

Maria Lúcia Magalhães Bosi^I

Ricardo José Soares Pontes^I

Suziana Martins de Vasconcelos^{II}

Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores

Quality dimensions in health evaluation: manager's conceptions

RESUMO

OBJETIVO: Compreender concepções e experiências de gestores em relação à avaliação qualitativa na atenção básica em saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo, fundamentado na vertente crítico-interpretativa, realizado em 2006 na cidade de Fortaleza, CE. A amostra teórica foi composta pelo grupo responsável pelo planejamento da atenção básica em nível estadual. Para a obtenção do material empírico, utilizou-se a técnica de grupo focal.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: Emergiram dois temas centrais: concepções de qualidade e dimensões da qualidade na prática da avaliação em saúde, desdobrando-se em aspectos distintos. Os conceitos qualidade e avaliação qualitativa não se mostraram claramente demarcados, confundindo-se a avaliação qualitativa com a avaliação da qualidade formal. Do mesmo modo, não se reconhece a multidimensionalidade inerente à qualidade. A despeito de se revelarem nos depoimentos críticas à quantificação indevida de certas dimensões, não se observou clareza e domínio técnico quanto à abordagem a utilizar para abranger as distintas dimensões da qualidade em processos avaliativos.

CONCLUSÕES: As concepções dos gestores responsáveis pelo planejamento da atenção básica, no espaço estudado, revelam um importante distanciamento das premissas da avaliação qualitativa, sobretudo aquela orientada pelo enfoque de quarta geração. Portanto, o modelo adotado por esses atores na avaliação da qualidade dos programas e serviços não contempla sua multidimensionalidade.

DESCRIPTORIOS: *Gestão em Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Administração de Recursos Humanos. Pesquisa Qualitativa.*

^I Departamento de Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFC. Fortaleza, CE, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Maria Lúcia Magalhães Bosi
R. Prof. Costa Mendes, 1608 - 5º andar
21943-570 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: malubosi@ufc.br

Recebido: 19/3/2009
Revisado: 12/8/2009
Aprovado: 23/9/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand manager's perceptions and experiences in regards to qualitative evaluations in basic health care.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: A qualitative study, based on the critical interpretive approach, was performed in 2006, in the city of Fortaleza, Northeastern Brazil. The sample consisted of the group responsible for planning basic health care at the state level. In order to obtain the empirical data, the focus group technique was utilized.

ANALYSIS OF RESULTS: Two central themes emerged concerning the perceptions about quality and the dimensions of quality employed in health evaluations, which were revealed in distinct ways. The concepts of quality evaluation and qualitative evaluation did not appear clearly understood, confusing qualitative evaluation with formal quality evaluations. Likewise, the inherent multidimensionality of quality was not recognized. Despite the criticism expressed by the participants regarding the improper quantification of certain dimensions, the necessary technical skills and understanding were not observed for the approach to include the distinct dimensions of quality in the evaluation process.

CONCLUSIONS: The conceptions of managers responsible for the planning of basic health care at the state level revealed an important disassociation from the premises of qualitative evaluation, especially those evaluations oriented by the fourth generation approach. Therefore, the model adopted by these actors for the evaluation of program and service quality did not consider their multidimensionality.

DESCRIPTORS: Health Management. Health Manpower. Health Services Evaluation. Personnel Management. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) inaugura uma intervenção na atenção básica em saúde visando à reestruturação do modelo assistencial implantado no País. A atenção básica, por meio da ESF, se configura como uma ampla possibilidade de efetivar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) na organização dos serviços e das práticas de saúde. Possibilita, assim, que os princípios universais, democráticos e participativos do SUS¹, sejam integrados ao cotidiano dos usuários do sistema de saúde. Contudo, a despeito do seu alcance e potencial, ainda não se dispõe de mecanismos sistematizados para monitoramento e avaliação da ESF ao longo do período de sua implantação e expansão.

Nesse contexto e em consonância com a política do Ministério da Saúde, definida na Portaria 588, de 7 de abril de 2004,^a surgiu a necessidade de se estruturar uma política de monitoramento e de avaliação do funcionamento das ações de atenção básica no estado

do Ceará. Tal iniciativa vincula-se ao processo de planejamento e desempenho intersetorial da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), considerando a existência de inadequações no financiamento em saúde voltado à atenção secundária e terciária, remetendo à necessidade de melhoria na qualidade dos serviços da atenção básica.

Diante do acelerado processo de crescimento da ESF, emerge a necessidade da implementação de processos avaliativos, em especial sobre a qualidade da atenção no âmbito dessa estratégia. Conforme alguns autores,¹² tal conceito demanda uma demarcação rigorosa que dialogue com o que se concebe como avaliação qualitativa, apontando interfaces e distinções entre ambos os domínios (qualitativo e quantitativo). A natureza dos problemas envolvidos na complexidade da atenção básica amplia o escopo da avaliação da qualidade ao considerar a intersubjetividade como inerente à

^a Ministério da Saúde. Portaria 588, de 7 de abril de 2004. Aprova Convocatória Pública nº 01/2004 para que Unidades Federadas (UF) apresentem Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. *Diário Oficial Uniao*. 7 de abril 2004;Seção 1:87.

produção do cuidado, recorrendo à abordagem qualitativa para a compreensão do significado das ações na perspectiva dos atores implicados.³

Sendo assim, no que tange à utilização do instrumental quantitativo e qualitativo no âmbito da avaliação em saúde, embora não consideremos tais abordagens antagônicas ou “alternativas”, assumimos que tais enfoques se distinguem ontologicamente: a quantitativa permitindo revelar aspectos “objetivos” do fenômeno avaliado, enquanto a qualitativa aprofunda sua compreensão.²

Cabe ainda distinguir avaliação de qualidade e avaliação qualitativa, termos muitas vezes empregados como sinônimos. Avaliação qualitativa corresponde à análise (compreensão) de dimensões que escapam aos indicadores e à linguagem quantitativa, voltando-se para a produção subjetiva que permeia os processos. A avaliação de qualidade, que engloba a avaliação qualitativa, inclui também dimensões de qualidade que admitem mensuração e objetivação.⁴

Quando mencionamos a multidimensionalidade do termo qualidade, referimo-nos, por um lado, ao fato de o termo qualidade assumir distintos significados (de natureza objetiva ou subjetiva) e, por outro lado, à qualidade variar de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais, em função de seus interesses e posições, bem como da sua relação com o programa ou serviço em questão. No primeiro caso, corresponde ao que alguns autores denominam multidimensionalidade intrínseca e, no segundo, ao que se concebe como multidimensionalidade extrínseca.¹²

No âmbito da avaliação qualitativa, cabe ressaltar a emergência do chamado enfoque avaliativo de quarta geração, *fourth generation evaluation*, conforme descrito por Guba & Lincoln.⁶ Nessa perspectiva, a avaliação, além de incluir a visão do contexto, é também participativa, ou seja, privilegia não apenas a validação dos resultados pelos vários segmentos, mas a inserção dos diferentes atores (e interesses) implicados nos processos sob avaliação, buscando, assim, garantir distintas perspectivas, sobretudo a dos usuários quase sempre excluídos no processo de formulação, pactuação e execução prática das ações.¹¹

Tendo em vista que o produto dos serviços de saúde resulta da interação entre usuários, profissionais de saúde, gestores e todo o contexto que envolve as relações entre eles, a visão do usuário constitui um elemento central no processo avaliativo. O avaliador assume, portanto, uma postura de mediador quanto a determinados aspectos do objeto avaliado, juntamente com os atores envolvidos no processo avaliativo.^{8,10}

Em acréscimo, uma boa avaliação é aquela em que os “utilizadores da avaliação”, ou seja, gestores, profissionais e, também, os usuários aos quais se destinam as práticas são identificados e envolvidos no processo e os objetivos da avaliação incorporam a utilidade e finalidade do processo avaliativo.⁹ Tais aspectos, conforme Patton,⁹ caracterizam a avaliação qualitativa como ferramenta do processo de gestão da qualidade da atenção ofertada à população.

A despeito dos elementos conceituais assinalados e do que vem sugerindo a literatura mais recente sobre avaliação em saúde, a abordagem quantitativa predomina no âmbito das práticas avaliativas. Tal enfoque é baseado em princípios da ciência positiva, constatando-se o predomínio das mensurações em detrimento da compreensão dos processos, sendo inserido em caráter excepcional no contexto sanitário brasileiro.

Segundo Tanaka & Melo¹¹ (p. 123) “o rigor formal adotado através dos pressupostos do método científico levou a que se compreendesse a avaliação como uma intervenção possível de ser feita exclusivamente por especialistas”. Essa “visão de mundo” faz com que a avaliação (tanto aquela fundamentada na tradição quantitativa quanto a qualitativa) seja, por um lado, percebida como um “processo ameaçador”, ligando-se à idéia de controle externo aos atores e, por outro, a uma atividade especializada, atribuída a *experts* na matéria, em geral, não implicados nos contextos avaliados.

Outro plano em que se constatam dificuldades para a efetivação da avaliação em serviços de saúde diz respeito ao domínio teórico de métodos e técnicas especializadas para esse fim.¹¹ Assim, a dificuldade de operacionalizar a avaliação qualitativa no interior dos serviços de saúde se relaciona, também, à precária formação dos profissionais em especial, dos gestores, no que se refere ao campo da investigação de processos sociais.

O objetivo do presente estudo foi compreender concepções e experiências de gestores em relação à avaliação da qualidade e avaliação qualitativa na atenção básica.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Realizado no ano de 2006, em Fortaleza, Ceará (Brasil), o estudo integrou uma investigação mais ampla^a referente a práticas de avaliação e de monitoramento do grupo responsável pelo planejamento da atenção básica em nível estadual (SESA-CE), no período de 2003 a 2006.

^a Projeto “Plano Estadual Para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Estado do Ceará”, que teve como objetivo principal o desenvolvimento do componente III do Projeto de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF), destinado à avaliação do Plano Estadual de Saúde do Ceará – 2003-2006; e financiado pelo Ministério da Saúde.

Ao buscar compreender o espaço da qualidade na avaliação, em um campo marcado por especificidades, é necessário reconhecer o caráter polissêmico da qualidade.¹² Vuori¹³ (p.19) assinala que o “conceito de qualidade em saúde tem muitas facetas e autores diferentes podem utilizar significados distintos para esse termo. Em geral, o termo (...) denota um grande espectro de características desejáveis”.

A complexidade do conceito qualidade nos coloca, assim, diante do desafio de “interpretar a interpretação” da qualidade na avaliação operacionalizada pelos atores no nível central. Trata-se, portanto, de interpretar a qualidade no campo das experiências empíricas vivenciadas pelos participantes deste estudo.

Foram selecionados como participantes cinco profissionais da Secretaria da Saúde do Estado, nível central, atuantes no Núcleo de Apoio à Organização da Atenção Primária (NUORG). Embora não tenha constituído critério de escolha, todos os participantes possuíam formação em nível superior na área da saúde, quatro referiram uma extensa experiência no campo da atenção básica à saúde, tendo desenvolvido trabalhos nas áreas de imunização, gestão, coordenação de postos de saúde, em distritos sanitários, na microrregional e no Programa Saúde da Família (PSF) no interior do estado do Ceará.

Para a apreensão dos depoimentos, foi utilizada a técnica de grupo focal visando a facilitar interações em grupo.^{5,7} A condução da técnica foi realizada pelos coordenadores do projeto, tendo sido utilizado um roteiro orientado por algumas perguntas norteadoras para apreensão das concepções do grupo sobre as dimensões de qualidade implicadas na avaliação em saúde, bem como a demarcação entre avaliação da qualidade e avaliação qualitativa referidas à atenção básica e, mais especificamente, à ESF, desdobradas progressivamente consoante o princípio da não-diretividade.

Após essa etapa foram realizadas leituras transversais das transcrições, bem como a identificação das unidades de significado expressas nos vários temas presentes no material discursivo e que constituíram o eixo da análise empreendida, agregando as categorias presentes nos discursos. Consoante a natureza dialética da perspectiva crítica adotada no exercício interpretativo, essa produção subjetiva foi articulada à materialidade a que se vincula, no contexto estudado.

Como etapa do processo de construção e análise do material, previa-se a validação do conteúdo pelos participantes. Contudo, devido ao afastamento de vários profissionais, o conteúdo da avaliação foi apresentado em oficina e ressoou fortemente no grupo que deu seqüência às ações.

O estudo obedeceu à Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e integra protocolo de pesquisa inter-regional, como um dos seus desdobramentos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em saúde da Faculdade do Paraná (FEPAR) sob o número 2771/2004.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do processamento e interpretação das informações, originou-se a rede de significados que passamos a percorrer. Tal rede organiza-se em torno de dois eixos centrais – concepções de qualidade e avaliação qualitativa na práxis da avaliação em saúde – os quais, por sua vez, se desdobram em distintas dimensões.

Concepção de qualidade

Observamos que na concepção dos informantes, o reconhecimento das distintas dimensões da qualidade não se revelou claro. Não obstante, foram observadas críticas recorrentes à objetivação ou à quantificação de certas dimensões, entendidas pelo grupo como algo que demandaria outras aproximações ou ferramentas que, entretanto, o grupo afirmou desconhecer. Percebemos, ainda, um tênue reconhecimento da dimensão subjetiva da qualidade, sobretudo nas referências ao plano dos relacionamentos, das vivências e da interação entre profissionais e usuários:

“[...] qualidade é o usuário entrar (...) ter um vínculo com aquela comunidade, atender pelo nome, dar privacidade ao paciente, fechar uma porta, perguntar o que ele tem, interagir com o paciente; prescrever e explicar a ação do medicamento e que o serviço possa ofertar o medicamento. Isso aí é qualidade [...]” (Informante 1)

Uchimura & Bosi¹² assinalam que os termos qualidade e quantidade não suscitam dicotomia. Em sua acepção objetiva, a qualidade é mensurável como, por exemplo, o número ou a qualificação formal dos profissionais que fazem parte das Equipes Saúde da Família. Entretanto, essa generalização e mensuração não são possíveis quando nos voltamos à dimensão subjetiva, uma vez que esta diz respeito a vivências, emoções, sentimentos, expressando singularidades não passíveis de expressão numérica.

A despeito dessas percepções, a abordagem utilizada pelo grupo para operacionalizar a avaliação da qualidade do serviço não contempla sua multidimensionalidade, sendo o “qualitativo” um termo impreciso que, nos depoimentos, oscila entre os pólos objetivo e subjetivo, sendo muitas vezes justaposto ao de qualidade formal. Observamos que a utilização do termo qualidade pelo grupo se expressa preponderantemente na referência ao instrumento Metodologia de Melhoria da Qualidade em

Atenção Primária à Saúde (Proquali).^a Elaborado pelo grupo em parceria com instituições internacionais, a referida metodologia foi adotada pelo NUORG em algumas práticas avaliativas, sendo estas as que o grupo compreende como avaliação qualitativa.

Não sendo nosso propósito neste artigo analisar essa ferramenta, julgamos oportuno, ao menos, mencionar que essa tecnologia incorpora, exclusivamente, questionários estruturados sem o refinamento necessário à distinção entre aspectos objetivos e aqueles cuja natureza não se submete à quantificação. Contudo, cabe ressaltar que o Proquali tem conferido destaque ao Ceará no cenário da avaliação em saúde pelo fato de representar uma metodologia voltada à avaliação da qualidade da atenção básica. Apesar das suas limitações, trata-se de uma proposta inovadora, haja vista ter desencadeado a discussão da qualidade, antes mesmo de esta ganhar relevo na agenda do SUS e se expressar em instrumentos divulgados em nível Nacional. Contudo, apesar da alusão ao Proquali, a avaliação de qualidade operacionalizada vem se aproximando do referencial estabelecido no instrumento Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família,^b considerado como um meio de conferir objetividade à avaliação da qualidade dos componentes da atenção à saúde. Os informantes referem-se a esse instrumento empregado para avaliar a qualidade do PSF como segue:

“O instrumento é em padrões, cada padrão é discutido em quatro instrumentos: um o secretário de saúde responde e discute, o outro o coordenador do PSF, o outro o coordenador da unidade, o outro a equipe toda do Programa Saúde da Família e o quinto instrumento só a equipe de nível superior.” (Informante 3)

Em síntese, o conceito de qualidade não está claramente demarcado, não sendo observado no discurso do grupo a identificação do que a literatura aponta como multidimensionalidade, intrínseca e extrínseca, inerentes ao conceito.¹² Mais que isso, a despeito de se reconhecer aspectos subjetivos inerentes à atenção à saúde, as concepções de qualidade acabam confluindo para sua dimensão objetiva, imprimindo a perspectiva da avaliação tradicional, centrada nos aspectos normativos, considerando-se esse tipo de avaliação como “avaliação qualitativa”.

Avaliação qualitativa na práxis da avaliação em saúde

Apesar de o grupo pesquisado considerar a participação dos diferentes atores do serviço um fator importante, observou-se descompasso entre o discurso e o que efetivamente acontece ao se constatar que a visão do usuário

não foi incorporada em uma das poucas experiências de avaliação da qualidade vividas pelo grupo:

“A equipe faz a avaliação na unidade com os profissionais de nível superior; todos são envolvidos: agente de saúde, auxiliar de enfermagem, a servente, o dentista, o enfermeiro, o médico, todos envolvidos.” (Informante 1)

A avaliação da qualidade, se tomada em sentido amplo, inclui a avaliação qualitativa, e necessariamente visa à inserção das diferentes visões dos distintos participantes dos serviços/ações de saúde, sendo um ator indispensável nesse processo o usuário do serviço ou programa. Quanto a isso, Serapioni¹⁰ (p. 209) assinala que “o produto nos serviços de saúde é o resultado do contato direto entre profissionais e pacientes e das ações e interações que constituem essa relação”.

Ao justificarem sua adesão ao Proquali, os participantes indicaram como pontos essenciais: o contexto em que estão inseridos os atores participantes desse processo; a construção coletiva do instrumento de avaliação e a discussão entre os sujeitos envolvidos. Além disso, foram consideradas a criação de uma equipe multidisciplinar de avaliação no nível local e a reorganização da equipe em nível central para acompanhar e desenvolver as práticas avaliativas, bem como os próprios técnicos (no caso, do nível central da SESA) que realizam a avaliação. Todavia, percebemos que não é clara para o grupo a distinção entre avaliação da qualidade e avaliação qualitativa, tal como aqui demarcadas. Assim, não há domínio teórico-metodológico ou expertise para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde em suas distintas dimensões.

A despeito disso, o grupo revela processos de discussão já em curso e já se evidencia uma abertura para avançar na compreensão do processo de avaliação da qualidade do programas e serviços, para além do que permitem os modelos tradicionais:

“(...) nós não podemos dizer está completo, a gente tem que dar o salto de qualidade. O Ceará partiu na frente com o agente de saúde, partiu na frente com o Programa Saúde da Família e a qualidade desse Programa?” (Informante 5)

Ao focalizarem a materialidade dos serviços e as condições de possibilidade de se efetivar as equipes em nível local, bem como de se promover o necessário envolvimento dos atores, os discursos mostraram-se menos otimistas, apontando novos obstáculos para a incorporação de um enfoque avaliativo mais abrangente ressaltando-se a descontinuidade na gestão e seu impacto.

^a Secretaria da Saúde do Estado. Metodologia de melhoria da qualidade da atenção à saúde: instrumento de melhoria do desempenho. Fortaleza; 2005.

^b Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Outro aspecto é que, ao contrário do observado em relação às dimensões formais, ligadas a repasse de recursos, a adesão à avaliação da qualidade tem sido opcional. Tanaka & Melo¹¹ advertem quanto à relação da avaliação de programas específicos com financiadores externos.

Não sendo possível, nos limites desta exposição examinar questões inerentes ao neoliberalismo econômico e seus desdobramentos na economia, na educação e na saúde, cabe ao menos referir seu vínculo com o histórico da avaliação e assinalar a presença dessa lógica de pensamento nas políticas de saúde. Um cenário extremamente crítico e dissonante para a execução de políticas baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que a avaliação é realizada sem incluir a visão dos atores envolvidos na produção do cuidado. Mesmo a avaliação da qualidade em sua dimensão formal, passa a ser ‘opcional’, o que por si só já expressa uma escala de valores e uma concepção do que verdadeiramente importa controlar. Tal cultura se mostra como obstáculo no discurso dos entrevistados, conforme ilustrado no relato abaixo:

“[...] a participação do município no processo passa a ser opcional (...) enquanto que a avaliação do PSF organizada pelo Ministério da Saúde é verticalizada e com corte de recursos como penalidade (...) a questão é obrigatória e não passa por processo de sensibilização e adesão dos gestores. (...) principalmente se ele estiver na gestão plena do sistema.” (Informante 1)

CONCLUSÕES

As concepções do grupo concernentes ao conceito qualidade não se mostram claras, verificando-se a indistinção das suas dimensões, bem como o não-reconhecimento da polissemia inerente ao conceito. A despeito de ter sido mencionada, a qualidade dos programas se expressa, sobretudo, em sua dimensão objetiva, imprimindo a perspectiva da quantificação, ou seja, da avaliação tradicional, considerando-se, muitas vezes, esse tipo de avaliação como avaliação qualitativa. Desse modo, embora reconhecendo e valorizando questões de natureza processual e subjetiva no âmbito da avaliação, não há clareza quanto ao método a utilizar

para abordar tais questões. Mais do que simples lacuna no que concerne aos fundamentos metodológicos de processos avaliativos, tal desconhecimento traz conseqüências para a construção de avaliações mais abrangentes que triangulem informações objetivas com a subjetividade dos atores, integrando sujeito e estrutura, processos e resultados.

A análise do material discursivo sugere a presença predominante da abordagem quantitativa nas práticas avaliativas, resultando na leitura da realidade a partir de uma ótica objetiva, fundamentada em médias e inferências estatísticas. A pergunta fundamental acerca de um enfoque deve se voltar para a sua capacidade de responder sobre a natureza do problema que queremos avaliar. Ante a complexidade do objeto saúde, tal redução metodológica, ao que parece, vem limitando o alcance da avaliação no que se refere à formulação de juízos de valor voltados a intervir e melhorar o sistema de saúde, como ferramenta efetiva para a tomada de decisão e gestão da qualidade.

Na perspectiva em que é proposta, a avaliação é realizada sem incluir a visão dos atores do serviço de saúde ou os usuários e o que parece importar é a eficiência de um determinado programa, não se levando em conta outros desfechos que acabam revelando impactos, talvez invisíveis nos dados de rotina, mas que se refletem nos próprios custos do sistema. Tal cenário reforça a necessidade de exercitar a complementaridade metodológica e o diálogo interdisciplinar no desenho da avaliação de forma a minimizar a grande dissonância entre os objetos de avaliação e os métodos adotados.

Os informantes reconhecem, ainda que de forma incipiente, os limites e a insuficiência do enfoque tradicional ante os desafios com que se deparam no complexo campo da atenção básica. Além disso, constata-se a abertura para novas perspectivas e metodologias e o reconhecimento das lacunas em suas formações profissionais, figurando a avaliação qualitativa nas percepções desses atores como uma atividade altamente especializada. Tal representação vem gerando, por um lado, a visão de complexidade dessa prática e, por outro, a percepção de ser uma atividade distante de ser executada pelo próprio grupo.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM, Barreto ICHC. SUS passo a passo: história regulamentação financiamento políticas nacionais. São Paulo: Hucitec; 2007.
2. Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ. Notas para um debate. In: Mercado-Martinez FJ, Bosi MLM, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p.23-71.
3. Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes; 2006.
4. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):150-3. DOI:10.1590/S0034-89102007000100020
5. Carlini-Cotrin B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev Saude Publica* 1996;30(3):285-93. DOI:10.1590/S0034-89101996000300013
6. Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newsbury Park: Sage; 1989.
7. Morgan DL, Kruger RA. The focus group kit. Thousands Oaks: Sage; 1998.
8. Patton MQ. How to use qualitative methods in evaluation. Newsbury: Sage; 1987.
9. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. The New Century Text: Sage; 1997.
10. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(1):187-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000100016
11. Tanaka OY, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p.121-137.
12. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1561-9. DOI:10.1590/S0102-311X2002000600009
13. Vuori H. A qualidade da saúde. *Divulg Saude Debate*. 1991;3:17-25.

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde, por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESFIII), integrante do Plano Estadual para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Estado do Ceará.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.