

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

e os desafios para a institucionalização da avaliação em saúde

Jamile Pinheiro Karbage Salmito

Mestre em Planejamento em Políticas Públicas - UECE

Maria do Socorro Ferreira Osterne

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da UECE

Resumo

As desigualdades econômicas que marcam o Brasil refletem-se inequivocamente na situação de saúde de sua população e, para o enfrentamento dos desafios propostos, os governos têm, ao longo do tempo, desenvolvido políticas públicas, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família, que é base do SUS. Nesse contexto, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB é uma nova proposta que estimula a inserção de processos autoavaliativos e de monitoramento das atividades na rotina das equipes de saúde da família, visando a facilitar o acesso e melhorar a qualidade da atenção à saúde. O presente estudo aponta, através de uma revisão da literatura, diversos aspectos que sinalizam a necessidade de avaliar os processos de gestão e atenção à saúde com o objetivo de atender às novas demandas, oferecendo serviços com qualidade e responsabilidade. Assim, acende a discussão de que, embora seja amplo o consenso de que as avaliações sistemáticas devam fazer parte da rotina das equipes de saúde, o grande desafio de se utilizar a avaliação como instrumento persiste, fazendo do PMAQ-AB uma semente lançada na tentativa de se institucionalizar uma cultura de avaliação.

Palavras-chave: Gestão pública. Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Social inequalities that affects Brazil are reflected in the health conditions of its population and, in order to face proposed challenges, governments have developed public politics, as the Family Health Strategy, which is the SUS base. Therefore, The National Program for Access Improvement and the Quality of Basic Care – NPAIQ-BC is a new proposal that stimulates the adoption of the monitoring and self-evaluative practices by the FHS teams. This was a literature review that intended to describe several aspects of the importance of evaluative practices for the public management and health care and its possibilities of giving a responsible and safe service. The study makes the debate that, eventhough using evaluative practices is recognized as an important part of the teams routine, using evaluation as an instrument remains very hard and challenging and that NPAIQ-BC was like a seed thrown trying to institutionalize the evaluation culture.

Key words: Public Management. Health Evaluation. Primary Health Care.

Introdução

As políticas de saúde no Brasil foram enunciadas seguindo uma tendência mundial de organização dos serviços com base nos Cuidados Primários em Saúde (GIL, 2006). Em 1988, a Constituição Federal reconheceu expressamente em seu texto o direito humano à saúde como um “direito de todos e dever do Estado” e instituiu o sistema nacional de saúde com a denominação de Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988); a estruturação do SUS e a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) ficaram a cargo do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1993 pelo Ministério da Saúde (FURTADO, 2009).

O SUS foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde nas diversas esferas de governo de modo a atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde (PORTELA *et al.*, 2013); fundamenta-se em princípios como universalidade, integralidade e equidade e está organizado, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012e), em redes de atenção primária (ou atenção básica), secundária e terciária, que devem estar articuladas entre si. Nesse contexto, a APS é compreendida como porta de entrada do Sistema, o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde.

O PSF, agora denominado de Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1999), é entendido como estruturante dos sistemas municipais de saúde e, através das ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e manutenção da saúde, torna efetiva e praticável a idéia da APS. Para tal, a estratégia abrange a implantação de equipes multiprofissionais chamadas Equipes de Saúde da Família (ESF), responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias nas diversas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2013). As ESF são compostas, conforme a modalidade, por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista e agente comunitário de saúde, entre outros profissionais, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Uma questão norteadora da atenção primária ou básica no momento é se ela de fato cumpre seu propósito no sistema de saúde, analisando obstáculos e adotando medidas necessárias e eficientes para a superação dos desafios encontrados (PORTELA; DIAS; VASCONCELOS, 2013). Nesse contexto, merece destaque a idéia da avaliação da atenção básica como meio de reorientação de processos e políticas; uma proposta de avaliação deve seguir princípios e diretrizes do SUS, além de estar em consonância com a política de saúde do país.

A concepção de avaliação surgiu na década de 1930 nos EUA como processo de qualificação, através dos estudos de Edward Thorndike sobre testes educacionais. Após a Segunda Guerra Mundial, essa tendência ampliou-se aos programas públicos, sendo

consequência/resultado do papel que o Estado passara a desempenhar nas diversas áreas (educação, emprego, social, saúde, etc...) Era, pois, atribuição estatal acompanhar os investimentos públicos, no sentido de otimizar a alocação de recursos, em busca de eficiência. Desse modo, os economistas foram os pioneiros da avaliação, desenvolvendo métodos para analisar as vantagens e os custos desses programas públicos (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS, 1997). No decorrer dos anos 70, a necessidade de avaliar as ações de saúde se impôs em virtude da diminuição do crescimento econômico, com consequente racionalidade imposta ao setor (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS, 1997). Nos anos 80, a qualidade tornou-se foco na avaliação dos serviços de saúde, sobretudo com Donabedian, Wheeler e Wyszewlanski (1984). Atualmente, políticas e programas sociais e de saúde são cada vez mais objeto de avaliação tanto nos países de Primeiro Mundo quanto na América Latina.

Ainda corroborando o autor, a partir da década de 70, vários países têm implantado iniciativas de institucionalização da avaliação, com o objetivo de melhorar o desempenho dos serviços de saúde e aumentar o grau de responsabilidade dos gestores. No Brasil, a avaliação em saúde emerge de forma sistemática no fim dos anos 90 e ganha relevância a partir de 2000, com debate internacional em torno da metodologia de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde proposta pela OMS (MORAES, 2013). “Avaliar é emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção (programas, serviços, etc...) com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se de informação e dados construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão” (HARTZ, 2009). No Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se em um contexto cujos processos são ainda incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem mais caráter prescritivo, burocrático e punitivo do que subsidiário ao planejamento e à gestão (BRASIL, 2003), deve-se ressaltar, entretanto, que a avaliação sistemática de programas e serviços em saúde promove a importante análise do trabalho em equipe, com detecção de falhas e construção coletiva de soluções, favorece a participação, o debate e redistribui o acesso a seus atores que, com seus próprios meios, não têm capacidade de avaliar os serviços (HARTZ, 2009). Utilizando a reflexão de Habermans, Dubois, Champagne e Bilodeau (2011) asseveram que a avaliação favorece o diálogo, a reflexão e a compreensão mútua dos diferentes atores.

Segundo Santos e Mehry (2006), a avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. A Organização Mundial de Saúde vincula o processo avaliativo ao planejamento, uma vez que é papel da avaliação tirar lições da experiência já vivida e aperfeiçoar as atividades em curso ou a serem implantadas (OMS, 1981). Como já descrito anteriormente, a atuação da ESF é fundamental para a organização da atenção básica de saúde no Brasil e deve ocorrer de forma eficaz para que seus resultados tenham impacto positivo na população adscrita; para isso, planejamento e avaliação de suas ações são necessários. Como função importante da gestão, a avaliação deve fazer

parte do conjunto de atividades desempenhadas pelas ESF, mas também pelos gestores do sistema. O propósito, nesse sentido, é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, descortinando para a sociedade, as consequências e efeitos da implantação e implementação das políticas, sobretudo aquelas relacionadas à atenção básica. A institucionalização da avaliação possibilita a prestação de contas à sociedade das opções feitas pelos gestores, a partir da análise de seus processos e resultados.

O objeto da avaliação está em constante movimento, sendo evidenciado nas três esferas de governo, de maneira que o gestor federal assume papel de indutor da institucionalização da avaliação e de corresponsável pela avaliação da atenção básica, reforçando-se o seu caráter formativo, pedagógico e reorientador de políticas e práticas. Como afirma Furtado (2009), o interesse pela avaliação não está restrito ao âmbito acadêmico, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAB/DAB) foi criada em um processo de reorganização interna do Ministério da Saúde em 2000 e, em conformidade com o entendimento adotado pelo próprio MS, tem encomendado um conjunto de estudos nessa perspectiva. São exemplos destas ações, os seguintes programas de avaliação: PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (2003), PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (2004-2006) e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, conjunto de programas criado em 2011 e do qual faz parte o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que é objeto do presente estudo.

Nesse contexto, torna-se importante ressaltar uma questão de nomenclatura: no Brasil, em meados da década de 80, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura Atenção Básica (AB) para definir Atenção Primária à Saúde (APS). Tal denominação, incorporando os princípios da Reforma Sanitária, refletiu a noção predominante na época de que “os cuidados primários em saúde possuíam caráter de um programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, ao invés de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde” (GOULART, 2010). Dessa forma, criou-se no país uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Atualmente, embora o Ministério da Saúde ainda utilize AB em alguns de seus programas e na própria PNAB, já se vê a preferência pela terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde, a qual é a base do processo de reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (BRASIL, 2007). Faz-se necessário destacar, porém, que, no presente trabalho, a opção foi feita pela nomenclatura Atenção Básica, uma vez que o próprio título do programa em questão contempla tal termo.

Embora reconhecidamente importante, os processos de avaliação requerem investimentos de ordem técnica e política, pois ainda não fazem parte da cultura institucional vigente e possuem difícil implantação e execução em virtude, principalmente, da distância de visão existente entre teoria e prática nos serviços de saúde (CARVALHO *et al.*, 2012).

Estudos recentes demonstraram uma cobertura aproximada de metade da população brasileira com acesso aos serviços de atenção básica, através das equipes de saúde da família (BRASIL, 2011), urge, portanto, a necessidade de melhoria da qualidade da gestão e das práticas das ESF. Diante disso, o MS propôs iniciativas que, além de tentarem institucionalizar a avaliação, estão centradas na qualificação e monitoramento (BRASIL, 2012) e o PMAQ-AB é o programa que se destaca nesse enfoque.

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011). É um programa que visa à qualificação da atenção básica através da instituição de processos que ampliem a capacidade de gestão dos entes federados, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica. Trata-se de um componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012e) que vincula, pela primeira vez, o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e qualidade pelas ESF, medida cujo ineditismo anuncia profundas mudanças na lógica de repasses para a atenção básica, bem como no financiamento do SUS. Dentro do chamado “Saúde mais perto de você”, modo como o MS tem-se referido ao conjunto de iniciativas da nova PNAB e às redes de Unidades Básicas Saúde (UBS), o PMAQ-AB destaca-se como a principal estratégia indutora de mudanças.

O PMAQ faz parte de um relevante processo de modificação encabeçado pelo MS e está articulado a outros três movimentos mais amplos, tendo sido formulado junto com estes e antecipando-se um pouco em sua implantação (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). O primeiro deles considera a efetiva valorização e definição do papel da AB, uma vez que as portarias que instituíram as “redes de atenção” reconheceram-na claramente como porta de entrada do sistema; o segundo movimento consiste no redesenho de financiamento do SUS e o terceiro, na implantação de um programa de avaliação, que pretende

[...] mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2011a).

O PMAQ-AB é um programa de adesão voluntária, cabendo à equipe participante a decisão de permanecer ou deixá-lo em qualquer de suas fases, e que prevê aumento de recurso para a equipe de acordo com seu desempenho; é composto de quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2011). A primeira fase consiste na adesão formal ao programa, por meio da pactuação de

indicadores e compromissos firmados entre as ESF e os gestores municipais e destes, com o MS. A segunda fase é o desenvolvimento de ações relacionadas aos compromissos pactuados, é estruturada em quatro dimensões consideradas centrais na promoção de melhorias relacionadas à qualidade da atenção básica: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A terceira fase refere-se à avaliação externa na qual um conjunto de ações visam à análise das condições de acesso e qualidade nos municípios e equipes que aderiram ao programa. A quarta e última etapa é a reconstrução entre a gestão municipal e as ESF com base no desempenho de cada equipe no processo avaliativo anterior. Assim, concretiza-se o ciclo de avaliação da qualidade preconizado pelo PMAQ-AB.

Nesse sentido, torna-se importante destacar o processo de autoavaliação das equipes devido à relevância que desempenha como ponto de partida para a fase de desenvolvimento do programa. É a fase de desenvolvimento que permite o autoconhecimento da equipe, percepção de falhas, aprendizado, amadurecimento e construção coletiva de novos processos, sendo a autoavaliação imprescindível para o processo. Merece destaque, ainda, a fase de Avaliação Externa, cujo instrumento guarda semelhanças com aquele da autoavaliação e busca reconhecer e valorizar esforços/resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da atenção básica.

1 Conceituando avaliação no âmbito da gestão pública em saúde

Gestão pública caracteriza-se, segundo Escorel (2001), como o espaço de tomada de decisões a partir da mediação entre as necessidades/ demandas sociais e a administração dos recursos governamentais disponíveis. A finalidade da gestão pública, segundo o autor, é prestar serviços aos cidadãos, responder às demandas da sociedade por bens e serviços públicos de qualidade, promover a pessoa humana e o seu desenvolvimento integral em liberdade. Para cumprir seu objetivo de promover o bem-estar da população, o Estado precisa estar dotado de uma administração profissionalizada e fazer uso de modernas práticas de gestão pública, emergindo o perfil de gestor público capaz de aliar técnica e política (KANAANE, 2010).

Matias-Pereira (2009) descreve os princípios mais relevantes para a gestão pública: liderança, integridade, compromisso (relativos à qualidade pessoal), responsabilidade em prestar contas, integração e transparência. Tais características devem ser adotadas na busca

de melhores práticas em governança, definida, conforme o autor, como “a forma com que os recursos econômicos e sociais de um país são gerenciados, com vistas a promover o desenvolvimento”.

Segundo Kanaane (2010), a gestão eficiente decorre do conhecimento pleno da função do agente público enquanto legítimo representante do Estado para atuar no interesse público. Ao gestor da coisa pública não é permitido criar situações, mas aplicar de forma adequada e balizada a lei, para alcançar o objetivo único da administração pública: “o bem-estar do cidadão”. É a demanda pública que delinea a forma de atuar, as práticas e os valores das políticas públicas que, por sua vez, devem ser tratadas a partir de uma perspectiva política e técnica, sendo insuficiente a perspectiva puramente administrativa da gestão pública.

As políticas públicas são disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público; elas refletem a ação intencional do Estado junto à sociedade (MATIAS-PEREIRA, 2009). A gestão das políticas públicas é compreendida como interação entre Estado e sociedade, o serviço público e a sociedade, visando ao fortalecimento da cidadania (OLIVEIRA, 2008).

A proposição do SUS inscrita na Constituição Federal de 1988 comporta uma concepção ampliada de saúde como política social que, integrada às demais políticas sociais, conformaria um sistema de proteção social com cobertura universal, incorporando a integralidade da atenção à saúde e a participação da comunidade na gestão do SUS (PAULA, 2005).

A administração pública tem demonstrado uma baixa capacidade de gestão na implementação de políticas sociais, apresentando-se dispersa e não sistematizada, em decorrência de um descompasso entre o planejamento governamental, que prioriza o processo de formulação de planos e relega a um plano secundário as etapas de acompanhamento e avaliação. Percebe-se que não basta estabelecer metas, políticas, programas e projetos se estes, durante o período de execução, não forem adequadamente gerenciados e avaliados. A avaliação permite que seja feita, em tempo oportuno e de forma eficaz, a necessária e inevitável correção de rumos (KANAANE, 2010).

Conforme Lucchese, Cavalini e Campos (2002), os dilemas colocados em pauta pelo processo de globalização e pelo esgotamento dos modelos macroeconômicos de gestão e explicação da realidade social, trazem para o centro do debate público sobre o desenvolvimento humano, social e econômico a questão do papel do Estado no campo social e seu redesenho institucional e gerencial para uma performance efetiva na redução de desigualdades econômicas e sociais; nesse sentido, proliferam iniciativas que visam a transformar positivamente o Estado na direção da equidade. Esse cenário faz surgir novos desafios não

apenas para a organização e eficiência da gestão pública em geral, e do cuidado à saúde, em particular, mas principalmente para que as tarefas públicas logrem modificar as situações de extrema desigualdade, cada vez mais evidentes.

A produção teórica de Castel (1998) e Rosanvallon (1998), autores que fazem uma revisão e análise da “questão social” a partir da crise dos Estados Nacionais, aponta para uma transformação positiva da regulação social na direção da democratização do Estado e para a renovação organizacional, gerencial e política da gestão estatal.

No campo da saúde, a complexidade das interações necessárias para a produção social de bem-estar não é novidade; as diversas conexões entre ambiente e saúde, espaço e desigualdades, política e democracia, recursos e tecnologias para as práticas de cuidado à saúde apenas acrescentam mais desafios para uma gestão pública setorial que busca melhorias permanentes na atuação dos sistemas de saúde (LUCCHESI; CAVALINI; CAMPOS, 2002). Tal entendimento já estava presente no cerne das formulações do movimento internacional pela Promoção da Saúde, que desde a sua primeira Conferência Internacional em 1986 vem disseminando iniciativas de elaboração de políticas públicas saudáveis, de criação de ambientes favoráveis à saúde, de reforço à ação comunitária e reorganização do modelo de atenção à saúde (GENTILE, 2001). A visão tradicional das instituições de saúde que possuíam apenas estratégias voltadas para sua atividade-fim, a assistência, foi superada pelos novos modelos de gestão, que constituem um contexto mais amplo (RODRIGUES *et al.*, 2014).

O ambiente de gestão pública do cuidado à saúde é permeado de reflexões e proposições que visam à equidade, urgente se faz, no entanto, traduzi-las em tarefas concretas de gestão.

Ao considerar eficiência e efetividade da gestão pública, o planejamento estratégico institucional com definição clara de diretrizes, objetivos, metas e ações é imprescindível, entretanto ele não se basta, devendo estar associado a uma análise efetiva de todos os processos, por meio de avaliações internas e externas, de forma sistemática, acompanhada por indicadores e com o objetivo de identificar a necessidade de melhorias nos serviços (OLIVEIRA, 2010). Hartz (2012) afirma a importância da avaliação como instrumento para aumentar a equidade no acesso e, na utilização de serviços, quesitos como qualidade da atenção ofertada, satisfação do usuário e alocação de recursos, contribuindo para o desenvolvimento de serviços sustentáveis e reforçando os mecanismos de segurança social na doença.

A exigência de alterações nos serviços de saúde, em função das crescentes necessidade da população, culminou com a ampliação dos serviços de alta complexidade, implementação de tecnologia de ponta para suporte à vida e a qualificação profissional; a judicialização da saúde, identificada pelo usuário como forma de garantir o acesso aos hospitais,

também integra a realidade do atual sistema de saúde, bem como o alto custo e o subfinanciamento pelo governo federal, causando um descompasso entre receita e despesa. Estes são alguns aspectos que sinalizam a necessidade de avaliar os processos de gestão e atenção à saúde pública, a fim de que possam atender às novas demandas, oferecendo serviço com qualidade e responsabilidade (RODRIGUES *et al.*, 2014).

É amplo o consenso de que as políticas públicas devem ser acompanhadas de avaliações sistemáticas, como parte da rotina governamental, adaptando-se continuamente em função dos resultados e recomendações por elas oferecidas (HARTZ, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2014). Na perspectiva de uma gestão orientada por resultados, a avaliação é uma atividade que se integra à gestão pública e ao funcionamento do sistema político, seu caráter institucional supõe clara definição de responsabilidades respectivas de quem gerencia os estudos de avaliação, avaliadores e usuários, de modo que possam se apropriar dos resultados obtidos e integrá-los a sua realidade (HARTZ, 2011). O efeito esperado da adequada implantação de práticas de avaliação e monitoramento tem como principal determinante o fortalecimento da capacidade avaliativa de todos os atores envolvidos, através de processos formais e contínuos de aprendizagem, em que erros e falhas não são punidos e sim interpretados como lições aprendidas (HARTZ, 2012).

Guias e manuais de avaliação de organismos internacionais ou de países com maior grau de avanço neste processo, como Canadá, França e Inglaterra mostram a necessidade de se ter dispositivos institucionais para avaliar programas públicos e orientar a tomada de decisões: avaliação interna ou externa, comitês de pilotagem, entre outros. Na maioria das vezes, a preferência é pela avaliação externa, vista como instrumento de aprendizagem. Considera-se também a autoavaliação que, embora distinta da avaliação externa, é a ela complementar (HARTZ, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um método rápido de avaliação com o propósito de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, identificar problemas operacionais e apoiar as gerências para definir estratégias locais e implementar intervenções eficazes (MCNALL; FOSTER-FISHMAN, 2007). Essa abordagem envolve, por exemplo, levantamento de dados e documentos, autoavaliações, entrevistas e observação direta.

As autoavaliações são desenvolvidas pela própria instituição avaliada e utilizadas nos serviços de saúde devido a seu baixo custo e fácil aplicabilidade em nível local (RODRIGUES *et al.*, 2014). A dinâmica pedagógica dos processos autoavaliativos torna-se efetiva no momento em que permite aos gestores, coordenadores e profissionais identificarem os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliar as conquistas alcançadas pelas ações implementadas. Para que as autoavaliações aconteçam, é essencial que sejam realizadas entre pares, coletivamente, envolvendo todos os atores no processo (BRASIL, 2013).

Avaliação externa constitui um mecanismo de levantamento de informações realizado por uma instituição, por exemplo Instituições de Ensino e Pesquisa, diferente daquela que está sendo avaliada. Possibilita, entre outros pontos, reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria do serviço, fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS visando à melhoria do processo de trabalho e elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013). À instituição responsável pela avaliação externa cabe a organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação das equipes de avaliadores da qualidade que aplicarão o instrumento de avaliação.

Os processos de avaliação na Atenção Básica devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e profissionais. Seu objetivo é verificar a realidade de saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades e conduzindo a intervenções para melhoria da qualidade do serviço (BRASIL, 2013).

2 Atenção primária à saúde

Estudos e considerações acerca da Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde devem necessariamente remeter à Declaração de Alma-Ata, considerada o principal marco do século XX nos esforços para alcançar a “Saúde para Todos”. Escrita em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata - antiga União Soviética (WHO, 2013), a declaração consagrou o termo Atenção Primária à Saúde em um evento promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF).

A década de 70 foi marcada por uma crise monetária internacional que influenciou fortemente os rumos das políticas de saúde em todo o mundo que, por sua vez, refletiam o desencanto em relação aos cuidados de saúde dispensados nos diferentes países (GIL, 2006; UNICEF, 1978). Ao modelo médico hegemônico na época era atribuída a ineficácia dos serviços de saúde, que se mostravam insuficientes quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população (GIL, 2006). Simultaneamente, as desigualdades sociais agravavam as condições de saúde dos povos, trazendo à tona, especialmente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, um sentimento de esquecimento das populações, o que impulsionou uma mudança de paradigmas no “pensar” sobre saúde (OMS, 2008; UNICEF, 1978).

Nesse contexto, a Declaração de Alma-Ata enunciou a Atenção Primária à Saúde (APS) como uma das principais alternativas de mudança do modelo de atenção à saúde (GIL, 2006) e a definiu como

[...] cuidados essenciais em saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente sólidas e socialmente aceitáveis com alcance universal para indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que o país possa suportar em cada fase do seu desenvolvimento no espírito de autoconfiança e autodeterminação (UNICEF, 1978).

Com tal concepção, desde quando enunciada a APS, a OMS adota e defende seu conceito para impulsionar o desenvolvimento da saúde global (CHAN, 2008).

Para Starfield (2002), APS representa a entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas, atendendo à pessoa, e não à doença, no decorrer do tempo, coordenando e integrando a atenção à saúde. Historicamente, a APS como forma de organização dos sistemas de saúde apareceu pela primeira vez no chamado Relatório Dawson em 1920, um documento do governo inglês, cujos conceitos aproximaram-se dos conceitos atuais de APS ao associar a criação de *Centros de Saúde* à ideia de regionalização, hierarquização e integralidade dos cuidados curativos e preventivos (MATTA; MOROSINI, 2009; CONILL, 2013).

Apesar da APS ter sido propagada mundialmente como um plano de longo prazo para assegurar cuidados básicos de saúde, é importante destacar que pode haver equívocos sobre seu conceito fundamental mesmo entre especialistas, sendo decisivo entendê-la como cuidados de saúde focados na comunidade e não nos indivíduos, pois quanto melhor for compreendida, melhor será implementada. (ABBAS; ALAM; MALIK, 2012).

Embora as metas de Alma-Ata não tenham sido plenamente alcançadas (MATTA; MOROSINI, 2009), há o consenso contemporâneo de que a APS representa uma abordagem poderosa para combater as causas de saúde precária e de iniquidade (OPAS, 2007), com evidências do impacto positivo desta em diversos países (STARFIELD, 2002). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) / OMS em 2003 reavaliou os valores e princípios que há algumas décadas inspiraram a Declaração de Alma-Ata e elaborou o documento intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, a intenção era revisar o legado de Alma-Ata e desenvolver uma estratégia de renovação da APS, visando à adequá-la às novas necessidades de saúde e de fortalecer e revigorar os sistemas de atenção nela fundamentados (OPAS, 2007).

No Brasil, a APS é considerada a principal estratégia para estruturação e qualificação do SUS e sua evolução no sentido de reorientar o modelo assistencial teve como

ponto de partida a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1993. Em 1997, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes operacionais do PSF e em 2006 enunciou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que passou a considerá-lo não mais como programa e sim como estratégia prioritária de reorganização da APS no país. Em 2012, com a expansão de 33.434 equipes, em 95% dos municípios brasileiros, e após quase vinte anos de implantação da Estratégia de Saúde da Família, fez-se necessário priorizar iniciativas com vistas a sua qualificação (LOPES, 2013).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, instituído pela portaria nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011) e que foi resultado de negociação e pactuação entre as três esferas de gestão do SUS: Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais. O PMAQ compõe a Nova Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2011, e propõe ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde prestada compreendendo necessariamente os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social (BRASIL, 2011).

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

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011). É um programa que visa à qualificação da atenção básica através da instituição de processos que ampliem a capacidade de gestão dos entes federados, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica. Destaca-se como a principal estratégia indutora de mudanças dentro da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012e) e vincula, pela primeira vez, o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e qualidade pelas equipes de saúde da família.

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que se complementam e que formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2011). A primeira fase ou Contratualização é a adesão formal ao programa e envolve uma pactuação local através de compromissos firmados entre as Equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde.

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestores municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2011). A fase de Desenvolvimento está didaticamente dividida em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento, é um dispositivo que deve ser utilizado pela equipe para identificar e reconhecer aspectos positivos e também problemáticos de seu trabalho, produzindo iniciativas potencialmente indutoras de mudança e aprimoramento do trabalho. Para o monitoramento dos indicadores, as equipes contam com apoio institucional de um técnico que as auxilie dentro dos objetivos do programa, diagnóstico de prioridades de educação permanente e alcance de padrões de qualidade. A educação permanente deve ser vista como importante estratégia de gestão no sentido de diminuir o abismo existente entre teoria e prática.

A terceira fase refere-se à Avaliação Externa, que é realizada pelo MS em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país. Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, aplicam instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão; são realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários e verificação de documentos.

A quarta e última etapa é a recontratualização entre a gestão municipal e as ESF com base no desempenho de cada equipe no processo avaliativo anterior. Assim, concretiza-se o ciclo de avaliação da qualidade preconizado pelo PMAQ-AB.

É importante destacar que o PMAQ-AB é um programa de adesão voluntária, cabendo à equipe participante a decisão de permanecer ou deixá-lo em qualquer de suas fases, o programa prevê, ainda, aumento de recurso para a equipe de acordo com seu desempenho.

3.1 Os instrumentos do PMAQ: AMAQ e Manual de Avaliação Externa

É bastante frequente a associação da temática da avaliação a aspectos negativos como punição e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado e, nesse

sentido, o PMAQ busca contribuir para a superação desse caráter punitivo, propondo a autoavaliação como instrumento que estimula a análise do processo de trabalho, visando à superação dos problemas e alcance de metas e objetivos. O instrumento de avaliação proposto no PMAQ é chamado de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ e não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais, estaduais e equipes definirem que instrumentos ou ferramentas melhor se adaptem as suas necessidades e realidades.

A AMAQ foi construída considerando objetivos e diretrizes centrais do PMAQ-AB como promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização quanto à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários, refletir padrões de qualidade e possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas (Manual instrutivo do PMAQ). A partir de tais elementos, o instrumento foi organizado em dimensões e subdimensões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da atenção básica, criando padrões de qualidade capazes de evidenciar mudanças – avanços e retrocessos sem, no entanto, esgotar todo o universo das práticas em atenção básica. Compõe-se, portanto, de um conjunto de ações consideradas estratégicas e potenciais produtoras de mudanças no cotidiano dos serviços.

A AMAQ está dividida em duas partes, sendo a primeira correspondente à Equipe de Atenção Básica e a segunda à Equipe de Saúde Bucal. Cada uma delas é composta de dimensões que, por sua vez, estão divididas em subdimensões, a saber:

- Dimensão: Gestão Municipal
 - A – Subdimensão: Implantação e implementação da Atenção Básica no Município.
 - B – Subdimensão: Organização e integração da rede de atenção à saúde.
 - C – Subdimensão: Gestão do trabalho.
 - D – Subdimensão: Participação, controle social e satisfação do usuário.
- Dimensão: Gestão da Atenção Básica
 - E – Subdimensão: Apoio institucional.
 - F – Subdimensão: Educação permanente.
 - G – Subdimensão: Monitoramento e avaliação – M&A.
- Dimensão: Unidade Básica de Saúde
 - H – Subdimensão: Infraestrutura e equipamentos.
 - I – Subdimensão: Insumos, imunobiológicos e medicamentos.
- Dimensão: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

J – Subdimensão: Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica.

K – Subdimensão: Organização do processo de trabalho.

L – Subdimensão: Atenção Integral à Saúde.

M – Subdimensão: Participação, controle social e satisfação do usuário.

N – Subdimensão: Programa Saúde na Escola - PSE.

Na AMAQ, a qualidade em saúde é definida como grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos com base em normas, protocolos e princípios que organizam as ações e práticas em saúde. O padrão na AMAQ é a declaração da qualidade esperada, tem sentido afirmativo e expressa expectativas e desejos a serem alcançados, a avaliação da situação nele descrita se dá por meio de escala numérica de zero (0) a dez (10) (AM AQ). Assim, o respondente deve considerar que o ponto 0 indica o não cumprimento do padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/ atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada.

Ao final da avaliação, é possível conhecer a classificação atribuída para cada dimensão e subdimensão a partir de cinco categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Essa categorização permite que as equipes identifiquem mais facilmente problemas críticos, bem como comparações no desempenho de diferentes equipes na busca de melhorias de acesso e qualidade.

No Manual de Avaliação Externa, as questões que o compõem guardam coerência com os padrões descritos no instrumento de autoavaliação (AM AQ), visando assegurar coerência das informações, uma vez que os resultados serão acompanhados ao longo da implementação de novos ciclos do PMAQ. Isso possibilitará comparabilidade entre os resultados das equipes e UAPS pertencentes ao mesmo estrato de municípios definidos no PMAQ.

As informações são analisadas por métodos complementares com instrumentos específicos para gestão municipal, UAPS, equipe de atenção básica e usuários, incluindo análise documental. Estão contemplados, ao longo do instrumento, aspectos importantes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica, tais como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, atenção às doenças crônicas, Programa Saúde na Escola, atenção domiciliar, práticas integrativas e complementares e atenção às doenças negligenciadas.

O Manual de Avaliação Externa é composto de três partes:

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

iteratura será apresentada no capítulo a seguir.

4 Discussão

Inicialmente, deve-se destacar a importância do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB em virtude da inovadora proposta de promover a autoavaliação na rotina de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Deve-se ressaltar, ainda, a relevância deste trabalho, uma vez que o programa é relativamente novo e a literatura científica publicada incipiente.

O Brasil é um país que, apesar de sua pujança econômica, acumula grandes desigualdades socioeconômicas e que tem parte considerável de sua população ainda em situação de pobreza (RASELLA, 2013). Os determinantes sociais da saúde, ou seja, condições econômicas, culturais e ambientais de dada população geram uma estratificação econômico-social de indivíduos e grupos, conferindo-lhes posições sociais distintas que, por sua vez, provocam diferenciais de saúde; a distribuição saúde – doença em uma sociedade, portanto, não é aleatória (BRASIL, 2008a). Os Determinantes Sociais da Saúde (DDS) podem influenciar diretamente a situação de saúde de uma família, gerando iniquidades e a carência de dinheiro pode afetar o acesso aos cuidados de saúde ou ao diagnóstico e tratamento. As iniquidades em saúde entre indivíduos e grupos são, para a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a mais grave doença do Brasil. A CNDSS propõe em seu relatório, entre outras medidas, o incentivo a políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, sobretudo de grupos sociais vulneráveis. Consta, ao fim do relatório, que a atuação sobre os diversos níveis desses determinantes sociais extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde, propondo ações coordenadas dos vários setores e instâncias governamentais, fundamentadas nos três pilares básicos da intersetorialidade, participação social e evidência científica para serem viáveis, sustentáveis e efetivas (BRASIL, 2008a). Nesse sentido, a EstSF e a APS, que constituem base do SUS e importantes meios para se diminuir as iniquidades no que concerne à saúde, têm sido objetos de estudos e melhorias por parte dos governos, entretanto muito ainda precisa ser feito. Investir na qualificação das equipes de saúde da família é necessário e, para tanto, é preciso planejamento e avaliação do serviço como base para este planejamento. Assim, o governo federal lançou o PMAQ-AB que tem como um dos objetivos principais melhorar o acesso aos serviços de saúde através de ações que envolvam os três níveis de governo e que estimulem o autoconhecimento das equipes.

Deve-se considerar o fato de que mudanças efetivas em processos de trabalho, tradicionalmente caracterizados por uma prática baseada na percepção curativa, exigem tempo para serem reorientadas sob a égide dos princípios da promoção da saúde incorporados no programa e que o curto período de implantação do PMAQ-AB representa ainda uma dificuldade na adoção deste como instrumento de gestão. É possível reconhecer, no entanto, que uma semente foi lançada no sentido de se institucionalizar a cultura da avaliação.

5 Considerações finais

As desigualdades econômicas que marcam o Brasil refletem-se inequivocamente na situação de saúde de sua população e, para o enfrentamento dos desafios propostos, os governos têm, ao longo do tempo, desenvolvido políticas públicas que busquem dirimir essa realidade. A exemplo disso, a Estratégia de Saúde da Família foi e é responsável por grandes avanços alcançados na área da saúde tendo, porém, que superar questões de acesso e qualidade dos serviços que se impõem na atualidade. É nesse contexto que se destaca o PMAQ-AB, uma proposta inovadora que estimula a inserção de processos auto-avaliativos e de monitoramento das atividades na rotina das equipes de saúde da família, visando a facilitar o acesso e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Nesse sentido, é importante destacar que, apesar do grande potencial dos instrumentos apontados no programa, é comum verificar-se ausência de interesse por parte das equipes de saúde da família durante o processo, desinteresse este muito mais cultural, carregado do preconceito de que serviço público é “ruim mesmo”, do que propriamente a falta de empenho pessoal dos profissionais participantes; significa dizer que não há ainda culturalmente a valorização da avaliação como instrumento de trabalho e é, na maioria das vezes, desenvolvida apenas como uma obrigação burocrática.

Diante do exposto neste trabalho, por fim, deve-se assinalar que as questões de implantação do programa não reduzem a importância do PMAQ-AB, cujo potencial indutor de mudanças nos processos de trabalho das equipes de saúde da família é enorme, somente reafirmam a grande dificuldade que é trabalhar a avaliação como instrumento, fazendo as pessoas encarem com a devida seriedade o processo, e o desafio que se impõe no sentido de superar essa dificuldade e implantar os processos avaliativos na rotina dos profissionais da saúde.

Referências bibliográficas

ABBAS, Syed Muslim; ALAM, Ali Yawar; MALIK, Muhammad Raees. Primary Health care: what is it and what is it not? Views of teaching faculty at an undergraduate medical college in Pakistan. **Eastern Mediterranean Health Journal EMHJ**, v. 18, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.emro.who.int/emhj-volume-18-2012/issue-3/article-11.html>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

BRASIL. CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008a.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cgab/publicacoes.php>>. Acesso em: 9 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito da do Sistema único de saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica. **Diário Oficial da União**. 2011, jul 20; seção1. p. 79-80.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Avaliação Externa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mais perto de você**. – Acesso e qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e (Série E. Legislação em Saúde).

_____. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CHAN, Margaret; **Return to Alma-Ata**. WHO – World Health Organization. Programmes and Projects, Director-General, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/dg/20080915/en/>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

CONNIL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, Andre Pierre, CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.

DONABEDIAN, Avedis; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWLANSKI, L. Quality, cost and health: An integrative model. **Medical Care**, v. 20, p. 975-992, 1984.

DUBOIS, CA; CHAMPAGNE, F; BILODEAU. Histórico da avaliação. In: HARTZ, Z. *et al.* (Orgs.). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19-39, 2011.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, p. 22, 2001.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S.; ACKERMAN, M; JUNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec – Fiocruz, 2009, p. 715-39.

GENTILE, M. **Promoção da saúde e município saudável**. Vivere, São Paulo. 2001.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Atenção primária à saúde: conteúdos e trajetórias. In: _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Avaliação. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; FERRINHO, Paulo. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: **A nova saúde pública**. A saúde pública da era do conhecimento. Lisboa: Gradiva; p.58-79, 2011.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 829-837, jun. 2012.

KANAANE, Roberto, FIEL FILHO, Alécio; FERREIRA, Maria das Graças (Orgs.). **Gestão pública: planejamento, processos, sistemas de informação e pessoas**. São Paulo: Atlas, 2010.

LOPES, Estela Auxiliadora Almeida. **O programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais**. Brasília, 2013. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, 2013.

LUCCHESI, P.; CAVALINI, L.; CAMPOS, M.R. **Processo alocativo e redução de desigualdades regionais**. Equidade na gestão do SUS. Relatório de pesquisa. Ministério da Saúde-Secretaria Executiva-Abrasco-Fiocruz, 2002.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção primária à saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde, verbetes, fundação oswaldo cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de gestão pública contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2009.

MCNALL, M.; FOSTER-FISHMAN, P.G. Methods of rapid evaluation, assessment and appraisal. **American Journal of Evaluation**, v. 28, p. 151-68, 2007.

MORAES, Paulo Navarro de. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 98, p. 416-426, jul./set. 2013.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 28ed. São Paulo: Atlas, 2010.

OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Política de gestão pública integrada**. Rio de Janeiro: Faperj, FGV, Projetos, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Avaliação dos programas de saúde. Genebra, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Programmes and projects. Tools and Resources. Social determinants of health. **WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata**. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/index.html>. Acesso em: 9 ago. 2014.

_____. **Relatório mundial de saúde 2008**: Cuidados de saúde primários agora mais que nunca. Versão em Português: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, Portugal, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2014.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da atenção primária em saúde nas américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS, 2007. Disponível em: <http://www.uepa.br/portal/downloads/PETSAUDE2012/REF_BIBLIOGRAFICAS/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.

PAULA, A.P.P. **Por uma nova gestão pública**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PINTO, Heider Aurélio; SOUSA, Allan; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desempenho e processo de implantação. **RECIIS**: Revista Eletrônica de Comunicação, informação e inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

PORTELA, Luana Rodrigues; DIAS, Maria do Socorro de Araújo; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Análise da Autoavaliação em Sobral, Ceará. **SANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 40-45, jan./jun. 2013.

RASELLA, Davide. **Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a estratégia saúde da família sobre a mortalidade no Brasil**. Salvador. 2013. 92f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2013.

RODRIGUES, Marlene Kreutz *et al.* **Autoavaliação SINAES**: uma estratégia de gestão de um hospital universitário. Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v. 19, n.1, p. 111-129, mar. 2014.

ROSANVALLON, P. **A nova questão social**: repensando o Estado Providência. Instituto Teotônio Vilela. Brasília, 1998.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

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

UNICEF. Declaração de Alma-Ata. Relatório da Conferência Internacional Sobre Cuidados da Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Genebra, Organização Mundial da Saúde - OMS / Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Disponível em: <http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_At_a_conference_1978_report.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2014.

WHO. World Health Organization. Programs and projects. Tools and resources. Social determinants of health. WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/index.html>. Acesso em: 5 maio 2014.