



## INFLEXÕES NA AVALIAÇÃO E FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA COM O PMAQ-AB

Vagner Caminhas Santana<sup>1</sup>  
Luciene Burlandy<sup>2</sup>

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Vagner Caminhas Santana y Luciene Burlandy (2019): "Inflexões na avaliação e financiamento da atenção básica com o PMAQ-AB", Revista OIDLES, n. 26 (junio 2019). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/oidles/26/pmaq.html>

<http://hdl.handle.net/20.500.11763/oidles26pmaq>

### Resumo

O Programa de Melhoria da Qualidade do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil em 2011 com o objetivo de incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Está inserido em um conjunto de estratégias prioritárias que são definidas pela Política Nacional de Atenção Básica como parte de movimentos mais amplos de reorientação da forma de se organizar o Sistema Único de Saúde (SUS). Seu desenho operacional promove uma inflexão na forma de financiamento da atenção básica (AB) uma vez que condiciona o repasse de recursos a indicadores e critérios específicos de avaliação pré-estabelecidos. Considerando essa perspectiva, o artigo teve como objetivo analisar as inflexões nas propostas de financiamento da AB instituídas pelo PMAQ. Para tal foram problematizadas as propostas de financiamento, o contexto político-institucional de formulação do PMAQ no MS as concepções sobre avaliação e qualidade na AB no contexto prévio de instituição do PMAQ e nos documentos governamentais que instituem o programa. O estudo baseou-se em método de análise documental que incluiu portarias e documentos operacionais do MS relacionados com o programa e entrevistas com atores que participaram da implementação do programa em âmbito nacional. Os resultados indicam que, embora o MS já estivesse ensaiando movimentos avaliativos no âmbito da AB, somente a partir do PMAQ sua institucionalização se efetivou. Este processo foi possível principalmente a partir de uma janela de oportunidade criada em 2011 que buscou condicionar o financiamento da AB à compromissos contratualizados entre os entes federados, induzindo, desta forma, a adesão das equipes e dos municípios. A partir do conjunto de "padrões de qualidade" o MS define a qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da AB

<sup>1</sup> Doutorando em Política Social. Mestre em Política Social pelo Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social/Universidade Federal Fluminense/UFF/Niterói/RJ. Bolsista do Programa de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível-CAPEs. Email: caminhasdokiau@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Associada da Universidade Federal Fluminense do curso de graduação em Nutrição e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social. (Tutora)

**Palavras chave:** PMAQ; Atenção Básica; Avaliação; Qualidade; Financiamento.

## **INFLAMMATIONS IN THE EVALUATION AND FINANCING OF BASIC ATTENTION WITH PMAQ-AB**

### **Abstract**

The Program for Improving Quality of Access and Quality in Primary Care (PMAQ) was established by the Ministry of Health (MS) in Brazil in 2011 with the aim of encouraging the improvement of the quality of health services offered to the population. It is inserted in a set of priority strategies that are defined by the National Policy of Basic Attention as part of broader movements of reorientation of the way to organize the Unified Health System (SUS). Its operational design promotes an inflection in the form of funding for basic care (AB), since it conditions the transfer of resources to specific pre-established indicators and evaluation criteria. Considering this perspective, the article had as objective to analyze the inflections in the proposals of financing of the AB instituted by the PMAQ. To this end, the proposals for funding, the political-institutional context for formulating the WFP in MS, the conceptions of evaluation and quality in the AB in the previous context of the establishment of the PMAQ and in the governmental documents establishing the program were problematized. The study was based on a documental analysis method that included MS-related administrative and operational documents related to the program and interviews with actors who participated in the implementation of the program at the national level. The results indicate that, although the MS was already rehearsing evaluative movements within the AB, only from the PMAQ did its institutionalization become effective. This process was possible mainly from a window of opportunity created in 2011 that sought to condition the financing of AB to contractual commitments between the federated entities, thus inducing the adhesion of teams and municipalities. From the set of "quality standards", the MS defines the expected quality regarding the structure, processes and results of AB actions.

**Keywords:** PMAQ; Basic Attention; Evaluation; Quality; Financing.

### **1. INTRODUÇÃO**

A política de atenção básica (AB) no Brasil passou por profundas mudanças nas últimas três décadas, tanto no que se refere à estrutura institucional e de gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quando as suas formas de financiamento. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido concebida pelo Ministério da Saúde (MS) como principal estratégia para reorientação da AB, com adesão cada vez maior dos municípios e expansão do número de equipes. Mudanças gradativas nos sistemas municipais de saúde vêm sendo identificadas em todo o país e a expansão da cobertura e a ampliação da oferta de serviços provocou, no âmbito do MS reflexões sobre a qualidade e a resolutividade da AB. Neste cenário, progressivamente vem-se delineando a institucionalização, via indução do gestor federal, de uma política de avaliação da atenção básica, que culminou com a implementação do Programa de Melhoria da Qualidade do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), em 2011 (PINTO, 2014).

O PMAQ-AB surge deste novo contexto de valorização e reestruturação da AB no Brasil. Está inserido e se relaciona com um conjunto de estratégias que passam a ser prioritárias com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e com outros movimentos mais amplos de reorientação do modo como se organiza o Sistema Único de Saúde (SUS). (PINTO, SOUZA & FLORÊNCIO, 2012)

O PMAQ-AB promove uma inflexão no financiamento da AB ao atrelar a indução de recursos à avaliação de qualidade a partir do “Componente de Qualidade”. A Portaria ministerial 1.654, publicada em 19 de julho de 2011, que instituiu o programa propõe uma política de avaliação da qualidade na AB estabelece que o repasse de recursos seja vinculado à implementação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB) contratualizadas. Dessa forma, se estabelece uma mudança significativa na lógica de repasse de recursos para AB que altera também a forma de financiamento do próprio SUS.

A avaliação de serviços consiste em um procedimento comum em algumas áreas de gestão, no campo da saúde. No entanto, e em especial na AB, somente nas últimas décadas vem ganhando destaque e passa a ser incluída na rotina dos serviços. Ao identificar a progressividade das diversas iniciativas para avaliação em saúde no Brasil, Paim (2005) observa que esse interesse pela avaliação não se restringe ao âmbito acadêmico, uma vez que o MS tem encomendado uma série de estudos avaliativos, não apenas como contrapartida ao financiamento externo, mas, sobretudo, devido ao crescente reconhecimento de responsabilização entre seus dirigentes e técnicos.

Isto se dá pela redefinição, nos últimos anos, do papel da AB que progressivamente passa a ser cada vez mais considerada ação norteadora da política de saúde. A gestão da qualidade em saúde é um dos principais desafios do gestor e iniciativas para mensurar a qualidade têm sido cada vez mais estudadas (PINTO, SOUSA & FLORÊNCIO, 2012).

A incorporação de práticas e processos avaliativos no contexto do cotidiano dos serviços de saúde tem ganhado corpo nas políticas e programas do MS nos últimos anos. Essa nova cultura avaliativa proposta pelo MS vem contribuindo para o aprimoramento da capacidade técnica da gestão do SUS.

O artigo objetiva analisar as inflexões nas propostas de financiamento da AB instituídas pelo PMAQ, problematizando o contexto político-institucional, as concepções sobre avaliação e qualidade na AB. Para tal, analisa o contexto da AB nas últimas três décadas destacando uma inflexão ocorrida em 2003 com a ascensão ao poder de um novo Governo, e seus desdobramentos com a criação da PNAB e o “componente de qualidade” do PMAQ. O redirecionamento do PAB - Variável também ganha destaque no corpo do trabalho. As questões norteadoras da análise são: Como se desenvolveu a avaliação na atenção básica? Em qual contexto foi possível o surgimento do PMAQ-AB? Como o termo qualidade aparece nos documentos? E qual o sentido de qualidade no âmbito do PMAQ-AB?

O estudo baseou-se em método de análise documental que incluiu documentos oficiais do MS. Os documentos foram considerados como expressão de pactos possíveis em um dado contexto e estratégias de governamentalidade, uma vez que tornam-se parte da ação política dos sujeitos envolvidos, que lhes dão sentido e deles se apropriam de forma diversa no curso da ação política. Com base em uma perspectiva analítica que não dissocia discurso e prática, podem ser considerados como práticas sociais instituintes (SPINK, 2005).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois atores que compunham o quadro do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS no momento de implementação do PMAQ e que relataram sua experiência com o processo, indicando também elementos do contexto político-

institucional de formulação do programa. Os atores-chave entrevistados foram descritos no artigo com os respectivos códigos: DAB1 e DAB 2.

O estudo seguiu as regulamentações descritas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do MS, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (CEP/HUAP), da Universidade Federal Fluminense, mediante o parecer nº 2.972.586 e Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ), mediante o parecer nº 3.073.357.

O aprofundamento dos estudos sobre AB se justifica principalmente dado ao caráter prioritário que o tema tem se apresentado na agenda nacional, principalmente no que alude à estruturação desse âmbito de atenção básica no país. Neste sentido, torna-se relevante observar como a AB vem se conformando a partir de “padrões de qualidade” propostos pelo PMAQ-AB.

## **2. ANTECEDENTES A CRIAÇÃO DO PMAQ-AB E FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA.**

A trajetória de organização dos serviços no âmbito da AB é marcada por sucessivas reconstruções até se consolidar de fato como uma política de reforma, como uma alternativa diante de permanente crise dos sistemas de saúde na contemporaneidade. Os discursos associados aos princípios participativos e de democratização, largamente difundidos na década de 1960 e principalmente na década de 1970, retrocedem na fase de reformas neoliberais dos anos 1980 para ressurgirem a partir da segunda metade da década de 1990, “com uma roupagem mais nacionalizadora e instrumental” (CONILL, 2008, p.13).

No campo da saúde significou uma inflexão do debate antes localizado na episteme do sanitarismo, que passará a enfatizar a economia da saúde, “revelando as repercussões dos ajustes macroeconômicos cujo controle implicava a presença técnica e política das agências internacionais nos países devedores.” (PESSOTO, 2001 *apud* CHINELLI, LACERDA & VIEIRA, 2011, p.43).

As proposições do Banco Mundial e demais agências de fomento, guiadas para a flexibilização dos avanços propostos pela Reforma Sanitária e contemplados na Constituição de 1988, foram justificadas pela realidade fiscal do país que não sustentaria a concretização dos princípios norteadores do SUS, principalmente no que se refere à universalização do acesso ao sistema de saúde (MATTOS, 2009).

De acordo com seu arcabouço constitucional, o SUS teria como objetivo tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde, ofertando serviços com qualidade e adequados às necessidades da população, independente do poder aquisitivo do cidadão. Seu financiamento dar-se-ia por meio da arrecadação de impostos e contribuições sociais pagos pela própria população e seria composto por recursos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006).

A municipalização da saúde potencialmente favoreceria o exercício cotidiano da democracia ao descentralizar o processo decisório ao nível local onde as necessidades da população se

estabelecem. Dessa forma, o poder público municipal passa a ser o responsável imediato por atender tais necessidades os demais entes federados são corresponsáveis (Brasil, 2006). Ao longo de toda a década de 1990, o governo federal transferiu para os municípios a responsabilidade pela AB.

O processo de descentralização da saúde e as políticas vinculadas a AB, contou, no Brasil, com uma forte indução estratégica do governo federal, realizada por meio da operacionalização das Normas Operacionais Básicas de Saúde NOBs na década de 1990. As primeiras NOBs (1991 e 1992) assumem uma concepção de delegação de competências, expressa na própria escolha de transferência negociada como forma de relação entre as esferas governamentais e do tratamento dado aos serviços de saúde públicos das instâncias subnacionais, conveniados em prestadores de serviço (BARROS, 2003).

A Norma Operacional Básica/SUS N° 1 (NOB SUS 01/91) aprovada em junho de 1991, recebeu muitas críticas por estabelecer o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos e pelo seu poder centralizador. Em fevereiro de 1992 foi editada a NOB/SUS 01/92, com o objetivo de caminhar para o processo de descentralização, embora na prática não significasse muitas alterações; ela não transfere aos municípios poderes decisórios que viabilizam a condução da política municipal de saúde (BRASIL, 2006).

A NOB SUS 01/93, mesmo dando destaque ao financiamento ambulatorial e hospitalar, teve um papel importante na demarcação da descentralização nos três níveis de governo, instituindo duas condições de gestão para os estados (parcial e semiplena) e três para os municípios (incipiente, parcial e semiplena). Porém, a autonomia prevista pela NOB 93 não era completa: o gestor de um município, enquadrado em gestão semiplena, tinha autonomia para gastar os recursos de saúde, mas deveria seguir a forma de remuneração dos serviços estabelecida pela NOB 01/91. Neste contexto, a política de descentralização passou a ser regida por novos espaços institucionais de negociação (câmaras setoriais de negociação), as Comissões Intergestores. Segundo Goulart (2003), dado o grau de embargos criados no campo das transferências e alocação de recursos, a contabilização de êxitos da NOB/93 neste período foi mínima. Na prática, os resultados positivos estavam ligados ao incentivo, ainda que de forma discreta, para criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994.

A criação do PACS e posteriormente a implementação do PSF tinha como propósito reorientar o modelo de assistencial em saúde. No Brasil, essa estratégia deveria atender às necessidades de resposta à escassez e a exclusão de boa parte da população brasileira do acesso à assistência em saúde, principalmente por meio da expansão da rede de saúde. Desde seu surgimento a ESF experimentou mudanças nas condições de sustentação política e financeira, sugerindo o planejamento de sua expansão, induzido pelo processo de descentralização do sistema de saúde (MENDOÇA, VASCONCELOS & VIANA, 2008).

No entanto, no momento da criação do PSF, a expansão da cobertura para as comunidades que concentram a população com nível mais baixo de renda e acesso aos serviços, parecia ser a grande preocupação do Governo Federal. Não demorou muito para surgirem críticas a esta maneira de operar a expansão da cobertura, principalmente pelo fato do PACS e do PSF basearem-se em um modelo de AB centrado na atenção clínica individual, curativa, focalizada na doença e, de um de

modelo atenção coletiva baseada em programas verticais de saúde pública, sem que houvesse articulação (SILVA, 2008).

De acordo com Silva (2008) é na perspectiva de ação edificante do princípio de universalização do acesso que o Programa/Estratégia Saúde da Família apresenta suas maiores contradições. Principalmente porque surge no decorrer do processo de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, fato este que concorreu para que o programa apresentasse métodos e ferramentas de ações semelhantes às estratégias de intervenções propostas pelas agências de financiamento internacionais que não possuíam nenhum compromisso com as conquistas sociais e histórias da sociedade brasileira.

Neste sentido, a história do PSF no Brasil pode ser dividida em dois momentos: um primeiro momento, que vai da sua criação até 1996, onde era entendido como programa de expansão da cobertura do acesso aos serviços de saúde; e um segundo momento a partir de 1996, com incentivo do governo federal através da NOB/SUS 1996, passa a ser compreendido como estratégia de transformação do modelo assistencial, com potencial de substituir as práticas tradicionais de atenção. Junta-se a isto a mudança da vinculação institucional do programa que passa a ser vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). O programa deixa de ser entendido pelo Governo Federal como proposta provisória de expansão da cobertura para considerá-lo como melhor estratégia para a AB (MATTOS, 2002).

A partir de 1996 ocorre o estabelecimento de sistemas de financiamento de ações de AB no contexto da descentralização da saúde. Em relação ao financiamento, a NOB 96 estabelece também um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, ao incrementar as transferências regulares e o processo automático fundo a fundo no campo da AB. A segunda versão oficial do PSF – publicada em 1997 – o define efetivamente como “estratégia de reorientação do modelo assistencial”. Atualmente há uma perspectiva de que toda a AB seja organizada a partir da ESF com progressiva transformação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Unidades de Saúde da Família (USF). O principal instrumento da NOB 96 foi a implantação, em 1998, do Piso de Atenção Básica (PAB), que introduziu modificações na forma de remuneração das ações de saúde (pagamento *per capita* e não mais por produção). Identifica-se nesse contexto uma forte indução na organização da rede e uma transição do modelo de atenção na direção de uma maior ênfase na AB (pauta que teve pouco presente na primeira metade da década). Cabe destacar que já em 1997 Bueno e Merhy alertavam para o fato de que a NOB 96 iria engessar a autonomia dos municípios, obrigando-os a adotar programas verticalizados sem considerar programas definidos localmente (BUENO & MERHY, 1997).

A introdução do PAB buscou promover alterações na atuação das comissões intergestoras (principalmente das Comissões Intergestora Bipartite - CIBs), pois elas tinham importante papel na definição dos tetos de transferências. Esta norma constitui-se na grande mola impulsora da expansão da ESF, principalmente em municípios de pequeno porte.

O PAB, portanto, constitui-se em um componente federal para o financiamento da AB, composto por uma fração que é fixa e por outra variável, sendo que o PAB Fixo é destinado a todos os municípios, e sua transferência se dá em base *per capita* por ano. Já o PAB Variável é composto por incentivos financeiros destinados a estimular a implementação de estratégias nacionais que

visam a reorientação do modelo de atenção à saúde, tais como: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais - CER; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário. Portanto, os recursos recebidos pelos municípios variam de acordo com os programas implementados nos municípios. Seus valores são corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da AB (BRASIL, 2007).

A condição de habilitação do PAB obriga os municípios a criarem o Fundo Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde. Para sua manutenção é necessário que seja demonstrado no Relatório de Gestão de que forma a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, devendo ser apresentado anualmente ao Conselho Municipal de Saúde para sua apreciação (BRASIL, 2007).

Os recursos destinados ao PAB Variável faziam parte do bloco da AB, cuja utilização era definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo de ações definidas pelo MS. Seu financiamento global se dá em composição tripartite.

Neste momento o PSF é elevado à condição de estratégia basilar à consolidação do SUS, “abandonando” a imagem de ação marginal ao sistema, passando a ganhar destaque progressivo entre as ações de AB financiadas pelo PAB. A Atenção Básica, como já vinha sendo chamada, distinguindo-se ideologicamente da Atenção Primária em Saúde, assumiu o carro-chefe na reforma incrementada.

Segundo Viana e Machado (2009) nesta redefinição das relações intergovernamentais na saúde, o papel do governo federal torna-se estratégico tendo em vista que é perceptível seu papel de atuar como coordenador e compensador das desigualdades do sistema de saúde.

A partir deste período, a reforma do Sistema de Saúde Brasileiro passa a ser entendida como uma Reforma Incremental do SUS definido segundo Viana (2000) como um conjunto de modificações no desenho e operação da política, que pode ocorrer, separada ou simultaneamente, nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, ou ainda, no modelo de prestação dos serviços. Na prática a introdução de novos incentivos a partir de 1998 estimulou os municípios a incorporarem programas que lhes trouxessem mais recursos, aumentando de sobremaneira o papel de indutor do Governo Federal (MENDES & MARQUES, 2014).

Em janeiro de 2001 foi publicada a NOAS SUS 01/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001) tendo como objetivo ampliar as responsabilidades dos municípios na AB e definir o processo de regionalização da saúde. Essa norma amplia as responsabilidades das secretarias estaduais de saúde na gestão do SUS, propõe a organização de sistemas funcionais de saúde, compreendendo um município, como base do processo de regionalização, delega às Secretarias Estaduais de Saúde o papel de coordenadoras das mudanças.

No tocante aos valores, em 1998 o PAB Fixo era estabelecido no valor de R\$ 10,00 hab./ano. De 1998 a 2002 não houve aumento neste valor, mesmo tendo uma inflação acumulada no período de 26%, sendo índices do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Em 2003 durante o primeiro Governo Lula, houve um reajuste per capita para R\$ 12,00 hab./ano até chegar a R\$ 15,00 habitante/ano, em 2006. O orçamento total destinado ao PAB cresceu R\$ 753,6 milhões (41%), com

médias anuais de R\$ 188,4 milhões. No período de 2007 a 2010, o aumento *per capita* foi menos expressivo, o PAB Fixo elevou-se a R\$ 18,00 hab./ano (20% a mais), com ampliação do orçamento global de R\$ 886,7 milhões (34%), com médias anuais de R\$ 221,7 milhões (PINTO, KOERNE & SILVA, 2012).

No Brasil, a PNAB, formulada em 2006 foi revista e flexibilizada em 2011 com o lançamento do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011) (PAIM, 2012). Esta versão da PNAB apontava para uma redefinição dos princípios gerais, responsabilidade de cada esfera do governo, infraestrutura, recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento e ainda inclui as especificidades da ESF.

Independente de seus indicadores socioeconômico/demográfico, até 2011, todos os municípios recebiam o mesmo valor per capita para a atenção básica. A Portaria 1.654 instituiu um fator equitativo, e começa a levar em conta a situação sócio-econômico-demográfica de cada um dos municípios do Brasil.

A partir do conjunto de Portarias publicadas em 2011, o financiamento federal da AB ganha novos contornos, com destaque para as portarias 1.602, de 09/07/2011, que define os valores *per capita* do PAB Fixo (passou a variar de R\$18,00 a R\$23,00 de acordo com a categoria populacional dos municípios); e a 1.654, de 19/07/2011, que institui o “Componente de Qualidade” na Atenção Básica (PMAQ); a 2.206, de 12/09/2011, que institui o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; e, finalmente, a 2.488, de 21/10/2011, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL, 2011b).

A partir da Portaria 1.654/2011, que cria o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), verifica-se uma inovação no desenho do financiamento do PAB Variável, ao introduzir o “Componente de Qualidade”. Com este componente há um aumento do repasse de recursos em razão da contratualização de compromissos e do alcance de resultados na concretização dos mesmos, tendo como referência padrões de acesso e qualidade, pactuados de maneira tripartite. Neste momento verifica-se uma grande inflexão na forma de indução (via financiamento) da AB no Brasil, pela primeira vez o repasse de recurso é vinculado a avaliação e monitoramento de indicadores e padrões de qualidade. Salienta-se que embora já houvesse iniciado incipientemente processos avaliativos na AB, somente com o PMAQ-AB sua institucionalização se completa, no que tanta a avaliação de qualidade.

### **3. QUALIDADE E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA**

O conceito de qualidade deixou de ser utilizado exclusivamente no setor econômico e passou a fazer parte, cada vez mais, do conjunto de ideias norteadoras da administração pública. No que se refere à qualidade da atenção em saúde, desde a década de 60, Donabedian vem desenvolvendo pesquisas sobre avaliação e qualidade nos serviços de saúde. Para este autor a qualidade na atenção está relacionada ao tratamento capaz de alcançar o melhor equilíbrio entre os benefícios de saúde e os riscos. Aspectos ligados aos custos financeiros, bem como fatores subjetivos relacionados com as expectativas e valores dos pacientes podem facilitar ou obstacularizar o alcance de padrões de qualidade (DONABEDIAN, 1988).

A conceituação do termo qualidade, embora tenha crescido o interesse nos últimos anos na sua definição, ainda constitui-se em um grande desafio para grande parte dos autores do campo da saúde pública no que refere-se a uma definição operacional, precisa e compartilhada. A concepção de qualidade da atenção em saúde para este estudo está sendo entendida como a presença e expansão dos atributos considerados basilares da AB atenção básica. Segundo Starfield (2002) a qualidade da atenção à saúde significa:

quando as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde (STARFIELD, 2002, p. 419).

Para esta autora, o termo qualidade também é empregado em um sentido mais amplo que envolve a qualificação profissional, a segurança, a estrutura das unidades de saúde e seus equipamentos para prestação de serviços. A qualidade, neste sentido, estaria atrelada a duas perspectivas: clínica, onde a preocupação centra-se no impacto das ações dos profissionais de saúde e populacional, relacionada ao acesso aos serviços e a resolver um amplo espectro de problemas uma perspectiva de integralidade em saúde.

Para Serapioni (2009) uma proposta de avaliação de qualidade da atenção em saúde deve fundamentar-se num enfoque multidimensional, implicando o envolvimento de diferentes atores e incorporação aspectos essenciais tais como: utilização dos repertórios, técnicas e procedimentos da pesquisa social na elaboração dos pressupostos científicos e metodológicos da pesquisa avaliativa; adoção de todas as preocupações metodológicas que subsidiem a utilização dos resultados na retroalimentação das organizações e; envolvimento dos principais atores que atuam nos serviços ao qual a avaliação é destinada.

A qualidade aqui imbricada remete a presença de competências, cultura e métodos de avaliação que vem sendo desenvolvidos nos últimos anos a partir da centralidade do cidadão e sua incorporação na administração pública e nos serviços de saúde especificadamente.

A institucionalização da avaliação como forma de qualificação da AB segundo os princípios do SUS e como prática inerente às ações e serviços de saúde visando contribuir para sistematização e operacionalização dos processos em todos os níveis da gestão constitui-se um desafio. Para Felisberto (2006) a institucionalização da avaliação está intrinsecamente relacionada ao desafio de consolidação do SUS, principalmente no que se refere a qualificação das práticas, voltada para o princípio da integralidade que possibilitando, assim, um modelo de atenção básica mais resolutivo.

Cabe destacar dois momentos produtivos sobre a institucionalização da avaliação em saúde na AB no campo acadêmico. O primeiro foi o debate divulgado nos Cadernos de Saúde Pública baseado na experiência da avaliação de programas e políticas públicas na França, onde foram apontados os possíveis caminhos a serem adotados ou evitados no caso da experiência brasileira (HARTZ, 1999; NOVAIS, 1999; POUVOURVILLE, 1999; CONTANDRIOPOULOS, 1999; VIEIRA-DASILVA, 1999). O outro debate nacional, também publicado nesta revista em 2002, se deu a partir da classificação da avaliação como fator qualificador do processo de gestão na organização da AB. Destaca-se a necessidade de reorganização da AB a partir dos princípios norteadores do SUS e os

“desafios metodológicos” para o investimento na avaliação a partir das mudanças provocadas pelas iniciativas de indução do governo federal no SUS (BODSTEIN, 2002; CANESQUI, 2002; CORDONI JÚNIOR, 2002; CONILL, 2002; HARTZ, 2002; TEIXEIRA, 2002; FELISBERTO, 2006).

Para Pisco (2006) a avaliação de políticas, programas e projetos sociais, a partir do momento que permite o monitoramento e a reestruturação de situações potencialmente melhoráveis consiste-se em um poderoso instrumento de mudanças e não deve ser visto como uma ameaça, uma vez que sua finalidade não é apenas demonstrar os problemas, mas, sobretudo produzir mudanças no dia a dia dos serviços de saúde conduzindo à melhoria de qualidade dos cuidados prestados. O ato de avaliar só gera sentido quando os conhecimentos adquiridos com esta prática e o uso das informações produzidas propiciam aprimoramento institucional e profissional.

Desde 2003, o MS, por meio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB), vinha desenvolvendo ações com objetivo de implementar uma política de avaliação para atenção básica, sustentado nas seguintes diretrizes que estão disponíveis no documento “Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização”:

1) Parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, bem como com associações profissionais de reconhecido prestígio político e acadêmico; 2) Mobilização de atores institucionais por intermédio de processos amplamente participativos, que buscam não apenas o estabelecimento de alianças no desenvolvimento de projetos, mas que permitiram, sobretudo, a adesão e incorporação de propostas de forma mais coerente com as múltiplas necessidades do sistema de saúde; 3) Identificação de fontes de financiamento e garantia de recursos orçamentários para os projetos; 4) Definição de estratégias organizacionais para qualificação de profissionais no campo da avaliação (BRASIL, 2005a, p.16)

Este documento condissera os novos desafios apresentados pela expansão expressiva da Estratégia de Saúde da Família. A avaliação é apresentada, neste novo cenário, como “uma ferramenta de negociação e da formação de pessoas no cotidiano de suas práticas” (BRASIL, 2005a, p.7). O documento sublinha a incipiência da avaliação em saúde naquele momento, com pouca incorporação às práticas e sinaliza para o fato de possuírem um “caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão” (p.8). Outro apontamento levantado no documento refere-se a falta de instrumentos que sirvam de ferramentas de suporte aos processos decisórios e a formação das pessoas envolvidas no processo.

Destaca-se também no documento o reconhecimento do papel do gestor federal em ser o indutor da institucionalização da avaliação nos três níveis de governo é “reforçando-se o seu caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas” (p.8). Há uma proposição de alinhamento ao movimento internacional pela institucionalização da avaliação que estava sendo implementado em diversos países, tais como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França.

No plano prático o documento esclarece que no período 2003-2005 os esforços se concentraram no desenvolvimento do Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação em consonância com o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), este último projeto iniciado em 2003 contou com financiamento do Banco Mundial (BM).

Dentro da estratégia maior de fortalecimento da ESF, foi lançado em 2005 a proposta da Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, sobre a gerência da CAA/DAB e com a cooperação técnica e financeira da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e do Banco Mundial (BM). Desta proposta foi elaborado um primeiro instrumento de auto-avaliação da qualidade de gestão, das coordenações e das equipes de saúde da família, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) que foi disponibilizado para os municípios. O instrumento buscou estimular a prática de avaliação e de monitoramento nos processos de trabalho das equipes da ESF. A adesão à proposta se dava de maneira voluntária pelos gestores municipais, e não havia uma indução financeira como ocorre hoje com o PMAQ-AB. O instrumento vislumbrava a avaliação pelos próprios atores envolvidos com a estratégia em seus diferentes âmbitos de maneira sistemática e integrada com vistas ao aprimoramento gerencial, técnico e científico. Integra também o componente III do PROESF que está relacionado à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2005b).

O Pacto de Gestão, que faz parte do Pacto pela Vida, firmado a partir de 2006, foi outro componente que favoreceu o desenvolvimento da institucionalização da avaliação na AB. Este pacto objetiva a concretização de metas e compromissos através de processos de pactuação com monitoramento e avaliação dos acordos assumidos.

Neste mesmo ano o MS lança um instrumento de planejamento direcionado para a organização das agendas dos profissionais de saúde o *Software* Programação da Atenção Básica (Prograb) que possuía similaridades com os 47 indicadores definidos inicialmente no PMAQ (1º Ciclo) (SAVASSI, 2012)

Seguindo o caminho de institucionalização da avaliação o MS lança em 2010 a versão validada para o português do instrumento do PCA-Tool (*Primary Care Assessment Tool*), posposto por Starfield (2002), e adaptado por Harzeheim et. al. (2010). O instrumento busca mensurar aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde medindo a extensão de quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da atenção primária: centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural. (STARFIELD, 2002).

A qualificação da AB era naquele momento também uma reivindicação do Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS) que lança o documento "A Atenção Básica Queremos". Neste documento foram listados um conjunto de medidas que os municípios brasileiros entendiam ser necessárias para o fortalecimento da atenção básica, dentre elas destaca-se a necessidade de instituição de um programa por pagamento por desempenho na atenção básica (CONASEMS, 2011).

Em 2011, a equipe do MS chefiada pelo Ministro Padilha se reuniu com a Presidenta da República onde foi dado destaque para a AB. Do processamento interno desta reunião surgiu um quadro dos desafios que iria condicionar o desenvolvimento da AB e as ações que o novo governo proporia para a PNAB. (DAB2).

Dentre estes os desafios identificados Pinto (2011) destaca: financiamento insuficiente para AB; inadequação das UBS; pouco uso das informações para tomada de decisão dos gestores; necessidade de ampliação do acesso; necessidade de melhoria dos serviços ofertados; pouco

atuação de ações intersetoriais; necessidade de qualificação da gestão; inadequações nas condições e relações de trabalho e; necessidade de profissionais mais preparados e motivados com formação adequada para atuarem na AB.

Após a compreensão e discussão desses desafios, procedeu-se a construção de um consenso nas esferas de pactuação tripartite do SUS. Nesse contexto, em abril do mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 439 sobre a AB, que serviu para revisão da PNAB. Sua implementação deu-se pela abertura de novas janelas de oportunidade ocasionadas por diferenças do novo governo e/ou a diferenças internas ao desenvolvimento de uma política e processo político já em curso (DAB 2).

Cabe destacar que segundo DAB 1 apesar de a saúde ter ocupado papel de destaque na agenda do governo federal a partir de 2011 a AB não era inicialmente uma das marcas de governo, portanto, foi necessário um momento de negociação e convencimento por parte da equipe do MS para apresentar a importância da AB à Presidenta. Neste sentido esclarece que:

A AB não está no imaginário de quem não é da nossa área tão clara assim, então também houve um movimento de negociação para tentar convencê-la né, mostrar para ela a importância da AB, a importância de investir nisto e tal, ponto (DAB1).

No tocante a ampliação do financiamento da AB a Presidenta determinou ao MS que fossem apresentadas propostas que atrelassem o aumento dos repasses federais a aferição da qualidade e desempenho das equipes de atenção básica e da gestão municipal. A equipe de direção e os técnicos do MS/DAB/CAA prepararam uma proposta que continha o embrião do que depois viria a ser o PMAQ para apresentar a Presidenta da República. A partir da aprovação da proposta e com ampliação do orçamento por parte do Governo Federal, o MS começou a desenvolver a proposta com detalhamento passando por todas as instâncias de pactuação inclusive na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). (DAB 2).

O perfil gerencial da Presidenta Dilma também é destacado como fator influenciador pela escolha de um programa que busca aferir qualidade na atenção básica a partir de resultados e compromissos pactuados. Abriu-se naquele momento uma janela de oportunidade dado a aproximação da Presidenta com as diversas políticas implementadas. Para DAB 1:

a Dilma dentro do perfil gerencial dela, ela tinha também uma marca de operar com a gestão por resultados, então o PMAQ na medida que ele se apresentou como um programa que combinava a ideia de qualidade, a ideia de avaliação, a ideia de resultados, a ideia de um incentivo financeiro e tal, ele também teve um eco nela (...), e ao mesmo tempo um certo senso de oportunidades, de fazer algo que na avaliação dos formuladores aquilo era importante para qualificar a Atenção Básica (...) esse eco significou apoio para implementação desse programa e dinheiro para isso.

A institucionalização da avaliação que culminou com criação PMAQ pode ser entendida como contribuição de qualificar a AB, por meio da promoção e construção de processos estruturados e sistemáticos que sejam coerentes com os princípios do SUS. Segundo Felisberto (2004) a avaliação da situação de saúde da população, bem como os resultados das ações decorrentes do trabalho em saúde devem ser observados a partir do monitoramento das atividades realizadas a partir do cotidiano onde as informações são produzidas. Embora não sejam suficientes para abranger todas as dimensões das possíveis mudanças, são fundamentais para os processos de implementação e

reformulação das práticas de saúde. Hartz (2002) considera que institucionalizar a avaliação tem o sentido de incorporá-la em um sistema organizacional no qual a avaliação tenha o potencial de influir no seu comportamento e seja capaz de provocar atividades analíticas às de gestão.

O PMAQ é composto por quatro fases complementares “e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade” (BRASIL, 2011d). A adesão e contratualização individualizada por EAB difere da lógica anterior referente ao financiamento do PAB Variável que era condicionado ao cumprimento de ações e metas de forma geral pelo município. Com o PMAQ o município que adere ao programa passa a receber automaticamente 20% do Componente de Qualidade do PAB por equipe aderida. Esse percentual de repasse segue até a seja realizada a avaliação externa e conclusão da certificação. Neste momento o valor repassado passa a depender do desempenho de cada equipe, o programa prevê também a suspensão do repasse caso o desempenho seja insatisfatório.

O termo “qualidade” aparece citado repetidamente nos documentos oficiais documentos do programa (BRASIL, 2011a, 2011b, 2015,). Um dos pressupostos deste estudo é que o conceito de qualidade é uma construção social, portanto, é produzido a partir das referências dos sujeitos envolvidos e varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, tecnológico e cultural e com os conhecimentos reunidos sobre o tema. O “padrão de qualidade” é uma afirmação formal da qualidade esperada e expressa o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS. Segundo os documentos oficiais que normatizam o programa busca-se afirmar os princípios integrantes do SUS, quais sejam o da integralidade, universalidade, equidade e participação social, com vistas a superar os “nós críticos” do sistema. A qualidade é compreendida aqui como fruto da capacidade dos atores envolvidos de mudar o cenário, exigindo destes contínua adequação e evolução da PNAB, de suas estratégias e instrumentos (PINTO, SOUZA & FLORÊNCIO, 2012).

Segundo DAB2 procurou-se não aprofundar na definição de um conceito de qualidade a fim de evitar polêmica, mas considerou se o fato de que a qualidade possuiu um componente de contexto, ou seja, o que é qualidade em algum lugar não é necessariamente em outro, a qualidade vista como algo a ser perseguido continuamente, desta forma:

o que hoje é qualidade para um determinado serviço pode não ser amanhã, pode ser algo já superado, algo basal é tal. Então do ponto de vista mais teórico a gente trabalhou muito com essas duas perspectivas de respeitar contexto e perceber que a qualidade ela precisa ser perseguida de maneira contínua (DAB2).

Para Chimara *et al* (2013, p.138), no PMAQ a qualidade em saúde é definida como:

o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores.

Neste sentido, o “padrão” é a qualidade esperada, caracterizando-se pela abrangência, abarcando uma visão ampla dos serviços e ações de saúde ofertados. Possui caráter incremental em que as situações a serem analisadas se dão por meio de escalas numéricas. Os padrões são

dispostos de forma a facilitar a quantificação das respostas “autoavaliativas, viabilizando a constituição de classificações gerais de qualidade” (CHIMARA ET AL, 2013, p.138).

Segundo Pinto, Souza & Florêncio (2012, p.14) a escolha dos 47 indicadores de qualidade no momento da implementação do programa foram restritos aqueles que poderiam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que era o sistema de informação vigente à época. Embora esse sistema tenha sido importante gerou alguns constrangimentos no cálculo de indicadores que pudessem medir os desempenhos das equipes de atenção básica, buscou-se então observar “indicadores já históricos que a gente já monitorava, por exemplo, número de consulta, coleta de citopatológico, vacinação em dia, cadastro de hipertensos e diabéticos etc” (DAB2,2019).

É possível entrever a reivindicação de um compromisso ético-político dos trabalhadores da atenção básica, conforme indicam os princípios do programa segundo os documentos oficiais, tais como: “Estimular [...] a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários” (BRASIL, 2012b, p. 8). Nos documentos do PMAQ-AB há claras referências ao seu uso no contexto de um novo modelo de gestão por resultados, no qual a missão do SUS estaria vinculada a garantia do acesso e da qualidade da atenção à saúde para toda a população no território nacional. Observa-se que o programa trabalha com uma perspectiva de introjeção de missão e valores nos trabalhadores, construídos na forma de indicadores e padrões de qualidade, conforme indica o Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2012b, p. 25; MORAES & IGUTI, 2013).

A abrangência e arrojo dos objetivos do PMAQ podem ser percebidos nas próprias diretrizes expostas na Portaria 1.654 vislumbra a construção de parâmetros de comparação entre as equipes de atenção básica; o estímulo ao contínuo processo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade; transparência em todas as etapas do programa; mobilizar e responsabilizar todos os gestores nas três esferas de governo; desenvolver um cultura de negociação e contratualização; estimular uma efetiva do modelo de atenção e; possuir um carácter voluntário para a adesão, estimulando a proatividade de todos os atores envolvidos no programa (BRASIL, 2011a).

A qualidade expressa nos documentos do PMAQ não é apreendida como uma “miragem” ou “imagem objeto”, mas como “movimento” fruto da atuação dos atores envolvidos no processo, com competência de transformação do cenário, e pressupõe adaptações:

é esperado que o PMAQ seja constantemente aperfeiçoado, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado; a necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação e gestão, com vistas às novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica e ao momento histórico de implantação do SUS; e a necessidade de revisão de conceitos, metodologias e ferramentas, com base no aprendizado institucional da implantação do PMAQ e na colaboração dos diferentes atores envolvidos.” (BRASIL, 2011d)

Ao analisar os documentos do PMAQ dentro da proposta e indução e avaliação de atribuições e ações da AB, fica evidente que ele sintetiza os esforços da AB como porta de entrada que acolhe os usuários e seja resolutiva para as necessidades de saúde, mas também almeja a criação de condições concretas para garantir a coordenação do cuidado dentro da rede (PINTO, SOUSA & FLORÊNCIO, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam que houve uma inflexão na forma de financiamento da atenção básica a partir do PMAQ ao condicionar o repasse de recursos a processos de monitoramento e avaliação da atenção básica. Observou-se que a institucionalização da avaliação no âmbito da AB, embora estivesse sendo processada lentamente, somente a partir do PMAQ e institucionaliza como política de governo. Destaca-se a janela de oportunidade criada com entre do MS e a Presidenta da República que possibilitou a destinação de maiores recursos a AB a partir do monitoramento e avaliação de resultados. Identificou-se elementos de continuidade e de mudanças na forma de condução do MS na PNAB observado as prioridades da agenda para a ESF, no período mencionado, como eixo estruturante para ampliação do acesso e oferta de serviços de saúde. Desta foi identificado nos documentos normativos as distintas maneiras de financiamento da atenção básica bem como as aceções sobre avaliação e qualidade na atenção básica, para tanto utilizou-se a análise documental referente as estratégias, programas e ações priorizadas pelo MS para fortalecimento da AB. Constatou-se que o financiamento ocupa posição central no quantitativo de normas, principalmente quanto às normas complementares. A partir do depoimento dos atores do Departamento de Atenção Básica entrevistados buscou-se mapear o contexto institucional que possibilitou a implementação do PMAQ, observou-se que o programa surge a partir do processamento de um quadro de desafios a serem superados para o desenvolvimento da AB.

Observou-se a pouca incidência do termo qualidade nos documentos e normas no período que antecede a implementação do PMAQ-AB, uma vez que, quase sempre aparecem de forma genérica ao tratar de melhoria no processo de gestão e qualidade de serviços, mas sem, contudo, estabelecer parâmetros do que seja a qualidade nos serviços. A avaliação começa a ser apresentada nos documentos, mas não são sistematizadas as formas de se realizar e não são colocados os instrumentos. A partir do PMAQ e da redefinição da AB no país a qualidade e a avaliação são tomados com parâmetros.

Por fim, constatou-se que o PMAQ se insere e se relaciona com um conjunto mais amplo de estratégias definidas na PNAB, e conforma uma nova estratégia do MS para melhoria assistencial por meio da avaliação, coordenação de ações e certificação com ênfase no trabalho de equipes de AB.

## Referências:

BODSTEIN, R. **Atenção Básica na agenda da saúde**. Ver C S Col 2002; 7(3):401-12

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília: MS; 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005b. 36 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: MS, 2011a. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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, Brasília, DF, 20 jul. 2011b. Seção 1, p. 79.

BRASIL. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011c. Seção 1, p. 48

BRASIL. 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, 2011d. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Documento síntese para avaliação externa. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (3º ciclo).

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** 1997. Mimeo. Disponível em: <<http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/artigos-14.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

CANESQUI, AM. **Sobre a avaliação da atenção básica**. Rev C S Col 2002; 7(3):415-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300003). Acesso em: 17 fev. 2019.

CHIMARA, M. B Et. al. **Gestão do Sistema de Saúde do Município de São Paulo com Base nos Parâmetros de Avaliação do PMAQ-AB**: Estudo de Casos na Microrregião de Cidade Tiradentes Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS, São Paulo, v.2, n.2, p.174-197, jul./dez.2013.Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/85>. Acesso em 01 out. 2014.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **A atenção básica que queremos.** Brasília: CONASEMS, 2011. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1396-a-atencao-basica-que-queremos-6&category\\_slug=servicos-saude-095&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1396-a-atencao-basica-que-queremos-6&category_slug=servicos-saude-095&Itemid=965). Acesso em: 25 abr. 2019

CONILL, E. M. **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, 24 Sup 1:S7-S27, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300002&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300002&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em 05 out. 2014.

CONILL EM. **Complementando a discussão sobre a atenção básica:** podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? Rev C S Col 2002; 7(3):421-3

CORDONI JÚNIOR, L. **Uma agenda para a análise do SUS.** Rev C S Col 2002; 7(3):417-8

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. **A avaliação na área de saúde:** Conceitos e métodos. In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A.Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CONTANDRIOPOULOS AP. **Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice?** Cad Saúde Pública 1999; 15(2):253-6.

DONABEDIAN, A. **Veinte anos de investigacion en torno de la calidad de la atencion medica 1964-1984.** Salud Publica do Mexico, v. 8, n. 3, p. 243-265, 1988.

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica:** novos horizontes. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (3): 317-321, jul. / set., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde:** reabrindo o debate. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, n.3, pp.553-563. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232006000300002&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232006000300002&script=sci_abstract&lng=es). Acesso em: 17 abr. 2018.

GOULART. A. F. **Esculpindo o SUS a golpes de portaria:** considerações sobre o processo de formulação das NOBs. Ciências & Saúde Coletiva, 2001. V. 6(3), pp.292-298.

HARTZ, ZMA, organizadora. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf>. Acesso em: 1 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France:** cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. Cad Saúde Pública 1999; 15(2):229-59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200002\\_8575414033.pdf](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200002_8575414033.pdf). Acesso em: 1 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Institucionalizar e qualificar a avaliação:** outros desafios para a atenção básica. Rev C S Col 2002; 7(3):419-21. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300003). Acesso em: 7 fev. 2018.

MATTOS, R. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional. In: MATTA, G. CLIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 313-352.

\_\_\_\_\_ Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R, A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. UERJ: ABRASCO, 2002, p.39.84

MENDES, A; MARQUES, R, M. **O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde**. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042014000400900&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000400900&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 abr. 2019.

PINTO, H. A. SOUSA. A. FLORÊNCIO, A. R. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago, 2012 [[www.reciis.icict.fiocruz.br](http://www.reciis.icict.fiocruz.br)] e-ISSN 1981-6278.

PINTO, H, A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2014

PINTO, H. A., KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica**. Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, 2012. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível em <<http://www.rededespesquisaaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-emelhores-recursos-para-a-atencao-basica/>> Acesso em 19 fev. 2016.

PISCO, L. A. **A avaliação como instrumento de mudança**. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, jul./set. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300004). Acesso em: 18 fev. 2016.

POUVOURVILLE, G. **Evaluation**: the French chefs are still searching for "la nouvelle cuisine". *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):248-50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200005). Acesso em: 07 abr. 2016.

SAVASSI, L. C. M. **Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, abr./jun. 2012, p. 69-74. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392>. Acesso em: 18 abr. 2019.

SERAPIONI, M. **Avaliação da qualidade em saúde**. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 85, Junho, 2009, p. 65-82. Disponível em: <http://www.igq.com.br/uploads/biblioteca/Avaliacao%20de%20Qualidade%20em%20Saude.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SPINK, MJ, MENEGON VM. Práticas discursivas como estratégia de governamentalidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. In: Iniguez L, organizador. **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Editora Vozes; 2005. p. 258-303.

STARFIELD B, organizador. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

TEIXEIRA, CF. **Descentralização do SUS**: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. *Rev C S Col* 2002; 7(3):423-6. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2002.v7n3/413-429/>. Acesso em 17 ago. 2017.

VIANA, A. L. D. A. **As Políticas de Saúde nas Décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas.** In: Ana Maria Canesqui. (Org.). Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000, v., p. 113-133.

VIEIRA-DA-SILVA, LM. **The field of evaluation and the "sur mesure" strategy.** Cad Saúde Pública 1999; 15(2):247-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200004). Acesso em 11 ago. 2017.