGES; BAPTISTA, 2010, p.32).

Daí a importância, concluem as autoras, de contextualizar cada movimentação em torno da política de atenção básica para compreender sua direcionalidade e conteúdo, visto que não há isenção na elaboração dos sentidos da APS.

Gil (2006), em artigo de revisão sobre os termos APS, AB e saúde da família no Brasil, pontua que a trajetória histórica que gerou o conceito de APS, bem como sua evolução e as ambiguidades nas definições terminológicas nos fóruns internacionais, resultaram nas diferentes interpretações sobre atenção primária que se têm. Portanto, a idéia de que a terminologia APS e AB são sempre tomadas como sinônimas não se sustenta.

Mello, Fontanella e Demarzo (2009), em relação aos termos APS e AB, constatarem que, “[...] uns entendem “básica” vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam “primário” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar.” (p.205). Tal incerteza permeia, inclusive, os documentos oficiais do Ministério da Saúde que, segundo os autores, apresentam oscilação terminológica e sugerem uma disputa ideológica.

Franco e Merhy (2007, p.95) identificam uma diretriz “[...] racionalizadora e de forte cunho economicista [...]” nas definições de Cuidados Primários em Saúde, e Programa Saúde da Família. A simplificação de uma “cesta básica” de ações em saúde, para eles, “[...] são propostas que partem de uma avaliação consensual dos altos custos dos sistemas de saúde, incompatíveis com as possibilidades de financiamentos dos Estados com políticas universalizantes”. (FRANCO; MERHY, 2007, p.95).

Gastão Campos (2008, p. S17) aprofunda o debate em tom ácido e corajoso ao constatar a existência de

...um amplo desacordo cultural, epistemológico e político sobre a atenção básica no país. Essa ausência de consenso tem dificultado a construção de diretrizes nacionais que permitam uma rápida expansão da atenção primária. Os gestores do Ministério da Saúde, desde 1994, sucessivamente, têm subestimado esse obstáculo, na medida em que tentam ultrapassá-lo não pelo debate, mas por meio de indução financeira e de emissão de portarias doutrinárias. Mudam-se os governantes, e o que não se altera é a postura olímpica e arrogante das autoridades federais brasileiras.

Fato é que existe uma distância inegável, como assinala Giovanella *et al* (2008), não apenas entre as concepções de APS e AB, mas também uma multiplicidade de implementações de modelos de APS no país, que ora se afastam e ora aproximam-se dos delineamentos de uma APS seletiva ou abrangente.

1.1.1 Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF), à época sob a denominação de Programa Médico da Família (PMF) - ainda sem o status de estratégia - foi implantada a partir de 1994, inspirada nas experiências de Cuba, Inglaterra e Canadá, com foco na expansão da cobertura e nos moldes de uma APS seletiva (BRASIL, 2001). Aos poucos este programa adquiriu centralidade na agenda do governo e, por fim, alçou o patamar de estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS. (GIOVANELLA *et al*, 2009).

Por “estratégia estruturante” tenciona-se afirmar que o PSF deixou de ser apenas um programa de saúde – conjunto restrito de ações de saúde - para tornar-se o eixo organizador da atenção em saúde nos municípios. Ainda que os documentos básicos do Ministério da

Saúde indicassem que o PSF não seria “[...] uma intervenção vertical e paralela as atividades dos serviços de saúde” (PAIM, 2012, p.478), afastando-se, portanto, da concepção usual de programas de saúde, sua conversão em “estratégia” indica que, a partir de então, a ESF passaria a orientar a reorganização do sistema de saúde em torno da APS, considerando às necessidades da população. De acordo com Gusso, Bensenor e Olmos (2012, p.96), a ESF ganhou o status de “[...] estratégia de Estado para reorientação da Atenção Primária brasileira”, conferindo-lhe um caráter mais flexível e inserido-a na rede de atenção do sistema de saúde.

Adotar a ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde significa substituir o modelo anterior baseado na livre demanda e na queixa-conduta, por uma nova maneira de pensar e praticar saúde

[...] transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o lócus de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade. O desafio que se coloca é a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário. (COSTA *et al*, 2009, p.114).

Por modelo de atenção entende-se “[...] uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde.” (PAIM, 2012, p.463). Trata-se, portanto, da mudança na lógica que orienta as práticas de saúde a partir da ESF⁶.

Em 2006, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) – integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) - caracterizou a Atenção Básica de Saúde “[...] por um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, [...] que considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural”. (BRASIL, 2006). A PNAB reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica, firmando sua posição como principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde.

O lançamento da Nova PNAB em 2011 atualizou conceitos, introduziu elementos relacionados à ordenação das Redes de Atenção, e avançou na gestão e coordenação do cuidado do usuário, afirmando-se acolhedora e resolutiva. O novo conceito de atenção básica passou a ser

⁶ Em estudo recente de revisão sobre a ESF e o seu papel na reorientação do modelo de atenção, Silva, Casotti e Chaves (2013), concluíram que “... apesar da melhoria do processo de trabalho na atenção primária, seu caráter substitutivo não foi evidenciado na maioria dos estudos.” (p.221). Verificaram-se diferentes graus de implantação da ESF, mas que ainda não resultaram na reorganização do sistema no nível local.

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p.19).

Neste trabalho, utilizaremos o conceito de AB informado pela Nova PNAB por condensar as diretrizes e os princípios que balizam a qualidade em saúde no contexto brasileiro.

No mais, é preciso assinalar que a política da atenção básica, seja a atual, seja a anterior, bem como o PSF, não goza de unanimidade. Autores como Cohn (2008) criticam o esvaziamento da dimensão política das estratégias de implementação da APS no Brasil e alertam para as consequências indesejáveis do PSF se ater à dimensão técnica do modelo assistencial por ele veiculado, já que desigualdades sociais não podem ser reduzidas apenas pela intervenção assistencial, como proposto no programa.

Já Franco e Merhy (2003) há quase uma década denunciam a excessiva normatividade adotada pelo Ministério da Saúde na implantação e desenvolvimento do PSF e criticam a indução financeira exercida pelo MS para garantir a adoção das ações priorizadas pelo gestor federal. Eles argumentam que isso tanto impossibilita a preconizada mudança no modelo assistencial - já que as equipes e sistemas municipais de saúde se perpetuam no papel de meros repetidores de normas técnicas emanadas do governo federal - como também inibe a expressão da variabilidade social e cultural, de fato existente no país, em favor de um conjunto de normas padronizadas e, com frequência, inadequadas às singularidades do plano local.

1.1.2 Atenção básica e Redes de Atenção à Saúde

Em artigo que analisa a Nova PNAB, Fontenelle (2012, p.06) destaca que a “maior inovação conceitual desta PNAB, em relação à anterior, foi reconhecer que a APS se articula com os outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde [...]”. A APS ganhou centralidade na organização do SUS e deixou de ser apenas um nível mais “básico” da atenção à saúde.

Na engenharia organizacional anterior do sistema de saúde, equivalente à pirâmide clássica (SOLLA; CHIORO, 2012), a atenção primária constituía-se tão-somente no primeiro nível de uma estrutura hierárquica definida por níveis de complexidade crescente,

respectivamente, atenção básica, média complexidade e alta complexidade, abrindo espaço para a desvalorização da atenção primária frente às práticas com maior densidade tecnológica. (BRASIL, 2011a). Essa visão equivocada do papel da APS foi corrigida na Nova PNAB inserindo-a na concepção poliárquica de uma rede horizontal de atenção à saúde, com diversos pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles (MENDES, 2011).

A necessidade de organização de redes de atenção em saúde no SUS orientadas pela APS decorre do reconhecimento de que, à semelhança do que ocorre nos sistemas de saúde de outros países, o SUS também se mostra como um sistema fragmentado o que resulta em dificuldade de acesso, descontinuidade assistencial e compromete a integralidade do cuidado. (LAVRAS, 2011). Tal fragmentação impede que o sistema responda as exigências na mudança do quadro de necessidades de saúde marcado pelo envelhecimento da população, aumento das condições crônicas e morbimortalidade por causas externas. (LAVRAS, 2011).

Para Mendes (2011, p.82), redes de atenção a saúde (RASs)

[...] são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RASs (organizações sem hierarquia entre os pontos de atenção, cuidados contínuos etc) adotados integralmente pela Portaria Ministerial nº 4.279 de 30, de dezembro de 2010, que instituiu as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS ao reconhecer o desenvolvimento da RAS como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto na organização quanto na qualidade e impacto da atenção prestada à população (BRASIL, 2010c).

As RASs constituem-se de três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção (MENDES, 2011). Ao tratar da **população**, a Portaria nº 4.279/2010 define que esta deve ser identificada e delimitada com clareza, e viver em territórios singulares sob a responsabilidade sanitária da RAS. Em relação à **estrutura operacional**⁷, as RAS envolvem cinco componentes: APS como centro de comunicação, os pontos de atenção secundários e terciários, sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação em saúde), sistemas logísticos (centrais de

⁷ Na estrutura da RAS, “os três primeiros [componentes] correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós”. (MENDES, 2011, p.82).

regulação, registro eletrônico em saúde e sistemas de transporte sanitários) e sistema de governança (governança solidária controle social, financiamento). E quanto ao **modelo de atenção à saúde**, o SUS adotou a ESF como o principal modelo da APS. (BRASIL, 2010c).

A **APS como centro de comunicação da RAS** “... é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p.88); deve ser formada por unidades ou equipes de APS e possui um papel chave na estruturação do sistema como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Segundo as normativas da Portaria nº 4.279/2010, no papel de **ordenadora da RAS**, a APS é o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades no SUS, aproximando os serviços de saúde dos lugares de vida e trabalho de pessoas, constituindo-se no primeiro elemento de um processo contínuo de atenção no exercício de um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas que envolvem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. No papel de **coordenadora do cuidado** a APS deve exercer práticas democráticas e participativas, atuando através do trabalho em equipe, que se dirige a populações de territórios bem delimitados pelas quais possui responsabilidade sanitária, levando em conta a dinamicidade existente no território dessas populações. Essa coordenação envolve, portanto, a responsabilidade de integrar verticalmente os serviços que, via de regra, são ofertados de maneira fragmentada nos diversos pontos de atenção da rede de serviços de saúde. (BRASIL, 2010c).

A Nova PNAB estabelece ainda, além das funções de **coordenar o cuidado e ordenar as redes**, mais duas: **ser base** e **ser resolutiva** (BRASIL, 2012). Para ser base, a AB deve constituir-se na modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade e de cuja participação no cuidado faz-se sempre necessária. Para ser resolutiva, a AB necessita resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado, individual e coletivo, por meio de uma clínica capaz de construir vínculos positivos, e intervenções clínico sanitárias efetivas, na perspectiva de ampliação do grau de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. (BRASIL, 2012).

1.2 Qualidade em saúde

1.2.1 Conceito de qualidade

As acepções da palavra “qualidade” são múltiplas, pois se trata de um conceito relativo e complexo que “[...] varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados” (BRASIL, 2010b, p.18). Compreende-se a qualidade, portanto, como uma construção social que se produz a partir das referências dos sujeitos envolvidos na sua construção (PINTO; SOUZA; FLORENCIO, 2012).

Lato sensu, a qualidade é um fenômeno que acompanha o homem através dos tempos e o faz empregar esforços a favor da perfeição. Enquanto movimento, a qualidade remonta a segunda metade do século XX, a partir de pensadores norte-americanos, com destaque para Deming. Foi no contexto industrial que conceitos de gerência da qualidade foram desenvolvidos, alcançando sua fase áurea na indústria japonesa do pós-guerra (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Pensadores importantes da qualidade são Crosby, Deming, Juran, Ishikawa e Taguchi, teóricos que trouxeram enfoques inovadores para a produção e os serviços desenvolvendo maneiras de implantar, manter e avaliar a qualidade. Em texto de revisão sobre o tema da qualidade, D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006, p.84) assinalam que “Concepções como ausência de defeitos, fazer certo da primeira vez, conformidade com as exigências e expectativas do cliente, sentir orgulho do que se faz, sintetizam o que seria significaria qualidade”.

Os conceitos de gerência com qualidade desenvolvidos nos Estados Unidos, aperfeiçoados no Japão na década de 50, e difundidos no restante do mundo (MALIK; SCHIESARI, 1998), somente encontraram eco nos serviços de saúde no final dos anos 60 e início da década de 70 (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006), com o pioneirismo de Avedis Donabedian, na Universidade de Michigan (EUA), o primeiro a desenvolver a idéia de medir a qualidade dos serviços de saúde (NORMAN, 2012).

1.2.2. Conceito de qualidade em saúde

Quando comparada à qualidade em sentido amplo, a polissemia do termo qualidade em saúde traz igual dificuldade para a sua conceituação. Tal complexidade depende da concepção de saúde, variedade de atores envolvidos, caráter multidimensional do conceito de qualidade, peculiaridades das ações de saúde e, por fim, contextos históricos, políticos, sociais

e institucionais que cercam a elaboração do conceito de qualidade em saúde sob análise. (SERAPIONI, 2006).

A polissemia do conceito de qualidade reflete-se diretamente nos critérios utilizados para caracterizar um serviço de saúde quanto à qualidade. Neste caso, os balizadores não são definitivos/absolutos, mas dependem da “[...] evolução do conhecimento e [d]a dinâmica social [que] estão sempre a exigir mudanças e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços”. (CAMPOS, C., 2005, p.564).

Esse caráter multidimensional do termo qualidade é frisado por autores como Uchimura e Bosi (2002) e Bosi, Pontes e Vasconcelos (2010) que se referem à “multidimensionalidade intrínseca” e à “multidimensionalidade extrínseca”. A primeira corresponde aos diversos significados que a palavra qualidade assume, de natureza objetiva e subjetiva, a depender da capacidade de mensuração que oferece o sentido em apreço. A segunda, diz respeito à variação de acepções da qualidade em função dos interesses dos grupos ou atores sociais envolvidos, assim como da relação que guardam com o serviço ou programa em questão.

De acordo com Serapioni (2006), em razão da complexidade do conceito de qualidade em saúde, muitos autores optam por destacar variadas dimensões da qualidade, protegendo-se do perigo de conceituações restritivas. Uchimura e Bosi (2002) destacam alguns autores clássicos que trabalham com atributos, elementos, fatores ou dimensões da qualidade em saúde, a saber, Donabedian (1990), Lee e Jones (1933), Gattinara *et al* (1995), Vuori (1991) e Acurcio *et al* (1991).

Destaca-se a definição de qualidade em saúde de Donabedian (1990, p.12) para quem a qualidade é definida como o “[...] grau em que os serviços de saúde atendem as necessidades, as expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes.” Um conceito mais refinado é o de Hernandez (1993, p.08) para quem qualidade em saúde é a “[...] provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e satisfação do usuário”.

1.2.3 Conceito de qualidade na atenção primária

Inúmeros países têm priorizado a busca de uma atenção primária de qualidade, e, segundo Carlos Campos (2005), tais iniciativas se baseiam em evidências de que “sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias como eixo organizador das práticas

sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários” (p.s65).

Starfield (2002, p.409), tratando do significado da qualidade da atenção primária, explica que

A qualidade da atenção significa o quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde. (negritos nossos).

Para a autora, serviços de alta qualidade voltam-se para prevenção e melhoras futuras da saúde, e não se limitam a efetividade curativa. A qualidade da atenção também envolve a satisfação com os serviços, custos da atenção, qualificação do pessoal, segurança dentre outras características.

Brasil (2011) resume os seis princípios – denominados atributos essenciais e derivados listados por Starfield (2002) – que, se obedecidos, indicam a existência de uma APS de qualidade⁸. São eles:

O **primeiro contato**: que é o acesso ao uso dos serviços para o novo problema para o qual se procura a atenção à saúde.

A **longitudinalidade**: é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde em um ambiente humanizado e de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

A **integralidade**: é o conjunto de serviços que atendam aos problemas mais comuns da população adscrita, no que se refere aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença.

A **coordenação**: capacidade de garantir a continuidade da atenção.

A **focalização na família**: considerar a família como sujeito da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde.

A **orientação comunitária**: é o reconhecimento das necessidades familiares em razão do contexto social, econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva. (BRASIL, 2011, p.189, negritos nossos).

Carlos Campos (2005) entende que a busca pela qualidade na atenção à saúde implica em otimizar seus efeitos desejáveis, minimizar efeitos indesejáveis e, sobretudo, alçar respostas às expectativas e necessidades dos usuários. Também considera fundamental conhecer o perfil de saúde e doença da comunidade com vistas a reduzir desigualdades de acesso e riscos de adoecimento.

A Nova Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012, p.23), em relação à qualidade da AB, menciona explicitamente que

⁸ Nos últimos anos, essa definição operacional da APS sistematizada por Starfield (2002) na forma de princípios vem sendo muito utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a). Esses princípios correspondem aos elementos estruturais do conceito da APS renovada proposta pela OPAS, já comentada anteriormente.

[...] a **qualificação** da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da **atenção básica** deverão **seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS**, configurando um **processo progressivo e singular** que considera e inclui as especificidades locais regionais. (negritos nossos).

Assim, ao referir-se a **qualidade na AB brasileira**, a Nova PNAB vislumbra à consecução dos princípios, fundamentos, diretrizes e funções na Rede de Atenção à Saúde nela prescritos. Dentre os principais fundamentos e diretrizes da AB, destacam-se a **territorialização e responsabilidade sanitária** (delimitação e o conhecimento da população adstrita), **adstrição dos usuários e vínculo** (vinculação das pessoas do território com os profissionais da equipe através da construção de relações de afetividade e confiança), **acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial** (mecanismos que assegurem a equipe da atenção básica acolher, escutar e ofertar serviços), **cuidado longitudinal** (continuidade do atendimento), **trabalho em equipe multiprofissional e a participação do usuário** (BRASIL, 2012).

No mais novo instrumento de autoavaliação da atenção básica de autoria do Ministério da Saúde, a chamada AMAQ⁹ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade, lê-se que a **qualidade em saúde é**

[...] o grau de atendimento a **padrões de qualidade** estabelecidos frente às **normas, protocolos, princípios e diretrizes** que **organizam as ações e práticas**, assim como aos **conhecimentos técnicos e científicos atuais**, respeitando **valores culturalmente aceitos** e considerando a **competência dos atores**. (BRASIL, 2012, p.22)

Ao ser o SUS e da Nova PNAB seus principais balizadores, esse conjunto de declarações teórico-técnicas informa a **qualidade esperada** no que se refere à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica no Brasil e entra em sintonia com a Política nacional de qualificação da AB.

Autores como Castanheira *et al* (2011, p.939) reconhecem que:

Embora a atenção básica não seja um “programa” e sim uma proposta organizacional de base sistêmica, não se restringe a essa dimensão e possui de fato um escopo propriamente tecnológico, articulado às propostas políticas e técnicas que representa. Nesse sentido, pode-se identificar nos **documentos oficiais** e nas **falas institucionais uma "teoria", ou seja, um conjunto de proposições ético-normativas que orientam o "dever ser", isto é, o quadro de valores que orientam a construção de normas, critérios e indicadores da avaliação [da AB]**. (negritos nossos).

⁹ A AMAQ é parte integrante de uma das fases de desenvolvimento do ciclo de qualidade do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ-AB, que inclui uma autoavaliação das equipes credenciadas, porém, o uso do instrumento não é obrigatório. Tais **processos autoavaliativos na atenção básica** devem ser **contínuos e permanentes**, de modo a internalizar uma cultura de monitoramento e avaliação que identifica na realidade local, as fragilidades e potencialidades da rede de atenção básica, para planejamento de intervenção na melhoria do acesso e qualidade dos serviços (BRASIL, 2012, grifos nossos).

Em outras palavras, é esse arcabouço “teórico” institucional, preñado de valores previamente estabelecidos nos documentos oficiais, que operará como parâmetro para indicar a presença, a ausência ou os graus de qualidade na AB, a partir da construção de instrumentos avaliativos nele contidos, oriundos das determinações do poder central, aqui representado pelo Ministério da Saúde.

1.2.4 Qualidade em saúde na perspectiva dos atores sociais

Já se explanou que o entendimento sobre qualidade na atenção à saúde é polissêmico, pois depende de critérios estabelecidos em cada época sobre a expectativa do alcance de uma saúde ótima. Carlos Campos (2005, p.S65) frisa que tal concepção depende também do lugar que cada ator social¹⁰ ocupa no sistema de saúde, pois aqueles

[...] responsáveis pela **provisão e gestão dos serviços** tendem a focalizar a sua atenção em determinados aspectos e interesses, tais como rendimento, custo e eficiência. Já no ambiente da prestação dos serviços, os **profissionais de saúde** têm outras expectativas. De uma forma geral, estão preocupados com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde e um bom ambiente de trabalho, incluindo o conforto, a segurança etc. Por outro lado, o **cliente ou usuário** entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde (negritos nossos).

Essa riqueza de olhares – usuários, trabalhadores e gestores – reflete, portanto, a perspectiva de cada ator social que recai sobre as ênfases afeitas aos interesses do lugar que ocupam e que devem ser levadas em consideração no processo avaliativo e de produção de saúde.

Tratando das percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços de saúde, Uchimura e Bosi (2002, p.1567) afirmam que essas percepções também

[...] são determinadas por suas experiências inerentes a vivência junto aos programas [de saúde] em questão. Esse entendimento **permitiria compreender não apenas o significado da qualidade para os diferentes grupos, mas também as formas pelas quais esta se apresentaria ou não nesses programas.** (negritos nossos).

Ao voltar-se para a atenção básica, Bosi, Pontes e Vasconcelos (2010) reconhecem também que própria a natureza dos problemas envolvidos na complexidade desse nível de atenção já amplia o escopo da avaliação da qualidade ao considerar a intersubjetividade como inerente à produção do cuidado.

¹⁰ **Sujeitos ou atores sociais** são os indivíduos (usuários, trabalhadores do SUS, gestores) ou coletivos (instituições, órgãos, comunidades, equipes de trabalho, etc) que participam, de forma organizada, dos processos de gestão, interferindo técnica, política ou eticamente no planejamento e monitoramento da saúde pública. (BRASIL, 2009, p.16).

Em artigo sobre a percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre a atenção básica, Von Stranlen *et al* (2008, p.S157) pontuam que

[...] não podemos deixar de considerar que **transformações de sistemas de saúde** em grande parte se realizam como consequência não apenas de políticas de saúde, mas de processos relativamente autônomos, tais como a racionalização funcional da atenção à saúde e a **mudanças de concepções dominantes sobre os processos de saúde/doença e a atenção à saúde**. (negritos nossos).

Isso significa que as concepções dos profissionais de saúde sobre atenção básica refletem-se diretamente na produção do cuidado e, por conseguinte, a qualidade alcançada e/ou desejada nesse fazer, também sofre influências desse entendimento. De fato, há um fenômeno de retroalimentação no processo de fazer saúde em que “[...] os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo.” (CAMPOS, G., 1998, s.p.).

A subjetividade do trabalhador em saúde opera a realidade no sentido de que “[...] o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado, agencia o modo como se produz o agir em saúde.” (FRANCO; MERHY, 2012, p. 152). Para os autores, em qualquer situação, seja no trabalho prescritivo ou no trabalho acolhedor com estabelecimento de vínculo, é a subjetividade que agencia as opções de cuidado, sendo, portanto, uma das muitas dimensões que compõem o cenário complexo do trabalho em saúde.

Assim, o papel da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde faz com que sejam as ações dos atores nela envolvidos (gestores, profissionais e usuários) que determinem a consolidação do SUS, de modo que “[...] a falta de compreensão do modelo assistencial proposto e as respectivas mudanças, pelos mesmos atores, comprometem os resultados do programa e do sistema de saúde como um todo.” (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010, p. 3456), inclusive no que tange à qualidade dos serviços oferecidos.

1.3 Avaliação em saúde

À semelhança da qualidade, o termo avaliação também é polissêmico e bastante antigo. Revalorizou-se paulatinamente diante dos desafios dos vários setores ligados ao planejamento de ações sociais, como o setor da saúde, seja como “ferramenta de gestão”, seja como “instrumento de democratização e empoderamento.” (BOSI; UCHIMURA, 2006, p.89).

Para Contandriopoulos *et al* (1997, p.31), “avaliar consiste fundamentalmente em fazer julgamento de valor de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.” Avaliar, portanto, implica em julgar a qualidade de um objeto, no caso, uma intervenção. Tal julgamento ocorre a partir de critérios previamente estabelecidos com os participantes e deve ser vista como oportunidade de mudança, pois a avaliação diferencia-se do diagnóstico em função de ser também uma ferramenta de intervenção como vistas a mudar uma realidade. Nemes (2001) acrescenta que uma “boa” avaliação deve julgar, mas uma “boa” e “completa” avaliação julga e explica.

No âmbito da necessidade de intervenções e da indução de mudanças, Contandriopoulos *et al* (1997) distinguem dois modelos de avaliação de serviços de saúde. A **avaliação normativa** “consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção [...]; neste caso, costuma-se comparar os recursos empregados e a sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos.” (CONTANDRIOPOULOS *et al*, p.34). Por sua vez, a **pesquisa avaliativa** é descrita como “um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos, analisando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade e os rendimentos de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa” (CONTANDRIOPOULOS *et al*, p.37).

A avaliação normativa abarca no seu desenvolvimento a abordagem sistêmica de Donabedian (estrutura – processo - resultado), conforme ressalta Brasil (2010b), e destina-se comumente ao apoio de gerentes e trabalhadores nas rotinas dos serviços. Quanto à pesquisa avaliativa, esta exige mais experiência do pesquisador – teoria e método apurados – prestando-se a “avaliar um tema pouco pesquisado ou uma nova abordagem teórico-metodológica” (BRASIL, 2010b, p.28).

Carlos Campos (2005) assinala que o modelo proposto por Donabedian é o mais tradicionalmente usado na avaliação em saúde, inclusive na atenção primária. Fundamenta-se na medição no nível de qualidade a partir da comparação e análise das informações oriundas das dimensões **estrutura-processo-resultado**, com base em critérios estabelecidos previamente. Tais critérios (ou atributos) são conhecidos como “os sete pilares da qualidade”, a saber, eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, otimização, legitimidade e equidade.

Frias (2010) discorre sobre os **sete atributos da qualidade** propostos por Donabedian e acrescenta outros atributos igualmente importantes elaborados por autores da área no intuito

de caracterizar melhor a qualidade em saúde, a depender do contexto ou do objeto a ser avaliado. São eles:

Eficácia: capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”. Isto em ele pode funcionar?

Efetividade: capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro”; consiste na relação entre o impacto real e o potencial. Isto é, o programa ou serviço funciona?

Eficiência: relação entre o impacto real e o custo das ações. Ou seja, o programa ou serviço vale a pena funcionar com os recursos empregados?

Equidade: distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde.

Acesso: remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis. Relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde.

Adequação/cobertura: suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda. Mede a proporção da população que se beneficia do programa.

Aceitação: fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e expectativas dos usuários e seus familiares.

Legitimidade: grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade como um todo dos serviços ofertados.

Otimização: máximo cuidado efetivo obtido pelo programa. Ou seja, uma vez atingido determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos.

Qualidade técnico-científica: aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível. (FRIAS, 2010, p.52, negritos do autor).

O autor esclarece que a seleção dos atributos da qualidade deve ser especificada em cada contexto de avaliação em função do objeto avaliado de forma que apresente coerência e interdependência entre os atributos, pois o julgamento de valor sofre influência do número e exatidão com que estes atributos são explorados na avaliação.

Para Nemes (2001), não se pode esperar que a avaliação em saúde seja capaz de julgar e explicar práticas sociais em suas múltiplas determinações e conflitos éticos-políticos, posto que a própria racionalidade científica que a constitui também a limita. Por outro lado, a “potencialidade ética” da avaliação em saúde pode contribuir para formas mais efetivas de controle social das práticas de saúde em geral. Assim, continua a autora,

Parece-me ainda que esta potencialidade será tão mais desenvolvida quanto mais pensarmos a **avaliação como decodificadora da realidade e, neste sentido, como produtora de insumos para o debate político**. Neste caso, sua maior densidade científica interessa menos como produtora imediata de verdades e mais como modo de maximizar a objetividade do debate. (NEMES, 2001, p.13, negritos nossos).

É preciso considerar também que o referencial teórico proposto por Donabedian, que continua sendo o mais utilizado para avaliar a qualidade em saúde, foi elaborado a partir da prática médica centrada no cuidado individual e que a extrapolação para avaliar programas e serviços de saúde requer um olhar crítico para suas potencialidades e limitações (FRIAS, 2010).

1.3.1 Avaliação em saúde na atenção básica

A avaliação em saúde na AB distingue-se da avaliação realizada num ambiente ambulatorial e hospitalar porque “a qualidade na APS abrange aspectos que a diferenciam dos demais níveis de atenção do sistema de saúde” (CAMPOS, C., 2005, p.S67). Na AB, por exemplo, o cuidado continuado e o vínculo são elementos fundamentais para o êxito no processo de trabalho junto à população adscrita ao território, características não comumente presentes no cuidado hospitalar.

Na realidade brasileira, a busca pela qualidade na atenção primária, bem como a avaliação desta qualidade, é bastante recente. Carlos Campos (2005) ressalva que normas e critérios para nortear a qualidade na APS circunscreveram-se a elaboração pelas áreas técnicas responsáveis pelos diversos programas de saúde através da publicação de rotinas e procedimentos. Tais parâmetros, portanto, “[...] quase sempre foram construídos a partir de segmentos envolvidos na gestão e na assistência” (CAMPOS, C., 2005, p.S65) e, da mesma maneira, “[...] foram propostos de forma segmentada e fragmentada, para atender aspectos particulares da Atenção Primária à Saúde.” (CAMPOS, C., 2005, p.S65).

Em artigo de revisão sobre estudos de avaliação da ESF, Lentsck, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010) afirmam que desde sua proposição em 1994 até o aparecimento dos primeiros estudos em 2001, houve um lapso temporal de sete anos sem produção significativa de avaliações do PSF. Esse período silente, concluem os autores, pode mais do que representar a incipiência do programa, indicar as dificuldades de se sistematizar o processo de avaliação. De 2005 a 2007, concentraram-se 65% dos demais estudos avaliativos realizados.

Lentsck, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010) verificaram também que independentemente do delineamento metodológico utilizado, a maioria (57,7%) dos estudos apresentou avaliação geral insatisfatória para o PSF. Para melhorar esse cenário, propõem que

...a avaliação dentro do PSF deve ser problematizada, discutida e institucionalizada, através de estudos acadêmicos ou pesquisas, e também como parte do trabalho da equipe multidisciplinar. Para tanto, deve-se levar em consideração que **não há um processo definitivo na avaliação do PSF, mas um processo em construção em que mudanças são referendadas e exigidas a cada dia, tanto no programa como na avaliação.** (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, p.3464, negritos nossos).

Essa dinamicidade do processo avaliativo confere maior fidedignidade à avaliação e possibilita a reorientação das ações e serviços da ESF no contexto da AB.

Uma das iniciativas mais recentes, que busca institucionalizar a avaliação da qualidade na Atenção Básica foi a Portaria ministerial n.º 1.654, de 19 de julho de 2011, que criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e, pela primeira vez, vinculou o repasse de recursos à implantação e ao alcance de certos padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica, em particular pela ESF, tornando o PMAQ um componente da Nova Política de AB.

O principal objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2011b).

O Programa se compõe de quatro fases complementares (contratualização – desenvolvimento - avaliação externa – recontratualização) e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade. (BRASIL, 2011b).

De acordo com Pinto, Souza e Florêncio (2012, p.03),

[...] as dimensões e os padrões propostos pelo PMAQ operam como afirmação das diretrizes [da AB] e de uma caminhada para a superação dos problemas priorizados. A qualidade não é apreendida como topos ou platô e sim como “fluxo” e movimento [...].

Os padrões avaliativos do PMAQ estão divididos em cinco dimensões: gestão municipal para desenvolvimento da AB; estrutura e condições de funcionamento da UBS; valorização do trabalhador; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho, além da utilização, participação e satisfação do usuário, conforme explicam os autores:

Na dimensão “**gestão municipal para desenvolvimento da AB**” se avalia fundamentalmente a estrutura e equipes de gestão da AB do município e o apoio que ela dá às EAB aderidas ao programa. Trata-se também de uma checagem de compromissos assumidos pelo gestor municipal na contratualização da primeira fase do programa.

Na “**estrutura e condições de funcionamento da UBS**” são verificadas, além da infraestrutura, acessibilidade, ambiência e condições de trabalho, a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos importantes para a atenção à saúde com foco nas linhas de cuidado priorizadas.

Na “**valorização do trabalhador**” avalia-se a formação dos membros da EAB, o investimento feito pela gestão municipal no desenvolvimento profissional, formação e educação permanente da EAB, a garantia de direitos trabalhistas, vínculos de trabalho, existência de carreira e implantação de dispositivos desejáveis de gestão do trabalho.

No “**acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho**” avalia-se na perspectiva do profissional e do usuário: o acesso; a implantação de dispositivos como o acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho; além de avaliar também padrões de qualidade relacionadas à atenção das linhas de cuidado priorizadas, dentre tantos outros.

Por fim, há ainda a dimensão “**utilização, participação e satisfação do usuário**” que avalia a utilização dos serviços pelo usuário, várias dimensões de sua satisfação e a implantação de dispositivos e espaços de participação dos usuários e de exercício do controle social. (PINTO; SOUZA; FLORENCIO, 2012, p.10, **negritos nossos**).

As características estruturais do PMAQ aproximam-no da avaliação de tipo normativa, ancorada na abordagem sistêmica de Donabedian (estrutura – processo - resultado), com acréscimo da perspectiva e avaliação do usuário.

O PMAQ-AB já realizou dois ciclos de avaliação. O primeiro ciclo ocorreu em 2011-2012, com possibilidade de adesão de até 50% do total de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal por Município participante. No segundo ciclo, em curso no período 2013-2014, não houve limites para adesão de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, e os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF) e os Centros de Especialidades Odontológicas também puderam aderir, de acordo com informações recentes do site na internet do PMAQ no MS¹¹.

Ainda que a avaliação sistemática da AB seja desejável para garantia da qualidade da atenção prestada, o programa tem recebido questionamentos. Fontenelle (2012, p.08) questiona a instituição do PMAQ-AB na Nova PNAB “[...] uma vez que já existem instrumentos consagrados e validados como o AMQ e o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), fica difícil entender a necessidade de se criar um novo instrumento, ainda que baseado em instrumentos pré-existentes”. Apesar disso, o PMAQ-AB já é uma realidade no contexto da avaliação em saúde na atenção primária e que, portanto, merece a atenção da pesquisa sobre seus intentos e efetivos resultados no SUS.

¹¹ Para mais informações, consultar o endereço http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em: 15 Ago. 2013.

CAPÍTULO II – ESTRATÉGIAS E TRAJETÓRIA METODOLÓGICAS

2.1 Do campo da pesquisa: dimensões organizativas da atenção básica em Manaus

Este estudo foi realizado na cidade de Manaus, capital do Estado do Amazonas, que se localiza à margem esquerda do Rio Amazonas, sendo o mais importante centro econômico-financeiro da Região Norte do país, com área territorial de 11.401,092 Km², densidade demográfica de 158,06 hab./Km², e uma população estimada em 2.020.301 habitantes para o ano de 2014, correspondente a um pouco mais da metade da população do Estado (IBGE, 2014). Tal como ocorre em todo o Brasil, o Município de Manaus possui sua rede de atenção básica que enfrenta diversos problemas de organização e cobertura.

Ao abordar as dimensões organizativas da atenção básica em Manaus, Souza e Garnelo (2008) informam que o Município estava habilitado na gestão plena da atenção básica desde 2003. No seu sistema de saúde coexistiam Unidades Básicas de Saúde (UBS) com e sem PSF, sendo que as últimas também estavam voltadas para o atendimento da demanda espontânea, sem atuação adequadamente territorializada.

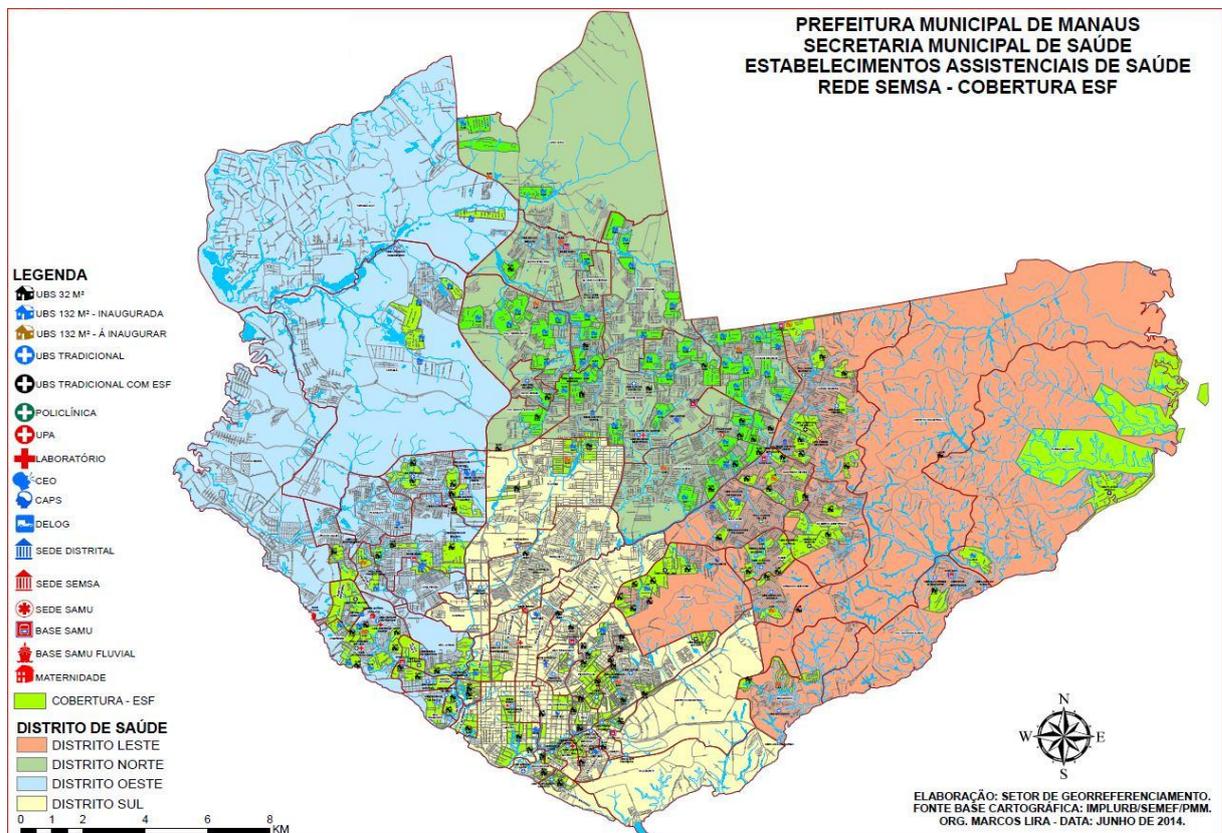
Silva, Garnelo e Giovanella (2010), assinalam que, dentre os percalços que cercaram a implantação e expansão da ESF na cidade a partir do ano de 1999, não foi previsto a conversão do modelo tradicional de atenção básica para a ESF, perdurando um paralelismo de modelos. Essa realidade parece não ter se modificado nos anos mais recentes, pois documento da Secretaria Municipal de Manaus, datado de 2013, afirma que as UBSs na rede de AB possuem várias denominações, a saber, “USA, Casinha, Casona, Unidade de Horário Estendido, Módulo, Posto de Saúde, Unidade de Saúde” (MANAUS, 2013, p.15), todas com oferta de serviços de atenção primária à população.

Dados oficiais da ESF em Manaus, datados de junho de 2014, indicam uma cobertura de 31,50% da população manauara com 170 equipes ESF implantadas, além de 82 Equipes de Saúde Bucal e 03 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (BRASIL, 2014b). A par disso, existiam ainda 46 UBS tradicionais em funcionamento (CNES, 2014).

Os pontos de atenção básica da cidade estão distribuídos nos cinco Distritos Sanitários de Saúde (DISA) que organizam a rede. São eles: DISA Norte, DISA Sul, DISA Leste, DISA Oeste e DISA Rural. Cada DISA, a exceção do Rural, abrange em torno de 450 mil habitantes. De acordo com Moura (2011), o processo de distritalização, que estava na pauta de

discussão nacional desde 1986 com a VII Conferência Nacional de Saúde, iniciou tardiamente em Manaus nos anos de 2005 a 2006, com base na Lei Municipal nº 590, de 13 de março de 2001, que criou os Distritos de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. A Figura 1 mostra a distribuição espacial das Unidades da AB no território urbano de Manaus por Distrito de Saúde, bem como os territórios de abrangência das UBSF destacados em verde-limão.

Figura 1 - Distribuição espacial dos pontos de atenção urbanos da rede municipal de saúde de Manaus por Distrito Sanitário



Fonte: SEMSA, 2014.

A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) é o órgão do Poder Executivo Municipal responsável pela execução de políticas e serviços públicos em saúde no âmbito municipal. É dirigida pelo Secretário Municipal de Saúde, auxiliado por dois Subsecretários, um de Gestão Administrativa e Planejamento e outro de Gestão da Saúde. (MANAUS, 2013a). Sua estrutura organizacional sofreu várias mudanças nos últimos anos, obedecendo a seguinte divisão em órgãos: I – Órgãos colegiados (Conselho Municipal de Saúde e Comissão Permanente de Licitação), II – Órgãos de assistência e assessoramento (Chefia de gabinete, assessoria, ouvidoria municipal do SUS etc), III – Órgãos de apoio à gestão (Subsecretaria de Gestão Administrativa e Planejamento e seus departamentos), III – Órgãos de atividades

finalísticas (Subsecretaria de Gestão de Saúde e seus departamentos – dentre eles, o Departamento de Atenção Primária-, e os Distritos de Saúde). (MANAUS, 2011, 2012, 2013a, 2013b, 2013c).

Destacam-se nas competências do Departamento de Atenção Primária (DAP) pelo interesse dessa pesquisa, os itens seguintes:

- III – coordenar a **implementação do modelo de atenção à saúde;**
- IV – definir **estratégias, diretrizes e indicadores de avaliação de desempenho**, referentes à prestação de serviços ofertados pela Rede Municipal de Saúde;
- VI - **coordenar a implantação de sistemas de qualidade de atenção à saúde na rede de Atenção Primária;**
- VII - **coordenar, monitorar e avaliar o desempenho da Rede de Atenção Primária** em conjunto com as Diretorias do nível central e Distritos de Saúde. (MANAUS, 2013c, p.17, negritos nossos).

Este Departamento divide-se em duas Gerências, de Ações Programáticas e da Estratégia Saúde da Família, sendo que esta última contém a Divisão de Apoio Matricial, que se subdivide em dois setores, Setor de Territorialização e Setor de Georreferenciamento. (MANAUS, 2013c).

À Divisão de Apoio Matricial cabe, dentre outras atribuições, fomentar o monitoramento e avaliação no âmbito da APS, contribuir para a implantação de programas de melhoria da qualidade na APS, promover a qualificação de profissionais para o monitoramento e avaliação em saúde e identificar a necessidade, fomentar e articular estudos avaliativos para a APS. (MANAUS, 2013c). Esta Divisão, que também possuía um Núcleo de Monitoramento e Avaliação, perdeu-o, no regimento interno vigente, para o Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação (DICAR) que, na nova estrutura, passou de Núcleo para Divisão de Monitoramento, Controle e Avaliação o qual, basicamente, ocupa-se da produtividade dos estabelecimentos de saúde da SEMSA. (MANAUS, 2013a, 2013b, 2013c).

Cada Distrito de Saúde, à semelhança da sede SEMSA, também possui um Núcleo de Monitoramento e Avaliação, vinculado à Divisão de Atenção à Saúde da estrutura distrital. A estes Núcleos compete monitorar e avaliar o processo de trabalho das unidades de saúde no âmbito do Distrito, de acordo com padrões estabelecidos e; acompanhar as normas e rotinas relacionadas à administração dos sistemas de informação (MANAUS, 2013c).

Em outubro de 2013, o gestor municipal lançou a iniciativa chamada “Rede Saúde Manauara” com o intuito de desencadear um processo de mudança no sistema de saúde de Manaus a partir do reordenamento da APS e da implantação da RAS (MANAUS, 2013d). Tal iniciativa visa ampliar a cobertura da ESF para 70% até 2016. Estão previstas ações para o

desenvolvimento da capacidade técnica, reorganização dos processos de trabalho, construção de novas unidades, reforma e ampliação das unidades existentes e promoção de uma reforma administrativa (MANAUS, 2013d). Até junho de 2015, dados de cobertura da ESF do Departamento de Atenção Básica/MS indicavam uma cobertura de 35,39% da população manauara, com 191 equipes ESF implantadas, um avanço bastante discreto se comparado à meta de cobertura pretendida até 2016 (BRASIL, 2015).

A SEMSA participou do 1º Ciclo de Avaliação do PMAQ-AB (2011-2012) com 34 Equipes de Saúde da Família, das quais apenas duas equipes obtiveram resultado “muito acima da média”. No 2º Ciclo de Avaliação (2012-2013) participam 152 Equipes de Saúde da Família e, desta vez, apenas uma equipe alcançou o resultado acima da média esperada enquanto 71,1% das equipes credenciadas apresentaram resultado “mediano ou abaixo da média”, conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1 - Desempenho das equipes ESF no PMAQ-AB em Manaus

DESEMPENHO PMAQ-AB	Distrito NORTE		Distrito SUL		Distrito LESTE		Distrito OESTE		Distrito RURAL		Todos os Distritos				
	1 Ciclo	2 Ciclo	1 Ciclo	2 Ciclo	1 Ciclo	2 Ciclo	1 Ciclo	2 Ciclo	1 Ciclo	2 Ciclo	1 Ciclo	%	2 Ciclo	%	
INSATISFATÓRIO	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	1,3%
MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	6	25	3	37	3	16	1	28	-	2	13	38,2%	108	71,1%	
ACIMA DA MÉDIA	5	10	5	8	-	13	9	9	-	1	19	55,9%	41	27,0%	
MUITO ACIMA DA MÉDIA	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2	5,9%	1	0,7%	
	ESF Total										34		152		

ESF: Estratégia Saúde da Família; PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica; Distrito: Distrito Sanitário de Saúde; 1 Ciclo: Primeiro Ciclo Avaliativo do PMAQ-AB no anos de 2011-2012; 2 Ciclo: Segundo Ciclo Avaliativo do PMAQ-AB em 2013-2014.

Fonte: elaboração própria a partir dos resultados dos dois ciclos do PMAQ-AB disponibilizados pela SEMSA Manaus, 2015.

2.2 Da caracterização da pesquisa

Durante a revisão da literatura, no caminho artesanal da construção do objeto de pesquisa e no conseqüente delineamento da abordagem metodológica, pairava uma inquietação quase audível sobre os “bastidores do campo” na pesquisa, por assim dizer, na mente dessa iniciante pesquisadora. Os resultados discutidos nos artigos científicos pareciam “brotar” quase que instantaneamente após a exposição dos pressupostos teóricos, seguidos, não raro, de econômicas linhas metodológicas. Pode-se argumentar que não há espaço para

discussão dos (des)caminhos que o pré-campo, o campo e o pós-campo tomam nas pesquisas, ao considerar-se as escassas linhas que se dispõe na escrita de artigos científicos. Por certo, assim o é. Contudo, é inegável que tal fenômeno se observa também nas produções da pós-graduação, nas dissertações e teses de doutoramento, inclusive – para nossa surpresa - nas pesquisas de corte qualitativo. Rosália Duarte (2002, p.140) pontua que:

[...] ao escrevermos nossos relatórios de pesquisa ou teses de doutorado, muitas vezes nos esquecemos de relatar o processo que permitiu a realização do produto. É como se o material no qual nos baseamos para elaborar nossos argumentos já estivesse lá, em algum ponto da viagem, separado e pronto para ser coletado e analisado; como se os “dados da realidade” se dessem a conhecer, objetivamente, bastando apenas dispor dos instrumentos adequados para recolhê-los.

A constatação da autora, escrita há mais de uma década, continua atual. Existe um movimento que se processa durante antes, durante e após o campo que precisa de espaço para expressar-se enquanto processo construtivo de saber, tão relevante quanto à discussão dos resultados que se apresenta no texto final da pesquisa.

De modo semelhante, Souza (2011) observa que o processo de escolha dos referenciais teóricos que balizam a pesquisa, se relaciona a um caminho não linear no qual ocorre o entrelaçamento de observações e subjetividades que conferem movimento ao fenômeno da construção e desconstrução das teorias e hipóteses explicativas, influenciando diretamente na escolha do referencial teórico e nas demais etapas de construção do conhecimento.

Nessa seção do estudo, procurou-se dissecar a trajetória metodológica pensada e percorrida para aproximar o leitor do traçado inicial da pesquisa e das mudanças que a soberania do campo introduz.

2.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma **pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória** delineada para mergulhar na descrição dos significados da qualidade em saúde na atenção básica para trabalhadores da atenção básica na cidade de Manaus, estado do Amazonas.

De acordo com Pope e Mays (2009, p.16), a pesquisa qualitativa cresce em uso nos estudos sobre organização de serviços e políticas de saúde, pois é “[...] usada para desvelar, de forma realmente independente [da pesquisa quantitativa], processos sociais ou acessar áreas que não estão abertas ou receptivas à pesquisa quantitativa”. O que escapa aos procedimentos estatísticos e a outras técnicas de quantificação está ao alcance da pesquisa qualitativa que

pode tocar a complexidade dos fenômenos, abordando-os de um modo próprio, a fim de produzir resultados interpretativos factíveis (STRAUSS; CORBIN, 2008), frutos da interação do pesquisador com o objeto pesquisado. A escolha de debruçar-se sobre o universo dos conceitos e vivências que envolvem o fenômeno subjetivo e complexo da qualidade em saúde na ótica das equipes da AB mergulhou a pesquisadora em significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, características próprias de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2008).

O caráter descritivo-exploratório justifica-se pela sua utilização em áreas e sobre problemas dos quais há pouco ou nenhum conhecimento acumulado ou sintetizado (TOBAR; YALOUR, 2003), como o trabalhado por esta pesquisa que se deparou com escassez de publicações sobre o tema.

2.2.2 Unidade de análise e seleção de informantes

Os **sujeitos da pesquisa** foram as equipes de trabalhadores da AB (equipe de gestão e equipe de ponta) participantes do processo de reestruturação da atenção básica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Para fins dessa pesquisa, convencionou-se chamar de **“equipe-gestão”** o conjunto de trabalhadores de saúde que atue essencialmente na gestão do sistema de saúde no âmbito da atenção básica e que possui diferentes graus de autonomia, a depender do lugar que ocupe na estrutura organizacional. Já a **“equipe-ponta”** foi o termo pelo qual designamos toda equipe de trabalhadores de saúde da atenção básica que atue diretamente com os usuários na produção do cuidado.

Determinar e descrever preliminarmente a **unidade de análise** é um dos itens principais no desenho da pesquisa, indicando se é uma pessoa, um grupo, uma organização, ou um setor, por exemplo. (MINAYO, 2008). Isto porque a unidade adotada será referência para coleta, análise, interpretação dos dados e conclusões da pesquisa. Assim, são unidades de análise deste projeto, as equipes da AB incluídas na seleção de informantes.

A **amostragem na pesquisa qualitativa** “[...] preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão [...]” (MINAYO, 2008, p.196). Uma amostra qualitativa ideal, para a autora, reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. Assim, ainda que se deseje uma amostra ideal, as condicionalidades da realidade empírica influem indelevelmente na seleção do universo pesquisado.

Foram **incluídos na seleção** equipes-ponta das equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes-gestão dos Distritos de Saúde e da sede da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus que participaram do PMAQ-AB na cidade de Manaus, de acordo com os critérios de inclusão descritos adiante.

a) *Seleção das equipes-ponta*: como critério geral de inclusão, foram selecionadas apenas as equipes que participaram de ambos os ciclos avaliativos do PMAQ-AB, 1º e do 2º Ciclos, respectivamente. Para acompanhar a dinâmica instituída pelo processo avaliativo do PMAQ-AB¹² e considerando o consolidado de desempenho no 1º Ciclo da PMAQ-AB¹³ por Distrito de Saúde (Tabela 2), a seleção incluiu, pelo menos, uma equipe por classificação de desempenho em cada Distrito de Saúde, na forma abaixo:

- i. *Desempenho “muito acima da média”*: como apenas duas equipes alcançaram esse patamar, uma no Distrito Norte e outra no Distrito Sul, essas equipes foram automaticamente selecionadas, totalizando 2 equipes para esta categoria;
- ii. *Desempenho “acima da média”*: foi sorteada uma equipe por Distrito de Saúde, a exceção do Distrito Leste que não apresentou equipe neste tipo de resultado, totalizando 3 equipes;
- iii. *Desempenho “mediano ou abaixo da média”*: foi sorteada uma equipe dentre os Distritos de Saúde, com exceção do Distrito Oeste que apresentou apenas uma equipe neste tipo de resultado que foi automaticamente selecionada, totalizando 4 equipes para esta categoria.

A idéia de usar o consolidado de desempenho na avaliação feita pelo PMAQ-AB para orientar a seleção das equipes a serem pesquisadas, visava facilitar a apreensão do conjunto e da diversidade dos Distritos de Saúde. Com essa providência, um passo importante foi dado para assegurar que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contivessem o conjunto das experiências e expressões objetivadas na pesquisa (MINAYO, 2008). Ressalte-se que a época da seleção, apenas os resultados do 1º ciclo avaliativo estavam disponíveis.

¹² De acordo com o Manual do PMAQ-AB (BRASIL, 2012), o desempenho final das equipes no PMAQ-AB é composto, em percentual, pelas notas da autoavaliação (10%), dos indicadores (20%) e da avaliação externa de cada equipe. Esses desempenhos estão organizados da seguinte maneira: a) **Desempenho mediano ou abaixo da média (Regular)**: equipes cujo resultado alcançado foi menor do que a média do desempenho das equipes de saúde do seu estrato. b) **Desempenho acima da média (Bom)**: equipes cujo resultado alcançado foi maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato. **Desempenho muito acima da média (Ótimo)**: equipes cujo resultado alcançado foi maior do que +1 (mais um) desvio padrão à média do desempenho das equipes em seu estrato.

¹³ Os resultados do 2º Ciclo do PMAQ-AB dependiam de apuração pelo Ministério da Saúde no momento da seleção das equipes, por isso utilizamos apenas os resultados do 1º Ciclo na estratificação por desempenho da seleção da pesquisa.

Excluiu-se da seleção a equipe-ponta: 1) que não participou dos Ciclos do PMAQ-AB ou que participou de apenas um deles; 2) na qual mais da metade dos profissionais fossem recém-lotados na equipe (menos de três meses de lotação) ou não tivessem experienciado pelo menos um dos Ciclos do PMAQ-AB. Destaca-se que as equipes ESF do Distrito Rural não participaram do 1º Ciclo do PMAQ-AB e foram automaticamente excluídas do plano amostral.

Tabela 2 - Seleção amostral da pesquisa a partir do desempenho no 1º Ciclo PMAQ-AB das equipes-ponta por Distrito de Saúde.

Desempenho no PMAQ-AB	Distrito Leste			Distrito Norte			Distrito Oeste			Distrito Sul			N equipes desempenho	N equipes pesquisa
	ESF	N PMAQ	N PESQ	ESF	N PMAQ	N PESQ	ESF	N PMAQ	N PESQ	ESF	N PMAQ	N PESQ		
Muito acima da média	-	-	-	226	1	1	-	-	-	416	1	1	2	2
Acima da média														
				201							404			
				216							409			
				222*	5	1	327	9	1	412	5	1	19	3
				246*			338			418				
				247			339			443				
Mediano ou abaixo da média														
				205										
		115		206*						401				
		142	3	212	6	1	344	1	1	405	3	1	13	4
		143		227						417				
				230										
			236*											
Total												34	9	

ESF: código de identificação da equipe de saúde da família; N PMAQ: número de equipes ESF por desempenho na PMAQ para sorteio; N PESQ: número de equipes ESF para inclusão na pesquisa; N EQUIPES DESEMPENHO: número total de equipes ESF por desempenho no PMAQ; N EQUIPES PESQUISA: número de equipes selecionadas para a pesquisa.

* Para a seleção, essas equipes foram excluídas do sorteio por não terem participado do 2º ciclo avaliativo do PMAQ-AB.

Fonte: elaboração própria a partir dos dados fornecidos pelo Departamento de Atenção Primária/Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (MANAUS, 2013e).

b) *Seleção da equipe-gestão:* uma vez selecionadas as equipes da ESF, a seleção da equipe gestão considerou que os Chefes da Divisão Atenção à Saúde e os Chefes dos Núcleos de Monitoramento e Avaliação dos Distritos de Saúde correspondentes, assim como o Chefe da Divisão de Apoio Matricial, o Gerente da Estratégia Saúde da Família e o Diretor do Departamento da Atenção Primária da Sede SEMSA, todos à época do 2º Ciclo do PMAQ-

AB, estavam automaticamente selecionados. Com a mudança de gestão municipal na transição dos anos 2012-2013, o acesso aos gestores do 1º Ciclo tornou-se inviável já que, por pertencerem a grupos político-partidários distintos, a maioria dos gestores foi substituída.

Exclui-se da seleção o trabalhador da equipe-gestão: a) que não participou de nenhum dos Ciclos do PMAQ-AB como gestor da AB; b) que foi recentemente lotado (menos de três meses) na função gerencial que ocupa.

Ao final do processo de **seleção das equipes-ponta, nove equipes integraram a amostra da pesquisa**, numa população de 156 equipes ESF da SEMSA Manaus participantes do PMAQ-AB nos ciclos avaliativos, totalizando **89 participantes** nos grupos focais das equipes-ponta. Quanto à **amostragem das equipes de gestores**, despontaram dois grupos distintos: uma **equipe-gestora distrital** composta por cinco gestores distritais da área urbana e uma **equipe-gestora de nível central** composta por três gestores da sede da SEMSA. Mais tarde, por indicação dos informantes-chave no pré-campo, **incluiu-se mais cinco técnicos de carreira nesses grupos das equipes-gestão**, tanto dos Distritos de Saúde quanto da gestão central, totalizando **treze participantes** nos grupos focais realizados com as equipes de gestão. Os critérios de inclusão dos participantes levou em conta a participação ativa desses atores nos processos avaliativos empregados pela Secretaria e como depositários das memórias vivas institucionais.

2.1.3 Instrumentos e coleta de dados

Para apreensão das experiências e os significados da qualidade em saúde na atenção básica pelas equipes selecionadas, optou-se pelo uso de **duas estratégias de coleta de dados** comumente empregadas em pesquisas qualitativas, uma principal e outra subsidiária: o **grupo focal** e o **diário de campo**. A primeira estratégia facilita a percepção dos aspectos comuns e divergentes nos discursos dos participantes e a segunda permite que o registro de aspectos antes, durante e após a realização dos grupos focais, desde o processo de agendamento dos grupos, que possuam alguma importância e potencial interpretativo para o estudo. (POPE E MAYS, 2009; MINAYO, 2008; DUARTE, 2002).

Inicialmente, ao imaginar a baixa probabilidade de êxito na realização de grupos focais com as equipes-gestão, visto a dificuldade de orquestrar as várias agendas desses sujeitos, o desenho original da pesquisa previu a utilização de mais uma técnica principal de pesquisa, alternativa ao uso do grupo focal com as equipes-gestão: a **entrevista individual de caráter**

semi-estruturado. Esse tipo de entrevista oferece ao pesquisador “[...] a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender a indagação formulada” (MINAYO, 2008, p.261), dando maior liberdade para a dinâmica da entrevista sem perder de vista os objetivos da pesquisa. Ocorre que, no pré-campo da pesquisa com os gestores, um informante-chave sinalizou a possibilidade concreta de reunião dos gestores em grupos focais, o que de fato aconteceu. As entrevistas individuais foram, então, deixadas para um eventual aprofundamento com sujeitos selecionados não participantes dos GF, caso se fizesse necessário. Na inocorrência dessa eventualidade, nenhuma entrevista individual foi realizada.

A **técnica do grupo focal (GF)** implica num conjunto de pessoas selecionadas e reunidas para discutir e comentar um tema, que é o objeto da pesquisa, a partir de sua experiência pessoal (GATTI, 2005). Seu principal valor é proporcionar aos participantes um espaço de interação onde emergem opiniões, atitudes, posicionamentos e processos emocionais que abrem um campo rico de oportunidades de análise para o pesquisador, já no momento da coleta dos dados e *a posteriori* (MINAYO, 2008).

Para a **condução do grupo focal** com as equipes da pesquisa, elaborou-se um roteiro para as equipes-ponta (Apêndice A) e outro roteiro para as equipes-gestão (Apêndice B). Os roteiros foram compostos por perguntas norteadoras do tipo semi-estruturadas subdivididas nas duas principais temáticas: “qualidade em saúde na AB” e “vivências da busca pela qualidade na saúde na AB”. No verso dos roteiros havia uma planilha com dados de identificação de cada participante do grupo focal, bem como da codificação que receberam para fins de sigilo. A partir dos conteúdos emergentes das falas dos participantes do grupo focal, novas perguntas foram adicionadas pela pesquisadora para o aprofundamento de informações pertinentes ao tema.

Uma **equipe de pesquisa de campo** previamente treinada, composta por um facilitador, um relator e um assistente, conduziu a realização de cada grupo focal que teve duração média de 2 horas. O papel de facilitador foi ocupado pela própria pesquisadora; a relatoria e a assistência no GF ficaram por conta de duas psicólogas voluntárias que se dispuseram a ajudar na coleta de dados. A facilitadora ocupou-se da condução das discussões no GF, a relatora digitou em tempo real as falas dos participantes e a assistente auxiliou nas tarefas de organização do grupo. O critério de saturação do tema - quando os relatos passam por sucessivas repetições e o grupo dá sinais de que o problema está relativamente compreendido (MINAYO, 2008) - foi o critério utilizado para a decisão da facilitadora em quando avançar nas questões norteadoras do roteiro do GF. O registro dos grupos focais ocorreu em áudio, via gravador mp3, e em tempo real, através de digitação no Microsoft

Word pelo relator. Posteriormente, fez-se a transcrição na íntegra dos áudios dos grupos focais e comparou-se com os registros da relatora e assistente que envolveram também descrições ambientais e comportamentais dos participantes.

Os grupos focais receberam uma **codificação própria** (GF1, GF2, GF3 e assim por diante) seguindo a ordem de sua realização, e os participantes foram codificados com a partir da sua categoria profissional, como se vê abaixo:

- a) Equipes-ponta: médico (M1), enfermeiro (E1), dentista (D1), técnico de enfermagem (T1, T2, T3), agente comunitário de saúde (ACS1, ACS2, ACS3 etc), agente de endemias (ACE1), técnico de saúde bucal (TSB1, TSB2) e auxiliar de saúde bucal (ASB1, ASB2);
- b) Equipes-gestão: G1, G2, G3 e assim por diante.

Essa codificação foi escrita nos crachás dos participantes dos GFs e usada para a transcrição dos grupos. Não existe qualquer correlação entre a numeração dos códigos que seguiu a sequencia realização dos GF com a identificação real das equipes pesquisadas.

Fez-se também um **GF piloto** que suscitou alterações na sequência de algumas perguntas do roteiro para facilitar a expressão dos participantes, bem como se incluiu uma **dinâmica de aquecimento inicial** que começava com a apresentação de cada participante. Após a rodada de apresentações no GF, sem se identificar, cada um escrevia num papel em branco o que entendia por qualidade em saúde na AB e entregava para a facilitadora. Em seguida, começava-se o GF a partir do que haviam escrito no papel em branco. A utilização dessa técnica nos grupos focais, com o uso da escrita precedendo a verbalização, além de preparar o grupo para a discursão, possibilitou o registro inicial de opiniões pessoais sem influência das falas dos outros membros grupo (BONFIM, 2009). Também se verificou a necessidade da criação de um **questionário de identificação individual para os participantes das equipes de gestores** (Apêndice B) para explorar melhor a formação acadêmica e a trajetória do profissional na AB.

A pesquisa também envolveu um **extenso pré-campo** com os gestores da atenção básica distritais e centrais da Secretaria Municipal de Saúde para apresentação do projeto e ciência por escrito da entrada no campo, do início de agosto a meados de outubro de 2014. Em seguida, fez-se contato com cada equipe selecionada para agendar uma visita *in loco* na UBS. Nessa visita, a pesquisadora fez o convite à equipe para participação na amostra, apresentou o projeto em linhas gerais e deixou uma cópia do Termo de Anuência da SEMSA, já alinhando o aceite da equipe com uma data próxima para realização do GF. A realização do pré-campo foi fundamental para identificar informantes-chave, obter o endereço e o

contato das equipes, conhecer o ambiente de cada UBS antes do GF, observar a equipe num dia de funcionamento normal da Unidade, calcular a rota e o tempo necessário para chegada no local, dentre outros detalhes.

A **coleta de dados** ocorreu no período de outubro de 2014 a abril de 2015. Foram realizados 12 grupos focais, 10 com equipes-ponta e dois com equipes-gestão, sendo que uma equipe ESF - correspondente ao GF06 - foi excluída da amostra em função de um erro na seleção. Participaram dos grupos focais 102 trabalhadores da AB, 89 participantes somente das equipes ESF.

Integraram os grupos focais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), agente de endemias (ACE), dentistas, auxiliares de saúde bucal (ASB) e técnicos de saúde bucal (TSB) das equipes-ponta, distribuídos conforme critérios de sexo, idade e tempo de atuação na AB e na UBSF de origem, de acordo com a Tabela 3 abaixo.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes dos grupos focais

Unidade de análise	N	Cargo	n	Sexo		Idade		Tempo de atuação na AB (anos)		Tempo de atuação na UBSF (anos)	
				M	F	Média	Min-Máx	Média	Min-Máx	Média	Min-Máx
								Tempo de atuação na gestão da AB (anos)		Tempo de atuação no cargo atual (anos)	
Equipes-ponta	9	Médico	6	2	4	43,8	(35-54)	11,8	(0,7-16)	6,5	(0,7-14)
		Enfermeiro	9	3	6	42,3	(33-52)	11,2	(8-18)	4,3	(1,5-12)
		Técnico de Enfermagem	12	1	11	41	(23-59)	9,1	(0,3-21)	4,6	(0,3-16)
		Agente Comunitário de Saúde	47	2	45	45,2	(30-62)	14,8	(10-17)	7,7	(0,6-17)
		Agente de Endemias	2	-	2	44	(36-52)	8,5	(1-16)	1,5	(0,5-1)
		Dentista	6	2	4	39,2	(27-51)	15,3	(2-23)	4,1	(1-8)
		Técnico de Saúde Bucal	2	-	2	42	(38-46)	3,9	(0,75-7)	3,9	(0,75-7)
		Auxiliar de Saúde Bucal	5	-	5	42	(34-52)	5,9	(1,3-9)	1,6	(1-2,5)
Equipes-gestão	2	Diretor do Departamento da Atenção Primária	1	-	1	33		10,1		1	
		Gerente da Estratégia Saúde da Família	1	-	1	35		10,3		0,8	
		Chefe da Divisão de Apoio Matricial	1	-	1	35		6,3		1	
		Técnico e Ex-Chefe da Divisão de Apoio Matricial	1	-	1	44		6,3		0,8	
		Técnico da Divisão de Apoio Matricial	1	-	1	51		6		6	
		Chefe Distrital da Divisão de Atenção à Saúde	2	-	1	32	(31-33)	5	(4,9-5)	0,3	(0,25-0,3)
		Chefe Distrital do Núcleo de Monitoramento e Avaliação	3	-	1	35	(29-41)	2,8	(0,1-8,2)	2,1	(0,1-6)
		Técnico Distrital da Divisão de Atenção à Saúde	3	-	1	43	(34-49)	6,9	(4,7-11)	6,9	(4,7-11)
				M	F	Média	Min-Máx	Média	Min-Máx	Média	Min-Máx

AB: Atenção Básica; UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do instrumento de identificação dos participantes dos grupos focais, Mendes (2015).

Nas equipes ESF, 87,5% são mulheres, na faixa etária de 23 a 62 anos, enquanto os homens da amostra apresentam idades entre 27 e 54 anos. O trabalhador que apresentou maior tempo de atuação na AB e tempo de permanência na mesma equipe ESF, foi o ACS, em

média de 14,8 anos, e 7,7 anos, respectivamente. Nas equipes-gestão, excetuando-se os técnicos distritais e centrais que participaram da pesquisa, a média de idade é de 34 anos. Há uma equipe jovem e academicamente qualificada em atuação no núcleo decisório da AB na SEMSA, formada por mestres e especialistas em saúde coletiva, em sua maioria, enfermeiras oriundas de universidades públicas.

Quadro 1 - Tipologia das equipes participantes e locais de realização dos grupos focais

GF	Tipo de equipe	Descrição da tipologia	n participantes	Local de realização do GF
1	Módulo de Saúde da Família	Equipe ESF que funciona numa estrutura física com mais de 130m ² , em geral, com mais duas equipes ESF, e a presença de um gerente administrativo responsável pelo Módulo.	10	Consultório médico da UBSF
4			6	Sala de uma ONG no território
2	UBSF ampliada	Equipe ESF que funciona numa estrutura física de 130 m ² sem gerente administrativo.	9	Consultório médico da UBSF
7			9	Hall de espera da UBSF
8			12	Consultório odontológico
9			7	Consultório odontológico
12			12	Hall de espera da UBSF
3	UBSF inserida em UBS	Equipe ESF que funciona dentro da estrutura física de uma UBS tradicional.	12	Consultório de ginecologia da UBS
5			12	Sala de grupos da UBS
10	Nível distrital	Gestores distritais da atenção básica com cargos comissionados nos Distritos de Saúde selecionados.	8	Sala de Estudos do ILMD/Fiocruz
11	Nível central	Gestores da atenção básica com cargos comissionados na Sede da SEMSA Manaus selecionados.	5	Sala de Estudos do ILMD/Fiocruz

ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família; ONG: Organização não-governamental; ILMD/Fiocruz: Instituto Leônidas e Maria Deane/Fundação Oswaldo Cruz.

Fonte: elaboração própria a partir dos dados extraídos dos roteiros dos grupos focais e diário de campo, Mendes (2015).

A técnica do grupo focal foi aplicada a todas as equipes selecionadas, de maneira que os trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa – após anuência por escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) - integraram o grupo focal, de acordo com o agendamento prévio. Os **grupos focais ocorreram no local de trabalho** a que pertenciam os sujeitos, sempre que possível, dada a dificuldade de deslocamento dessas equipes para um local mais protegido. No caso das equipes-gestão, a realização dos grupos focais fora da estrutura física da SEMSA mostrou-se mais viável e desejável para favorecer a desenvoltura nas falas dos participantes. O Quadro 1 mostra a tipologia das equipes pesquisadas, o número de participantes de cada GF e os locais de realização. O número de

participantes dos GF variou de cinco a doze trabalhadores, de modo que o número de informantes atendeu ao parâmetro operacional da técnica que gira em torno de seis a oito informantes por grupo focal (MINAYO, 2008), podendo essa variação na literatura chegar até 15 participantes (BOMFIM, 2009).

A soma dos áudios dos grupos focais alcançou 25 horas, 59 minutos e 21 segundos, gerando na transcrição um volume de 734 páginas e 23.552 linhas, incluídas as anotações do diário de campo e as primeiras impressões sobre os grupos focais.

2.2.4 Uma trabalhadora da saúde pesquisando trabalhadores da saúde.

Vários foram os desafios ao longo dessa pesquisa de mestrado. Alguns já descortinados no início - como organizar, implementar e analisar onze grupos focais num curto espaço de tempo - e outros solenemente desconhecidos, como a proximidade da violência urbana que parece sitiar várias equipes ESF na periferia da cidade. Por vezes, as equipes nos puseram em alerta para finalizar os grupos focais antes de determinado horário para “não corrermos perigo” pela permanência desavisada no território.

Os limites teórico-empíricos inerentes ao novo pesquisador nos lançam na insegurança do *saber-quase-nada* e, ao mesmo tempo, nos impulsionam para ultrapassar nossas fragilidades. Apesar de trabalhar na SEMSA Manaus há quase dez anos, estive vinculada todo o tempo a área da saúde mental. Pouco conhecia da realidade da atenção básica e das bases teóricas que sustentam o campo. Essas duas condições exigiram uma revisão da literatura com tal consistência que me possibilitasse lidar com conceitos-chave no recorte da qualidade em saúde na atenção básica, e um extenso pré-campo para conhecer minimamente o território das equipes pesquisadas.

Na revisão da literatura, verifiquei a carência de trabalhos científicos que abordassem o tema pesquisado, especialmente que considerassem o PMAQ-AB por tratar-se de um programa relativamente novo no âmbito do Ministério da Saúde. No pré-campo, o desafio da entrada nas Unidades, desde o contato e a apresentação do projeto de pesquisa para os gestores até a realização dos grupos focais propriamente ditos, envolveu planejamento, empenho e muita criatividade para enfrentar condições adversas – dificuldades no agendamento, ausência de profissionais, espaços com dimensões diminutas para realização do grupo focal, dentre outros.

É necessário assinalar que a formação em Psicologia me ajudou a lidar com a organização e implementação dos grupos focais. Além do mais, consegui duas psicólogas voluntárias para a equipe de coleta que estiveram comigo em todos os grupos, uma na relatoria e outra no papel de assistente. Destaco aqui a realização do grupo focal piloto, crucial para calibrar a equipe, testar a pertinência e adequação do roteiro sugerido, além de ajudar na definição das etapas na condução do grupo focal.

Outra condição crucial para o êxito dessa pesquisa, desde sua concepção até a redação final do trabalho, foi a longa experiência, não apenas acadêmica, mas, sobretudo, vivencial da minha orientadora, e a sua postura pedagógica ao longo da nossa trajetória de pesquisa. Sua dupla inserção como trabalhadora da saúde e pesquisadora na atenção básica deu-lhe condições de conduzir com maestria esse processo, com generosidade no compartilhar conhecimentos e vivências, se dispôs ao meu lado em parceria real na construção desse trabalho, – o que me alegrava muito nos nossos encontros - e me trazia o peso da responsabilidade de estar com uma pesquisadora de renome.

Se por um lado, a condição de trabalhadora da saúde na Secretaria de Saúde facilitou meu acesso aos sujeitos da pesquisa, retirando entraves burocráticos que um pesquisador “de fora” certamente enfrentaria, por outro, trouxe embaraços que precisam ser sopesados. Em praticamente todos os grupos focais, inicialmente, fomos confundidas com o pessoal da gestão da SEMSA. Essa situação fez-nos empregar mais tempo do que o previsto com as equipes para explicar que, apesar de sermos trabalhadoras da SEMSA, naquele momento, estávamos na condição de pesquisadoras, e que não pertencíamos à gestão central ou distrital da Secretaria. Além do mais, a garantia do sigilo/confidencialidade assegurada por escrito pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como a disponibilização impressa do Termo de Anuência da Comissão de Ética em Pesquisa da SEMSA e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM, foram fundamentais para testemunhar a seriedade da pesquisa e a veracidade do que afirmávamos.

O contato com o cotidiano das equipes ESF e o perpassar dos seus discursos nos GF, transformou meu olhar sobre a ESF e qualidade esperada desta, dando-lhe contornos mais realísticos do que aqueles descritos nos manuais. Ofereceu-me a oportunidade de rever concepções e posicionamentos não apenas a partir da literatura, mas também de fazer o contraponto entre a macro e a micropolítica que se desenrolam nos territórios das equipes e além deles.

De forma semelhante, ouvir as equipes-gestão, trouxe-me a clara noção do distanciamento existente entre a qualidade da atenção primária pensada pelos gestores

SEMSA e essa mesma qualidade do ponto de vista das equipes que atuam nos territórios. A impressão recorrente de que gestores e trabalhadores pareciam falar de Secretarias de Saúde distintas, se desvela na necessidade urgente de diminuir tal distância caso se deseje, de fato, qualificar as ações da ESF e da gestão.

Em resumo, posso afirmar que a oportunidade de interagir com outros trabalhadores da saúde na perspectiva da pesquisa em saúde foi duplamente positiva: 1) possibilitou-me dar os primeiros passos na seara da pesquisa qualitativa em saúde, provando os sabores e dissabores do campo; 2) fez-me experimentar e conhecer a realidade da atenção básica a partir da escuta dos trabalhadores em saúde da ponta e da gestão, com aproximações e distanciamentos sucessivos que me possibilitaram rever meu papel de trabalhadora da saúde a partir do enriquecimento do meu horizonte teórico-vivencial.

2.2.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) através do Parecer nº 834.081 - CEP/UFAM, de 16/10/2014, e de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, após submissão à Plataforma Brasil e à autorização da Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (COEP/SEMSA). Após manifestação explícita de apoio dos gestores de saúde locais e parecer favorável do Comitê de Ética, iniciou-se o projeto.

Os benefícios do presente estudo constituem uma importante contribuição ao conhecimento sobre a qualidade em saúde na atenção básica, além proporcionar um espaço de reflexão para os participantes da pesquisa. Os riscos envolvidos foram os inerentes aos projetos de natureza qualitativa que, via de regra, não incluem riscos/desconfortos físicos. Os desconfortos que os sujeitos pesquisados poderiam sentir foram os de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos, sentirem-se incomodados em falar. Para minimizá-los, o pesquisador deixou claro que os sujeitos não precisavam responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em entrevista/grupo focal, se sentissem que a resposta era muito pessoal ou que causaria desconforto em falar. Também se assegurou o sigilo ético e a confidencialidade das informações dos sujeitos para minimizar riscos sociais como discriminação e estigma. Nesse sentido também o cuidado com a devolução e comunicação dos resultados para evitar situações de conflitos e/ou abalo de vínculos nos

grupos de pertencimento. Todos os participantes dos grupos focais assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Considerando a presença de uma equipe de pesquisa qualificada, a supervisão técnica do orientador de pesquisa no acompanhamento ético e a observância das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, pode-se afirmar que os riscos desse estudo foram próximos de zero.

2.3 Da análise e interpretação dos achados no campo de pesquisa

Para apreender os significados atribuídos à qualidade na AB e a vivência dos trabalhadores na busca pela qualidade na AB – em consonância com os objetivos específicos da pesquisa - após a coleta dos dados através dos grupos focais e diário de campo, foi utilizada a **análise de conteúdo do tipo temática**, organizada em dois grupos (“equipes-gestão” e “equipes-ponta”) e duas categorias analíticas (“qualidade na AB” e “vivências da qualidade na AB”). Também fez-se uma análise estratificada por desempenho no PMAQ-AB (“muito acima da média”, “acima da média” e “mediano ou abaixo da média”) com as categorias analíticas (“qualidade na AB” e “vivências da qualidade na AB”) apresentadas pelos trabalhadores-ponta. A análise se deu também a partir da estratificação por desempenho no PMAQ-AB e por Distrito de Saúde, sempre que foi possível abordar tal perspectiva considerando as informações coletadas.

Bardin (2011, p.48) define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Esse método de análise permite que, a partir dos dados encontrados na pesquisa qualitativa, o autor realize análises sobre o tamanho das respostas, a frequência dos conteúdos, convergências e divergências nos discursos para que, com base no referencial teórico adotado, faça inferências de sua autoria.

Minayo (2008, p.316) aponta que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Significa dizer que, a partir dos objetivos da pesquisa, identifica-se a presença, ausência, repetições e contradições na fala dos participantes

em relação aos temas investigados. Para tanto, os seguintes procedimentos foram adotados: a) pré-análise: leitura flutuante do material coletado; b) exploração do material: codificação e recortes dos elementos constitutivos do objeto de estudo em duas categorias analíticas – “qualidade na AB” e “vivências da busca pela qualidade na AB”; e c) tratamento e interpretação: processo analítico de significação e validação dos resultados.

Na busca dos núcleos de compreensão dos textos transcritos dos GFs, a exploração do material gerou **categorias**, aqui entendidas como “[...] expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala está organizado.” (MINAYO, 2008, p.317). Desta forma, as categorias que emergiram dos discursos das equipes foram sistematizadas da seguinte forma: 1) categoria: “qualidade na AB”, 1.1) subcategoria: “conceito de qualidade na AB”, 1.2) subcategoria: “parâmetros de qualidade na AB”; 2) categoria: “vivências da busca pela qualidade na AB”, 2.1) subcategoria: “trajetórias vivenciais nos processos avaliativos”, 2.2) subcategoria: “dificuldades e avanços nos processos avaliativos”, 2.3) subcategoria: “sentimentos ligados às vivências nos processos avaliativos”. Os Quadros 2 e 3 resumem a diversidade encontrada nos discursos das equipes a partir da categorização dos conteúdos emergentes.

Quadro 2 - Categorias, subcategorias e suas definições a partir da análise de conteúdo do tipo temática das equipes-ponta.

Categoria	Subcategoria	Descrição da subcategoria	Síntese dos conteúdos emergentes
Qualidade na atenção básica	Conceito de qualidade na atenção básica	Concepções emergentes das equipes da AB sobre o significado da qualidade em saúde na atenção básica.	Dificuldades para conceituar qualidade na AB; associada aos atributos da atenção básica e aos fundamentos e diretrizes da AB; dependente de fatores externos a AB (resolutividade da atenção especializada, p.ex.); dependente de condições estruturais adequadas; depende de ambiente de trabalho adequado (valorização do trabalhador, p.ex.); vinculada a aspectos subjetivos (satisfação do usuário, p.ex.); prejudicada por: a) atuação disfuncional dos atores sociais, b) cobertura insuficiente da AB.
	Parâmetros de qualidade na atenção básica	Parâmetros utilizados pelas equipes da AB para o monitoramento e avaliação cotidianos de suas práticas em saúde.	Ausência de uso sistemático de parâmetros de qualidade; imprecisão conceitual; inidicação dos parâmetros mais utilizados pelas equipes com predominância do senso comum; estratégias de monitoramento e avaliação utilizadas; dificuldades identificadas para o monitoramento e avaliação das equipes; predomínio de parâmetros quantitativos; relação persecutória com a gestão distrital/sede SEMSA.
Vivências da busca pela qualidade na atenção básica	Trajetórias vivenciais nos processos avaliativos	Relatos sobre a vivências das equipes nos diversos processos avaliativos instituídos pela SEMSA .	Vivências pontuais com descontinuidade dos processos avaliativos no cotidiano; obrigatoriedade na participação dos processos avaliativos; pouco protagonismo das equipes nos processos avaliativos.
	Dificuldades e avanços nos processos avaliativos	Obstáculos e melhorias decorrentes das experiências das equipes com processos avaliativos.	Raramente identificam vantagens/melhoras advindas dos processos avaliativos; caracterizam os processos avaliativos como "estressantes e trabalhosos"; escassas mudanças nos processos de trabalho associadas aos processos avaliativos.
	Sentimentos ligados às vivências nos processos avaliativos	Afetos positivos e negativos ligados às vivências dos processos avaliativos pelas equipes.	Predominância de sentimentos de menos valia e falta de reconhecimento; sensação de "perda de tempo".

AB: atenção básica; SEMSA: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

Fonte: elaboração própria a partir dos dados dos roteiros dos grupos focais, Mendes (2015).

Quadro 3 - Categorias, subcategorias e suas definições a partir da análise de conteúdo do tipo temática das equipes-gestão.

Categoria	Subcategoria	Descrição da subcategoria	Síntese dos conteúdos emergentes
Qualidade na atenção básica	Conceito de qualidade na atenção básica	Concepções emergentes das equipes da AB sobre o significado da qualidade em saúde na atenção básica.	Conceito varia de acordo com o contexto considerado; associado aos atributos da AB e aos fundamentos e diretrizes da AB, principalmente, à resolutividade; associado às funções da AB na RAS, principalmente, à resolutividade; associada às dimensões da qualidade na RAS (pontualidade, segurança, p.ex); equivalente à resolutividade; estabelecimento e alcance de padrões de qualidade derivados da política da AB; dependente de ações da gestão direcionadas ao trabalhador da ponta para induzir a resolutividade; otimização da estrutura já existente na AB (gestão, infraestrutura, recursos humanos); em Manaus, prejudicada por: a) infraestrutura deficitária, b) falta de gestão local nas Unidades, c) sobrecarga administrativa das equipes, d) impacto negativo na operacionalização dos atributos da AB.
	Parâmetros de qualidade na atenção básica	Parâmetros utilizados pelas equipes da AB para o monitoramento e avaliação cotidianos de suas práticas em saúde.	1. Parâmetros e estratégias atuais da gestão para monitoramento e avaliação: a) Objetivos principais: minimizar o problema das equipes-ponta sem gestor e diminuir a distância entre os modelos de atenção à saúde; b) Estratégias principais: b1) Monitoramento e avaliação <i>in loco</i> com a figura do apoiador institucional; b2) Escolha dentre 127 indicadores, inclusive indicadores do PMAQ-AB e PQAUS, de 23 indicadores prioritários; b3) acompanhamento dos indicadores na ESF e UBS tradicionais; c) Implantação da Rede Saúde Manaus: c1) Objetivo: ordenar a rede e coordenar o cuidado a partir da APS; c2) Grupos de trabalho; c3) Painel de bordo; d) Melhoria da gestão da informação; 2. Fragilidades no monitoramento e avaliação das equipes-ponta: a) Dificuldade das equipes-ponta se identificarem com os parâmetros de qualidade da AB; b) Conflito entre os modelos de atenção à saúde; c) Problemas na gestão da informação (E-SUS que não gera relatórios, desativação do SIAB, p.ex.); d) Falta de entendimento das equipes-ponta sobre qualidade na AB, vez que associam qualidade à estrutura física; 3. Papel do PMAQ-AB na busca da melhoria do acesso e da qualidade na SEMSA: a) Síntese da busca de acesso e qualidade através da Rede Saúde Manaus; b) ênfase na mudança de processos de trabalho; c) sujeito a vieses: avaliação externa muito subjetiva; d) parâmetro de acompanhamento: termômetro de como o produto saúde pensado pela gestão está sendo produzido na ponta; e) resultado final dependente da micropolítica local nas unidades; f) tentativa de vínculo da gestão central com as equipes; g) adesão voluntária é do município e não das equipes; 4. Avaliação e monitoramento como prioridade da gestão que, paulatinamente, vai ganhando importância na cotidiano das equipes-ponta.
	Trajatórias vivenciais nos processos avaliativos	Relatos sobre a vivências das equipes nos diversos processos avaliativos instituídos pela SEMSA.	Trajatória na busca da qualidade pela gestão da SEMSA: a) No início, conhecimento e práticas muito insipientes de monitoramento e avaliação na ponta e na Sede SEMSA; b) Em 2006, criou-se o Setor de Monitoramento e Avaliação na Sede da SEMSA, identificado como um processo "lento, difícil e doloroso" de construção/aprendizagem sobre os indicadores de saúde e sua interlocução com as áreas técnicas de atenção à saúde da SEMSA; c) Em 2007, adoção da AMQ pela Secretaria trouxe a noção de padrões de qualidade para a ESF, mas ainda sem o reconhecimento devido da sua importância pela própria gestão que também não se permitia avaliar-se e possuía como foco de atuação a infraestrutura das Unidades; d) Até 2010, a AMQ permaneceu como referência de qualidade na AB na SEMSA; e) Em 2011, o PMAQ-AB trouxe o ineditismo do repasse financeiro que atraiu os olhares da gestão; f) Em 2015: f1) busca da qualidade reconhecida como importante para a gestão que coordena diretamente o processo na Secretaria; f2) houve investimento na proximidade da gestão com as equipes de saúde da ponta, principalmente, através dos apoiadores institucionais e definição de indicadores prioritários; f3) desafio diário de não fragmentar as ações em áreas técnicas e da construção de um olhar transversal e compartilhado sobre a busca da qualidade entre gestão e a ponta.
Vivências da busca pela qualidade na atenção básica	Dificuldades e avanços nos processos avaliativos	Obstáculos e melhorias decorrentes das experiências das equipes com processos avaliativos.	1. Avanços institucionais na busca de qualidade em saúde: aumento do conhecimento técnico-científico das equipes-gestão; consultoria com Dr. Vilela Mendes; adesão compulsória das equipes ao PMAQ-AB mediante a adesão voluntária do Município ao Programa; elaboração do planejamento estratégico da SEMSA até o ano de 2023; visão de trabalhar a integralidade das ações em saúde sem fragmentar a atenção à saúde; estudos de territorialização aliado ao uso da inteligência epidemiológica; validação das linhas-guia de cuidado; maior articulação em rede com a SUSAM; ampliação do número de conselhos locais de saúde; 2. Dificuldades institucionais na busca de qualidade em saúde: disparidade no alinhamento conceitual entre as equipes-gestão e as equipes-ponta; lento processo de mudança na busca de qualidade nas equipes-ponta; baixa cobertura da AB e alguns territórios com sobreposição de serviços da AB; limitação no financiamento da AB; fragmentação/desarticulação da RAS; desvalorização da AB em relação à atenção especializada por profissionais e usuários; poucos médicos com especialização em medicina da família e comunidade; existência de Unidades com infraestrutura precária; descompromisso de alguns profissionais das equipes-ponta; diferenças de remuneração entre profissionais de mesmo nível de escolaridade; sobreposição de ciclos avaliativos do PMAQ-AB; intersectorialidade insipiente.
	Sentimentos ligados às vivências nos processos avaliativos	Afetos positivos e negativos ligados às vivências dos processos avaliativos pelas equipes.	Entusiasmo com a possibilidade de implementar novos processos avaliativos; desânimo inicial frente a resistência das equipes-ponta com processos avaliativos, a deficiência da infraestrutura das Unidades ESF e a dificuldade da gestão de acompanhar as equipes na fase de desenvolvimento dos processos avaliativos; desconforto geral com os desempenhos obtidos pela equipes no PMAQ-AB; novo ânimo com a valorização dos processos avaliativos pela alta gestão; valorização dos processos avaliativos como indutores de mudanças nos processos de trabalho das equipes-ponta; demora do MS na divulgação do detalhamento dos desempenhos gera frustração/desestímulo e dificulta diálogo de melhorias com as equipes-ponta.

AB: atenção básica; SEMSA: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus; RAS: Rede de Atenção à Saúde; PQAUS: Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde; AMQ: Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família; PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. SUSAM: Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas; MS: Ministério da Saúde.

Fonte: elaboração própria a partir dos dados dos roteiros dos grupos focais, Mendes (2015).

CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Da decisão metodológica sobre um dilema inquietante

Espera-se que o capítulo de apresentação e discussão de resultados de uma pesquisa qualitativa faça um cotejamento entre resultados da pesquisa de campo - após a coleta, categorização temática e a análise dos dados – com o cabedal teórico levantado na revisão da literatura, para construir uma teia de significados que vincule os sentidos e as vivências das equipes com a qualidade em saúde na AB a um contexto teórico e social mais amplo (BOSI, 2012; MINAYO, 2008; DUARTE, 2002). Contudo, esse desafio ganhará um delineamento diferente aqui.

A extensão e a riqueza do material de pesquisa, já resumidamente apresentadas nos Quadros 2 e 3, nos obrigaram a tomar uma decisão difícil. O universo de informações e possibilidades que se descortinaram são tentadores para qualquer pesquisador, mas a implacabilidade do tempo e a necessidade de operacionalizar o possível dentro do espaço que se tem, de outro lado, também não podem ser ignoradas.

Duarte (2002) afirma que métodos qualitativos geram dados significativos, densos e de difícil análise. De fato, esta pesquisadora neófito sentiu na própria pele, por assim dizer, que “(...) só se tem idéia da dimensão dessa afirmação quando se está diante de seu próprio material de pesquisa e se sabe que é preciso dar conta dele.” (idem, p.151).

Como solução para esse dilema, optou-se por apresentar uma visão panorâmica dos achados do campo - à guisa de um balanço final do *corpus* da pesquisa e para responder preliminarmente aos objetivos investigativos propostos - e explorar uma pequena parcela dos resultados em profundidade no formato de um artigo científico.

3.2 Artigo científico sobre qualidade em saúde na atenção básica

O artigo apresentado a seguir debruçou-se sobre os achados das perguntas da primeira parte do roteiro do GF das equipes-ponta, que correspondente à categoria analítica “qualidade na AB”, subcategoria “conceito de qualidade em saúde na AB”.

Qualidade em saúde na atenção básica na perspectiva das equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade de Manaus, estado do Amazonas.

Quality health in primary care from the perspective of workers of the Family Health Strategy in the city of Manaus, state of Amazonas.

Elivandra Franco Mendes¹

Luiza Garnelo²

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas e Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, Brasil.

² Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, Brasil.

Correspondência

E.F. Mendes

Rua Terezina, 476, Manaus, AM, 69057-070, Brasil.

elivandramendes@yahoo.com.br

Resumo

O artigo descreve os significados da qualidade em saúde na atenção básica atribuídos por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que aderiram aos 1º e 2º ciclos avaliativos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde (PMAQ-AB), na cidade de Manaus, estado do Amazonas. Trata-se de pesquisa de corte qualitativo descritivo-exploratório que utilizou o grupo focal com a análise temática, o arcabouço teórico dos atributos da atenção primária (APS) de Starfield (2002) e, subsidiariamente, os fundamentos e diretrizes da Política de Nacional de Atenção Básica brasileira (2012). Os resultados evidenciaram a polissemia dos significados da qualidade na atenção básica para as equipes ESF, maior associação entre a qualidade em saúde e a presença de atributos da APS para equipes com melhor desempenho no PMAQ-AB, em contraposição às equipes com desempenhos mais baixos que associaram qualidade à disponibilidade de materiais e infraestrutura.

Atenção Básica à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Qualidade em Saúde.

Abstract

The article describes the meanings of health quality in primary care given by teams from the Family Health Strategy (FHS) who joined the 1st and 2nd cycles evaluative of the Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) in the city of Manaus, state of Amazonas. It is a descriptive and exploratory qualitative cutting research used focus groups with thematic analysis, the theoretical framework of the attributes of primary care (PHC) by Starfield (2002) and, additionally, the fundamentals and guidelines of the Brazilian National Policy of Primary Health Care. The results showed the polysemy of meanings of quality in primary care to the FHS teams, greater association between the quality of health and the presence of PHC attributes for teams with better performance in PMAQ-AB, as opposed to teams with lower performances associated quality to the availability of materials and infrastructure.

Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Evaluation; Quality in Health.

Introdução

A expansão da Saúde da Família (ESF), estratégia prioritária e estruturante da atenção primária à saúde brasileira, potencializou o acesso à atenção primária da população e se configurou num passo importante em direção ao princípio da universalização do Sistema Único de Saúde (SUS) (GIOVANELLA *et al*, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde à atenção ambulatorial de primeiro contato com o usuário, servindo de porta de entrada à oferta de cuidados e, na sua acepção abrangente, operando como modelo assistencial organizador desses sistemas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Na esfera do SUS, a APS é traduzida como Atenção Básica (AB), ainda que não se possa concluir pela equivalência pacífica dos termos (SOUZA; MARQUES; SILVA, 2012; BORGES; BAPTISTA, 2011; GIL, 2006), como quer a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), já que por trás desse aparente consenso, existem distintas concepções a respeito do seu real significado e escopo (LAVRAS, 2011).

Para além da multiplicação de equipes ESF na AB, uma efetiva reorganização do modelo de Atenção Básica à Saúde implica na melhora da resolubilidade, na capacidade de

integração com demais pontos da rede de atenção à saúde (RAS) e na qualidade da atenção ofertada na porta de entrada do sistema de saúde (CASTANHEIRA, 2009).

O conceito de qualidade em saúde é polissêmico e multidimensional visto que depende da concepção de saúde que se tem, da variedade de atores sociais envolvidos, das peculiaridades das ações de saúde e, por fim, dos contextos históricos, políticos, sociais e institucionais que influenciam diretamente na sua conformação (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010; SERAPIONI, 2006; BOSI MLM, UCHIMURA, 2006). Em razão dessa complexidade, muitos autores optam por destacar um conjunto de dimensões da qualidade, ao invés de formularem um conceito próprio, protegendo-se assim do risco de conceituações restritivas (SERAPIONI, 2006). Uma das formulações com maior aceitabilidade no campo de avaliação da APS pertence à Starfield (2002) que propôs seis atributos ordenadores que, a depender do grau de implementação e extensão que recebam nos sistemas de saúde, apontam para a existência de uma APS de qualidade (VAN STRALEN *et al*, 2008; ELIAS *et al*, 2006). A autora definiu quatro atributos essenciais da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e, dois atributos derivados: focalização familiar e orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

Apesar da crescente preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde (FRIAS, 2010), na realidade brasileira, pesquisas sobre a qualidade na atenção básica, bem como a avaliação desta qualidade, são bastante recentes, apresentando maior intensificação investigativa a partir do ano de 2005 (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

A iniciativa governamental mais recente de avaliação da qualidade foi o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) proposto pelo Ministério da Saúde para estimular a ampliação do acesso e a qualificação da AB no âmbito da gestão, do cuidado, e da participação e controle social (BRASIL, 2012b). O PMAQ-AB avalia cada equipe ESF a partir de padrões normativos relacionados à gestão municipal para desenvolvimento da AB; estrutura e condições de funcionamento da UBS; valorização do trabalhador; acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho, além da utilização, participação e satisfação do usuário (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). De acordo com seus idealizadores, o desenho do PMAQ-AB revela a nova PNAB no sentido de traduzir os elementos essenciais dessa Política nos seus dispositivos, como uma espécie de síntese (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

Participaram do 1º Ciclo de Avaliação do PMAQ-AB (2011-2012) 3.972 municípios, correspondente a 70% de adesão ao Programa do total de municípios brasileiros e, no 2º Ciclo

de Avaliação (2013-2014), a adesão subiu para 94% com a participação de 5.213 municípios (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014). Manaus aderiu com equipes ESF aos dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB.

Este artigo **objetiva** descrever os significados da qualidade em saúde na atenção básica atribuídos por equipes ESF de Manaus que vivenciaram ambos os ciclos avaliativos do PMAQ-AB. Como **marco teórico principal** para a análise dos elementos emergentes dos conceitos de qualidade em saúde na AB das equipes ESF pesquisadas, o artigo utiliza os **atributos da APS propostos por Starfield (2002)**, dada a sua relevância e reconhecimento no campo da avaliação da qualidade e, subsidiariamente, os **fundamentos e diretrizes da AB** que, segundo a atual PNAB, devem orientar as iniciativas de qualificação da ESF (BRASIL, 2012a). O Quadro 1 abaixo resume o aporte teórico adotado.

Quadro 1 - Resumo dos referenciais teóricos utilizados.

ATRIBUTOS DA AB <i>Adaptado de STARFIELD (2002)</i>
PRIMEIRO CONTATO: <i>acessibilidade e uso do serviço [acesso] a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.</i>
LONGITUDINALIDADE: <i>aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde e seu uso ao longo do tempo através do vínculo entre equipe de saúde e a população do território;</i>
INTEGRALIDADE: <i>implica que as equipes da atenção primária devem fazer arranjos para que a população adstrita receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas.</i>
COORDENAÇÃO: <i>garantir a continuidade da atenção por meio da equipe de saúde, além do reconhecimento de problemas que necessitam seguimento.</i>
FOCALIZAÇÃO NA FAMÍLIA: <i>considerar a família como sujeito da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde.</i>
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: <i>é o reconhecimento das necessidades familiares em razão do contexto social, econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva.</i>
DIRETRIZES E FUNDAMENTOS DA AB <i>Adaptado da PNAB (BRASIL, 2012a)</i>
TERRITÓRIO ADSTRITO: <i>envolve a territorialização e a responsabilidade sanitária;</i>
ACESSO UNIVERSAL E CONTÍNUO: <i>porta de entrada aberta e preferencial da RAS caracterizada por acessibilidade, acolhimento e resolutividade;</i>
ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA E LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO: <i>implica no processo de vinculação da população através do vínculo e responsabilização, de maneira a garantir a longitudinalidade do cuidado.</i>
COORDENAÇÃO DA INTEGRALIDADE: <i>coordenação das práticas na promoção, prevenção, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação dentro da equipe, inclusive na responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos da rede e na integração das ações programáticas e a demanda espontânea, através do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar e da gestão do cuidado integral em rede;</i>
ESTÍMULO A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS: <i>no sentido da ampliação da autonomia e da capacidade de construção do cuidado dos usuários, a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.</i>

AB: atenção básica; PNAB: Política Nacional da Atenção Básica; RAS: rede de atenção à saúde.

Fonte: elaborado com base em Starfield (2002) e Brasil (2012a).

Metodologia

Trata-se de **pesquisa qualitativa descritivo-exploratória**, tipologia que permite desvelar processos sociais ou acessar áreas ainda poucos exploradas, em que se tem quase ou

nenhum conhecimento científico acumulado (MINAYO, 2008; STRAUSS; CORBIN, 2008; POPE; MAYS, 2009).

De um conjunto de 187 equipes de ESF existentes em Manaus em 2014, distribuídas em cinco Distritos Sanitários, 156 equipes ESF que aderiram ao PMAQ-AB (83,4% das equipes ESF existentes), foram consideradas o universo da pesquisa. Dessas, os procedimentos de seleção amostral adotados permitiram selecionar nove equipes junto às quais os dados foram coletados.

Como **critério geral de inclusão**, foram selecionadas apenas as equipes que participaram de ambos os ciclos avaliativos do PMAQ-AB, 1º e 2º Ciclos, respectivamente. Assumiu-se que no universo de todas as equipes ESF de Manaus, as participantes do PMAQ-AB possuiriam maior contato prévio com a temática da qualidade em saúde na AB.

Foram **excluídas da pesquisa** todas as equipes que não haviam participado do 1º Ciclo do PMAQ-AB. Este foi o caso de 122 equipes ESF, incluindo todas as equipes do Distrito Rural na mesma condição. Também foram excluídas mais quatro equipes ESF que participaram apenas do 2º Ciclo do PMAQ-AB. Das 30 equipes ESF que participaram de ambos os ciclos avaliativos foram excluídas as equipes ESF que tivessem mais da metade de seus trabalhadores com menos de três meses de exercício na equipe. Assim, afastaram-se possíveis vieses amostrais decorrentes da alocação de membros inexperientes nas equipes selecionadas.

Uma vez definidas as equipes elegíveis para a pesquisa segundo os critérios iniciais de exclusão/inclusão, procedeu-se, na sequência, um sorteio de equipes para cada Distrito de Saúde, tomando como base o desempenho delas no 1º Ciclo avaliativo das equipes que aderiram ao PMAQ-AB. À época em que foi feita a seleção das equipes, apenas o 1º Ciclo tinha publicizado seu resultado, uma vez que o 2º Ciclo avaliativo ainda estava em andamento. O sorteio por Distrito pretendia garantir que todos tivessem a chance de ser contemplados na coleta de dados e levou em conta o desempenho das equipes no processo avaliativo do 1º Ciclo.

Assim, para cada Distrito foram sorteadas equipes com: a) **Desempenho “muito acima da média”**: como em Manaus apenas duas equipes alcançaram esse patamar, uma no Distrito Norte e outra no Distrito Sul, essas equipes, nesses Distritos, foram automaticamente selecionadas; b) **Desempenho “acima da média”**: para atender a esta categoria foi sorteada uma equipe por Distrito de Saúde. Aqui a exceção foi o Distrito Leste porque não dispunha de equipe enquadrada neste tipo de resultado; c) **Desempenho “mediano ou abaixo da média”**: para atender a esta categoria foi sorteada uma equipe entre cada Distrito de Saúde de Manaus.

A exceção foi o Distrito Oeste que apresentou apenas uma equipe enquadrada neste tipo de resultado, razão pela qual ela foi automaticamente selecionada. Ao final dos procedimentos, nove equipes haviam sido selecionadas para a coleta de dados. A ordem desses procedimentos está sintetizada no Quadro 02.

Quadro 02 - Seleção amostral da pesquisa a partir do desempenho no 1º Ciclo PMAQ-AB das equipes ESF por Distrito de Saúde.

Desempenho no PMAQ-AB		Muito acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	n da pesquisa por Distrito de Saúde
Distrito Leste	n PMAQ-AB	-	-	3	
	Tipo de seleção	-	-	Sorteio	1
	n selecionadas	-	-	1	
Distrito Norte	n PMAQ-AB	1	3	4	
	Tipo de seleção	Automática	Sorteio	Sorteio	3
	n selecionadas	1	1	1	
Distrito Oeste	n PMAQ-AB	-	9	1	
	Tipo de seleção	-	Sorteio	Automática	2
	n selecionadas	-	1	1	
Distrito Sul	n PMAQ-AB	1	5	3	
	Tipo de seleção	Automática	Sorteio	Sorteio	3
	n selecionadas	1	1	1	
				Total	9

n: quantitativo de equipes da Estratégia Saúde da Família; ESF: Estratégia Saúde da Família; PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.

Fonte: elaboração própria a partir dos dados de desempenho no 1º Ciclo do PMAQ-AB fornecidos pelo Departamento de Atenção Primária/Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (MANAUS, 2013).

Considerando-se a unidade de análise da pesquisa – equipes ESF – e o potencial da estratégia de coleta de dados escolhida para a captação dos aspectos comuns e divergentes no discurso das equipes participantes, optou-se pelo uso da técnica do **grupo focal** (GF), comumente empregada em pesquisas qualitativas (GATTI, 2005). Um **diário de campo** com informações adicionais sobre o processo da coleta de dados foi utilizado complementarmente aos GF.

Para a condução do GF com as equipes ESF, elaborou-se um **roteiro composto por perguntas norteadoras** (Apêndice A) do tipo semi-estruturadas subdividas nas duas principais categorias analíticas selecionadas para orientar a coleta dos dados: “qualidade em saúde na AB” e “vivências da busca pela qualidade na saúde na AB”. No verso do roteiro havia uma planilha com dados de identificação de cada participante do GF, bem como da codificação que receberam para fins de sigilo. A primeira atividade de campo foi a realização de um GF piloto, para calibrar a equipe e testar a pertinência e adequação do roteiro sugerido.

Como um dos produtos do GF piloto, alterou-se a sequência de algumas perguntas do roteiro e fez-se a inclusão de uma dinâmica de aquecimento do grupo.

Uma **equipe de pesquisa de campo** previamente treinada, composta por um facilitador, um relator e um assistente, conduziu a realização de cada grupo focal que teve duração média de 2 horas. O facilitador ocupou-se da condução das discussões no GF, o relator digitou em tempo real as falas dos participantes e o assistente auxiliou nas tarefas de organização do grupo. O critério de saturação do tema - quando os relatos passam por sucessivas repetições e o grupo dá sinais de que o problema está relativamente compreendido (MINAYO, 2008) - foi utilizado para balizar a decisão do facilitador em quando avançar nas questões norteadoras do roteiro do GF. O registro dos grupos focais ocorreu em áudio, via gravador mp3, e em tempo real, através de digitação no Microsoft Word pelo relator. Posteriormente, fez-se a transcrição na íntegra dos áudios dos grupos focais e comparou-se com os registros do relator, que envolveram também descrições ambientais e comportamentais dos participantes.

A pesquisa também envolveu um **extenso pré-campo** com os gestores da atenção básica distritais e centrais da Secretaria Municipal de Saúde para apresentação do projeto e ciência por escrito da entrada no campo. Em seguida, fez-se contato com cada equipe selecionada para agendar uma visita *in loco* na UBS. Nessa visita, a pesquisadora fez o convite à equipe para participar da pesquisa, apresentou o projeto em linhas gerais e já alinhavou o aceite da equipe com uma data próxima para realização do GF. Aplicou-se a técnica do GF no próprio local de trabalho das equipes, nos dias e horários mais oportunos para as equipes.

Antes do início de cada GF, a pesquisadora explicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e obteve a anuência verbal e por escrito dos participantes. Para atender as exigências éticas da pesquisa, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), através do Parecer nº 834.081, de 16/10/2014.

A **coleta de dados** ocorreu no período de outubro de 2014 a abril de 2015. Foram realizados os nove grupos focais previstos com equipes ESF, totalizando 89 trabalhadores participantes dos grupos, dentre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), agente de endemias (ACE), dentistas, auxiliares de saúde bucal (ASB) e técnicos de saúde bucal (TSB). Nas equipes ESF da amostra, 87,5% eram mulheres, na faixa etária de 23 a 62 anos, enquanto os homens apresentavam idades entre 27 e 54 anos.

O trabalhador com maior tempo de atuação na AB e tempo de permanência na mesma equipe ESF, foi o ACS, em média de 14,8 anos, e 7,7 anos, respectivamente.

Para a análise dos dados, foi utilizada a **análise de conteúdo do tipo temática**, conforme proposta por Minayo (2008), para descobrir os núcleos de sentido que compuseram as comunicações nos GF. A partir das categorias analíticas “qualidade na AB” e “vivências da qualidade na AB”, dadas previamente pelo próprio roteiro do GF, identificou-se a presença, ausência, repetições e/ou contradições nas falas dos participantes em relação ao tema investigado. Para tanto, os seguintes procedimentos foram adotados: a) pré-análise: leitura flutuante do material coletado; b) exploração do material: codificação e recortes dos elementos constitutivos do objeto de estudo em duas categorias analíticas – “qualidade na AB” e “vivências da busca pela qualidade na saúde na AB”; e c) tratamento e interpretação: processo analítico de significação e validação dos resultados.

Tal como nos procedimentos de seleção, a análise do material dos GF também levou em consideração a estratificação da equipe, segundo o desempenho obtido no processo avaliativo do PMAQ-AB (“muito acima da média”, “acima da média” e “mediano ou abaixo da média”), os quais foram correlacionados com as categorias analíticas (“qualidade na AB” e “vivências da qualidade na AB”) apresentadas pelas equipes ESF. A análise a partir da estratificação por desempenho no PMAQ-AB também levou em conta o Distrito de Saúde, sempre que foi possível abordar tal perspectiva, considerando as informações coletadas.

Neste artigo discorreremos apenas sobre os achados relativos às perguntas contidas na primeira parte do roteiro do GF que se ocupa dos significados que as equipes da atenção básica em saúde atribuem à expressão “qualidade em saúde na atenção básica”. Outros resultados serão analisados em publicações futuras.

Resultados e discussão

Das leituras das transcrições dos GF, emergiram vários elementos analíticos correspondentes ao *conceito de qualidade na AB* dos discursos das equipes ESF. As leituras foram feitas sob a lente dos atributos da APS de Starfield (2002) subsidiadas pelas diretrizes e fundamentos da AB dispostos na PNAB (BRASIL, 2012a). Considerando que as últimas reformulações e aprimoramentos da política de AB brasileira sugerem aproximações com os atributos da APS descritos por Starfield (SUMAR, FAUSTO, 2014), foi-nos possível fazer um intercâmbio seguro dos referenciais teóricos propostos em cotejamento com os depoimentos das equipes pesquisadas.

Do conjunto do material coletado foram separados, para esse artigo, dois eixos temáticos que orientam a discussão dos resultados: a) *Conceitos de qualidade na AB*, em que se analisam as concepções de qualidade na AB que emergem dos discursos das equipes nos GF a partir dos atributos da APS identificados nesses discursos; e, b) *Comparativo entre a presença dos atributos da APS e os respectivos desempenhos das equipes nos ciclos avaliativos do PMAQ-AB*, em que se destaca as relações existentes entre os atributos da APS estabelecidos pela literatura e os discursos emergentes dos GF sobre o conceito de qualidade na AB, considerando os diferentes desempenhos dessas equipes nos ciclos avaliativos do PMAQ-AB.

Os discursos proeminentes que emergiram dos GF, e que foram selecionados para a discussão, foram enxertados ao longo do texto com codificação sequencial da realização dos GF (GF1, GF2... até GF12). Letras iniciais indicativas da categoria profissional seguida de um número de ordem (Médico=M1, Enfermeiro=E1 etc) oferecem alguma forma de identificação do lugar de fala do depoente.

A) *Conceitos de qualidade na AB*

De modo geral, as equipes ESF mostraram bastante **dificuldade na conceituação** da qualidade em saúde na atenção básica, a exemplo dos trechos abaixo:

ASB1 pede para **explicar melhor o que é essa qualidade**, (...). Elas riem, falam que tem **dificuldade na definição**. (GF1, L277-282).

ACE: coloquei o que a doutora falou: **responsabilidade, atenção, compromisso...** (ACE1, GF1, L303-306).

ACS7: Então, eu acredito, assim que para a gente ter uma **qualidade de vida básica**, ((enfaticou)) que quer dizer vir lá ao todo, teria que ser, assim, a gente também ((enfaticou)) ter uma remuneração bem melhor, que é muito pouco o que a gente ganha para fazer o que a gente faz. (ACS7, GF7, L993-996).

A despeito da complexidade e polissemia dos termos “qualidade” (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010; BOSI; UCHIMURA, 2006; SERAPIONI, 2006) e “atenção básica” (SOUZA; MARQUES; SILVA, 2012; BORGES; BAPTISTA, 2010) apontados na literatura, as falas das equipes apontam que, no seu trabalho cotidiano, não se faz presente uma reflexão mais apurada sobre a qualidade na AB e sua tradução na *práxis* da organização do serviço e da produção do cuidado. O desconhecimento do conceito, o uso de termos genéricos e a confusão conceitual surgiram em, pelo menos, sete dos nove grupos focais.

Nenhuma equipe apresentou um conceito claramente delineado sobre qualidade na AB, mas à medida que os GF se desenvolviam, paulatinamente as equipes acrescentavam elementos estruturantes que acreditavam integrar o conceito de qualidade na AB, conforme veremos nos atributos clássicos da AB a seguir.

Primeiro contato

Para Starfield (2002) o atributo do primeiro contato significa acessibilidade e utilização do serviço de saúde a cada novo problema ou episódio de um mesmo problema, o denominado acesso ao serviço. Dito de outra forma, o primeiro contato caracteriza-se pela entrada no serviço e pela continuidade dos cuidados prestados pela equipe aos usuários da sua adstrição (SOUZA, GARNELO, 2008). Além da acessibilidade e do acesso, a PNAB destaca mais duas características importantes que marcam o primeiro contato: o acolhimento e a resolutividade. Ambas refletem a função central do serviço de saúde na AB de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2011).

Oito equipes ESF pesquisadas associaram pelo menos um dos elementos do primeiro contato ao conceito de qualidade na AB, a exemplo das falas a seguir.

M1: Um serviço de qualidade precisa de **bom atendimento, acesso fácil aqui e em outros locais**, e pelo menos 50% de **resolução** de coisas que não são resolvidas na atenção básica e ficam pendentes nos outros níveis de atenção. Eu acho que isso é o primordial, o que deveria acontecer, e é um pouco complicado. (M1, GF1, L290-293).

ACS6: É ter um **bom atendimento** com a comunidade, um **bom acolhimento** tanto aqui na UBS como na área de abrangência na área de saúde, ou com nossos comunitários ou não-comunitários, e **orientação, prevenção** [...].(ACS6, GF5, L375-377)

ACS3: A qualidade do serviço é você **orientar com clareza e dar aquela atenção àquele morador** que, muitas vezes, só quer uma palavra. Às vezes, tem morador aqui próximo que vem nos chamar, a gente sabe que tem que ir para o SPA, mas a gente vai lá, leva o técnico, afere a pressão, tudinho, passa pro médico e manda para o Pronto-Socorro. Pra mim, qualidade é isso aí. (ACS4, GF3, L373-375).

Percebe-se que o elemento mais evocado no primeiro contato pelas equipes ESF foi o **acolhimento**. Em geral, o acolhimento se resumiu ao sentido da recepção do usuário e da triagem para os serviços ofertados. A predominância dessa concepção mais restrita do acolhimento já foi apontada na literatura (TAKEMOTO; SILVA, 2007; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010), demonstrando que o fenômeno não é novo na AB. O acolhimento insere-se no contexto das tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais na

AB, capaz de atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica (SOUZA *et al*, 2008, p.S102). A amplitude do acolhimento possui particularidades que as equipes ESF precisam se apropriar, a saber, como uma postura assumida pelos profissionais, uma técnica capaz de gerar procedimentos organizados e interativos, e um princípio orientador que traduz um projeto institucional que norteia as ações da equipe (BARBOSA *et al*, 2013).

Apenas quatro das nove equipes ESF mencionaram o acesso como um atributo vinculado à qualidade na AB. No GF2, percebe-se uma confusão entre **acesso e acessibilidade** subsidiariamente presentes nos discursos de outras equipes:

D1: Acesso, hoje em dia, até já melhorou muito porque você vem aqui... Por exemplo, todos os dias a gente marca consulta e todos os dias muita gente falta. (...) a gente marca um pouquinho a mais porque as **pessoas não vem para a consulta**, por vários motivos, mas elas tem uma **facilidade de acesso**, e às vezes esse acesso não é organizado. (D1, GF2, L412-418).

Na fala acima, *acesso* foi tomado no sentido de *acessibilidade*, reduzido a idéia de chegar até a porta de entrada do serviço. Na verdade, o acesso engloba a acessibilidade, enquanto ausência de barreiras para o primeiro contato, e a ultrapassa, pois envolve também a prática resolutiva das necessidades de saúde pela equipe e a forma como usuário experiência o serviço como um todo (STARFIELD, 2002).

Um conceito caro para a qualidade em saúde na AB, a **satisfação do usuário**, surgiu nas falas de cinco equipes ESF (GF1, GF3, GF4, GF7, GF8). Essa satisfação liga-se à resolutividade e ao acesso. Ainda que no cotidiano dos serviços pesquisados a avaliação da satisfação do usuário seja empírica, é importante destacar essa dimensão da qualidade nas equipes ESF da pesquisa. A satisfação do usuário é um dos aspectos fundamentais da qualidade num serviço da atenção primária, pois a percepção do usuário sobre desempenho da equipe interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e na consequente horizontalidade do cuidado, e terá reflexos na capacidade de coordenação da equipe. (SAVASSI, 2011).

Longitudinalidade

Entende-se por longitudinalidade a existência do aporte regular e consistente de cuidados e seu uso ao longo do tempo através do vínculo entre equipe de saúde e a população do território (STARFIELD, 2002). Expressa o acompanhamento contínuo das famílias pelas equipes ESF através de fortes laços pessoais – vínculo - que promovem a mútua cooperação

entre a equipe de saúde e a população adstrita. Na longitudinalidade do cuidado, a PNAB destaca o processo de vinculação, a chamada adscrição da clientela, no qual a equipe ESF se torna a referência em saúde das famílias do seu território, através do vínculo e da corresponsabilidade no cuidado (BRASIL, 2012).

Três equipes ESF (GF4, GF5, GF9) indicaram o **vínculo** como elemento conceitual da qualidade em saúde na AB e destas, apenas duas equipes (GF5 e GF4) citaram a **corresponsabilidade do usuário**.

D1: Eu acho que ele tem que ter **vínculo** com a comunidade...

D1: ... e **compromisso**. Que a gente vê que tem muita gente que está na Estratégia não tem perfil. Então, eu acho que tem que ter compromisso, tem que ter perfil para trabalhar na Atenção Básica. (D1, GF5, L527-531).

E1: Então, assim... eu acho que essa **qualidade também passa pela questão da conscientização, da sensibilização do próprio usuário para o seu autocuidado** (E1, GF4, L956-957).

M1: A gente trabalha um pouco disso também, a gente trabalha a **corresponsabilidade do usuário**. (...) 'Então assim'... a gente fala muito para eles isso, a gente tem um limite para ir. E a gente sabe que vai muito além dele muitas vezes, ((enfaticou)) mas a gente sempre está enfatizando muito isso, o usuário, ele é **responsável também pela sua saúde**. (M1, GF5, L621-628).

A PNAB destaca o **estímulo à participação dos usuários** no sentido da ampliação da autonomia e da capacidade de construção do cuidado em conjunto com as equipes, na longitudinalidade do acompanhamento, o que envolve o exercício do controle social e lógicas usuário-centradas (BRASIL, 2011). Nenhuma equipe da pesquisa mencionou esse aspecto da participação, limitando-se a corresponsabilidade na atenção a saúde.

A fala abaixo no GF5 marca a potência do vínculo para promover o cuidado longitudinal das famílias, sobretudo àquelas em situação de vulnerabilidade social e violência:

ACS6: (...) "- Não, enfermeira [tutora de estagiários de enfermagem], não diga isso, pelo amor de Deus!", e a enfermeira respondeu, "- Mas, não é assim a tua visita?", eu disse, "- **É assim a minha visita, sim, mas a gente vai devagarinho!** Ninguém chega lá perguntando se a pessoa usa droga, o que ela quer que a gente ofereça pra ela, e nem pro rapaz que é homossexual, já oferecer o exame de HIV e perguntar se ele fez o exame, insistir pra ele fazer, assim também o exame de hepatite, para ele vir na Unidade fazer o exame. Não diga isso não, enfermeira, não pode!". ((risos)) ((sobreposição de vozes)). A enfermeira respondeu pra mim, "- **Como não pode? Pode sim, a tua enfermeira não vai lá?**". Eu disse, "- **Vai, mas a enfermeira [da equipe ESF] já conhece eles há 14 anos e não é assim, não**", e a enfermeira insistiu, "- Por que é que a senhora não quer que pergunte?", então eu reforcei o que disse antes, "- Não, me desculpe, mas não pode fazer essas perguntas!". ((risos)). "**Eu sei como lidar com eles**. Eles são convidados para vir na Unidade, estão convidados para tudo isso que a senhora já falou, eles são convidados, são cientes de tudo isso." E completei dizendo pra enfermeira, "- Sabe por que não também? Porque **um dia antes prenderam uns chefões [do tráfico de drogas] de lá**. Se eu chegasse com desconhecidos lá, eles iam pensar que eu estava levando alguns informantes" (ACS6, GF5, L744-771).

A presença da longitudinalidade na oferta de cuidados pelas equipes ESF aumenta as chances de produção de diagnósticos e tratamentos mais precisos, reduz os encaminhamentos desnecessários para atenção especializada e a necessidade de realização de procedimentos de maior complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Constatar que apenas um terço das equipes ESF da amostra correlacionou o atributo da longitudinalidade à qualidade em saúde na AB, faz-nos pensar que o acompanhamento ao longo do ciclo de vida das famílias e usuários no território, o que seria um diferencial da ESF em relação às UBS tradicionais, encontra-se bastante prejudicado. A rotatividade dos profissionais nas equipes ESF, principalmente médicos e enfermeiros, bem como a qualidade do registro nos prontuários, também influenciam negativamente a longitudinalidade (BRASIL, 2011).

Integralidade

O atributo da integralidade diz respeito às práticas das equipes da AB na oferta de ações e serviços à população adstrita a partir da identificação de suas necessidades de saúde pela equipe de saúde que a acompanha (STARFIELD, 2002), ainda que essa oferta esteja em outro ponto de atenção à saúde (BRASIL, 2012). Nos discursos das equipes ESF, a integralidade foi associada à qualidade em saúde na AB nos seguintes aspectos: promoção e prevenção, trabalho em equipes multidisciplinares e, infraestrutura e insumos.

A capacidade da equipe em lidar com a ampla gama de necessidades de saúde envolve o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Todas as equipes mencionaram que **a prevenção influencia a qualidade da atenção na AB**, contudo, apontam o *desinteresse da população pelas ações preventivas e a busca pelos tratamentos curativos*:

ACS6: [Qualidade na AB] é ter um bom atendimento com a comunidade, um bom acolhimento tanto aqui na UBS como na área de abrangência na área de saúde, ou com nossos comunitários ou não-comunitários, e **orientação, prevenção** [...].(ACS6, GF5, L375-377).

D1: eu acho que o entrave também é da **própria mentalidade da comunidade**. Eu vejo o empenho da SEMSA na parte preventiva, mas a **comunidade quer o curativo...**

E1: Com certeza!

D1: ...a comunidade **vem para ser curada**, ela não quer o preventivo. (GF1, L743-746).

A dificuldade dos profissionais na realização das ações preventivas face a desvalorização dessas ações perante aos usuários, que desejam cura imediata de suas doenças, foi assinalada por Silva, Dias e Rodrigues (2009). Os autores identificaram que os profissionais sentem-se pressionados para atender ao clamor curativo da população e acabam por lançar mão da prática excessiva de tecnologias duras no cuidado. A prática clínica se resume em “*ficar dando remédio, fornecendo receita, receita, receita e pronto*” (ACS7, GF12, L568).

Além disso, as equipes referem que o caráter preventivo das ações é prejudicado pela forte pressão exercida pela *demandas de usuários “fora de área”* – pessoas sem cobertura da ESF - por um lado e, pelas *demandas administrativas internas e externas*, por outro:

Mas, eles [a gestão] mexeram nas coisas, porque isso aqui **não veio para curar, veio para prevenir e não está muito ((enfaticou)) acontecendo isso porque não dá tempo**. A gente não consegue fazer uma palestra porque é o dia todo ((enfaticando)) só consultando. Consultando porque o pessoal já vem tudo doente e não vem só daqui, vem de baixo, vem do Pará, vem aos montes. A fama vai embora. (ACS4, GF9, L760-763).

M1: [...] a **demandas é tão grande e a gestão pede tantas outras coisas da gente** que a gente termina ficando mais nesse atendimento e que esse **trabalho de prevenção termina ficando um pouco desviado**, mas a gente sempre tenta voltar para o nosso rumo (M1, GF12, L363-366).

E1: [...] praticamente de usuários, assim, de atendimento 'in loco', nós temos, em **média, de 55 a 60 por cento de usuários que são atendidos locais e que são pacientes de fora de área**. (E1, GF7, L395-397).

Dados oficiais de cobertura ESF em Manaus indicam que apenas 31,50% da população está sob a abrangência da Estratégia na cidade (BRASIL, 2014). O vazio assistencial implica, de acordo com as equipes da pesquisa, que em torno da metade da demanda de atendimento nas Unidades sejam de pessoas fora da cobertura da ESF. Souza *et al* (2008) observaram que a pressão da demanda reprimida gera nas equipes ESF ações sem estruturação e suporte assistencial adequados, sobrecarga de trabalho, estresse e cansaço, comprometimento de agendas de atividades grupais intra-equipe e com os usuários.

Outro elemento dessa equação é o entendimento das equipes ESF sobre a integralidade. Uma equipe ESF chegou a associar a qualidade em saúde na AB ao **conceito de APS seletiva** e outra com a **ausência de doenças**:

T1: Em suma, a qualidade pra mim em relação a oferta ao usuário, é você solucionar, **prestar uma atenção mínima**, pelo menos, que é o que a gente tem pra fazer. Na questão de um medicamento, na questão de uma consulta, pra mim, a qualidade é isso, é você **solucionar, pelo menos, o básico, o mínimo do que o indivíduo precisa**. (T1, GF3, L659-663).

ACS4: O meu [conceito de qualidade em saúde na atenção básica] seria **não haver mais doenças**, não é? (ACS4, GF9, L990).

A interpretação da atenção básica como oferta do “mínimo” em saúde remonta ao pacote de ações restritivas de saúde que surgiu como proposição de agências financeiras internacionais, como o Banco Mundial, em contraposição direta ao entendimento de APS consagrado em Alma-Ata, Conferência Internacional que lançou as bases para o alcance de uma APS abrangente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Em Manaus, essas experiências corresponderam ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao próprio Programa Médico da Família (PMF), este último centrado no modelo biomédico e na idéia de saúde como ausência de doenças, uma versão customizada do PSF nacional pelo prefeito à época que implantou o programa na cidade no ano de 1989 (SILVA; GARNELO; GIOVANELLA, 2010). Essas falas são ecos dessa realidade ainda presente na AB.

A diversidade e a complexidade das demandas de saúde da população requer a presença do **trabalho em equipe multidisciplinar** nas equipes ESF como parte fundamental da integralidade da atenção. Duas equipes ESF referiam o trabalho em equipe em associação à qualidade da AB:

MR1: [...] qualidade tem que se ter esse acesso a um **atendimento multidisciplinar**, médico, psicológico, odontológico. Esse atendimento tem que ser **funcionante [resolutivo]**, tem que estar funcionando... não basta só existir por existir. (MR1, GF5, L411-413).

E1: [...] como as meninas falaram, **aqui nós trabalhamos como uma equipe**. Eu, os agentes de saúde, eles vão para a área fazer visita. Não é só esse o serviço, não, entendeu? Vamos para a escola, Programa Saúde na Escola, todos vão. Eles ajudam na área administrativa. E nós temos, nós temos só uma administrativo, que ela era agente de saúde, aí, divide a função. E ela, elas todas ajudam, assim, na administração. Então, **a gente mesmo assim, é uma equipe**. (GF9, E1, L245-250).

Para Viegas e Penna (2013), o trabalho em equipe se constitui num dos principais pilares para a assistência integral e equânime, na medida em que distintos olhares se unem para favorecer uma ação interdisciplinar. Implica no esforço integrado da equipe para interagir entre si e a comunidade, tendo por norte das ações um processo de trabalho que é comum a todos. Como apenas duas equipes ESF relacionaram o trabalho em equipe com a qualidade na AB, parece-nos necessário endossar a potencia do trabalho compartilhado em equipe dentro da perspectiva da clinica ampliada como pressuposto indispensável para a integralidade do cuidado e a melhoria da qualidade na AB.

Ainda no eixo da integralidade, todas as equipes enfatizaram a **necessidade de materiais, equipamentos e insumos mínimos** para a qualidade da oferta do cuidado na AB:

T1: Como eu vou fazer os curativos se eu **não tenho um material para fazer os curativos**? Como eu fazer uma glicemia se eu **não tenho aparelho para fazer a**

glicemia? Pra gente dar uma boa qualidade, **a gente tem que ter os meios**. Os meios são o mais importante pra gente fazer um bom trabalho. Eu acho que a **qualidade abrange os meios pra gente fazer**. (T1, GF4, L372-375).

ACS2: acho que a qualidade está também na **estrutura do nosso trabalho, do local de trabalho** (nesse momento, várias pessoas citam a questão da estrutura ao mesmo tempo). Ter uma estrutura, um local para fazer o teu trabalho, para poder receber bem os teus clientes, para dar um atendimento melhor. A gente precisa de uma boa estrutura. **E num local desse tu não vai dar uma boa estrutura para os clientes. Eu quero dizer o quê? Uma qualidade da atenção básica para o teu trabalho**. Ter apoio do teu Distrito, da tua Secretaria, apoio que você possa buscar, pra poder você dar um bom atendimento para os teus clientes. (ACS2, GF3, L387-394).

E1:[...] então, a parte desde a construção da equipe, que se você tem uma equipe, por melhor que seja a equipe, mas **você trabalha em local que não tenha qualidade, então você já não tem como ofertar estrutura de qualidade** e o desgaste da equipe por conta daquilo também já não vai conseguir ofertar uma qualidade do serviço [...] (E1, GF7, L941-945).

As falas sobre desabastecimento de materiais e da deficiência na estrutura e/ou falta de manutenção, expressam, em maior ou menor grau, muita angústia dos profissionais, sendo vista como limitadora da qualidade do cuidado pelas equipes. Finkler *et al* (2015) afirmam que a inadequação de infraestrutura e a limitação de recursos materiais na ESF, de fato, influenciam negativamente no processo de trabalho da equipe. Essa realidade não é exclusiva das equipes ESF de Manaus. Garnelo *et al* (2014) depararam-se com cenário semelhante de inexistência de aporte mínimo de recursos materiais nas equipes ESF da região amazônica avaliadas no 1º ciclo do PMAQ-AB. A indisponibilidade da oferta de insumos compromete a operacionalização da AB, e se reflete na capacidade reduzida das equipes de responderem as demandas de saúde da população.

Dentre os atributos da AB, considera-se que a integralidade talvez seja o mais afetado por essas e outras fragilidades citadas pelas equipes ESF da pesquisa, e requer mudanças em três dimensões para a sua qualificação: clínica abrangente e integração das práticas individuais e coletivas, resolutividade com garantia de acesso e articulação dos níveis de atenção (SILVA, CASSOTI, CHAVES, 2013).

Ainda dentro da integralidade, quanto à promoção à saúde pela atuação intersetorial, todas as equipes da pesquisa participam do Programa Saúde na Escola – PSE, uma iniciativa federal de integração entre a escola e a AB, no entanto, apenas duas equipes (GF4 e GF5) destacaram o trabalho que desenvolvem junto a outras instituições como relevantes para a qualidade na AB. A intersetorialidade é determinante para uma vivência efetiva da ESF e depende de uma visão sistêmica da realidade, contudo, ainda enfrenta muitos obstáculos, principalmente a fragmentação e isolamento das ações no campo da saúde (DIAS *et al*, 2014). A ausência de políticas interssetoriais, e a falta de ênfase nas já existentes como o PSE, torna a

intersetorialidade uma prática de caráter voluntário por parte das equipes e não conduz aos impactos esperados, circunstância que pode levar as equipes a desacreditarem da ESF e a vivenciarem a sensação de impotência frente à realidade do território, considerando a incapacidade do setor saúde, isoladamente, enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença. (SILVA, CASSOTI, CHAVES, 2013).

Coordenação

A **gestão do cuidado integral em rede** é um desafio para equipes ESF, talvez o maior deles ao lado da integralidade da atenção. Um claro sintoma da dificuldade de atuar segundo este atributo é que nenhuma equipe fez qualquer menção direta a uma característica essencial da APS: ser porta de entrada do sistema de saúde – que a PNAB enfatiza como a *principal* porta de entrada (BRASIL, 2012). A falta de expressão prática desse conceito nos processos de trabalho das equipes parece desvelar-se aqui no silêncio dessas equipes e remonta a problemas na organização da rede de saúde sobre os quais não possuem governabilidade. De fato, a associação ao conceito de qualidade na AB se deu pela negação, *não ser a porta do sistema*. A porta existe, mas raramente consegue abertura, traduzida em acesso aos demais níveis de atenção à saúde:

E1: [...] o que nos atrapalha muito aqui é que a gente não tem muita resolutividade, quer dizer, em **relação a referência e a contra-referência**. A gente referencia, mas não tem uma resposta. É tão **difícil a gente conseguir um especialista** para um usuário. (E1, GF1, L377-380).

T2: é um **Sistema Único, em termos**. No caso, eles são do Estado, SUSAM, **um encaminhamento da SEMSA, que é Prefeitura, eles não aceitam**. Então, que Sistema Único é esse? (T2, GF2, L715-717).

A dificuldade de acesso gerada pela **desproporção entre a demanda e a oferta de serviços na atenção especializada** se mostra como um entrave concreto para a coordenação do cuidado em rede. Tal dificuldade se visualiza também no **desconhecimento dos serviços sobre os seus papéis** no sistema de saúde e a **falta de comunicação entre níveis de atenção**, na fala das equipes da pesquisa:

T1: Então, **falta mais informação entre os níveis de atenção**. Saber o que é urgência, o próprio paciente não sabe se ele tem que ir para o SPA, se ele tem que procurar a Estratégia. Eles têm que entender que a gente trabalha com **a prevenção**. (T1, GF4, L557-559).

M1: Você tem ler, tem que estudar para dar conta daquilo, **nem sempre tendo o especialista pra te respaldar**. E quando você tem [o especialista] é o que o paciente

vai te dizer, porque eles não vão escrever pra você e dizer como você faz. Acho que **uma vez só eu peguei uma contra-referência que me disse como tratar meu paciente**. Mas não, eles falam lá pro paciente, dá a receita, e pronto. (M1, GF4, L202-209).

As conclusões da revisão integrativa sobre a coordenação da AB, elaborada por Rodrigues *et al* (2014), sustentam os discursos das equipes ESF pesquisadas. Os autores destacaram dentre as fragilidades dessa coordenação: precário funcionamento do mecanismo de referência e contra-referência, desconhecimento dos vários serviços pelos profissionais de APS, dificuldade de cooperação entre profissionais de atenção básica e especializada, e a dificuldade de acesso à atenção especializada.

Focalização na família e orientação comunitária

O atributo da focalização familiar considera a família como sujeito da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde pelas equipes de saúde (STARFIELD, 2002). Ao lado da focalização familiar, o atributo da orientação comunitária faz com que as equipes de saúde reconheçam as necessidades familiares dentro do contexto social, econômico e cultural em que vivem (STARFIELD, 2002). Apenas uma equipe GF5 destacou esses aspectos vinculados à qualidade em saúde na AB:

M1: A gente trabalha, como E1 falou e todos já falaram, **com a família, com o (ambiente) familiar, mas também com a comunidade**. A gente tem vários grupos da comunidade - a cooperativa mirim, já tem uns oito anos, não é? - que a gente faz encontros mensais com eles. (M1, GF5, L199-202).

D1: Então, eu traço **vários** ((ênfatisou)) **perfis epidemiológicos**, eu faço levantamento de cárie com vários grupos, todos os grupos que a gente tem, eu faço. Com os idosos, com as crianças, com os adolescentes, gestantes, adultos e faço na escola... (D1, GF5, L898-901)

Ainda que as demais equipes da pesquisa deixassem de citar o foco familiar e a orientação comunitária como aspectos importantes para a qualidade na AB, em termos práticos verificou-se que boa parte delas, senão a maioria, organiza seus prontuários por família no território. Este foi um arranjo que decorreu diretamente dos critérios avaliativos usado no PMAQ-AB que considera a forma de organização familiar dos prontuários como um elemento positivamente avaliado. Segundo as próprias equipes nos GF, essa reorganização dos prontuários surgiu não como reflexo de um novo entendimento da centralidade da família no cuidado das equipes ESF, mas sim para melhor atender aos itens de avaliação.

De forma semelhante, praticamente todas as equipes possuíam quadro epidemiológico fixado na parede da Unidade agrupando as informações por agravos: hipertensos, diabéticos etc. Quando perguntados sobre a utilização dos quadros, a maioria referiu à exigência do PMAQ-AB e/ou referiu que a informação estava presente, mas desatualizada, indicando pouca importância atribuída a estas informações. Duas equipes citaram o conhecimento da realidade do território como importante para a qualidade na AB (GF4 e GF12), contudo, sentem-se impotentes para interferir em determinantes de saúde, seja pela falta de suporte da gestão e governantes, seja pela grande demanda espontânea de atendimento, que obriga as equipes a permanecerem dentro da Unidade.

A partir dos GF, é possível inferir o comprometimento da qualidade em saúde na AB pelo desconhecimento do perfil epidemiológico, das demandas e necessidades prioritárias da população atendida, bem como a descontinuidade no uso rotineiro dessas informações para sustentar o planejamento das equipes, além da manutenção do indivíduo como foco da atenção. Trata-se de um cenário semelhante ao já descrito por Silva, Garnelo e Giovanella (2010) em Manaus, nos anos de 2002 e 2006.

B) Comparativo entre a presença dos atributos da APS e os respectivos desempenhos das equipes nos ciclos avaliativos do PMAQ-AB

O Quadro 3 apresenta a relação entre a capacidade das equipes ESF de associar a qualidade na AB à presença dos atributos da APS, bem como os respectivos desempenhos nos ciclos avaliativos do PMAQ-AB de cada equipe ESF.

A equipe ESF correspondente ao GF5 conseguiu expressar mais elementos que subsidiam a atenção à saúde de qualidade na AB - atenção centrada na família, acolhimento, vínculo, responsabilização, atendimento em equipe multidisciplinar, resolutividade, ênfase na promoção e prevenção - do que as demais equipes da pesquisa. Embora não enunciasse um conceito de qualidade que unificasse os atributos da AB que emergiram das suas falas, esta equipe demonstra estar cônica do papel que precisa desempenhar no território em que atua. Esses achados são congruentes com o resultado de desempenho “muito acima da média” obtido por esta equipe no 1º ciclo do PMAQ-AB. Segundo o relato dos participantes no GF, a queda no desempenho da equipe no 2º ciclo, quando foi avaliada como “mediano ou abaixo da média”, está ligada ao impacto negativo da mudança que a equipe sofreu por ser realocada numa UBS tradicional depois do 1º ciclo avaliativo. A perda do antigo território de abrangência, o desafio de absorção de parte da

demanda da UBS, a adaptação de processos de trabalho e a dificuldade nas relações de trabalho nesse novo ambiente foram apontados como limitadores importantes no desempenho da equipe.

Todas as equipes, independentemente do desempenho alcançado na avaliação do PMAQ-AB, **mencionaram** nos GF a **necessidade de infraestrutura adequada, materiais e insumos suficientes** para a qualificação das ações de saúde. Ocorre que, **equipes com menor desempenho** na avaliação PMAQ-AB **tenderam a associar menos atributos da AB** ao conceito de qualidade na AB e a **ênfatisar a infraestrutura e o aporte de materiais e insumos como aspectos cruciais da qualidade na AB.**

A equipe que apresentou melhor desempenho a época do 1º ciclo do PMAQ-AB funcionava numa “casinha”, uma UBSF remanescente do então Programa Médico da Família em Manaus, Unidade de Saúde caracterizada por más condições de estrutura física com cerca de 33m² de área construída. Para alcançar tal desempenho esta equipe realizou um duplo esforço **para poder contornar, driblar e superar os limites impostos pela inadequação da infraestrutura e insuficiência de materiais e insumos e ainda assim desenvolver suas atividades a contento.** Ou seja, é possível inferir que as equipes enfrentam condições muito duras e inadequadas de trabalho que influenciam negativamente na qualidade da atenção ofertada e, para que as que conseguem bons desempenhos, existe o preço da sobrecarga de trabalho a ser pago.

Entre as duas equipes com melhor conceito na avaliação PMAQ-AB, percebe-se que as respostas no **GF9 assemelham-se mais aos achados em outros GFs de equipes com desempenho “mediano ou abaixo da média”** no 1º ciclo avaliativo, do que às respostas dadas pelos membros do GF5, equipe com desempenho “acima da média” no 1º Ciclo. Em outras palavras, o GF9, ainda que tenha alcançado um desempenho satisfatório no 1º ciclo do PMAQ-AB, **ênfatisou a infraestrutura e o aporte de materiais e insumos como essenciais a qualidade na AB, fenômeno largamente observado nas equipes com desempenho inferior nos ciclos avaliativos do PMAQ-AB.** No 2º ciclo avaliativo, essa mesma equipe obteve uma queda no desempenho passando de “acima da média” para “mediano ou abaixo da média”, mais condizente com as falas dos seus participantes no grupo focal.

Sem desconsiderar o significativo peso dos problemas estruturais que limitam os serviços oferecidos na AB e a dificuldade de acesso à atenção especializada, os desafios da qualidade na AB parecem também relacionados a **problemas na organização dos serviços,** que dificultam a operacionalização dos atributos da AB (BRASIL, 2011). Evidências se acumulam há décadas de que a partir do **conhecimento e operacionalização dos atributos**

ordenadores da AB pelas equipes de saúde, é possível alcançar melhores resultados nos serviços de atenção primária, agregando maior eficácia e qualidade aos sistemas de saúde. (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Quadro 3 – Associação dos atributos da APS presentes nos discursos das equipes ESF ao conceito de qualidade na AB.

EQUIPES ESTRATIFICADAS POR DESEMPENHO NO 1º CICLO PMAQ-AB									
DESEMPENHO NO 2º CICLO PMAQ-AB	Muito acima da média		Acima da média			Mediano ou abaixo da média			
	GF5 (DISA Sul) <i>2ºCiclo: Mediano ou abaixo da média</i>	GF9 (DISA Norte) <i>2ºCiclo: Mediano ou abaixo da média</i>	GF2 (DISA Sul) <i>2ºCiclo: Mediano ou abaixo da média</i>	GF4 (DISA Oeste) <i>2ºCiclo: Acima da média</i>	GF7 (DISA Norte) <i>2ºCiclo: Mediano ou abaixo da média</i>	GF1 (DISA Oeste) <i>2ºCiclo: Acima da média</i>	GF3 (DISA Sul) <i>2ºCiclo: Mediano ou abaixo da média</i>	GF8 (DISA Norte) <i>2ºCiclo: Mediano ou abaixo da média</i>	GF12 (DISA Leste) <i>2ºCiclo: Mediano ou abaixo da média</i>
ATRIBUTOS DA APS PRESENTES NOS DISCURSOS NOS GF	Primeiro contato: acolhimento, acesso e resolutividade. Longitudinalidade: vínculo, corresponsabilidade. Integralidade: promoção e prevenção, equipe multidisciplinar, intersectorialidade, infraestrutura, equipamentos, materiais e insumos. Coordenação: acesso à atenção especializada. Focalização na família Orientação comunitária	Longitudinalidade: vínculo. Integralidade: prevenção, equipe multidisciplinar, infraestrutura, equipamentos materiais e insumos. Coordenação: acesso à atenção especializada.	Primeiro contato: acessibilidade. Integralidade: prevenção, infraestrutura, equipamentos materiais e insumos. Coordenação: acesso à atenção especializada.	Primeiro contato: acolhimento. Longitudinalidade: vínculo, corresponsabilidade. Integralidade: prevenção, intersectorialidade, infraestrutura, equipamentos materiais e insumos. Coordenação: acesso à atenção especializada.	Primeiro contato: acesso. Integralidade: prevenção, infraestrutura, equipamentos materiais e insumos.	Primeiro contato: acolhimento, acesso e resolutividade. Integralidade: prevenção, infraestrutura, equipamentos materiais e insumos. Coordenação: acesso à atenção especializada.	Primeiro contato: acolhimento. Integralidade: prevenção, infraestrutura, equipamentos materiais e insumos.	Primeiro contato: acolhimento, resolutividade. Integralidade: prevenção, materiais e insumos.	Primeiro contato: acolhimento. Integralidade: prevenção, intersectorialidade, materiais e insumos.

AB: atenção básica; APS: atenção primária à saúde; PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica; GF: grupo focal; DISA: Distrito de Saúde.

Fonte: análise temática dos grupos focais, Mendes (2015).

Considerações finais

Os atributos essenciais e derivados da AB utilizados na análise das respostas das equipes ESF sobre o conceito de qualidade em saúde na AB permitiu entrever diferentes posicionamentos teórico-práticos que se relacionam às concepções de qualidade em saúde nesse nível de atenção e confirmou o caráter polissêmico do conceito já identificado na literatura para as palavras “qualidade” e “atenção básica”. Fez-se notório, no conjunto das falas das equipes ESF sobre qualidade em saúde na AB, o distanciamento em relação aos atributos da APS e das diretrizes e fundamentos da AB brasileira. Tal distanciamento pode estar relacionado ao baixo desempenho geral das equipes ESF de Manaus no PMAQ-AB com reverberações diretas na qualidade do cuidado em saúde produzido nos territórios em que atuam.

As equipes melhor avaliadas no PMAQ-AB tenderam a focar o modo de agenciamento dos seus processos de trabalho no território e os arranjos que utilizam no acompanhamento das famílias. Nos seus relatos, essas equipes expressaram a presença de mais atributos da APS comparativamente às demais, ainda que partilhem de dificuldades operacionais semelhantes. Equipes com desempenho inferior no PMAQ-AB delegam a fatores externos as próprias equipes – falta de materiais e insumos, e o acesso a especialistas – a possibilidade de melhorar a qualidade da AB.

Referência aos déficits na infraestrutura e insuficiência de materiais e insumos foram recorrentes, e indicam um significativo prejuízo à integralidade da atenção com consequente impacto negativo na qualidade da atenção ofertada. Os depoimentos são unânimes em identificar uma necessidade premente de melhora no provimento de materiais e insumos por parte da gestão municipal. Também é preciso mencionar que, se por um lado a ausência de materiais e insumos prejudica a qualidade do Serviço, de outro, a centralidade das tecnologias leves na ESF precisa de resgate imediato no discurso e na prática das equipes.

A falta de acesso à atenção especializada também compromete a qualidade na AB pela via da débil, quase inexistente, da coordenação da atenção integral no sistema de saúde do ponto de vista das equipes ESF, confirmados pela literatura.

A pressão da demanda dos usuários sem cobertura da ESF dificulta a substituição do modelo biomédico e, de certo modo, força a sua reprodução, já que este perfil de usuário consome mais da metade dos serviços ofertados pelo que referiram as equipes da pesquisa.

A indução prescritiva da avaliação da qualidade na AB pouco pareceu acrescentar à capacidade das equipes ESF de prover acesso e cuidado integral aos usuários sob sua responsabilidade. A experiência com os grupos focais no território com equipes que

participaram dos dois últimos ciclos do PMAQ-AB em Manaus foi crucial nesse sentido. Partiu-se da premissa de que equipes que participaram do processo avaliativo instituído pelo PMAQ-AB, estariam mais habilitadas para induzir mudanças nos seus processos de trabalho nesse nível de atenção, no entanto, os depoimentos das equipes ESF apontam para resultado diverso: a simples adesão ao Programa revelou pouca transformação das condições e modos de organização do trabalho das equipes, mantendo quase inalterado o cenário da necessidade de ampliação do acesso e da qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na AB.

Faz-se necessário saber de que qualidade na AB essas equipes estão falando, para então, articular formas concretas de alcançá-la a partir dos atributos da AB. O conhecimento e a operacionalização dos princípios ordenadores da AB pelas equipes ESF são fundamentais no processo de qualificação das ações na ESF e passam, necessariamente, pelas concepções dos profissionais sobre o que significa ofertar atenção de qualidade na AB.

Fontes de financiamento

Este artigo faz parte da Dissertação de Mestrado de E. F. Mendes no Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas e Instituto Leônidas e Maria Deane/Fundação Oswaldo Cruz, fruto de pesquisa com apoio financeiro do Projeto Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia, Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – PRONEX/FAPEAM/CNPq, Edital 003/2009, e de financiamento próprio.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses. L. Garnelo é pesquisadora integrante de uma Instituição de Pesquisa Pública que participou diretamente da avaliação externa do PMAQ-AB, programa financiado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. E. F. Mendes é trabalhadora da saúde num ponto de atenção em saúde mental da média complexidade da Secretaria Municipal de Saúde pesquisada.

Colaboradores

L. Garnelo participou da concepção do estudo, revisão da literatura, coordenação dos trabalhos de campo, revisão da base de dados, análise e interpretação dos resultados, revisão do texto. E. F. Mendes participou da concepção do estudo, revisão da literatura, execução dos

trabalhos de campo, tabulação dos dados, análise e interpretação dos resultados e redação do texto.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus pelo apoio institucional para a realização da pesquisa junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como aos professores-pesquisadores da Universidade Federal do Amazonas e Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, pelo suporte e contribuições valiosas.

Referências

BARBOSA, Simone de Pinho; ELIZEU, Taniza Soares; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2347-2357, Ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800019>.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*, 2010; 8(1):27-53.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares; VASCONCELOS, Suziana Martins de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev. Saúde Pública*. 2010, vol.44, n.2, pp. 318-324. ISSN 0034-8910.

_____. UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães. MERCADO, Francisco J. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 197 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 05 Jul.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 55p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: Manaus: dezembro de 1998 a junho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02Jul.2015.

CASTANHEIRA, Elen Rose L, et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. *Saúde soc.*, Jun 2009, vol.18, suppl.2, p.84-88. ISSN 0104-1290.

DIAS, Maria Socorro de Araújo, et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n.11, p.4371-4382, Nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104371&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>.

ELIAS PE, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641, Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.

FINKLER Anna Luiza, et al. O cuidado da criança na atenção primária: influência da estrutura e processo de trabalho. *Rev. Varia Scientia*, Ciências da Saúde, Paraná, v. 1, n.1, p.? Jun 2015. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/11726>> Acesso em: 13Jul 2015.

FRIAS, Paulo Germano, et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano. (orgs.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

GARNELO Luiza, et al . Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 158-172, Out.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600158&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S012>.

GATTI, Bernardete Angelina. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Liberlivros, 2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006, vol.22, n.6, pp. 1171-1181. ISSN 0102-311X.

GIOVANELLA, Ligia, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 783-794. ISSN 1413-8123.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.493-545.

LAVRAS, Carmem. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

LEÃO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v.11, n.3, p.323-334, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>.

LENTSCK, Maicon Henrique; KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli. KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3455-3466. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a20.pdf>>. Acesso em: 19 Jan. 2014.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária. Planilha de desempenho no 1º Ciclo do PMAQ-AB das equipes de saúde participantes. Manaus: SEMSA, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PINTO, Héider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.

_____. SOUZA, Allan Nuno Alves; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Rev. Divulgação em Saúde para Debate*, n.51, out 2014, pp. 43-53. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 06.Jul 2015.

POPE, Catharine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira, et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v.5, n.17, p.3-5, mar. 2011. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/135/127>>. Acesso em: 15 jun. 2015. doi:[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc5\(17\)135](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc5(17)135).

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães. MERCADO, Francisco J. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1453-1462, Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800018>.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.221-232, Jan.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07Jul, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>.

SILVA, Nair Chase da; GARNELO, Luiza e GIOVANELLA, Ligia. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n.3, p. 592-604, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300011>.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07Jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; GARNELO, Luíza. "É muito difícil!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s91-s99. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/14.pdf>>. Acesso em: 14 Jul. 2015.

SOUZA, Ândrea Cardoso de; MARQUES, Dalvani; SILVA, Desirée Simões. Contextualizando a Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária em Saúde. In:

ABRAHÃO, Ana Lúcia. SOUZA, Ândrea Cardoso de. MARQUES, Dalvani. (orgs.). *Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica*. Niterói: Editora da UFF, 2012. 205p.

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

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 23-25.

SUMAR, Norhan; FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. *Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado*. *JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care*, América do Norte, 5, jul. 2014. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/182/139>. Acesso em: 07 Jul. 2015.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. *Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 331-340, Fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17Jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200009>.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, p.3615-3624, Nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes, et al. *Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil*. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. s1, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/19.pdf> >. Acesso em: 06 Jul. 2015.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. *A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família*. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 11 Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>.

Apêndice do artigo

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL – EQUIPE ESF

(FRENTE)

Grupo nº: _____ Data: _____ Hora início: _____ Hora final: _____

Unidade de saúde: _____ Distrito de Saúde: _____

Equipe: _____

Local de realização do grupo: _____

OBJETIVOS DA PESQUISA	QUESTÕES NORTEADORAS
<p>Apreender os significados que trabalhadores da atenção básica em saúde atribuem à expressão “qualidade em saúde na atenção básica”.</p> <p>Identificar os parâmetros da qualidade em saúde na AB utilizados pelas equipes.</p>	<p>1) O que seria, para vocês, qualidade em saúde na atenção básica?</p> <p>2) A equipe utiliza algum parâmetro (valores, normas princípios, padrões) para avaliar a qualidade do serviço que presta à população?</p> <p>2.1) Se sim, como é feita a avaliação de qualidade?</p> <p>2.2) Se não, faz-se alguma avaliação de qualidade? Fale sobre isso.</p>
<p>Investigar como os trabalhadores vivenciam a busca pela qualidade na saúde e os processos avaliativos instituídos nos serviços em que atuam.</p>	<p>3) Falem-me sobre suas experiências com o PMAQ-AB e outros processos avaliativos, se existirem.</p> <p>4) Como vocês se sentiram nesse processo de avaliação?</p> <p>5) Vocês receberam alguma capacitação para avaliar e buscar o alcance da qualidade na AB?</p> <p>6) Que dificuldades e avanços vocês destacariam dessas experiências na busca pela qualidade na AB na sua UBS?</p>
	<p>7) Gostariam de acrescentar algo mais ou tem alguma observação a fazer?</p>

Facilitador(a): _____

Relator(a): _____

Assistente: _____

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL – EQUIPE ESF

(VERSO)

GF No. _____

Nº de participantes: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GF

Nº	CÓD	NOME, IDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO ATUAÇÃO NA AB (em anos)	TEMPO ATUAÇÃO NA UBS (em anos)	CAPACITAÇÃO PARA ATUAR EM ESF			Participou do PMAQ-AB?	
						S I M	N Ã O	QUAL?	1º Ciclo (2011-2012)	2º Ciclo (2013-2014)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

LEGENDA DO CÓDIGO PARA REGISTRO DO GF: M1, M2 etc = médico; E1, E2 etc = enfermeiro; T1, T2 etc = técnico de enfermagem; ACS1, ACS2 etc = agente comunitário de saúde; D1, D2, etc = dentista, TSB1, TSB2 etc = técnico de saúde bucal; ASB1, ASB2 etc = assistente de saúde bucal.

4. BALANÇO FINAL DA PESQUISA

A **expansão da atenção básica** e, em especial da Estratégia Saúde da Família no Brasil, potencializou o aumento do acesso da população aos serviços da atenção básica, tornando a necessidade da implementação de processos avaliativos com enfoque no aumento da qualidade da AB uma realidade inadiável.

A natureza dos problemas envolvidos na complexidade da atenção básica requer a ampliação do escopo da avaliação da qualidade ao considerar-se a **(inter)subjetividade como inerente à produção do cuidado**. O imperativo de compreender o significado das ações – e do próprio termo “qualidade em saúde na AB” – na ótica dos atores implicados no processo, no caso, trabalhadores de saúde, se impõe, pois, no final das contas, são eles que dão concretude aos valores, princípios e normas que caracterizam uma atenção de qualidade à população.

Os conceitos de **atenção básica, qualidade em saúde e avaliação em saúde, não possuem significados únicos nem pacíficos na literatura revisada**, como imaginaria o senso comum. Ademais, apesar da vasta produção literária em avaliação da qualidade em saúde, não foram encontrados trabalhos que explorassem a subjetividade desses atores a partir da nova PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica), ambos lançados pelo Ministério no ano de 2011.

Manaus vive um **processo de reestruturação de sua rede básica em saúde** com vistas ao aumento da cobertura dos serviços e da indução de uma cultura de qualidade em saúde nas ações que desenvolve junto à população. Nesse sentido, planeja a implantação de novas equipes de saúde da família e de outros pontos de atenção previstos na Nova PNAB, conforme iniciativa “Rede Saúde Manauara”. Também aderiu ao 1º e 2º Ciclos do PMAQ-AB, em 2011 e 2013, inicialmente com 34 equipes SF e agora com quase o quántuplo desse número. A singularidade do cenário local corrobora a necessidade de conhecer o que pensam e como vivenciam os trabalhadores da AB essa busca por aumento de cobertura e qualidade na rede, amplificando as vozes desses atores no processo em curso.

Como **trabalhadora da saúde**, a mestrandia autora dessa pesquisa também vivenciou diversas iniciativas de implantação de processos avaliativos da qualidade na Estratégia Saúde da Família que, até o momento, pareceram não lograr êxito na Atenção Básica por motivos que demandam maior esclarecimento, surgindo o interesse pela temática. Servidora pública

municipal da SEMSA há mais de nove anos, inquieta-se com a recorrente verticalidade que a implantação de tais processos assumem na Secretaria, como cumprimento de uma agenda governamental que não reflete necessariamente as necessidades de saúde coletivas, nem é fruto do debate ampliado com os trabalhadores.

A ausência de reflexão mais aprofundada sobre qualidade na atenção básica por parte das equipes ESF reflete-se na dificuldade desses atores sociais delinearem **concepções sobre qualidade em saúde**: agiram nos grupos focais como se estivessem diante de um tema completamente novo. Ocorre que, se considerarmos apenas a adesão do município de Manaus ao PMAQ-AB, já são mais de quatro anos de experiência dessas equipes com processos avaliativos de qualidade do Programa. Do ponto de vista dos profissionais entrevistados e participantes dos grupos focais, os sentidos da qualidade – particularmente aqueles correlatos ao seu componente de efetividade e resolutividade - são pouco acionados no dia-a-dia do serviço, pois os trabalhadores tendem a remeter todos os problemas que enfrentam na prestação de serviços aos problemas de infraestrutura que enfrentam nas Unidades da ESF e/ou dificuldade de acesso à atenção especializada.

Causou-nos preocupação também o **foco que os gestores centrais assumiram sobre a qualidade na AB**, ao significá-la como sinônimo de resolutividade. Não pela resolutividade em si, que é uma característica desejável na qualificação das ações de saúde, mas, sobretudo, pelo pano de fundo neoliberal para o qual acena. Vemos aqui o reflexo do esforço Ministério da Saúde na disseminação da gestão por resultados na atenção básica. O próprio PMAQ-AB é fruto desses esforços. Ocorre que há uma contradição interna, não somente em relação ao Sistema Único de Saúde como um todo, que é herdeiro da Reforma Sanitária, mas do empalidecimento da centralidade das tecnologias leves de cuidado, a exemplo do acolhimento e vínculo na AB, como meios inalienáveis para o alcance da qualidade. Os resultados são tão importantes quanto os caminhos que levam até a ele e, em se tratando da atenção básica, indissociáveis.

Sobre as **vivências das equipes-ponta** no PMAQ-AB, há vários relatos de equipes que foram informadas da adesão “voluntária” ao Programa dias antes da avaliação externa nas Unidades. Repetidas vezes, os profissionais referem-se as suas experiências com os processos avaliativos institucionais adotados pela SEMSA/Manaus - a exemplo da AMQ e do PMAQ-AB - como “perda de tempo”, raramente identificam vantagens/melhoras advindas desses processos avaliativos para a equipe ou para si. Também caracterizaram esses processos como “estressantes e trabalhosos”, demandando grande volume de trabalho para execução em pouco tempo, sobrecarregando os profissionais que ainda precisam dar conta da rotina normal da

equipe de saúde. Esses processos ainda são encarados como “vindos de cima para baixo”, “eles mandam, a gente obedece”, que denotam a verticalidade da gestão e o prejuízo do protagonismo dos profissionais. Outra característica que chama a atenção nos relatos das vivências desses processos avaliativos pelos trabalhadores foi a presença do sentimento de menos valia pela falta de reconhecimento por parte dos gestores do esforço das equipes de saúde para atenderem as demandas desses processos avaliativos.

Identificou-se a **ausência do uso regular e sistemático de parâmetros de qualidade** da AB em sete das nove equipes ESF pesquisadas. Seis equipes referiam o uso dos indicadores do PMAQ-AB, uma equipe com uso regular e as demais apenas na época da avaliação anual; três equipes sequer mencionaram o uso de indicadores do Programa. Outros parâmetros que emergiram esporadicamente foram as metas anuais estipuladas pela Secretaria Municipal de Saúde, a produção mensal de procedimentos assistenciais e o uso de parâmetros próprios, este último mencionado apenas por uma equipe ESF. Tais depoimentos denotam que a institucionalização de parâmetros de avaliação da qualidade no monitoramento e avaliação das ações das equipes ESF ainda pende como um desafio para trabalhadores e gestores da AB em Manaus.

A **experiência no território** com as equipes da ponta e de gestão foi singular e transformadora. Não apenas do ponto de vista da aplicação da técnica, que apurou e muito minhas habilidades de facilitação em grupos focais e me fez sentir na pele a soberania do campo de pesquisa nas suas inesperadas facetas, mas, sobretudo, pela possibilidade de entrar em contato com singularidades diversas sob o signo de uma mesma Instituição. Isso me deixou uma marca indelével: a polissemia da qualidade em saúde refletida na polissemia dos cenários, dos atores sociais e dos significados que esses atores atribuem ao que fazem. São pessoas diferentes, enfoques diferentes, e porque não dizer, Secretarias diferentes que encontramos representados nos grupos focais da pesquisa sobre qualidade em AB. Depois disso, “nada do que foi será de novo do jeito que já foi um dia” para essa trabalhadora da saúde que ousou pesquisar outros trabalhadores da saúde.

Que esta **singela contribuição** para o debate da qualidade em saúde nos serviços de saúde da atenção básica da cidade de Manaus fomente maior reflexão e protagonismo dos profissionais na construção e implementação das políticas de saúde da AB, e desperte neles e nos pesquisadores depois de mim, o desejo de saber mais sobre a qualidade em saúde na seara do SUS, particularmente, na região amazônica.

REFERÊNCIAS

BARBALHO, Célia Regina Simonetti. Guia para normalização de teses e dissertações. Manaus: UFAM, 2003. 74 p.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOMFIM, Leny A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Rev Trabalho, Educação e Saúde*, 2010; 8(1):27-53.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 575-586, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>.

_____. PONTES, Ricardo José Soares e VASCONCELOS, Suziana Martins de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 318-324. ISSN 0034-8910.

_____. UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães. MERCADO, Francisco J. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde: para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Pró gestores, 8).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da atenção primária à saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2011a. (Coleção CONASS Documenta, 23).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. 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, 2010a. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: Brasil: janeiro de 2013 a dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 06Fev.2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: Manaus: dezembro de 1998 a junho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02Jul.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: Manaus: dezembro de 1998 a maio de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02Jul.2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 21.Jan.2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Saúde Legis, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 14 ago. 2013.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 17 Ago.2013.

_____. Ministério da Saúde. Cartilha Humaniza SUS: caderno de textos: cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, [200-?]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online]. 2005, vol.5, suppl.1, pp. s63-s69. ISSN 1519-3829.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Debate sobre o artigo de Conill. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s17-s19. ISSN 0102-311X.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1998. p. 229-66.

CASTANHEIRA, Elen Rose L, et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. *Saúde soc.*, Jun 2009, vol.18, suppl.2, p.84-88. ISSN 0104-1290.

_____. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>.

COHN, Amélia. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a atenção básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s23-s24. ISSN 0102-311X.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-27.

COSTA, Glauce Dias da, et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.1, pp. 113-118. ISSN 0034-7167.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2006, jan-fev, 59 (1), pp. 84-88.

DONABEDIAN, A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990. 74 p. (Perspectivas en Salud Pública, 10).

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n.115, p.139-154, Mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000100005>.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência & saúde coletiva*, 11 (3):553-563, 2006.

FONSECA, Angélica Ferreira; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; BORNSTEIN, Vera Joana; PINHEIRO, Roseni. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, vol.21, n.3 ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a05.pdf>. Acesso em: 17.Nov.2013.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 7, n. 22, p. 5-9, jan. 2012. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/417/441>>. Acesso em: 18 Nov. 2013. doi:10.5712/rbmfc7(22)417.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família (PSF): as contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, [S.l.], v.6, n.2, Abr.2012. ISSN 1982-8829. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em: 02 Fev. 2014.

FRIAS, Paulo Germano, et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano. (orgs.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

GATTI, Bernardete Angelina. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Liberlivros, 2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.6, pp. 1171-1181. ISSN 0102-311X.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.493-545.

_____, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 783-794. ISSN 1413-8123.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira; BENSENOR, Isabela Judith Martins; OLMOS, Rodrigo Díaz. Terminologia da atenção primária à saúde. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2012, vol.36, n.1, pp. 93-99. ISSN 0100-5502. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a13v36n1.pdf>. Acesso em: 07jan.2014.

HERNANDEZ, P.J.S. La definición de la calidad de la atención. In: PALOMER, R. M. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Tradução de Carlos Eduardo Aquilera Campos. Barcelona: Doyma; 1993. p. 7-18. (Monografias Clinicas en Atencion Primaria, n.13).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@: Manaus. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232HE>> Acesso em: 03 Jul. 2015.

KAMI, Maria Terumi Maruyama et al. Avaliação da qualidade da ESF em Curitiba: estudo transversal com base no AMQ. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 7, n. 23, mar. 2012. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/305>>. Acesso em: 18 Ago. 2013. doi:10.5712/rbmfc7(23)305.

LAVRAS, Carmem. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LENTSCK, Maicon Henrique; KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli. KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3455-3466. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a20.pdf>>. Acesso em: 19 Jan. 2014.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – (Série Saúde & Cidadania, vol. 3). Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2950>>. Acesso em: 17 Ago. 2013.

MANAUS. Decreto n° 1.301, de 31 de outubro de 2011. Consolida o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, aprovado pelo Decreto n° 0089, de 04 de maio de 2009 e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Manaus, ano XII, edição 2798, 31 de outubro de 2011.

_____. Decreto n° 1.711, de 18 de junho de 2012. Altera e consolida o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, aprovado pelo Decreto n° 1.301, de 31 de outubro de 2011 e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Manaus, ano XIII, edição 2950, 18 de junho de 2012.

_____. Decreto n° 2.103, de 15 de janeiro de 2013. Altera o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, aprovado pelo Decreto n° 1.711, de 18 junho de 2012. Diário Oficial do Município de Manaus, ano XIV, edição 3173, 22 de maio de 2013a.

_____. Lei delegada nº 12, de 31 de julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, suas finalidades e competências, fixa seu quadro de cargos comissionados e da outras providências. Diário Oficial do Município de Manaus, ano XIV, edição 3221, 31 de julho de 2013b.

_____. Decreto nº 2.681, de 26 de dezembro de 2013. Dispõe sobre o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Manaus, ano XIV, edição 3319, 26 de dezembro de 2013c.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Rede saúde manauara: mais atenção, mais saúde, mais perto de você. Manaus: SEMSA, 2013d.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária. Planilha de desempenho no 1º Ciclo do PMAQ-AB das equipes de saúde participantes. Manaus: SEMSA, 2013e.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. In: Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília: OPAS, 2011. 549p.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-160.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOURA, Josimara Fernandes de. Estado nutricional de trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Manaus-AM. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia) - Programa Multi-institucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane, Universidade Federal do Pará, Manaus: UFAM/FIOCRUZ/UFPA, 2011. Dissertação de mestrado.

NEMES, Maria Inês Baptistella. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. (Série Fundamentos de Avaliação, 1). Disponível em: <http://www.fm.usp.br/gdc/docs/preventiva_2_MINES-05-2001.pdf>. Acesso em: 18 Jan. 2014.

NORMAN, Armando Henrique. Qualidade em saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 7, n. 23, Set. 2012. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/655>>. Acesso em: 17 Ago. 2013. doi:10.5712/rbmfc7(23)655.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Relatório mundial de saúde 2008. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf>. Acesso em: 19 Nov. 2013.

_____. UNICEF. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Declaracoes_e_carta_portugues.pdf> Acesso em: 16 Nov. 13

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da Atenção Primária nas Américas. Washington: PAHO/WHO, 2005.

_____. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3).

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.

POPE, Catharine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 7, n. 23, abr. 2012. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/392>>. Acesso em: 17 Ago. 2013. doi:10.5712/rbmfc7(23)392.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães. MERCADO, Francisco J. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.1, pp. 221-232. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>>. Acesso em: 19 Jan. 2014.

SILVA, Nair Chase da; GARNELO, Luiza e GIOVANELLA, Ligia. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saude soc.* [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 592-604. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/11.pdf>>. Acesso em: 21 Jan. 2014.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

SOUZA, Ândrea Cardoso de; MARQUES, Dalvani; SILVA, Desirée Simões. Contextualizando a Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária em Saúde. In: ABRAHÃO, Ana Lúcia. SOUZA, Ândrea Cardoso de. MARQUES, Dalvani. (orgs.). Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica. Niterói: Editora da UFF, 2012. 205p.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; GARNELO, Luíza. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s91-s99. ISSN 0102-311X. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/14.pdf>>. Acesso em: 21 Jan. 2014.

_____. Observações empíricas e experiências subjetivas na escolha de referenciais teóricos em pesquisa etnográfica no campo da saúde indígena. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 607-614, out./dez. 2011. Disponível em: < http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/SD_v35n91.pdf> Acesso em: 4 Jul. 2015.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 23-25.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. 2.reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002, vol. 18, n.6, pp. 1561-1569. ISSN 0102-311X.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes, et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. s1, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/19.pdf> >. Acesso em: 20 Jan. 2014.

VUORI, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. *Community Med*, n.6, p.221-31, 1984.

APÊNDICES

Apêndice A - Instrumento de coleta de dados para equipes-ponta

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL – Equipes-ponta de saúde da AB

(FRENTE)

Grupo nº: _____ **Data:** _____ **Hora início:** _____ **Hora final:** _____

Unidade de saúde: _____ **Distrito de Saúde:** _____

Equipe: _____

Local de realização do grupo: _____

OBJETIVOS PREVISTOS NO PROJETO DE PESQUISA	QUESTÕES NORTEADORAS
<p>Apreender os significados que trabalhadores da atenção básica em saúde atribuem à expressão “qualidade em saúde na atenção básica”.</p> <p>Identificar os parâmetros da qualidade em saúde na AB utilizados pelas equipes.</p>	<p>1) O que seria, para vocês, qualidade em saúde na atenção básica?</p> <p>2) A equipe utiliza algum parâmetro (valores, normas princípios, padrões) para avaliar a qualidade do serviço que presta à população?</p> <p>2.1) Se sim, como é feita a avaliação de qualidade?</p> <p>2.2) Se não, faz-se alguma avaliação de qualidade? Falem sobre isso.</p>
<p>Investigar como os trabalhadores vivenciam a busca pela qualidade na saúde e os processos avaliativos instituídos nos serviços em que atuam.</p>	<p>3) Falem-me sobre suas experiências com o PMAQ-AB e outros processos avaliativos, se existirem.</p> <p>4) Vocês receberam alguma capacitação para avaliar e buscar o alcance da qualidade na AB?</p> <p>5) Que dificuldades e avanços vocês destacariam dessas experiências na busca pela qualidade na AB na sua UBS?</p> <p>6) Como vocês se sentiram nesse processo de avaliação?</p>
	<p>7) Gostariam de acrescentar algo mais ou tem alguma observação a fazer?</p>

Facilitador(a): _____

Relator(a): _____

Assistente: _____

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL – Equipes-ponta de saúde da AB

(VERSO)

GF No. _____

Nº de participantes: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GF

Nº	CÓD	NOME, IDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO ATUAÇÃO NA AB (em anos)	TEMPO ATUAÇÃO NA UBS (em anos)	CAPACITAÇÃO PARA ATUAR EM ESF			Participou do PMAQ-AB?	
						S I M	N Ã O	QUAL?	1º Ciclo <small>(2011-2012)</small>	2º Ciclo <small>(2013-2014)</small>
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

LEGENDA DO CÓDIGO PARA REGISTRO DO GF: M1, M2 etc = médico; E1, E2 etc = enfermeiro; T1, T2 etc = técnico de enfermagem; ACS1, ACS2 etc = agente comunitário de saúde; D1, D2, etc = dentista, TSB1, TSB2 etc = técnico de saúde bucal; ASB1, ASB2 etc = assistente de saúde bucal.

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados para equipes-gestão

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL – Equipes-gestão de saúde da AB

(FRENTE)

Grupo nº: _____ Data: _____ Hora início: _____ Hora final: _____

Tipo de gestor: _____

Local de realização do grupo: _____

OBJETIVOS PREVISTOS NO PROJETO DE PESQUISA	QUESTÕES NORTEADORAS
<p>Apreender os significados que trabalhadores da atenção básica em saúde atribuem à expressão “qualidade em saúde na atenção básica”.</p> <p>Identificar os parâmetros da qualidade em saúde na AB utilizados pelas equipes.</p>	<p>1) Para vocês, o que é qualidade em saúde na atenção básica?</p> <p>2) No entendimento de vocês, a SEMSA/DISA utiliza algum parâmetro (valores, normas, princípios, padrões) para avaliar a qualidade dos serviços ofertados pela SEMSA na AB?</p> <p>2.1) Se sim, como é feita a avaliação da qualidade?</p> <p>2.2) Se não, é feita alguma forma de avaliação?</p> <p>2.3) Na ausência de parâmetros, como a avaliação é realizada?</p>
<p>Investigar como os trabalhadores vivenciam a busca pela qualidade na saúde e os processos avaliativos instituídos nos serviços em que atuam.</p>	<p>3) Como vocês veem a trajetória da gestão da AB na busca da melhoria da qualidade?</p> <p>4) Que avanços e dificuldades vocês destacariam dessas experiências na busca pela qualidade na AB na SEMSA?</p> <p>5) Como tem sido sua vivência no processo de busca da melhoria da qualidade da AB através da implantação de processos avaliativos, em especial, o PMAQ-AB? Fale de sua experiência.</p> <p>6) Como vocês se sentiram neste processo?</p>
	<p>7) Gostaria de acrescentar algo mais ou tem alguma observação?</p>

Facilitador(a): _____

Relator(a): _____

Assistente: _____

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL – Equipes-gestão de saúde da AB

(VERSO)

GF No. _____

Nº de participantes: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GF

Nº	CÓD	NOME	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO ATUAÇÃO NA SEMSA (em anos)	TEMPO ATUAÇÃO NA GESTÃO DA AB (em anos)	CAPACITAÇÃO PARA ATUAR NA GESTÃO DA AB?		Participou do PMAQ-AB?		
						SIM	NÃO	1º Ciclo (2011-2012)	2º Ciclo (2013-2014)	
1								Ver questionário individual		
2								Ver questionário individual		
3								Ver questionário individual		
4								Ver questionário individual		
5								Ver questionário individual		
6								Ver questionário individual		
7								Ver questionário individual		
8								Ver questionário individual		
9								Ver questionário individual		
10								Ver questionário individual		
11								Ver questionário individual		
12								Ver questionário individual		

LEGENDA DO CÓDIGO PARA REGISTRO DO GF: G1, G2, G3, etc = Gestor.

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL – Gestores de saúde da AB
Questionário individual - Dados de identificação

GF n°: _____	Cód. Participante: _____	Data: ____/____/____
Hora: _____		

Por gentileza, responda as perguntas abaixo. Seus dados pessoais serão resguardados, conforme as exigências de sigilo e anonimato do TCLE.

Nome do participante: _____
 Idade: _____ Sexo: () M () F
 Categoria profissional: _____
 Graduação: _____ Tempo de formado: _____
 Especialização/Mestrado/Doutorado: _____

Tempo de atuação na SEMSA: _____ anos e _____ meses
 Tempo de atuação na gestão da AB: _____ anos e _____ meses
 Tipo de gestor: () Nível Central. () Nível Distrital. Distrito? _____
 Local de trabalho na SEMSA: _____

Cargo que ocupa atualmente: _____
 Tempo de atuação no cargo atual: _____ anos e _____ meses
 Cargo anterior: _____
 Tempo de atuação no cargo anterior: _____ anos e _____ meses

Resumo das suas atribuições no cargo atual:

Participou do 1º Ciclo do PMAQ-AB (2011-2012)? () Sim () Não
 Qual cargo ocupava na época? _____

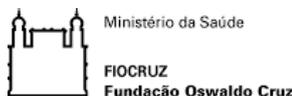
Participou do 2º Ciclo do PMAQ-AB (2013-2014)? () Sim () Não
 Qual cargo ocupava na época? _____

Fez alguma capacitação específica para trabalhar na Gestão em Saúde na AB? () Sim () Não
 Qual (is)? _____

Fez alguma capacitação específica sobre Qualidade em Saúde na AB? () Sim () Não
 Qual (is)? _____

Obrigada pela participação na Pesquisa!

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MULTI-INSTITUCIONAL EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PREZADO (A) SENHOR (A),

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “**QUALIDADE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE MANAUS**” em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Programa Multi-institucional em parceria da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) com o Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane (CPqLMD-FIOCRUZ) e Universidade Federal do Pará (UFPA), de autoria da mestranda Elivandra Franco Mendes e sob orientação da pesquisadora Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira.

A pesquisa objetiva descrever os significados da qualidade em saúde na atenção básica para trabalhadores da atenção básica em Manaus. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e grupos focais, com gravação de voz simultânea, se assim for permitido, para garantir a fidedignidade das informações, estando à sua disposição para ouvi-las, se assim o desejar.

Esta pesquisa oferece riscos mínimos, inerentes a qualquer pesquisa qualitativa que envolva pessoas, a exemplo de desconfortos para compartilhar informações pessoais e/ou confidenciais. Se isso lhe acontecer, você não é obrigado a responder a qualquer pergunta. Assegura-se o sigilo e a confidencialidade das informações, de modo que não se pretende causar-lhe incômodos ou prejuízo de qualquer ordem, inclusive em relação ao seu ambiente de trabalho.

Espera-se que esta pesquisa contribua para o debate da qualidade em saúde nos serviços de saúde da atenção básica da nossa cidade, fomentando maior protagonismo dos profissionais na construção e implementação das políticas de saúde e maior abertura para gestão compartilhada da atenção.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar, também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFAM (CEP/UFAM).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Caso não se sinta à vontade, é livre para deixar de responder alguma pergunta feita durante a pesquisa. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

Se estiver de acordo, e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo em duas vias (1ª via – do pesquisador e 2ª via – do participante da pesquisa), dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Eu, _____, **declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa nos termos acima expostos.**

Manaus-AM, ___ de _____ de 201__.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Caso necessite de mais informações sobre a presente pesquisa, entre em contato conosco:

Elivandra Mendes: Tel: (92) 9377-2737. E-mail: elivandramendes@yahoo.com.br

Luiza Garnelo: Tel: (92) 8115-9518. E-mail: luiza.garnelo@amazonia.fiocruz.br

Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane - ILMD-FIOCRUZ: Rua Teresina, 476 – Adrianópolis. CEP: 69057-070 – Manaus - AM – Brasil. Tel: (92) 3621-2323, ramal 2384.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM: Rua Terezina, 495 – Adrianópolis. CEP: 69057-070 – Manaus – AM – Brasil. Tel: (92) 3305-1181, ramal 2004. E-mail: cep@ufam.edu.br

ANEXOS

Anexo A – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE MANAUS

Pesquisador: ELIVANDRA FRANCO MENDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34425214.4.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazonia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 834.081

Data da Relatoria: 15/10/2014

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto apresenta relevância social e científica, com destaque o debate da qualidade em saúde nos serviços de saúde da atenção básica, e atendeu às exigências Resolução 466/2012-CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 16 de Outubro de 2014

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Anexo B – Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus com ciência dos Distritos Sanitários



Saúde



Manaus, 23 de maio de 2014

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada “**Qualidade em Saúde na perspectiva do trabalhador da Atenção Básica na Cidade de Manaus**” de responsabilidade da pesquisadora **Elivandra Franco Mendes** sob orientação de **Maria Luiza Garnelo Pereira** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Esse procedimento busca orientar-se com o item III. 1, da Res. CNS n.º 466/12, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no COEP.

Altemira Piniz de Lima
Gerente do Distrito de Saúde Oeste
COEP/SEMSA
14/08/14

Oriana Barreto Nascimento
Gerente do Distrito de Saúde Sul
SEMSA

Nora Ney Rodrigues
Nora Ney Rodrigues

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa
COEP/SEMSA

Luciana Maria Soares Farias
Gerente do Distrito de Saúde Norte
SEMSA
13/08/14

Massia Japara Pessoa Veras
Diretora do Departamento
de Atenção Primária
DAP/SUBCS/SEMSA
08/08/14

Anexo C – Carta de apresentação



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane

PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS DA AMAZÔNIA

CARTA Nº001/2014-PPGSSEA

Manaus, 14 de Abril de 2014.

DE: Programa de Pós Graduação Saúde Sociedade e Endemias da Amazônia (PPGSSEA)
 PARA: Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (COEP/SEMSA)

Assunto: Carta de Apresentação – Elivandra Franco Mendes

Prezados Senhores,

Por meio desta apresentamos a aluna ELIVANDRA FRANCO MENDES vinculada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Sociedade e Endemias da Amazônia, desenvolvido através de parceria institucional entre a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e o Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane/FIOCRUZ Amazônia (CPqLMD).

A aluna mestranda encaminhou a esta Comissão um pedido de anuência da SEMSA Manaus para a realização de seu projeto de pesquisa intitulado *QUALIDADE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE MANAUS*, para cujo desenvolvimento solicita anuência e acesso a informações. Trata-se de pesquisa relevante para a sociedade local, com potencialidade de contribuir para o aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde na rede básica do município de Manaus e para subsidiar, com novos pontos de vista e informações, projetos relevantes da SEMSA Manaus, como o projeto Rede Saúde Manaura e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

Assim sendo, solicitamos a gentileza de atender ao pleito da aluna, com vistas à submissão de seu projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, viabilizando assim os trâmites legais para o desenvolvimento da investigação.


 Dra. Maria Luiza Garnelo
 Orientadora

Visto:


 Dr. Antônio Levino da Silva Neto
 Coordenador do PPGSSEA