

Erika Maria Sampaio Rocha¹
Rita de Cássia Duarte Lima¹
Paula Souza Silva Freitas¹
Mariana Bonomo¹
Sibelle Maria Martins Barros²
Maria Angélica Carvalho Andrade¹

National Program of Access and Quality Improvement in Primary Care: ambiguities in official discourse

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: ambiguidades no discurso oficial

ABSTRACT | Introduction: *Assessing effectiveness of Primary Health Care remains a challenging issue in Brazil. Objective:* To analyze the concepts of quality as presented by the official documents from National Program of Access and Quality Improvement in Primary Health (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB), and how they impact the daily routine of health care. **Methods:** A qualitative and quantitative analysis was undertaken using the *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)* software, which processes textual data through statistical analysis of representativeness, distribution and lexical correlation of words. The Theory of Social Representations underlies the study. **Results:** Our findings indicate the existence of a representation system of different subjects (primary care politics, primary care quality, institutional support and health assistance), which possess ambiguous and antagonistic elements, anchored in positivist tenets and in the biomedical model. Concepts of quality were found to be linked to the bio-psychosocial model and to the participation and empowerment of health care employees and users. **Conclusion:** The ambiguities found may impact the process of changing health paradigms. Further investigations should be carried out, with a focus on developing an evaluation methodology compatible with the complexity of Primary Health Care, along with effective instruments that may be able to capture the different roles of the several involved parties.

Keywords | Primary Health Care; Health Evaluation; Quality of health care.

RESUMO | Introdução: A resolutividade da Atenção Básica tem extrema relevância, constituindo as suas políticas avaliativas em um grande desafio. **Objetivo:** Compreender as concepções de qualidade presentes nos documentos oficiais do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e refletir sobre as implicações deste entendimento para o cotidiano do cuidado. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa quali-quantitativa, descritiva e exploratória, por meio da análise da Portaria 1654/2011 e do Manual Instrutivo do PMAQ-AB/ 2012. Foi utilizado o *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, que processa dados textuais por meio de uma análise estatística, em razão da representatividade, distribuição e correlação lexical de palavras. A Teoria das Representações Sociais embasou o estudo. **Resultados:** A análise indicou nos documentos oficiais um sistema de representações sociais de diferentes objetos (política de atenção básica, qualidade da atenção básica, apoio institucional e assistência à saúde) que tem elementos ambíguos e antagônicos. **Conclusão:** Essas posições antagônicas traduzem a dinâmica da vida social e exprimem forças ligadas à matriz hegemônica e àqueles frutos do impulso de mudança. Essa dualidade na macropolítica se estende e gera ações dúbias, com grandes implicações para o cenário micropolítico. O estudo aponta a necessidade do desenvolvimento de uma metodologia avaliativa, compatível com o modelo adotado para a AB, e o aprimoramento de instrumentos de escuta dos muitos atores, no sentido de serem, ao mesmo tempo, exequíveis e dialogarem com as realidades locais.

Palavras-chave | Atenção Primária à Saúde; Avaliação em saúde; Qualidade dos cuidados em saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, Brasil.

INTRODUÇÃO |

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

A temática concernente à qualidade em saúde tem sido uma constante nas pesquisas da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 1980, nas quais se busca o desenvolvimento de programas capazes de assegurar o acesso e o cuidado de qualidade, considerados estratégicos por governos de diversos países¹.

Pensar a resolutividade da AB é somar a temática da qualidade à da pesquisa avaliativa, cujo grande desafio é o desenvolvimento de métodos avaliativos adequados a um tema polissêmico como a qualidade, especialmente em um modelo complexo, como o definido pelo Ministério de Saúde (MS) para a AB^{1,2}.

As primeiras iniciativas de institucionalização da avaliação da AB começaram desde o fim da década de 1990, estimuladas principalmente pela Reforma Administrativa do Estado, com o gerencialismo nas políticas públicas e implantação da gestão baseada em resultados, decorrentes da pressão de órgãos internacionais de financiamento^{3,4}.

A posteriori, com a expansão da cobertura da ESF, o MS realiza investimentos nos Sistemas de Informação e cria, em 2000, a Coordenação de Investigação, no Departamento de Atenção Básica (DAB), que, em seguida, passa a se denominar de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA). A CAA promove ampla discussão sobre a institucionalização e elabora uma detalhada proposta de avaliação voltada para AB. Essa avaliação foi entendida como um processo contínuo e sistemático de cunho “formativo, pedagógico e reorientador”^{5,9}, envolvendo negociação entre atores sociais e devendo a gestão assegurar mecanismos participativos, não deixando tal atribuição a cargo de avaliadores externos.

Paralelamente, o MS, por meio do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), vincula a transferência de recursos financeiros à melhoria em indicadores de saúde, pactuados pelos municípios⁶. A primeira etapa do PROESF transcorreu entre 2002 e 2009,

e a segunda fase foi redesenhada, de modo a constituir o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), homologado pela Portaria 1654 de junho de 2011⁷.

O tema da avaliação da qualidade na AB ganha potência com o PMAQ-AB que objetiva disparar um processo de mudança de cultura do modelo de atenção à saúde, em todos os seus âmbitos, na assistência e na gestão, em todas as esferas de governo. Desenvolvido em ciclos (Ciclos de Qualidade), o programa teve início em 2012 (primeiro ciclo) e o segundo ciclo transcorreu em 2013. Cada ciclo consiste em quatro fases: 1) Adesão ao programa: trata da contratualização de compromissos, por meio do preenchimento de um formulário eletrônico, disponibilizado pelo MS; 2) Desenvolvimento: consta de quatro estratégias visando à mudança nos resultados alcançados pelas equipes de saúde, são elas: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional; 3) Avaliação externa e certificação: busca-se perceber as evidências de padrões de qualidade, definidos pelo MS, no cotidiano das equipes e na gestão municipal de saúde e a certificação desses padrões, com a classificação de desempenho das equipes, referência para o valor do incentivo financeiro a ser recebido, via transferência fundo a fundo; 4) Recontratualização de novos compromissos por meio da pactuação de novas metas e indicadores de saúde^{7,8}.

Serapioni¹ considera que a avaliação da qualidade em saúde é decisivamente influenciada pelo conceito de saúde adotado pelo sistema, pelos fatores socioeconômicos, culturais e institucionais, que definem as noções de qualidade do cuidado, pela peculiaridade do processo de trabalho, cujo produto é imaterial, e, por fim, pela metodologia escolhida para a avaliação.

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

Vinculada aos paradigmas do conhecimento científico, que organizam e orientam a chamada vertente sociológica da Psicologia Social⁹ e desenvolvido por Serge Moscovici¹⁰ na segunda metade do século XX, o complexo conceito de ‘representações sociais’ defende que os fenômenos são construídos dentro de um processo dinâmico e histórico,

sendo os indivíduos e grupos sociais protagonistas da mudança social, transformando ativamente seu contexto sociocultural de inserção e pertencimento, e sendo por ele, dialogicamente, construídos e transformados¹¹.

Moscovici¹⁰ busca entender como um conteúdo é transformado do universo reificado (saber especialista) para o universo consensual (senso comum). Na dimensão do senso comum, os mais diferentes objetos sociais são elaborados e construídos cotidianamente pelas comunidades humanas, em diálogo com a esfera hegemônica, cultural e normativa da nossa temporalidade e contexto.

Nesse sentido, compreender a representação social construída pelo MS, ao formular uma política que pretende estimular a qualificação da AB, pressupõe a busca de conceitos preexistentes, nos quais se inseriu a nova normativa, postulada pela política. Essa tarefa encontra suporte analítico no conceito de ancoragem, da Teoria das Representações Sociais. A ancoragem aproxima-se do processo de categorização social, tornando-se um organizador das relações sociais, produzindo novos significados a partir de ideias já consolidadas no pensamento social (designação de sentido e enraizamento num sistema de pensamento) e orientando as práticas cotidianas (instrumentação do saber)¹².

MÉTODOS |

Realizou-se uma pesquisa quali-quantitativa, de natureza descritiva e exploratória, por meio da análise dos documentos oficiais que embasam o PMAQ-AB, tendo sido selecionados a Portaria 1654/2011 e o Manual Instrutivo do PMAQ-AB/ 2012^{7,8}.

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

Inicialmente, o *software* dividiu todo o texto em classes, diferenciando os termos que as constituem quanto a suas raízes semânticas. Esse processo se repete até que a análise se estabilize, constituindo-se, neste estudo, seis classes estáveis com os termos representativos de cada classe. Na sequência, o programa procede a uma análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerando uma figura em formato de dendograma e que permite visualizar as aproximações destas classes entre si. Por meio da CHD, é possível identificar a frequência e a força de associação de cada palavra, em relação à sua classe, expressas pelo valor do qui-quadrado (χ^2), demonstrando a contribuição de cada palavra para a constituição daquela classe específica. O *software*, baseado nesses cálculos, gera ainda um gráfico, denominado Classificação Ascendente Hierárquica (CAH), mostrando a relação entre os termos de uma mesma classe. Além disso, o ALCESTE disponibiliza os segmentos textuais, onde se inserem os termos representativos de cada classe, fragmentos do *corpus* que são denominados Unidades de Contexto Elementar (UCEs)¹³.

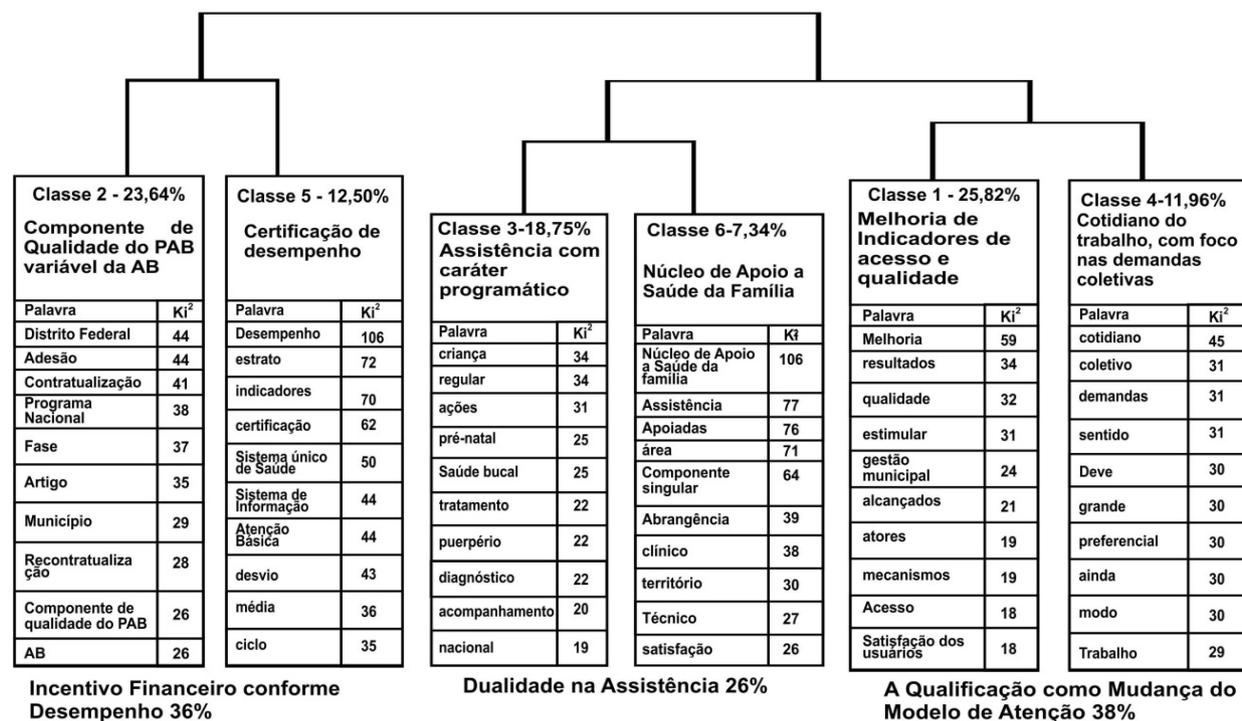
RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Foi analisado um total de 15.335 palavras do *corpus* textual, formado pelos documentos oficiais citados. Essas constituíram um conjunto de 484 UCEs, das quais foram selecionadas e classificadas 368 UCEs, correspondendo a um aproveitamento de 76,03% do material original. Entre as seis classes originadas do *corpus* textual, as três primeiras classes são as mais representativas, somando 68,21% do total do material analisado. As porcentagens de UCEs e os termos com maiores valores de χ^2 , de cada uma das classes, podem ser vistos na Figura 1.

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

A classe 1, com 105 palavras analisadas e 95 UCEs, equivale a 25,82% de todo o material analisado, sendo a

Figura 1 - Dendrograma de Classificação Hierárquica Descendente



mais expressiva. Essa classe, denominada ‘melhoria de indicadores de acesso e qualidade’, retrata a política como processo contínuo e sistemático de mudança em padrões e indicadores de saúde. O programa objetiva

[...] estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da Atenção Básica (UCI 1; K²: 20).

[...] transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde da Atenção Básica e os usuários, num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica [...] (UCI 1; K²:25).

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

[...] considerando a diretriz do governo federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção (UCI 1; K²: 13).

A concepção de qualidade, proposta pela política, refere-se à melhoria de indicadores e padrões, definidos *a priori* pelo MS, sendo mensuráveis, pois se destinam à comparação estatística, entre os resultados alcançados por diferentes gestões locais e equipes de saúde da AB, e pelas mesmas equipes e gestões, em momentos diferentes, ao longo do tempo. A concepção de qualidade apresentada tem, assim, uma conotação ancorada no paradigma positivista, ainda hegemônico nas pesquisas avaliativas^{1,2}.

A redução da amplitude da concepção de qualidade, segundo Bosi e Uchimura², tende a valorizar o quantificável e restringir a subjetividade. A qualidade do cuidado, na visão destas autoras, envolve dimensões objetivas e subjetivas. A ótica objetiva, adequada aos aspectos técnicos do cuidado, abarca a eficácia e eficiência de ações e a metodologia quantitativa é necessária e suficiente. De outro modo, os estudos avaliativos, relacionados à dimensão subjetiva da qualidade, propõem-se a compreender os sentidos dos fenômenos que escapam aos instrumentos numéricos e estruturados, fazendo-se necessárias metodologias qualitativas. Essas avaliam a efetividade, uma vez que buscam as implicações práticas das ações para os atores envolvidos. As autoras propõem uma concepção ampliada

de avaliação, utilizando metodologias quantitativas e qualitativas, de modo complementar, como mais compatível com o conceito amplo de saúde, adotado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

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

[...] estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários [...] (UCI 1; K²: 23; e UCI 2, K²:23).

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

[...] possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades [...] (UCI 2; K²: 21).

[...] A criação de uma mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas de governo, em processo pela ampliação do acesso e da qualidade da atenção a saúde que envolve participação voluntária, contratualização, autoavaliação, avaliação [...] (UCI 2; K²:18).

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

De acordo com os resultados desta pesquisa, cabe ao nível local, aos gestores e aos trabalhadores alcançar os resultados padronizados e definidos pelo governo. A análise permite afirmar que esses atores serão responsabilizados e qualificados pelo nível central, ou seja, o MS, que detém a responsabilidade na condução do programa e é referência para a concepção de qualidade na atenção e para sua

abordagem avaliativa. Nesse contexto do PMAQ-AB, é importante ressaltar que o envolvimento dos usuários ocorreu durante a avaliação externa, por meio do uso de um questionário estruturado e padronizado, o qual não se constituiu em parâmetro para a classificação do desempenho das equipes⁸.

Nota-se, assim, que o PMAQ-AB tem uma concepção ancorada no entendimento do Ciclo da Política¹⁴ como uma sucessão de etapas estanques e como se a normatização garantisse a implementação das ações, tais como foram elaboradas. Ou seja, como se a homologação da portaria disparasse automaticamente as mudanças pretendidas, desconsiderando o jogo de interesses, os vários atores implicados e as diferenças nos cenários de implementação da política. Essa conformação clássica das políticas é entendida, segundo Santos Filho¹⁵, como produto de uma cultura organizacional verticalizada, hierarquizada e pouco participativa. Esse modelo segmentado, com grande distanciamento entre quem planeja, executa e avalia, é justificado pelas dimensões territoriais e diversidade do País, porém compromete severamente o processo de implementação e os resultados das políticas públicas¹⁶.

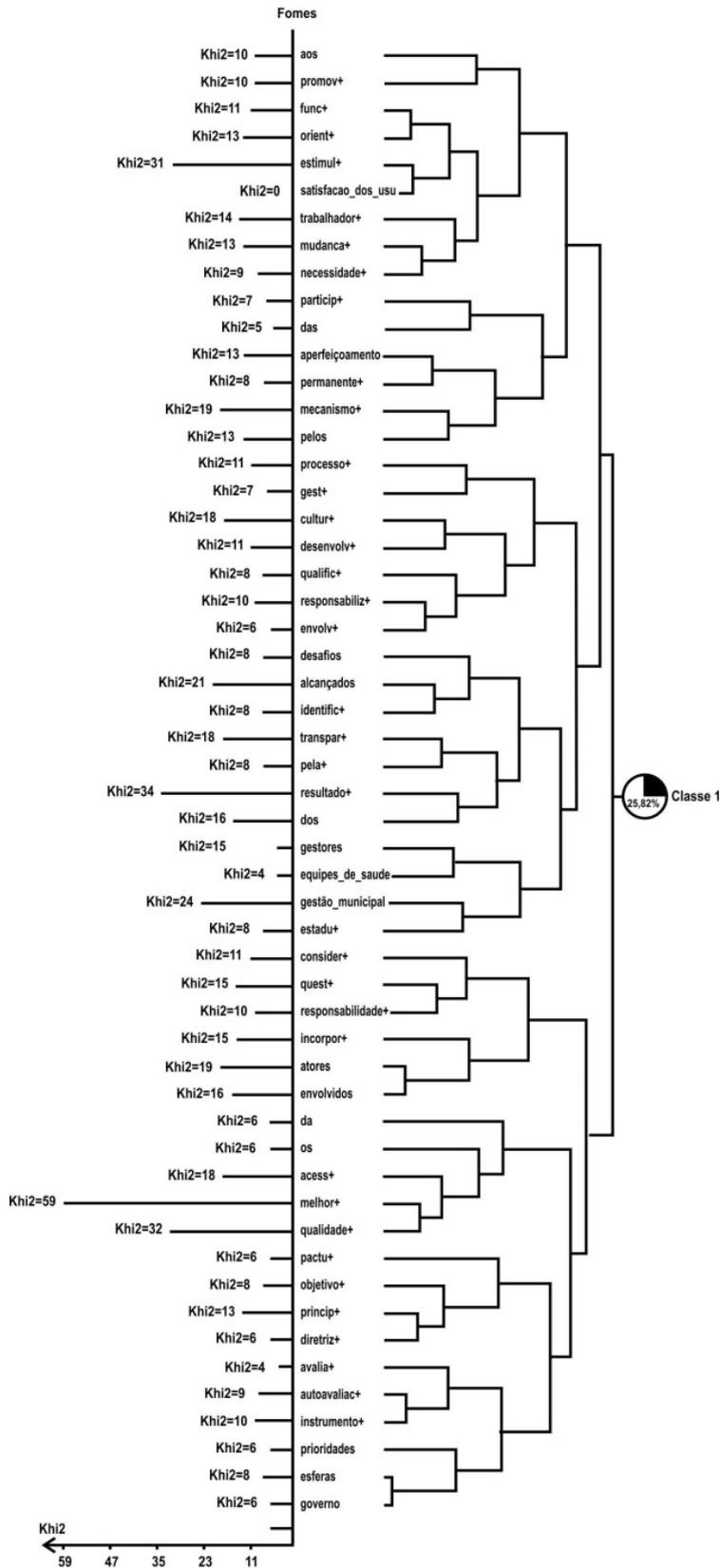
Os resultados também demonstram a ambivalência da participação social. Em algumas Unidades de Contexto Elementar (UCE) dos documentos analisados, a sociedade apenas acompanha o processo, sendo a responsabilidade atribuída apenas aos gestores e trabalhadores. Em outros segmentos textuais, o tema é abordado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

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

[...] ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da AB como contato e porta de entrada preferencial à rede de atenção (UCI 2; K²: 37).

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

Figura 2 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 1



[...] suporte a implantação do acolhimento à demanda espontânea, suporte a construção de projetos terapêuticos singulares, facilitação da organização de intervenções intersetoriais; análise de indicadores e informações em saúde; facilitação dos processos locais de planejamento; discussão do perfil de encaminhamentos da unidade (UCI 2; K²: 56).

[...] A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente (UCI 2; K²: 36).

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

[...] ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deslgrado por coletivos, buscando fortalecê-los [...] (UCI 2; K²:36).

[...] a revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/coletivos apoiados devem estar atrelados a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização e impotência, o que não quer dizer desresponsabilização (UCI 1; K²: 36).

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

[...] discutir casos complexos de modo a ampliar a clínica, dentre tantos outros neste contexto, o apoio institucional, na saúde deve adotar como diretriz a democracia institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral, uma vez que o trabalho do apoiador envolve sempre a sua inserção em espaços coletivos (UCI 1; K²: 37).

[...] para que façam mais sentido e tenham mais valor de uso, com relação à vinculação dos processos de educação permanente, as estratégias de apoio institucional, avalia-se o grande potencial de desenvolvimento de competências de gestão e cuidado na atenção básica [...] (UCI 2; K²: 34).

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

[...] facilitando ainda a sistematização de ferramentas tecnológicas da gestão e do cuidado, o apoio institucional. O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (UCI 2; K²: 56).

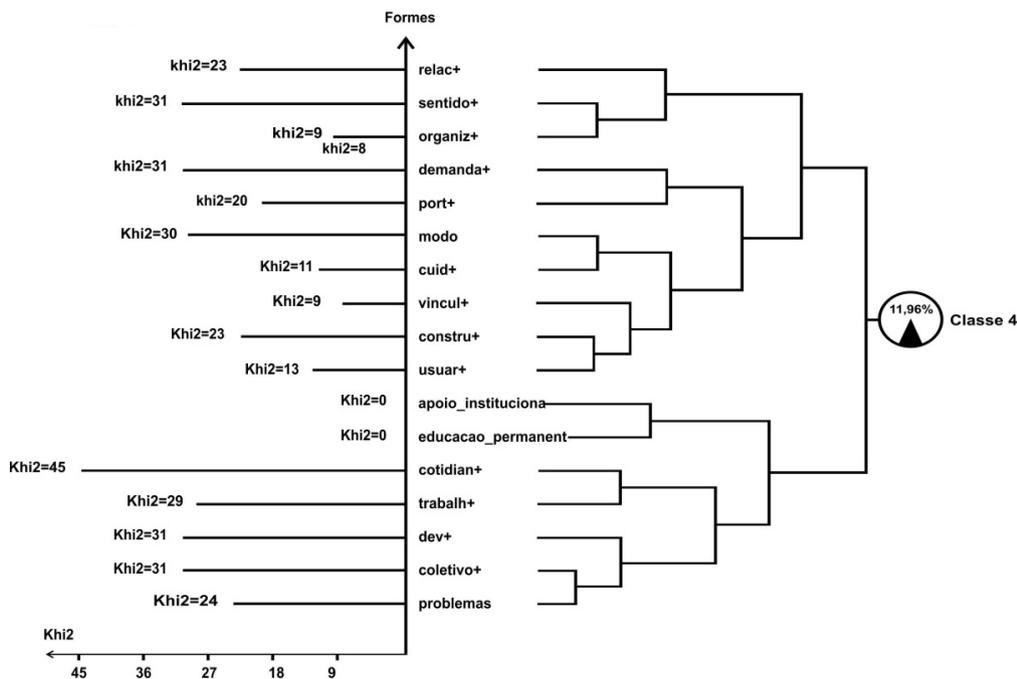
Configura-se, nesta análise dos documentos oficiais, uma ambiguidade na concepção dada ao apoio institucional, ora entendido como disparador de todo o processo da mudança, no sentido da qualificação, ora compreendido como uma função gerencial. O apoio institucional nasce dentro da Política de Humanização,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

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

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

Reafirmando o que foi sinalizado na análise, um estudo¹⁷ recente, em que se analisou o discurso dos gestores da

Figura 3 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 4



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

O conjunto formado pelas classes 1 e 4, denominado de 'A qualificação como mudança do modelo de atenção', apresenta uma dualidade na concepção de qualidade em saúde. A qualidade é apresentada vinculada a um conceito amplo de saúde e, concernente a ele, uma atenção resolutive e embasada em princípios definidos pela PNAB. Essa representação de qualidade no cuidado ofertado encontra-se ancorada na concepção de saúde como direito, fruto de ampla discussão e ampliação do conceito de saúde defendido pela OMS, no período pós-guerra, como um

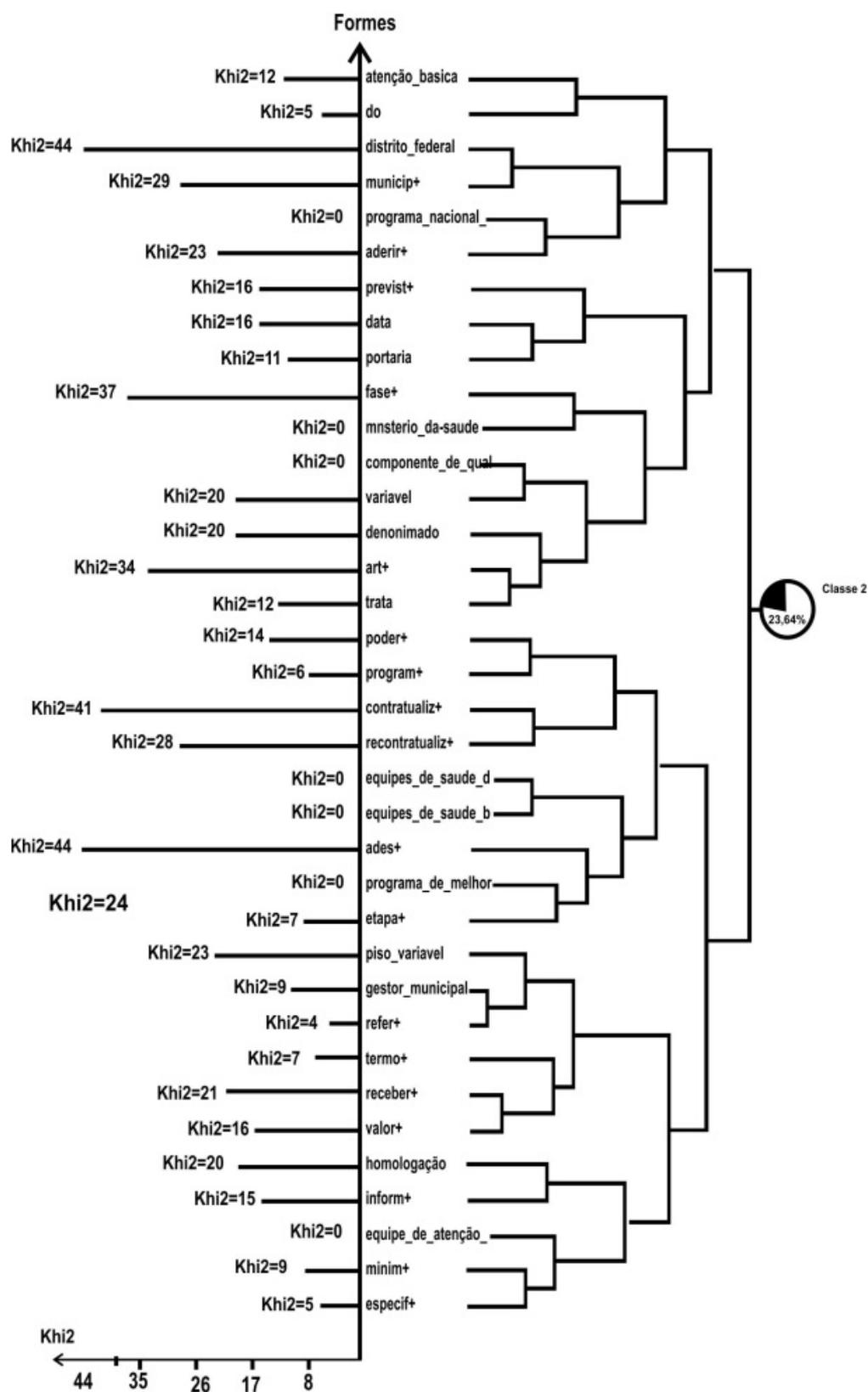
estado de bem-estar físico, mental e social. No Brasil, a noção de saúde como direito vem com a luta do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e a homologação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição 1988.

Porém, nos documentos oficiais do PMAQ-AB, a qualidade é também apresentada como o alcance de metas ou resultados em indicadores, mensuráveis e comparáveis por meio de médias estatísticas. Esses indicadores são definidos *a priori* pelo MS e padronizados nacionalmente, desconsiderando as diferenças nas necessidades dos usuários dos diversos territórios. Essa concepção de qualidade tem uma ancoragem no paradigma positivista, hegemônico na área da saúde, especialmente nas pesquisas avaliativas.

Com relação ao apoio institucional, essa dualidade fica evidente, sendo retratado ora como instituído pela Humanização, ora como pensado pela Teoria da Administração Científica.

Como característica importante de uma política pública avaliativa, Santos Filho¹⁵ aponta o emprego de parâmetros construídos coletivamente, e não dados *a priori*. Nesse sentido, os indicadores usados devem refletir a produção

Figura 4 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 2



dos serviços (organização, resolutividade, qualidade) e a produção dos sujeitos (mobilização, crescimento e autonomia de trabalhadores e usuários). Esse autor propõe o monitoramento avaliativo, realizado de maneira processual, pelas equipes de saúde e apoiadores institucionais, como forma de se conseguir envolvimento efetivo e atribuição de significado à avaliação, fazendo com que ela dialogue com o cotidiano do cuidado.

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

[...] observadas as seguintes etapas: formalização da adesão pelo município e pelo Distrito Federal, que será feita por intermédio do preenchimento do formulário eletrônico específico a ser indicado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB, contratualização da equipe de saúde da família [...] (UCI 1; K²: 36).

[...] após a homologação da contratualização/recontratualização pelo Ministério da Saúde o município receberá mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do componente de qualidade do piso variável da AB. (UCI2; K²: 28).

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

Próxima à classe 2, na CHD, encontra-se a classe 5, com 50 palavras analisadas e 46 UCEs, correspondendo a 12,50% do corpus analisado. Esta classe foi nomeada de ‘Certificação de desempenho’ (Figura 1).

[...] as equipes participantes do PMAQ-AB serão certificadas conforme o seu desempenho, considerando: implementação de processos autoavaliativos, verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados, verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade [...] (UCI 2; K²: 44).

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

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

[...] será calculada, para cada indicador de desempenho, uma pontuação proporcional ao alcançado pelas equipes, comparando-se o resultado obtido pela equipe com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as médias dos estratos de municípios do qual faz parte, em um mesmo período (UCI 2; K²: 29).

[...] e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato (UCI 1; K²: 49, UCI 2; K²: 49).

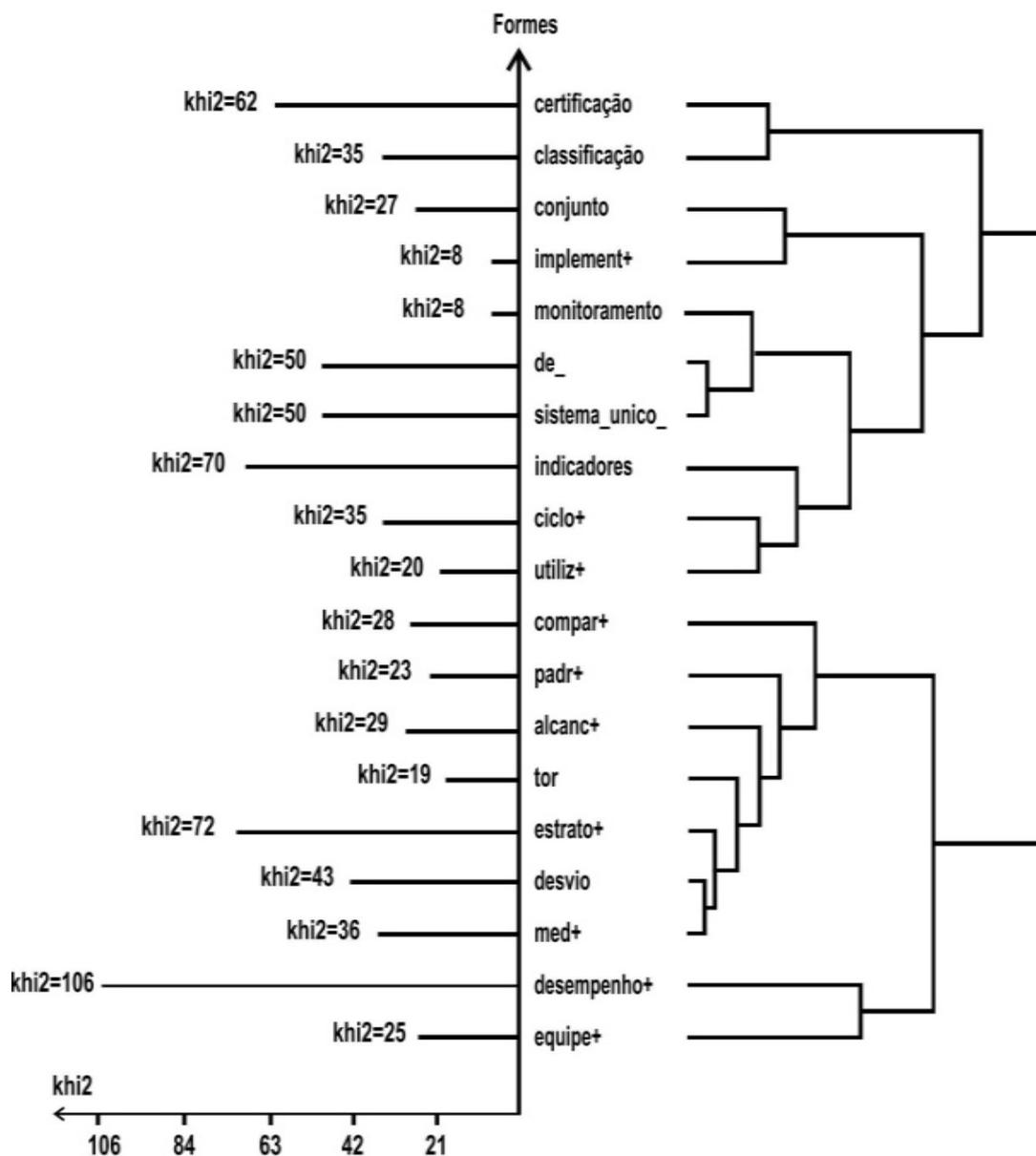
Os termos ‘monitoramento’ e ‘conjunto’, que aparecem na CAH bem próximos aos termos ‘certificação’ e ‘indicadores’, remetem-se, respectivamente, ao Sistema de Informação da AB, por meio do qual se faz o monitoramento dos indicadores de saúde, e ao conjunto de indicadores e de padrões de evidências de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

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

[...] a avaliação de desempenho considerará os seguintes critérios: INSATISFATORIO, quando o resultado alcançado for menor do que 1, menos um desvio padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato: suspensão do repasse dos 20%. (UCI 2; K²: 34).

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

Figura 5 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 5



pelos padrões constatados na avaliação externa⁸. Em síntese, a avaliação externa define, portanto, o valor do incentivo recebido pelos municípios, referente aos resultados de cada equipe de saúde.

Essa concepção relacionada à recompensa por resultados encontra-se ancorada no enfoque behaviorista do reforço positivo das teorias de Pavlov e Skinner, que sustentou a Teoria da Administração Científica de Frederick W. Taylor¹⁸,

na qual administrar seria fundamentalmente premiar o comportamento adequado e punir o comportamento inadequado à empresa.

A vinculação de recursos financeiros à avaliação de desempenho, além de criar a possibilidade de um viés nos resultados encontrados, tem maiores implicações quando a avaliação se dá por meio de médias numéricas padronizadas, desconsiderando-se as diversidades e especificidades

regionais e locais. Muitas vezes, os municípios com as piores médias na avaliação de desempenho são exatamente aqueles com maior necessidade de tais incentivos.

A estratificação dos municípios, conforme critério socioeconômico, não é suficiente, por vezes, para o exercício da equidade, pois, não raro, existem territórios de extrema carência, localizados em municípios enquadrados em estratos socioeconômicos mais altos. Nesse contexto, a avaliação poderá ser incompatível com a realidade vivenciada pela equipe de saúde.

Alguns autores questionam o uso do incentivo financeiro, pelo MS, como única estratégia indutora da expansão da cobertura da ESF, preterindo as ferramentas de debate e diálogo com os níveis locais^{19,20}. A ausência do debate dificulta as pactuações entre as várias instâncias, pois, geralmente, não existe nem o consenso teórico-conceitual com relação à AB^{21,22}. Campos¹⁹ aponta a pouca valorização de iniciativas locais, concernentes às suas especificidades, e questiona a padronização de um modelo estratégico único para contemplar a diversidade loco regional.

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

[...] componente do puerpério e atenção integral à saúde da criança: favorecer a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, promover o acompanhamento da puérpera e da criança na Atenção Básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento [...] (UCI 2; K²: 27).

[...] realizar ações educativas sobre aleitamento materno, atividade física, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, violência doméstica e sexual, alimentação saudável e saúde da criança para todas as puérperas do território (UCI 2; K²: 50).

O termo ‘regular’ relaciona-se com a alimentação regular do Sistema de Informação em Saúde, e ‘nacional’, com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), por meio dos quais são monitorados os indicadores dos programas e os profissionais na AB.

[...] manter equipe e infraestrutura necessária para alimentação regular do sistema de informação em saúde (UCI 2; K²: 21).

[...] com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, garantir oferta mínima de ações de saúde, para a população coberta por cada equipe de Atenção Básica, Saúde Bucal, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família [...] (UCI 2; K²: 27).

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

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

[...] dentro desse componente destacamos: apoio a gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo núcleo de apoio à saúde da família, incluindo planejamento e avaliação, a assistência farmacêutica, as práticas integrativas, [...] (UCI 2; K²: 35).

[...] serão avaliadas assistência farmacêutica, práticas corporais e atividade física, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição, saúde do trabalhador, apoio à gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família [...] (UCI 2; K²: 35).

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

[...] esse instrumento é composto por três componentes: componente comum, componente singular, não terá caráter obrigatório e será indicado pela própria equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no momento da contratualização; e a satisfação das equipes apoiadas, em relação ao trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (UCI 2; K²: 32).

Os termos ‘área’, ‘território’, ‘situação’ e ‘abrangência’ remetem às especificidades nas condições de vida e de

saúde das populações adscritas aos muitos territórios (Figura 1).

[...] onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas, físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, etc., por meio da territorialização amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e potencialidades dos territórios (UCI2; K²: 62).

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

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

CONCLUSÃO |

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

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

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

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

Foi identificada também uma representação da assistência à saúde com caráter programático, de cunho preventivista e ancorada no modelo biomédico, polarizando-se com as iniciativas definidas por parâmetros da realidade local, das particularidades dos territórios e comunidades e de cunho integral que se ancoram no modelo biopsicossocial adotado pela PNAB.

Essas posições antagônicas no discurso oficial traduzem as ambiguidades presentes no contexto real da dinâmica da vida social, próprias do fenômeno representacional, que exprime forças ligadas à matriz hegemônica e aqueles frutos do impulso de mudança. Essa dualidade na macropolítica se estende e gera ações dúbias, com grandes implicações para o cenário micropolítico em que se dá o cuidado.

O estudo aponta, portanto, a necessidade do desenvolvimento de uma metodologia avaliativa, compatível com o modelo adotado para a AB, e o aprimoramento de instrumentos de escuta dos muitos atores, no sentido de serem, ao mesmo tempo, exequíveis e dialogarem com as realidades locais. Mesmo considerando essa abordagem um grande desafio, deve-se ponderar também que uma política avaliativa só agregará resultados, no sentido de disparar mudanças qualificadoras do cuidado, se atribuir um novo significado para a prática cotidiana dos sujeitos no seu território e no seu agir micropolítico na produção do cuidado. É nesse

cenário micropolítico que as políticas têm o potencial de se concretizarem ou não, já que constitui um espaço de intencionalidades e subjetividades dos atores e representa o trabalho real, produzido pela legitimidade dos diferentes núcleos de saberes. Portanto, longe desse cenário, estaremos distantes e falando numa linguagem que não é a do cotidiano do cuidado, correndo riscos de comprometer os resultados almejados, apesar dos custos e esforços empreendidos.

REFERÊNCIAS |

1. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Mercado FJ, Bosi MLM, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. 3. Ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p. 207-28.
2. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(1):150-3.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 10 jan 2015]. Disponível em: URL: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf>.
4. Mercado FJ, Hernández N, Tejada LM, Springett J, Calvo A. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: Mercado FJ, Bosi MLM, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p. 22-62.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso em 04 jun 2014]. Disponível em: URL: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>.
6. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8):1727-42.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de Atenção Básica variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União* 20 jul 2011; Seção 1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 05 jan 2015]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>.
9. Palmonari A, Cerrato J. Representações sociais e psicologia social. In: Almeida MFS, Trindade ZA, organizadoras. Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília: Tecnopolitik; 2011. p. 305-32.
10. Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Press Universitaire de France; 1961.
11. Santos MFS. A teoria das representações sociais. In: Santos MFS, Almeida LM, organizadoras. Diálogos com a teoria das representações sociais. Recife: EDUFAL/EDUFPE; 2005. p.13-38.
12. Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-44.
13. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de avaliação quantitativa de dados textuais [Internet]. In: Moreira PAS, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM, organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Universitária – UFPB; 2005 [acesso em 05 fev 2015]. p. 511-39. Disponível em: URL: <http://www.laccos.com.br/pdf/Camargo2005_alc.pdf>.
14. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/IMS/FAPERJ; 2011. p. 138-65.
15. Santos Filho SB. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí; 2009.

16. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):210-25.

17. Sulti ADC, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2015; 39(104):172-82.

18. Bergamini CW. Motivação: uma viagem ao centro do conceito [Internet]. *RAE executivo*. 2003 [acesso em 10 nov 2014]; 1(2):63-7. Disponível em: URL: <<http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/1716.pdf>>.

19. Campos GW. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24Supl 1:17-9.

20. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24Supl 1:7-16.

21. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6):1171-81.

22. Baptista TWF, Fausto MCR, Cunha MS. Análise da produção bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis*. 2009; 19(4):1007-28.

Correspondência para/ Reprint request to:

Erika Maria Sampaio Rocha

Rua da Liberdade, 137, Bela Vista,

Teixeira de Freitas/BA, Brasil

CEP: 45990232

Tel.: (73) 99940-4400

E-mail: emsampaiorocha@gmail.com

Submetido em: 12/01/2016

Aceito em: 15/03/2016